



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Patiëntenenquête in Het Roessingh

Verplichte uitvoering of nuttig instrument?

Rolf Swiers
5 december 2007



**Het
Roessingh**
centrum voor revalidatie



Patiëntenenquête in Het Roessingh

Verplichte uitvoering of nuttig instrument?

Een onderzoek naar de mogelijkheden in Het Roessingh om de organisatie zodanig in te richten dat het, structureel en optimaal, gebruik kan maken van de patiëntenenquête als onderdeel van het kwaliteitsbeleid

Rolf Swiers (s9709134)

Universiteit Twente
Het Roessingh – centrum voor revalidatie
Enschede, 5 december 2007

Begeleiding:
Prof.dr. Wouter van Rossum (Universiteit Twente)
Prof.dr.ir. Olaf Fisscher (Universiteit Twente)
Herman van Delden (Het Roessingh)
Margót Veldhuizen (Het Roessingh)

Samenvatting

Aanleiding

Revalidatiecentrum Het Roessingh voert al jaren patiënten-enquêtes uit om de mening van haar patiëntenpopulatie over de zorgverlening in de organisatie te horen. Binnen de organisatie is de vraag gerezen wat in de organisatie wordt gedaan met de informatie die patiënten uit deze enquête. Wordt de enquête gehouden omdat het een jarenlange gewoonte is, of wordt de gegenereerde informatie gebruikt om de kwaliteit van de organisatie te verbeteren? En welke mogelijkheden heeft de organisatie om enquêteresultaten te gebruiken in haar bedrijfsvoering?

Resultaten

De patiënten-enquête moet in Het Roessingh een sterkere positie op de organisatieagenda krijgen. De patiënten-enquête is een geschikt instrument om in de organisatie verbeterpunten in de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief te signaleren, maar de organisatie moet wel de voorwaarden creëren om het instrument optimaal te kunnen gebruiken.

De organisatie moet patiëntgericht ingesteld zijn. De organisatie moet bereid zijn constant te willen verbeteren op basis van de wensen en behoeften van de patiënt. Een goede patiënten-enquête voorziet de organisatie van informatie over deze wensen en behoeften. Een goede enquête voor de revalidatiesector stelt vragen over zeven kwaliteitsaspecten, te weten:

- Informatie en communicatie
- Bejegening
- Continuïteit
- Privacy
- Vakbekwaamheid
- Toegankelijkheid (in brede zin)
- Voorzieningen (in brede zin)

Deze zeven aspecten bepalen de kwaliteit van revalidatiezorg vanuit patiëntenperspectief. De organisatie moet een enquête kiezen of opstellen die de zeven kwaliteitsaspecten onderzoekt.

Daarnaast moeten er verantwoordelijken worden aangesteld voor de uitvoering, verwerking en presentatie van de enquête en voor het opstarten van verbetercycli op basis van de enquêteresultaten. Voor de uitvoering, verwerking en presentatie moet een relatief neutrale positie worden gekozen, de patiëntenvoorlichtingfunctionaris in Het Roessingh is een geschikte functie voor deze rol. De verantwoordelijken voor het gebruik van de enquêteresultaten in de organisatie moeten zowel op de hoogte zijn van het beleid van de organisatie als van de mogelijkheden en beperkingen die de op operationeel niveau liggen. Samenwerking tussen de Divisiemanager en de Teammanagers voorziet in deze kennis. Deze functies moeten de middelen en de mogelijkheden krijgen om hun taken uit te voeren.

Enquêteresultaten die beneden een bepaalde norm scoren, moeten de start vormen van verbetercycli (Plan, Do, Check, Act). De gehele cyclus moet worden doorlopen om de kwaliteit van de organisatie te verbeteren en te borgen.

Afhankelijk van het kwaliteitsaspect waarop de verbeteracties worden gericht, moet de organisatie kleine projectgroepen aanwijzen om de verbeteracties te ontwikkelen. Daarbij kan de organisatie gebruik maken van een ontwikkeld model op basis van het HKZ Harmonisatiemodel. Met dit model kan gestructureerd worden welke organisatieonderdelen beïnvloed kunnen worden door de enquêteresultaten van de zeven kwaliteitsaspecten. Vice versa kan hiermee worden bepaald welke bedrijfsonderdelen kunnen bijdragen aan de verbetering van een bepaald kwaliteitsaspect en zodoende vormgeven aan oplossingsrichtingen voor verbeteracties.

Onderzoek

Op basis van literatuuronderzoek is de positie en betekenis van patiëntenenquêtes in de kwaliteitszorg van een revalidatiecentrum onderzocht. Een goede enquête meet kwaliteit vanuit het patiëntenperspectief. Omdat dit perspectief in de huidige gezondheidszorg een steeds grotere rol krijgt, moet een organisatie hier ook meer aandacht aan besteden.

Daarnaast is binnen Het Roessingh onderzoek gedaan naar de huidige situatie rond patiëntenenquêtes op beleid- en operationeel niveau door middel van resultaatonderzoek in de laatste 10 jaar, archiefonderzoek en interviews binnen de organisatie. Daaruit bleek dat Het Roessingh weinig gestructureerd met de enquêteresultaten omgaat als gevolg van het ontbreken van eenduidig beleid en het fragmentarisch presenteren en opslaan van gegevens.

Op basis van het HKZ Harmonisatiemodel en eerder onderzochte literatuur is een model ontwikkeld waarin de invloed van enquêteresultaten op organisatieonderdelen gestructureerd wordt weergegeven.

Gevolgen

Binnen de huidige organisatiestructuur en processen is beter gebruik van de patiëntenenquêtes in Het Roessingh mogelijk. In de toekomstige nieuwe structuur moet dit evengoed mogelijk zijn. De voorwaarden voor gebruik van enquêtes liggen niet zozeer in de structuur, als wel in de cultuur. Alle direct en indirect betrokkenen bij patiëntenenquêtes moeten bereid zijn vanuit het patiëntenperspectief na te denken en op dit gebied altijd willen verbeteren. Het Roessingh moet actief werken aan een patiëntgerichte instelling binnen de organisatie.

Het nalaten om beter gebruik te maken van de patiëntenenquêtes, kan grote gevolgen voor de organisatie hebben. De organisatie loopt dan het risico de aansluiting met de wensen en behoeften van haar patiëntenpopulatie te verliezen. In een markt die steeds meer wordt opgesteld en waarin men wordt afgerekend op zijn prestaties kunnen teruglopende patiëntenaantallen een mogelijk gevolg zijn van deze nalatigheid.

Voorwoord

In januari 2007 had ik een afspraak bij de heer Van Rossum om te praten over een afstudeeropdracht voor de opleiding Health Sciences aan de Universiteit Twente. Ik had op dat moment weinig besef van wat ik precies wilde onderzoeken of in welke sector van de gezondheidszorg ik dat zou willen doen. De enige wens die ik had was een opdracht die dicht bij de patiënten stond, omdat ik had gemerkt in de verschillende vakken van de opleiding dat ik de neiging heb om vanuit het patiëntenperspectief te denken.

Mijn geluk was dat de heer Van Rossum kort voordat ik langskwam op een Nieuwjaarsborrel van Het Roessingh in gesprek was geraakt met de heer Van Delden. Zij hadden het over het gebruik van de patiëntenenquête in Het Roessingh. Van het een kwam het ander en na een paar afspraken begon ik op 2 april 2007 met mijn afstudeeronderzoek. Het onderzoek is in dit rapport beschreven. Hiermee hoop ik mijn studententijd aan de Universiteit Twente succesvol af te ronden.

Ik bedank hierbij de medewerkers van Het Roessingh die ik heb gesproken in de afgelopen maanden en die mij van de nodige informatie en inzichten hebben voorzien. Daarnaast bedank ik in het bijzonder mijn begeleiders, Margot Veldhuizen, Herman van Delden, prof. dr. Wouter van Rossum en prof. dr. ir. Olaf Fisscher voor hun kritieken, adviezen en de nodige ondersteunende woorden. Tot slot bedank ik Marloes van Grinsven voor de, broodnodige, taalkundige correcties.

Enschede, 5 december 2007

Rolf Swiers

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord.....	4
Inhoudsopgave	5
1 Inleiding	5
2 Achtergrond en aanleiding van het onderzoek.....	6
2.1 Achtergrond	6
2.2 Aanleiding	7
3 Onderzoeksopzet.....	9
3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen	9
3.2 Toelichting onderzoeksstappen	9
3.2.1 Stap 1: van kwaliteit naar enquête	10
3.2.2 Stap 2: patiënten-enquêtes in Het Roessingh	11
3.2.3 Stap 3: gewenste situatie.....	11
3.2.4 Stap 4: conclusies en aanbevelingen.....	11
4 Onderzoeksmethodologie.....	12
4.1 Stap 1: van kwaliteit naar enquête	12
4.2 Stap 2: patiënten-enquêtes in Het Roessingh	12
4.3 Stap 3: gewenste situatie	13
4.4 Stap 4: conclusies en aanbevelingen.....	14
5 Kwaliteit volgens de patiënt	15
5.1 Kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg	15
5.1.1 Kwaliteit.....	15
5.1.2 Kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg	15
5.2 Kwaliteitssysteem	16
5.3 Het patiëntenperspectief	17
5.4 Kwaliteitsaspecten in de revalidatiesector.....	18
5.4.1 Kwaliteitsaspecten in Het Roessingh	18
5.4.2 Kwaliteitsaspecten in Nederlandse onderzoeken	19
5.5 Het kwaliteitsaspect 'Effect van behandeling'	20
5.6 Keuze van aspecten voor dit onderzoek	20
6 Patiënttevredenheid in de revalidatiesector	22
6.1 De betekenis van patiënttevredenheid.....	22
6.1.1 De veranderende zorgmarkt	22
6.1.2 Prestatie-indicatoren.....	23
6.2 De patiënten-enquête.....	23
6.2.1 Positie en betekenis van de patiënten-enquête.....	23
6.2.2 Voorwaarden aan patiënten-enquêtes	24
6.2.3 Gebruik van enquêteresultaten	24
7 Patiënten-enquêtes in Het Roessingh	27
7.1 Het Roessingh – de organisatie	27
7.1.1 De divisies	27
7.1.2 Kwaliteitssysteem in Het Roessingh	28

7.2	De patiëntenenquête.....	28
7.2.1	De vragenlijst.....	28
7.2.2	Afname van de enquête.....	28
7.2.3	Verwerking en presentatie	29
7.3	Gebruik van enquêteresultaten en beleid.....	29
7.3.1	Jaarverslagen Het Roessingh.....	30
7.3.2	Gebruik enquêteresultaten 1997 - 2007.....	30
7.3.3	Interviews	31
7.4	Recente ontwikkelingen rond patiëntenenquêtes.....	32
7.5	Slotbeschouwing.....	33
7.5.1	Informatiestroom patiëntenenquêtes.....	33
7.5.2	Conclusies.....	34
8	Het HKZ Harmonisatiemodel	36
8.1	Keuze voor het Harmonisatiemodel	36
8.2	Uitgangspunten van het Harmonisatiemodel	36
8.3	Het Harmonisatiemodel: schema en toelichting	38
8.4	Het Harmonisatiemodel in Het Roessingh	40
9	Gewenste situatie patiëntenenquêtes	42
9.1	Voorwaarden uit de literatuur	42
9.1.1	Voorwaarden aan de uitvoering, verwerking en presentatie.....	42
9.1.2	Voorwaarden aan het gebruik van de resultaten	42
9.1.3	Voorwaarden aan het beleid van de organisatie	42
9.2	Voorwaarden uit Het Roessingh	43
9.3	Patiëntenenquêtes in het Harmonisatiemodel.....	43
9.3.1	Plaatsing in het model	43
9.3.2	Toelichting per rubriek	44
9.3.3	Terugkoppeling naar Het Roessingh.....	46
9.3.4	Gebruik van het Harmonisatie/enquêtemodel	46
10	Conclusies en aanbevelingen	48
10.1	Conclusies.....	48
10.1.1	Algemeen	48
10.1.2	Het Roessingh	48
10.2	Aanbevelingen	49
10.3	Toelichting.....	50
10.3.1	Beleid	50
10.3.2	Uitvoering, verwerking en presentatie.....	51
10.3.3	Gebruik van de resultaten.....	51
	Literatuur.....	53
	Bijlage 1 – Overzicht kwaliteitsaspecten.....	55
	Bijlage 2 – Organogrammen Het Roessingh.....	56
	Bijlage 3 – Kengetallen Het Roessingh	61
	Bijlage 4 – Resultaten Kliniek Volwassenen 2003-2005.....	62
	Bijlage 5 – Interviewschema.....	64

Hoofdstuk 1

1 Inleiding

De gezondheidszorg is altijd in ontwikkeling en de laatste jaren zit de Nederlandse zorgsector wat dat betreft in een stroomversnelling. De veranderingen, die draaien om het openstellen van de zorgmarkt voor vraag en aanbod, hebben invloed op de positie van de patiënt ten opzichte van zorginstellingen. De patiënt vormt nu het uitgangspunt van de zorg en daarom is het voor een zorginstelling noodzakelijk zich op de hoogte te stellen van de wensen en behoeften van de patiënt en daar naar te handelen. De patiënten-enquête is dan een nuttig instrument om te gebruiken.

Patiënten-enquêtes moeten worden uitgevoerd met als doel de resultaten te gebruiken ter verbetering van de kwaliteit van zorg in de organisatie. De enquête moet niet worden uitgevoerd om het uitvoeren, daarmee worden valse suggesties gewekt bij de patiënten hem invullen. Wat is het nut van een enquête als je de resultaten niet gebruikt om de kwaliteit van de onderzochte aspecten te verbeteren?

Revalidatiecentrum Het Roessingh houdt al sinds het begin van de jaren negentig enquêtes onder haar patiënten om de tevredenheid van haar patiëntenpopulatie te meten. Binnen de organisatie is de vraag gerezen wat men vervolgens doet met deze meetgegevens.

Dit rapport bespreekt de resultaten van onderzoek naar wat in Het Roessingh wordt gedaan met de resultaten van de uitgevoerde patiënten-enquêtes en welke mogelijkheden de organisatie heeft om met deze resultaten de kwaliteit van de organisatie te verbeteren.

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt verder ingegaan op de aanleiding voor dit onderzoek binnen de organisatie en daarbuiten, hoe de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg daaraan hebben bijgedragen.

In de hoofdstukken 3 en 4 wordt vervolgens de opzet van het onderzoek besproken. Hierin worden een viertal onderzoeksvragen opgesteld en wordt besproken welke stappen bij de beantwoording van die vragen worden genomen (hoofdstuk 3) en welke onderzoeksmethoden daarbij zijn gebruikt (hoofdstuk 4).

De beantwoording van de eerste onderzoeksvraag wordt in de hoofdstukken 5 en 6 behandeld. Daarin wordt ingegaan op de positie van patiënten-enquêtes in de kwaliteitszorg van een organisatie en de manier waarop een organisatie in de revalidatiesector met dit instrument moet omgaan. Dit vormt de theoretische achtergrond van het onderzoek waaraan de praktijksituatie in Het Roessingh uiteindelijk wordt gespiegeld. De huidige situatie rond patiënten-enquêtes in Het Roessingh in de afgelopen 10 jaar wordt besproken in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8 wordt vervolgens het HKZ Harmonisatiemodel besproken en wordt de keuze voor dit model toegelicht. Het model komt terug in hoofdstuk 9 waar de kennis uit de hoofdstukken 5 tot en met 8 wordt gebruikt om de voorwaarden te beschrijven waaraan de organisatie moet voldoen om de enquêteresultaten te kunnen gebruiken in de kwaliteitszorg. Daarbij wordt het Harmonisatiemodel gebruikt om de invloed van enquêtes op de organisatie te structureren met behulp van zeven kwaliteitsaspecten vanuit patiëntenperspectief. Tot slot volgen in hoofdstuk 10 de conclusies van het onderzoek en de aanbevelingen aan Het Roessingh.

*Hoofdstuk 2***2 Achtergrond en aanleiding van het onderzoek**

Binnen Het Roessingh is twijfel ontstaan over het gebruik van de patiëntenenquête. Die twijfel is een gevolg van ontwikkelingen binnen de organisatie en in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit hoofdstuk gaat verder in op de ontwikkelingen die hebben geleid tot de opzet van dit onderzoek. Eerst worden de ontwikkelingen in de gezondheidszorg toegelicht die de achtergrond vormen van dit onderzoek. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen binnen Het Roessingh die de aanleiding zijn geweest voor het opstarten van dit onderzoek.

2.1 Achtergrond

De Nederlandse gezondheidszorg is aan het veranderen. Met deze of een vergelijkbare opening begint menig rapport, artikel of presentatie in de afgelopen jaren. Ongeacht het hoofdonderwerp van het artikel, of het om kwaliteit, financiën, technologie, ICT of wetgeving draait. De gezondheidszorg is aan het veranderen en dat heeft gevolgen voor alle aspecten van de sector.

Eén van de pijlers die ten grondslag ligt aan de veranderingen is het patiëntgericht denken in de zorg. De patiënt vormt in toenemende mate het belangrijkste uitgangspunt voor het inrichten van de organisatie van een zorginstelling. Patiëntgericht denken en werken is een oplossingsrichting die het gevolg is van een samenspel tussen het veranderen van de patiënt zelf (als mens in de maatschappij) en veranderingen in het zorgstelsel (onder andere financiering).

Een belangrijke stap in de ontwikkeling naar patiëntgerichte zorg is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 18 januari 1996 waarin zorginstellingen worden verplicht verantwoorde zorg te leveren die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoeften van de cliënt (Ministerie van VWS, 1996).

Van oudsher richtten zorginstellingen de organisatie in op basis van de eigen capaciteiten en mogelijkheden. Dat werd voornamelijk bepaald door de aanwezige zorgprofessionals (artsen) in de organisatie. Met deze manier van inrichten ontstond een organisatie die in termen van Mintzberg als een professionele bureaucratie wordt aangeduid.

Met de opkomst van het patiëntgericht denken komt deze organisatievorm steeds meer onder druk te staan. Patiëntgericht werken en organiseren geeft de patiënt een essentieel andere positie en betekenis. De patiënt vormt nu het uitgangspunt op basis waarvan de organisatie (waaronder de zorgprofessionals) worden ingericht. Het aanbod moet worden aangepast aan de wensen, de zorgvraag, van de patiënt.

In het kort is dit een schets van wat zich afspeelt in de gezondheidszorg. Het is een proces dat jaren gaande is en nog jaren zal voortduren. Wat hier zeer kort wordt besproken, heeft voor de gezondheidszorg een zeer grote impact. De verandering van een filosofie van aanbodgericht denken en werken naar een filosofie van patiëntgericht denken en werken raakt een organisatie in de kern van haar bestaan. Het vergt een cultuuromslag, een andere manier van denken, van iedereen die actief is in de organisatie. Dat gebeurt voor velen onbewust door de jaren heen, maar management en beleidsmakers zijn er actief mee bezig om de veranderingen te realiseren.

Een onderdeel in de organisatie dat door de verandering naar patiëntgericht werken een grotere en belangrijkere rol krijgt is het patiënttevredenheidsonderzoek. Organiseren vanuit het perspectief van de patiënt betekent dat de organisatie moet weten welke aspecten van de zorg voor de patiënt belangrijk zijn en hoe de organisatie op dit moment op die aspecten scoort. Scoort een organisatie laag op een bepaald aspect, dan moet men actie ondernemen om de kwaliteit van de organisatie op dat aspect te verbeteren.

Als een organisatie lage scores negeert, kan dat verstrekkende gevolgen hebben. Verzekeraars kunnen weigeren contracten aan te gaan met de organisatie,

(overheid)subsidies kunnen worden stopgezet, of de concurrentie is de lachende derde doordat patiënten of doorverwijzende zorginstellingen (bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis, bedrijfsarts) kiezen om de organisatie te mijden.

2.2 Aanleiding

In Revalidatiecentrum Het Roessingh wordt patiënttevredenheidsonderzoek verricht met behulp van patiënten-enquêtes. Deze enquêtes zijn ontwikkeld in het kader van een onderzoek van Van Harten (1997). Naast zijn functie als algemeen directeur van Het Roessingh, werkte hij daar van 1993 tot 1997 aan zijn promotieonderzoek *'Bouwen aan een kwaliteitssysteem in de revalidatiezorg'*.

Een onderdeel van zijn onderzoek was de evaluatie van patiënttevredenheidsonderzoek in Het Roessingh. Tot dat moment bestond deze uit een schriftelijke enquête en exitinterviews. Dit leidde onder andere tot de ontwikkeling van nieuwe enquêtes, waarin rekening werd gehouden met de waardering van kwaliteitsaspecten door patiënten. Daarnaast werden aanbevelingen gedaan voor verbetering van de uitvoering, verwerking en gebruik van de enquêtes.

Het doel van de enquêtes als instrument, was het te gebruiken als interne kwaliteitsindicator. De gegevens ervan moeten daarom worden gezien als indicator. Het gaat niet om de cijfers, maar om hoe de organisatie de resultaten gebruikt.

Daarnaast geeft Van Harten aan dat bij dit instrument verwerking moet plaatsvinden met behulp van een invoerprogramma en een statistisch programma voor de beoordeling. Dit zou tijd besparen en beoordeling en vergelijkbaarheid van de gegevens uit de gesloten vragen vereenvoudigen. De resultaten van de open vragen moeten eveneens worden gepresenteerd omdat het de organisatie extra kwalitatieve informatie kan bieden als aanvulling op de gesloten vragen.

De resultaten van de enquêtes moeten vervolgens via de organisatorische hiërarchie binnen de organisatie worden gecommuniceerd, waar ze worden gebruikt als input voor verbeteracties en vervolgens als feedback op uitgevoerde acties. Op langere termijn dienen de resultaten van enquêtes een verbeterde aansluiting bij de zorgmarkt (de zorgvraag) zichtbaar te maken (Van Harten, 1997), kortom een verbetering van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Om dit mogelijk te maken moet de patiënten-enquête regelmatig (jaarlijks) worden gehouden. De resultaten moeten worden gebruikt om verbeteracties op te stellen, de acties moeten worden uitgevoerd en er vindt evaluatie plaats of de acties het gewenste effect hebben gehad. Op deze manier vormen enquêteresultaten de input voor een kwaliteitscyclus van Deming, Plan, Do, Check, Act (PDCA).

Sinds 1997 heeft Het Roessingh de door Van Harten ontwikkelde enquêtes jaarlijks afgenomen en verder ontwikkeld. Tijdens de uitvoering en ontwikkeling van de enquête, ontstonden vragen binnen Het Roessingh over zowel de uitvoering als over het gebruik van de resultaten in de organisatie. Men vroeg zich af of de juiste vragen nog wel werden gesteld, of deze vragen nog van toepassing waren op de huidige organisatie en of de resultaten werden gebruikt zoals Van Harten het had bedoeld. Dit leidde tot een evaluatie van de enquête in 2005.

De evaluatie van 2005 was echter gericht op de technische aspecten van de enquête, zoals de formulering van vragen. Er werd niet onderzocht hoe de resultaten werden gebruikt bij de ontwikkeling van verbeteracties ten behoeve van de kwaliteit in de organisatie.

Daarom is begin 2007 besloten dit onderzoek te starten. Dit onderzoek gaat wel in op de positie en de betekenis van de patiënten-enquête binnen de kwaliteitszorg van Het Roessingh. In eerste instantie blijkt dat deze positie niet is zoals Van Harten het heeft bedoeld. De enquêtes werden tot 2005 jaarlijks afgenomen, maar de resultaten worden niet systematisch en structureel gebruikt als input voor het opstellen van verbeteracties.

Naast de onzekere situatie rond het gebruik van de eigen enquête in Het Roessingh, zijn bovendien interne en externe ontwikkelingen gaande op het gebied van patiënten-enquêtes die hebben bijgedragen aan de vraag naar een onderzoek naar de situatie.

Één van deze ontwikkelingen is de vertaling van een Amerikaanse patiëntenraadpleging, uSPEQ, waaraan Het Roessingh meewerkt om te onderzoeken of deze bruikbaar is in de organisatie. Daarnaast is vanuit Revalidatie Nederland een patiëntenraadpleging voor de revalidatiesector in ontwikkeling waarvan een verkorte versie in 2006 is uitgevoerd. Het doel van deze opzet is het mogelijk maken van een vergelijking tussen de Nederlandse revalidatiecentra (benchmarking). Dit kan uiteindelijk leiden tot meer concurrentie tussen de revalidatiecentra.

De algemene veranderingen in de gezondheidszorg, de interne onduidelijkheid over het gebruik van de eigen enquête en de interne en externe ontwikkelingen op het gebied van patiënten-enquêtes hebben geleid tot het opstarten van dit onderzoek. Het eerste doel van dit onderzoek is helderheid verschaffen over de betekenis en rol van patiënten-enquêtes in een zorginstelling. Wat betekent het gebruik van een enquête voor de organisatie? En hoe kan Het Roessingh gebruik maken van de enquête als onderdeel van haar kwaliteitssysteem?

In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksvragen, de stappen die worden genomen in de beantwoording van de vragen en de onderlinge samenhang van de onderwerpen besproken. In hoofdstuk 4 volgen de gebruikte onderzoeksmethoden bij deze stappen.

Hoofdstuk 3

3 Onderzoeksopzet

Als gevolg van de besproken aanleiding, is dit onderzoek gestart waarvan in dit hoofdstuk de opzet wordt beschreven. Hierin wordt ingegaan op de probleemstelling voor het onderzoek en vervolgens de vier onderzoeksvragen die beantwoording van de probleemstelling mogelijk maken. De onderzoeksvragen worden toegelicht in paragraaf 2 aan de hand van een stappenplan. Hoofdstuk 4 gaat in op de onderzoeksmethoden die zijn toegepast in de verschillende stappen.

3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen hoe men in Het Roessingh omgaat met (resultaten van) de patiëntenenquête en op welke manier men in de organisatie goed gebruik kan maken van dit kwaliteitsinstrument. Het onderzoek gaat uit van de volgende probleemstelling:

- Welke mogelijkheden heeft Het Roessingh om de organisatie zodanig in te richten dat het, structureel en optimaal, gebruik kan maken van de patiëntenenquête als onderdeel van een kwaliteitssysteem? -

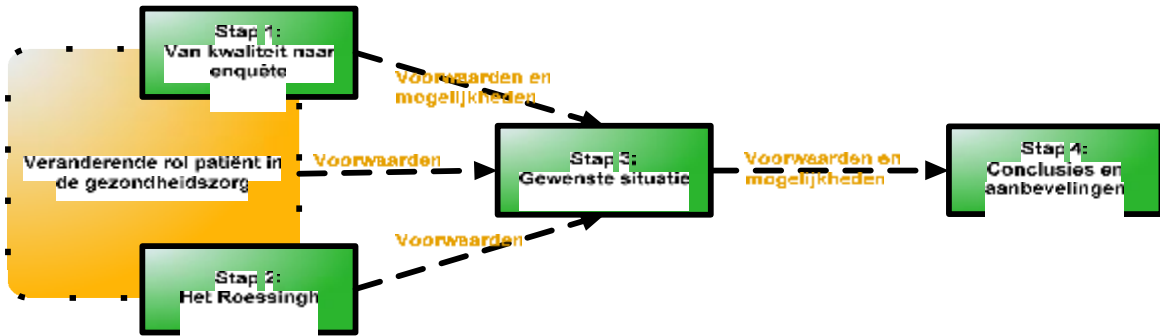
De beantwoording van de probleemstelling wordt onderzocht aan de hand van de volgende vier onderzoeksvragen:

1. *Wat is de positie en betekenis van patiënttevredenheid(onderzoek) in de kwaliteitszorg van een revalidatiecentrum?*
2. *Wat wordt op operationeel en op beleidsniveau gedaan met (de resultaten van) patiëntenenquêtes in Het Roessingh?*
3. *Welke eisen worden vanuit de omgeving en vanuit de organisatie gesteld aan het gebruik van patiëntenenquêtes en welke mogelijkheden biedt een kwaliteitssysteem om dit gebruik te structureren?*
4. *Welke aanbevelingen kunnen aan de hand van een kwaliteitsmodel worden gedaan aan Het Roessingh voor het gebruik van patiëntenenquêtes?*

In dit onderzoek wordt niet ingegaan op de technische aspecten van de enquête (bijvoorbeeld de vraagstelling, manier van afname of lengte). De aandacht van het onderzoek ligt op het gebruik van de resultaten in organisatie. Bovendien zijn een aantal goede patiëntenenquêtes voorhanden. Nader onderzoek naar de technische aspecten van de enquête heeft zodoende weinig toegevoegde waarde voor dit onderzoek.

3.2 Toelichting onderzoeksstappen

In deze paragraaf worden de vier onderzoeksstappen besproken die worden gevolgd in dit onderzoek. De onderlinge samenhang van deze afzonderlijke stappen is in figuur 3.1 weergegeven.



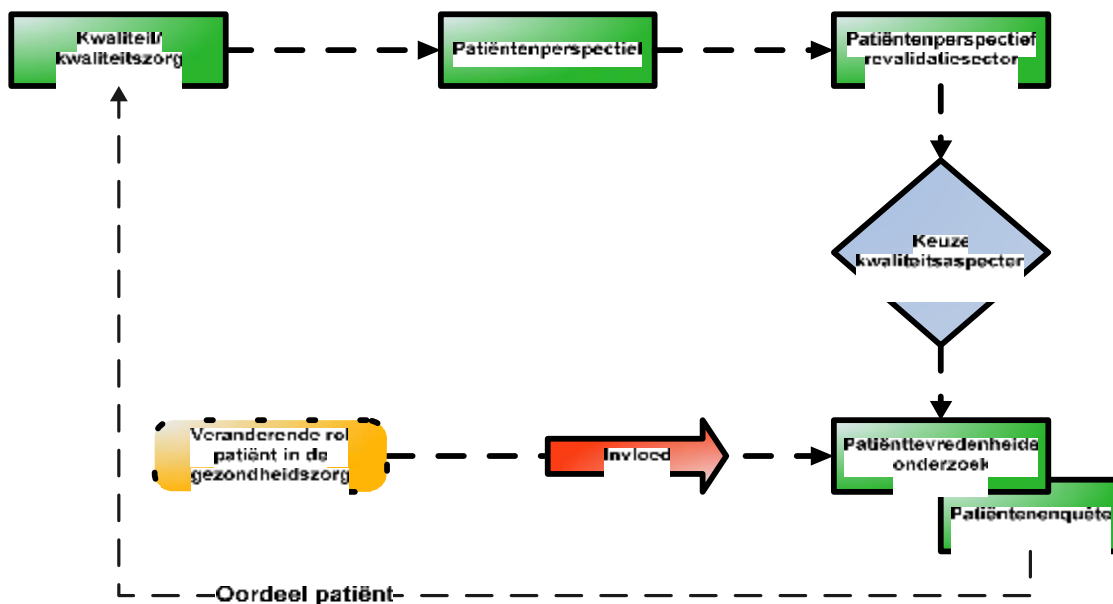
Figuur 3-1 - Onderlinge samenhang onderzoeksstappen

3.2.1 Stap 1: van kwaliteit naar enquête

De eerste stap van het onderzoek dient om de patiëntenenquête te plaatsen in de kwaliteitszorg in de revalidatiesector. Daarbij wordt breed begonnen door in te gaan op de begrippen kwaliteit en kwaliteitszorg, waarna dit wordt toegespitst op kwaliteit vanuit het patiëntenperspectief en vervolgens op het patiëntenperspectief in de revalidatiesector. Aan de hand van diverse onderzoeken in de (revalidatie)zorg wordt onderzocht welke aspecten in de revalidatiesector de kwaliteit van zorg naar patiëntenperspectief bepalen. Dit resulteert in een keuze over welke aspecten in dit onderzoek verder worden aangehouden als bepalend voor de kwaliteit in Het Roessingh (in de ogen van de patiënt).

Deze aspecten vormen vervolgens de basis waarop patiënttevredenheidsonderzoek kan worden gebaseerd. De volgende stap in het onderzoek is na te gaan wat tevredenheidsonderzoek kan betekenen voor een organisatie. Daarin zal blijken dat het belang te maken heeft met de veranderende rol van de patiënt in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren. Nadat dit is onderzocht, richt het onderzoek zich op het type tevredenheidsonderzoek dat in dit onderzoek centraal staat, de patiëntenenquête. Er wordt voornamelijk aandacht besteedt aan de voorwaarden waar een organisatie aan moet voldoen om gebruik te maken van de patiëntenenquête als input van verbeteracties voor kwaliteitsverbetering in de organisatie.

De samenhang van de onderwerpen in Stap 1 is in figuur 3.2 schematisch weergegeven.



Figuur 3-2 - Samenhang elementen onderzoeksstap 1: van kwaliteit naar enquête

Kwaliteit is het overkoepelende aspect waar het onderzoek binnen valt. Het patiëntenperspectief is één manier waarop naar kwaliteit kan worden gekeken en voor elke zorgsector gelden daarin specifieke voorwaarden. Uiteindelijk worden een aantal kwaliteitsaspecten bepaald die voor patiënten in de revalidatiesector de hoogste prioriteit hebben. Kwaliteitsaspecten kunnen worden onderzocht met patiënttevredenheidsonderzoek, waarvan de patiënten-enquête één manier is. Het oordeel van de patiënten dat uit een enquête naar voren komt, geeft op deze manier uiteindelijk een oordeel over de kwaliteit van zorg in de organisatie. De veranderende rol van de patiënt in de gezondheidszorg heeft mogelijk invloed op zijn perspectief op kwaliteit van zorg. Deze verandering heeft zodoende ook invloed op patiënttevredenheidsonderzoek en op de uitvoering en het gebruik van de resultaten daarvan. De invloed die uitgaat van de veranderende rol van de patiënt, gaat dus in werkelijkheid uit naar alle blokken in het schema, maar vanwege de focus van dit onderzoek is voor deze weergave gekozen.

3.2.2 Stap 2: patiënten-enquêtes in Het Roessingh

Dit onderzoek vindt plaats bij revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede. De volgende stap is onderzoek naar de situatie rond het gebruik van patiënten-enquêtes in Het Roessingh zoals het op dit moment is en in de laatste jaren is geweest. Eerst zal de organisatie als geheel kort besproken worden om een beeld te vormen van de werkzaamheden in de organisatie. Vervolgens is er aandacht voor de gebruikte enquêtes, naar de verwerking hiervan en naar het gebruik van de resultaten in de werkzaamheden en in het beleid van de organisatie. Daarnaast wordt tevens gekeken naar de recente ontwikkelingen rond (nieuwe) patiënten-enquêtes waar Het Roessingh direct of indirect mee te maken heeft.

3.2.3 Stap 3: gewenste situatie

Uit de eerste twee stappen van het onderzoek kunnen voorwaarden en mogelijkheden worden gehaald over de manier waarop patiënttevredenheidsonderzoek kan en moet bijdragen aan de kwaliteit van Het Roessingh. Deze voorwaarden en mogelijkheden vormen samen de gewenste situatie over hoe de organisatie de patiënten-enquête kan gebruiken om de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief te verbeteren. De beschrijving van deze gewenste situatie vormt de derde stap in het onderzoek. In eerste instantie wordt daarin nagegaan welke eisen en voorwaarden door zowel de omgeving, de veranderende gezondheidszorg, als de organisatie Het Roessingh stellen aan het gebruik van patiënten-enquêtes. Om het gebruik van de resultaten van enquêtes vervolgens te kunnen structureren, wordt een kwaliteitsmodel gekozen, waarin de enquête en de invloeden van enquêteresultaten worden gemodelleerd.

3.2.4 Stap 4: conclusies en aanbevelingen

Na het doorlopen van de drie vorige stappen in het onderzoek, is het mogelijk om Het Roessingh enkele aanbevelingen te doen over de manier waarop structureel en optimaal gebruik kan worden gemaakt van de patiënten-enquête als onderdeel van een kwaliteitsinstrument. Als vierde en laatste stap wordt met deze conclusies en aanbevelingen antwoord gegeven op de probleemstelling en daarmee wordt het onderzoek afgerond.

Hoofdstuk 4

4 Onderzoeksmethodologie

In hoofdstuk 3 zijn vier stappen beschreven die zullen leiden tot de beantwoording van de probleemstelling van dit onderzoek. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden besproken die bij de vier stappen worden gebruikt.

4.1 Stap 1: van kwaliteit naar enquête

In stap 1 begint het onderzoek breed bij het onderwerp kwaliteit en spitst het uiteindelijk toe op patiënten-enquêtes. Dit deel van het onderzoek vindt plaats op basis van literatuur over de thema's kwaliteit (van zorg), patiëntenperspectief, patiëntgerichtheid, patiënttevredenheid en patiënten-enquêtes. Een aantal specifieke werken spelen hierin een belangrijke rol.

Dit onderzoek is gericht op revalidatiecentrum Het Roessingh. Het proefschrift van Van Harten (*Bouwen aan een kwaliteitssysteem in de revalidatiesector*, 1997) is daarom bijzonder van belang. Een onderdeel van zijn promotieonderzoek, uitgevoerd in Het Roessingh, was het ontwikkelen van nieuwe patiënten-enquêtes op basis van kwaliteitsaspecten vanuit patiëntenperspectief. Dit deel van zijn werk vormt een bruikbare basis voor dit onderzoek.

De bevindingen van Van Harten worden gespiegeld aan recenter onderzoek vanwege de veranderende rol van de patiënt in de gezondheidszorg de laatste jaren. Die verandering kan invloed hebben op de prioriteiten en de waardering van patiënten van de kwaliteitsaspecten. Binnen dit onderzoek wordt geen ruimte gemaakt om de rol van de patiënt nader te onderzoeken. Dit gegeven wordt op de achtergrond meegenomen in het onderzoek. Dit is mogelijk door recente literatuur te gebruiken waarin rekening is gehouden met de veranderingen in de gezondheidszorg. De gebruikte informatie is daardoor van toepassing op de nieuwe situatie in de gezondheidszorg, waardoor eigen onderzoek naar de situatie overbodig wordt.

Voor het onderdeel patiënten-enquêtes wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de handleiding voor beroepsorganisaties in de gezondheidszorg van het CBO - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg uit 2002: *De patiënt als spiegel - schriftelijke enquêtes als instrument om tevredenheid van patiënten/cliënten te meten*. In dit werk worden zowel de basisregels voor patiënten-enquêtes aangehaald, als de manier waarop een organisatie met de resultaten van enquêtes kan en moet omgaan.

4.2 Stap 2: patiënten-enquêtes in Het Roessingh

Tijdens het onderzoek naar het gebruik van de patiënten-enquête binnen Het Roessingh wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen en methoden.

In eerste instantie wordt een beeld gevormd van de organisatie op basis van organogrammen, het intranet van Het Roessingh en gesprekken met interne begeleiders. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de patiënten-enquêtes en het gebruik van de resultaten in de organisatie.

Voor informatie over de uitvoering en verwerking van de enquêtes, worden de uitgevoerde enquêtes onderzocht en worden gesprekken gevoerd met de patiëntenvoorlichtingfunctionaris, die deze werkzaamheden uitvoert.

Wat betreft de tijdspanne die wordt onderzocht, is gekozen voor een periode van 10 jaar, vanaf het moment dat de nieuw ontwikkelde enquête door Van Harten in Het Roessingh werd gebruikt.

Resultaten patiënten-enquêtes

De aandacht van dit onderzoek ligt bij het gebruik van de enquêteresultaten in de organisatie. Voor dit onderdeel wordt het archief van de organisatie op verschillende plaatsen onderzocht.

Om de rol van de patiënten-enquête in organisatie te onderzoeken worden ten eerste de jaarverslagen van 1997 tot en met 2006 onderzocht op informatie over de enquêtes, het gebruik van de resultaten en het beleid van de organisatie op dit gebied.

Daarnaast worden de resultaten van de enquêtes periode onderzocht. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de informatie over patiënten-enquêtes die de patiëntenvoorlichtingfunctionaris kan leveren, zoals resultaten, vergelijkingsmateriaal en achtergronden. Hier wordt tevens een analyse gemaakt van de ontwikkelingen in de enquêteresultaten, of de patiënttevredenheid is verbeterd of verslechterd.

Verder worden de memo's en uitslagen van de enquête, zoals het Managementteam ze ontving, onderzocht.

Interviews

Vervolgens worden een aantal interviews gehouden om de informatiestromen op grond van enquêteresultaten in de organisatie te verhelderen. Van Harten geeft aan dat de informatie op hiërarchische wijze door de organisatie moet worden gebruikt.

De enquêteresultaten worden binnen de organisatie eerst aan het Managementteam gepresenteerd. Daarom worden eerst interviews gehouden met enkele leden van het Managementteam. Op basis van organogrammen en functieomschrijvingen wordt vervolgens gesproken met mensen in de drie divisies die naast het Managementteam met patiënten-enquêtes te maken (zouden moeten) krijgen.

Een probleem bij de interviews is dat de patiënten-enquête sinds 2005 niet structureel meer is uitgevoerd. Daardoor is het mogelijk dat relatief nieuwe mensen in de organisatie niet bekend zijn met de 'normale' gang van zaken rond patiënten-enquêtes. Daarnaast is het voor geïnterviewden mogelijk lastig informatie terug te halen. Kortom, er moet rekening mee gehouden worden dat de informatie 'gedateerd' is.

Recente ontwikkelingen

Naast de situatie van de gebruikte enquêtes, wordt ook aandacht besteed aan recente ontwikkelingen op het gebied van patiënten-enquêtes. Hierbij wordt gebruik gemaakt van literatuur rond de verschillende ontwikkelingen zoals dat van de LSR over het ontwikkelde instrument 'Revalidanten over Kwaliteit' en van Revalidatie Nederland over de patiëntenraadpleging die eveneens nog in ontwikkeling is. Daarnaast wordt binnen Het Roessingh met de interne begeleiders gesproken over de vertaling van het instrument uSPEQ en worden daar tevens de aanwezige stukken over gelezen.

Overige bronnen

Buiten de gestructureerde onderzoeksmethoden wordt ook gebruik gemaakt van informatie uit informele gesprekken met mensen binnen de organisatie van Het Roessingh. Dat zijn onder andere de interne begeleiders en kwaliteitsmedewerkers op de werkplek. Informatie uit deze gesprekken wordt niet direct gebruikt maar kan aanleiding voor nader onderzoek vormen.

4.3 Stap 3: gewenste situatie

In deze stap van het onderzoek moet de informatie uit de eerste twee stappen samenkomen, zoals in figuur 3.2 wordt geïllustreerd.

In deze stap wordt wederom ingegaan op de voorwaarden aan het gebruik van patiënten-enquêtes uit de werken van professor Van Harten en van het CBO. In deze stap worden deze voorwaarden explicieter toegespitst op de situatie van Het Roessingh. Daarbij wordt tevens weer de veranderende rol van de patiënt in de gezondheidszorg op de achtergrond meegenomen en eventuele invloeden daarvan op de voorwaarden toegelicht.

Vervolgens worden de mogelijkheden voor gebruik van de enquêteresultaten voor kwaliteitsverbetering gemodelleerd met behulp van een kwaliteitssysteem. Daarbij is gekozen voor het Harmonisatiemodel van de Stichting Kwaliteitsbeoordeling voor de Zorgsector. De redenen voor deze keuze worden eerst kort toegelicht. Vervolgens wordt het Harmonisatiemodel uitgelegd en tot slot wordt het gebruik van patiëntenenquête aan de hand van zeven gekozen kwaliteitsaspecten hierin gemodelleerd.

4.4 Stap 4: conclusies en aanbevelingen

In de laatste stap van het onderzoek wordt een terugkoppeling gemaakt van de gewenste situatie uit stap 3 op de situatie van Het Roessingh, besproken in stap 2. Bij deze stap wordt uitsluitend gebruik gemaakt van verworven kennis en inzichten uit de eerdere stappen.

Hoofdstuk 5

5 Kwaliteit volgens de patiënt

De hoofdstukken 5 en 6 geven antwoord op de eerste onderzoeksvraag, *wat is de positie en betekenis van patiënttevredenheid(onderzoek) in de kwaliteitszorg van een revalidatiecentrum?* Dit hoofdstuk beschrijft wat kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg betekenen en wat een kwaliteitssysteem daarbij betekent. Vervolgens wordt kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt besproken dat wordt weergegeven in kwaliteitsaspecten. In dit hoofdstuk worden uiteindelijk zeven aspecten gekozen die verder in dit onderzoek worden gebruikt.

5.1 Kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg

Deze paragraaf gaat in op de begrippen, kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg omdat deze termen in de literatuur op verschillende manieren worden uitgelegd. Daarbij wordt tevens toegelicht welke betekenis dit onderzoek geeft aan deze begrippen.

5.1.1 Kwaliteit

Van Dale beschrijft de term kwaliteit als volgt: *“bepaalde gesteldheid, hoedanigheid, mate waarin iets geschikt is om voor een bepaald doel gebruikt te worden”*

Twee zwakke onderdelen in deze uitleg zijn de woorden ‘geschikt’ en ‘doel’. Beiden vragen om nadere uitleg en in iedere uitleg blijkt dat iedereen andere opvattingen heeft over wat geschikt is en over welk doel bereikt moet worden. Kwaliteit is een subjectief begrip.

Bij het onderwerp kwaliteit in de gezondheidszorg wordt daarom regelmatig het werk van Garvin aangehaald, die deze subjectiviteit beschrijft aan de hand van vijf benaderingen van het begrip kwaliteit (uit Van Harten, 1997; Van Zoest, 2001):

- *De filosofische of transcendente benadering.* Dit gaat om een subjectief ideaalbeeld van de hoogste kwaliteit, van wat ‘goed’ is.
- *De klantgerichte benadering.* Hierin is de hoogste kwaliteit die dienst of dat product die het beste aan de verwachtingen van een bepaalde klant(engroep) voldoet.
- *De productbenadering.* Deze benadering benadrukt aan welke specifieke eisen (producteigenschappen) een product of dienst moet voldoen.
- *De procesbenadering.* De stappen die je vanuit de organisatie zet om tot een bepaalde dienstverlening te komen bepalen de kwaliteit.
- *De waardegerichte benadering.* De kwaliteit is afhankelijk van de verhouding tussen prijs en kwaliteit en of deze volgens de klant in evenwicht is.

Totale kwaliteit van product- en dienstverlening in een organisatie wordt bereikt als vanuit alle vijf benaderingen gezien de kwaliteit voldoet aan de gestelde eisen. Verbetering van de totale kwaliteit begin doorgaans bij de zwakste schakel, de benadering waarin de organisatie het laagst scoort. Hiermee kan uiteindelijk de kwaliteit van de product- en dienstverlening worden verhoogd, maar de gekozen benadering blijft altijd ‘slechts’ één deel van de vijf die samen de kwaliteit bepalen. De vier benaderingen waar de focus niet op is gericht, mogen dan ook niet verwaarloosd worden om te voorkomen dat de kwaliteit vanuit één gezichtspunt verbeterd en vanuit het andere verslechterd.

5.1.2 Kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg

Kwaliteitszorg is een term die kan worden gebruikt in elk bedrijf dat bezig is met het produceren van goederen en/of verlenen van diensten. Kwaliteitszorg is het geheel van regels, protocollen en voorwaarden die men moet volgen om theoretisch goede kwaliteit te leveren (Schollen, 2006). Naast het volgen van deze regels moet het gevolgde proces geëvalueerd worden om het uiteindelijk weer te verbeteren. De organisatie moet een

systeem opzetten om de kwaliteit van de dienstverlening te meten om het vervolgens te verbeteren (Van Zoest, 2001).

Waar men spreekt over kwaliteit van zorg bedoelt men doorgaans de kwaliteit, het niveau, van de werkelijke dienstverlening (de operatie, de dienst van de huisarts). Kort gezegd, de medisch-technische kwaliteit van verleende zorg. Dit is voor een groot deel afhankelijk van het niveau van de medische staf en de (hulp)middelen die zij tot hun beschikking hebben. Dit is de harde kant van het begrip kwaliteit, of de productbenadering van Garvin (zie paragraaf 5.1.1).

De laatste jaren is er in de gezondheidszorg steeds meer aandacht voor de overige aspecten van de kwaliteit van zorg. Een zorginstelling wordt niet meer alleen beoordeeld op de harde kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteit van zorg wordt tegenwoordig beoordeeld door een breder pakket aan zorgaspecten waarin ook aandacht is voor bijvoorbeeld privacy, toegankelijkheid, gelijkheid en bejegening van de patiënt. Kwaliteit wordt instellingsbreed bepaald en niet 'slechts' in de behandelruimte. Kwaliteit van zorg wordt dan gezien zoals Garvin het bedoeld, vanuit de vijf benaderingen samen.

In dit rapport wordt met de term 'kwaliteit van zorg' de brede visie gehanteerd, maar de focus van het onderzoek komt uiteindelijk te liggen op kwaliteitsaspecten vanuit patiëntenperspectief.

5.2 Kwaliteitssysteem

Het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg kan worden georganiseerd door gebruik te maken van een kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem bestaat uit een beschrijving van de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt en verbeterd. Het is een verzameling processen, procedures, werkinstructies en documenten in een logische samenhang en ordening. Er staat in wie welk taken heeft en wanneer iets gedaan moet zijn. Het doel van het systeem is het garanderen dat de geleverde diensten continu voldoen aan de normen en verwachtingen (Hollands, 2005).

De kracht van een kwaliteitssysteem wordt onderkend in de sinds 1996 van kracht zijnde Kwaliteitswet Zorginstellingen. Daarin staat dat een zorginstelling zorg moet dragen voor een "systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Het doel van dit systeem is het leveren van verantwoorde zorg waaronder wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt" (ministerie van VWS, 1996).

Een belangrijke factor van een kwaliteitssysteem is dat het een continu proces aanstuurt. Het doel is niet eenmalig de kwaliteit te verbeteren, maar het constant bewaken, beheersen, verbeteren en verantwoorden van de kwaliteit. Kwaliteitssystemen zijn mede daardoor gebaseerd op de verbetercyclus van Deming: Plan, Do, Check, Act. Je stelt doelen, je handelt om deze doelen te bereiken, je controleert of je de doelen hebt bereikt, je handelt als de doelen niet zijn bereikt en stelt nieuwe doelen als ze wel zijn bereikt. Bij de laatste stap gaat fase 4 (act) over in fase 1 (plan) en begint de cyclus opnieuw. Op deze manier verzekert de organisatie zich ervan dat het continu bezig is met verbeteren.

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem kan een organisatie gebruik maken van een kwaliteitsmodel. Aan de hand van een model kan worden bepaald welke zorgaspecten het kwaliteitssysteem moet omvatten en op welke manier deze aspecten samenhangen (Van Wersch, 1999). Een organisatie kan kiezen uit verschillende modellen die in de laatste jaren zijn ontwikkeld. Sommige modellen zijn ontwikkeld voor een bepaalde sector (ziekenhuizen, verpleging, revalidatie), andere modellen zijn voor een onderdeel van de organisatie (laboratorium, voedselbereiding). In hoofdstuk 8 wordt een kwaliteitsmodel beschreven dat in dit onderzoek wordt gebruikt, het HKZ Harmonisatiemodel.

5.3 Het patiëntenperspectief

Vanaf het begin van de jaren '90 is steeds meer aandacht voor de positie van de patiënt in de gezondheidszorg. De patiënt wordt meer gezien als klant van de zorgsector. De patiënt is niet langer de afhankelijke, onmondige hulpvrager, maar wil en kan samen met de zorgverlener beslissen over de te ontvangen zorg. Dat betekent ook dat de zorg niet meer alleen om de behandeling zelf draait, maar ook om de manier waarop deze behandeling wordt aangeboden.

Om de term kwaliteit vanuit patiëntenperspectief inhoud te geven, kan gebruik gemaakt worden van de aspectbenadering. Daarbij wordt kwaliteit verbonden aan aspecten van zorgverlening. Aan de hand van die aspecten kunnen meetgegevens zinvol worden geïnterpreteerd en kan de verantwoordelijkheid voor de bewaking of bevordering van kwaliteit aan actoren (aanbieder, ontvanger, verzekeraar, overheid) worden toegewezen (Harteloh en Casparie, 1998).

In een eerder onderzoek hebben Harteloh en Casparie tien aspecten van kwaliteit van zorg samengevoegd tot vijf dimensies (ZonMw, 2003). De tien aspecten komen uit het werk van Parasuraman over het Service Quality model. De aspecten zijn toegankelijkheid, communicatie, competentie, beleefdheid, geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, flexibiliteit, veiligheid, tastbaarheden, begrip/kennis van de klant en worden samengevoegd tot de vijf dimensies tastbaarheden, betrouwbaarheid, zekerheid, responsiviteit en empathie. Dit is slechts één onderzoek naar kwaliteitsaspecten die ZonMw gebruikt in een studie naar prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker (ZonMw, 2003). Uit diverse onderzoeken, veelal uit de jaren '90, hebben zij uiteindelijk een lijst van 22 kwaliteitsaspecten gedestilleerd. Deze aspecten deelden zij als volgt in naar drie onderdelen van de organisatie van zorg, structuur, proces en uitkomst:

Structuuraspecten	Procesaspecten	Uitkomstaspecten
– Wat heeft een zorgaanbieder te bieden – Accommodatie / faciliteiten zorgsetting – Veiligheid en hygiëne – Privacy	– Kwaliteit medisch technisch handelen / vakbekwaamheid / ervaring van hulpverlener – Betrouwbaarheid / beloften nakomen – Wachtlijsten / wachttijden / gemakkelijk afspraken maken – Bereikbaarheid / toegankelijkheid – Communicatie / interpersoonlijke aspecten – Klant voelt zich begrepen / serieus genomen / heeft vertrouwensrelatie – Informatie / informatiebereidheid – Bejegening – Gelijkwaardige arts-patiënt-relatie / coöperatieve rol patiënt – Keuzevrijheid / respect voor voorkeuren patiënt – Continuïteit / samenwerking 1^{ste} en 2^{de} lijn / integrale zorg – Tijdsbesteding hulpverleners / doelmatigheid – Geen onnodige medicalisering – Ondersteuning mantelzorg, familie en vrienden	– Ervaringen van andere patiënten – Zorguitkomsten / doeltreffendheid – Steun door hulpverlener / verlichting van angst – Fysiek welbevinden / verlichting van pijn

Tabel 5-1: overzicht van informatiebehoefte van de kiezende zorggebruiker (bron: ZonMw, 2003)

Verschillende andere onderzoeken gebruiken een indeling in een kleiner aantal dimensies, waarin een aantal van de kwaliteitsaspecten uit tabel 5.1 worden samengevoegd.

Davies en Ware (uit: ZonMw, 2003) pasten het ServQual-model toe op de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Zij kwamen tot een indeling in acht dimensies van kwaliteitsaspecten die voor patiënten van belang zouden zijn, te weten toegankelijkheid en bereikbaarheid, continuïteit, communicatie, interpersoonlijke aspecten, de bereikte uitkomst, de technische kwaliteit, tijdsbesteding van de hulpverleners en financiële aspecten.

In een onderzoek door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) is ook een lijst opgesteld met aspecten waar patiënten op letten bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg. De aspecten die daaruit naar voren kwamen zijn accommodatie, organisatie, informatie, steun, bejegening, zelfstandigheid, evaluatie en vakbekwaamheid. Daarbij wordt opgemerkt dat voornamelijk accommodatie, informatie, steun en bejegening vaak worden genoemd als aspecten waarin patiënten verbetering wensen (ZonMw, 2003).

ZonMw bespreekt een groot aantal onderzoeken in haar rapporten. Deze onderzoeken waren vaak breed gericht op de zorg- of dienstensector. Daarnaast was er in enkele onderzoeken aandacht voor verschillen in diverse zorgonderdelen, zoals ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg, of verpleeghuizen. De sector revalidatiezorg wordt hierbij echter zelden tot nooit genoemd. Voor dit onderzoek is het juist van belang te weten of de algemene bevindingen van de door ZonMw besproken onderzoeken toepasbaar zijn in de revalidatie. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op kwaliteitsaspecten voor de revalidatiesector.

5.4 Kwaliteitsaspecten in de revalidatiesector

De kwaliteitsaspecten vanuit patiëntenperspectief uit paragraaf 5.3 gelden voor de gehele Nederlandse zorgsector. In elke sector worden de aspecten echter anders. Iemand in een verpleeghuis hecht bijvoorbeeld meer waarde aan het aspect bejegening dan iemand die op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis binnenkomt. In deze paragraaf worden de kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief in de revalidatiesector besproken, specifiek gericht op Het Roessingh, aan de hand van het werk van Van Harten en enkele andere onderzoek in de Nederlandse gezondheidszorg.

5.4.1 Kwaliteitsaspecten in Het Roessingh

Van Harten (1997) heeft in zijn onderzoek in Het Roessingh aandacht gehad voor de waardering door patiënten voor diverse aspecten van de zorg. Hij analyseerde eerst diverse aspecten op basis van literatuuronderzoek en toetste vervolgens via een focusgroep welke aspecten voor patiënten de kwaliteit van het revalidatiecentrum bepaalden. De volgende acht aspecten kwamen daaruit naar voren (met de betekenis zoals ze in het onderzoek werden aangehouden):

- *Informatie en voorlichting* - voor en tijdens de behandeling en gebruik maken van informatie van patiënten(organisaties);
- *Bejegening en steun* - uitleg over het hoe en waarom van de behandeling, respectvolle omgang, familie/omgeving betrekken bij behandeling/nazorg;
- *Privacy* - mogelijkheid tot ongestoord bezoek en vertrouwelijk gesprek met behandelaar;
- *Deskundigheid en vakbekwaamheid* - voldoende kennis bij behandelaar en behandeling gericht op behoeften van de patiënt;
- *Continuïteit* - goede voorbereiding voor nazorg en goede overdracht tussen behandelaars;
- *Toegankelijkheid / bereikbaarheid* - parkeergelegenheid, bereikbaar met openbaar vervoer;
- *Voorzieningen* - goede opvang op eerste dag, hulp bij keuzemogelijkheden;
- *Effect van de behandeling* - behandeling met een positief effect op de aandoening.

De volgorde waarin de aspecten hier zijn genoteerd komen overeen met de waarde die patiënten er aan hechtten.

Het onderzoek door Van Harten is gehouden binnen Het Roessingh, gebaseerd op algemene literatuur en eigen onderzoek onder de patiëntenpopulatie van Het Roessingh. Dit maakt het een krachtige bron voor dit onderzoek omdat het de ook lokale omgevingsfactoren meeneemt. Desondanks zijn nog enkele andere onderzoeken geanalyseerd. De voornaamste reden is dat in de laatste tien jaar veel veranderd is in de gezondheidszorg,

onder andere rond de positie en rol van de patiënt in de zorg. Daardoor is het mogelijk dat andere aspecten moeten worden meegenomen of dat de prioriteiten voor de bekende aspecten anders komen te liggen. Daarom is een aantal recentere onderzoeken bekeken om tot een sterker onderbouwde keuze te komen voor de relevante aspecten voor dit onderzoek.

5.4.2 Kwaliteitsaspecten in Nederlandse onderzoeken

Het Nivel heeft in 2006 met een overzichtsstudie *'Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg'* gepresenteerd. Daarin wordt aandacht besteed aan wat patiënten verantwoorde zorg vinden op basis van een evaluatie van eerdere onderzoeken. Daar komt uit naar voren dat in alle onderzochte zorgsectoren (eerstelijnszorg, thuiszorg, ziekenhuiszorg en ambulante GGZ) de aspecten informatie en bejegening de hoogste prioriteit krijgen van patiënten. Daarnaast zijn toegankelijkheid en privacy van groot belang voor de kwaliteit van een organisatie (Friele et al, 2006).

Naast deze aspecten, die ook bij Van Harten hoge prioriteit hadden, bleek nog één aspect van belang in zowel de (algemene) ziekenhuiszorg als bij patiënten met chronische ziekten of aandoeningen en extra kwetsbare patiënten (verstandelijke of psychiatrische beperking), namelijk de afstemming van de zorg tussen de betrokken zorgverleners. In de revalidatiezorg is ook te verwachten dat dit aspect belangrijk is voor patiënten. In de revalidatiezorg krijgen patiënten met meerdere zorgverleners te maken, ontvangen zij langdurig zorg en zijn patiënten soms niet in staat goed voor zichzelf op te komen door bepaalde beperkingen. Bij Van Harten valt dit aspect onder continuïteit, dat in zijn onderzoek een relatief lage prioriteit krijgt. Het onderzoek van Nivel toont aan dat dit aspect tegenwoordig belangrijker is voor patiënten.

In een brochure van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) uit mei 2007 worden een aantal criteria gegeven waaraan zorg moet voldoen (NPCF, 2007). Er wordt onderscheid gemaakt tussen basiscriteria (met als hoofdcriteria: patiëntgerichtheid, toegankelijkheid, veiligheid en doeltreffendheid en doelmatigheid) waaraan bij elke zorgvraag moet worden voldaan. Daarnaast zijn een aantal specifieke criteria voor ziekenhuiszorg gegeven, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen acute, electieve en chronische zorgvragen. In deze brochure worden geen prioriteiten aangegeven bij de criteria. Wel komen de eerder besproken zorgaspecten, zij het anders geformuleerd, ook in deze brochure terug.

De RoK (Revalidanten over Kwaliteit) is een beoordelingsinstrument voor revalidatiecentra vanuit cliëntenperspectief, ontwikkeld door het Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR) in de periode 2002 tot 2004 (LSR, 2004). De LSR komt na een uitgebreid proces met onder andere interviews met afgevaardigden van patiëntenverenigingen en revalidatiecentra tot 112 kwaliteitscriteria die door de onderzochte populatie worden genoemd. Daarnaast noemen zij nog 19 criteria specifiek voor de groep kinderen/jongeren. Deze 131 criteria kunnen worden verdeeld in 9 categorieën, te weten Organisatie, Accommodatie, Vakbekwaamheid, Aanbod, Bejegening, Informatie, Zorgverlening, Zelfstandigheid en Tevredenheid, elk met diverse subcategorieën.

Opvallend is het ontbreken van een categorie Privacy, die bij Van Harten een derde plaats inneemt. In de RoK staat Privacy wel genoemd, onder categorie Accommodatie, subcategorie Gebruiksvriendelijkheid, maar krijgt daarmee opmerkelijk minder aandacht dan in andere onderzoeken.

In paragraaf 5.6 wordt een keuze gemaakt voor de kwaliteitsaspecten die in dit onderzoek worden aangehouden, maar eerst wordt in paragraaf 5.5 de opmerkelijke positie van het aspect 'Effect van behandeling' besproken.

5.5 Het kwaliteitsaspect 'Effect van behandeling'

'Effect van behandeling' (of doeltreffendheid of zorguitkomst) heeft een vreemde positie tussen de besproken kwaliteitsaspecten. Deze positie wordt hier verder uitgediept.

Er bestaat wereldwijd discussie over de invloed van tevredenheid op het effect van behandeling, mogelijk door een positief psychologische invloed op de genezing. Tevens wordt aangenomen dat een positieve uitkomst van de behandeling de beoordeling van het zorgproces (tevredenheid) positief beïnvloedt (Van Harten, 1997; Covinsky et al, 1998).

De eerste relatie is bijzonder lastig te onderzoeken en onomstotelijk bewijs bestaat niet voor de invloed van patiënttevredenheid op de zorguitkomsten. Algemeen wordt verondersteld dat een tevreden patiënt sneller of een hogere staat van kwaliteit van leven kan bereiken, maar onderzoeken naar deze relatie zijn niet doorslaggevend. Een indirecte invloed in deze relatie kan wel worden aangewezen.

Tevredenheid heeft namelijk een positieve invloed op de opvolgingsbereidheid (*compliance*) van voorschriften (bijvoorbeeld medicijnen of oefenprogramma's) door patiënten (Harteloh en Casparie, 1998). Algemeen wordt tevens verondersteld dat opvolgingsbereidheid positief is gerelateerd aan zorguitkomsten. Via deze tussenstap is te stellen dat hoge tevredenheid bij de patiënten zal leiden tot betere zorguitkomsten. Dit is een reden om te streven naar hoge patiënttevredenheid en deze te blijven verbeteren.

Verder kan worden gesteld dat de aspecten zorguitkomsten (effect van behandeling) en patiënttevredenheid verschillende domeinen van kwaliteit meten (Covinsky et al, 1998). In termen van Garvin (zie paragraaf 5.1.1) betekent dit dat zorguitkomsten en tevredenheid kwaliteit meten vanuit verschillende benaderingen, respectievelijk productbenadering en klantgerichte benadering.

Naast deze (mogelijke) wederzijdse invloed, is er een verschil in het moment in het zorgproces waar de verschillende kwaliteitsaspecten worden beleefd. Het merendeel van de genoemde kwaliteitsaspecten bepaalt een deel van de tevredenheid tijdens de behandeling. Het aspect 'effect van behandeling' kan pas achteraf worden bepaald, het is een uitkomst van het gehele zorgproces. De overige aspecten zijn tijdens het zorgproces 'aanwezig'. Ondanks dat alle aspecten achteraf worden onderzocht, wordt de kwaliteit van deze aspecten in de organisatie wel tijdens het zorgproces beleefd.

De onzekerheid en complexiteit van dit kwaliteitsaspect leidt er toe dat het in het verdere onderzoek buiten beschouwing wordt gelaten. De aspecten en betekenis ervan die in dit onderzoek worden beschouwd als determinanten van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief worden in de volgende paragraaf besproken.

5.6 Keuze van aspecten voor dit onderzoek

In dit hoofdstuk zijn diverse onderzoeken besproken die verschillende kwaliteitsaspecten met verschillende benamingen hanteren. In Bijlage 1 staat een overzicht van deze aspecten, verdeeld over acht kwaliteitsaspecten (het aspect 'effect van behandeling' is hierin nog meegenomen). Uit de tabel blijkt dat deze aspecten de meest voorkomende aspecten zijn in de gebruikte onderzoeken.

De aspecten komen veelal overeen met de aspecten uit het Van Harten onderzoek, met twee wijzigingen. De term voorzieningen wordt in dit onderzoek gebruikt als verzamelnaam voor faciliteiten of tastbaarheden. Van Harten gebruikte de term om de opvang op de eerste dag en hulp bij keuzemogelijkheden te beschrijven. Ten tweede wordt het aspect 'effect van behandeling' buiten beschouwing gelaten, zoals in de vorige paragraaf is besproken.

Hieronder volgt de definitie van de kwaliteitsaspecten zoals ze in dit onderzoek worden opgevat. Daarbij zijn de aspecten verdeeld in drie categorieën op basis van de waarde die patiënten er aan hechten. Bij deze indeling is het werk van Van Harten als leidraad genomen, aangepast met de inzichten uit de onderzoeken van Nivel (2006) en ZonMw (2003).

- Categorie A: Informatie en communicatie
Informatie en communicatie naar de patiënt en met de patiënt gedurende het gehele zorgproces, van voorlichting bij aanmelding tot het ontslag en nazorg.
Bejegening
Respectvolle omgang van zorgverleners met de patiënt, die als mens behandeld en betrokken wordt in het zorgproces.
- Categorie B: Continuïteit
Goede afstemming tussen zorgverleners, rondom de patiënt, zowel tijdens het interne zorgproces als richting nazorg na ontslag.
Privacy
Onder privacy valt zowel een goede omgang met gegevens van patiënten zodat die niet voor iedereen inzichtelijk zijn, als de mogelijkheid voor patiënten om rustig bezoek te kunnen ontvangen en een vertrouwelijk gesprek te voeren met de behandelaar.
Vakbekwaamheid
Dit betekent voldoende kennis bij de behandelaar over de aandoening en behandelmogelijkheden gericht op de behoeften van de patiënt.
- Categorie C: Toegankelijkheid (in brede zin)
Directe bereikbaarheid betreffende vervoer en bijvoorbeeld parkeergelegenheid en de mogelijkheid gemakkelijk afspraken te maken die tevens worden nagekomen (betrouwbaarheid) en bijvoorbeeld het ontbreken van wachtlijsten.
Voorzieningen (in brede zin)
Alle tastbare faciliteiten waar de patiënt mee te maken krijgt zoals wachtruimten, ontvangsthal, recreatieruimte enzovoorts die bovendien veilig en hygiënisch zijn.

Toelichting

Privacy is wel opgenomen in deze lijst en krijgt bovendien een relatief hoge prioriteit, terwijl het in 'slechts' drie van de getoonde onderzoeken wordt genoemd (zie Bijlage 1). Dit zijn echter de meest recente onderzoeken geweest waaruit geconcludeerd kan worden dat patiënten dit aspect de laatste jaren meer zijn gaan waarderen en mensen tegenwoordig hun privacy hogere prioriteit geven. Daarnaast wordt in dit onderzoek veiligheid en hygiëne onder het aspect voorzieningen geplaatst. Deze twee onderwerpen worden slechts sporadisch genoemd in Nederlandse onderzoeken. In bijvoorbeeld Amerika is dit anders. Binnen Het Roessingh is de Divisie Pijnrevalidatie door CARF geaccrediteerd, een Amerikaans kwaliteitssysteem. In dat systeem krijgt de veiligheid van patiënten juist een zeer hoge prioriteit. Zolang er geen bewijs is dat patiënten in Nederland veiligheid hoger waarderen dan nu wordt aangenomen, is er geen aanleiding dit aspect meer aandacht te geven. Het is wel een punt om in de gaten te houden.

Hoofdstuk 6

6 Patiënttevredenheid in de revalidatiesector

Een belangrijk aspect van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is dat van organisaties wordt verwacht dat ze patiëntgerichte zorg leveren. Dit betekent dat een organisatie de patiënt een centrale rol moet geven in haar bedrijfsvoering. De mening van de patiënt moet door de organisatie serieus worden genomen en systematisch worden gemeten en gebruikt om onderdelen van de zorg te definiëren en te evalueren (Harteloh en Casparie, 1998).

Dit hoofdstuk bespreekt eerst wat patiënttevredenheid betekent voor een organisatie en hoe het is beïnvloed door de veranderingen in de gezondheidszorg. Vervolgens wordt specifiek de positie van de patiëntenenquête besproken, de voorwaarden waaraan deze moet voldoen en op welke manier de organisatie de resultaten kan gebruiken.

6.1 De betekenis van patiënttevredenheid

Eerder is besproken dat het patiëntenperspectief in de revalidatiesector met zeven aspecten kan worden benaderd. Meting van deze aspecten levert een oordeel op over de patiënttevredenheid in een organisatie, maar wat betekent dit voor een organisatie? Patiënttevredenheid heeft drie betekenissen voor een organisatie in de zorg (Harteloh en Casparie, 1998):

- een uitkomst van een geslaagd zorgproces;
- een aspect van een zorgproces dat bijdraagt aan een gunstige uitkomst ervan door bevordering van de *compliance* van de patiënt;
- een streefwaarde die bijdraagt aan vergroting van het adherentiegebied en bevordering van het imago.

Het eerste punt is helder, een patiënt die goede zorg ontvangt is een tevreden patiënt.

Daarnaast blijkt dat patiënten een voorgeschreven medicatie, oefeningen of levenswijze beter opvolgen (*compliance*) als zij tevreden zijn over de zorg. Dat is eerder, in paragraaf 5.5, uitgebreid besproken.

Verder zijn de laatste jaren verschillende ontwikkelingen gaande, door de overheid geïnitieerd of gestimuleerd, die moeten leiden tot meer marktwerking in de zorgsector. Organisaties moeten gaan concurreren om patiënten en daarmee gepaard gaande financiering binnen te krijgen. Patiënttevredenheid, die wordt gepubliceerd en kan worden vergeleken met andere organisaties, is daardoor steeds belangrijker voor organisaties.

6.1.1 De veranderende zorgmarkt

Het laatste punt van Harteloh en Casparie, het imago van een zorginstelling, is een belangrijke factor voor zorginstellingen door de openstelling van de zorgmarkt waarin men met patiëntgerichte zorg de concurrentie aangaat. Patiëntgerichtheid is een belangrijke stap voor organisatie op weg naar vraagsturing in de zorg. Deze weg naar vraaggestuurde zorg is ingeslagen in de Nederlandse gezondheidszorg en dit is een onomkeerbaar proces (Albeda, 2002). Tevredenheidonderzoek is een manier om de vraagzijde van de markt te lezen.

Ook een organisatie voor wie de concurrentie niet groot is moet leren wat zijn klanten (patiënten) wensen. Patiënten kunnen gewend raken aan steeds betere behandeling in andere sectoren van de zorg, waar concurrentie al sterker voelbaar is. Zij verwachten daardoor ook een vraaggestuurde instelling en goede behandeling bij andere sectoren/organisaties. Dat geldt niet alleen voor de harde zorgvraag (medisch-technische behandeling), maar ook de manier waarop de patiënt de zorgbehandeling ondergaat en beleeft weegt mee.

Vraagsturing in de zorg betekent een meer centrale rol voor de patiënt en daardoor heeft een organisatie onder andere informatie over de wensen van de patiënt nodig. Catrien Funke (in Albeda, 2002) beschrijft vier varianten van patiëntparticipatie, waaronder 'brede signalering van meningen', bijvoorbeeld periodieke tevredenheidsonderzoeken.

Deze veranderingen komen terug in de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de zorg.

6.1.2 Prestatie-indicatoren

In 2002 presenteerde het Nivel een onderzoek onder 60 zorginstellingen in acht sectoren (de revalidatiesector zat hier niet bij) naar het gebruik van indicatoren die binnen deze sectoren werden gebruikt om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Daaruit volgde dat tevredenheid van cliënten/patiënten als een directe en belangrijke indicator van de kwaliteit van zorg wordt beschouwd (Sluijs, 2002).

In de revalidatiesector geeft ook Revalidatie Nederland (RN) patiënttevredenheid een belangrijke plaats in de basisset prestatie-indicatoren voor revalidatiecentra (RN, 2006). Want hoewel in de basisset geen directe waarde wordt verbonden aan de plaats in de lijst, wordt (patiënt)tevredenheid als eerste indicator genoemd. Bovendien heeft RN in 2006 een patiëntenraadpleging gehouden onder 22 deelnemende revalidatiecentra. Ook daarmee stipt zij als vereniging van revalidatiecentra in Nederland het belang van deze indicator aan.

De ontwikkelingen naar meer patiëntgerichtheid in de zorg en de stappen die bijvoorbeeld Revalidatie Nederland op grond daarvan neemt, tonen aan dat patiënttevredenheid meetelt. Het gevolg daarvan is dat organisaties tevens patiënttevredenheid regelmatig moeten onderzoeken en vervolgens verbeteren waar mogelijk. In de volgende paragraaf wordt een veelgebruikt instrument van tevredenheidsonderzoek besproken, de patiënten-enquête.

6.2 De patiënten-enquête

De aandacht van dit onderzoek ligt bij het gebruik van de patiënten-enquête in Het Roessingh als methode van tevredenheidsonderzoek. In deze paragraaf wordt eerst besproken wat de enquête voor een organisatie betekent. Vervolgens wordt kort ingegaan op de voorwaarden aan de enquête zelf. Tot slot wordt besproken op welke manier de organisatie de informatie uit de enquête kan gebruiken om de kwaliteit mee te verhogen en te borgen.

6.2.1 Positie en betekenis van de patiënten-enquête

De patiënten-enquête is een bekend instrument voor patiënttevredenheidsonderzoek, naast exitinterviews, focusgroepen, klachtenformulieren of ideeënbus. Met een patiëntenraadpleging meet je hoe patiënten de zorg(behandeling) beleven. Of de behandeling werkt, is een andere vraag waar een ander soort wetenschappelijk onderzoek voor nodig is (CBO, 2002). Dat kan niet met een enquête worden gemeten.

Patiëntenraadpleging door middel van een enquête kan drie doelstellingen hebben:

- *Nulmeting*, als inventarisatie van de bestaande situatie;
- *Effectmeting*, als controle van de gevolgen van gevoerd beleid;
- *Balansmeting*, om na te gaan hoe patiënten bepaalde (ongerichte) veranderingen beleven.

De term meting kan hier verwarrend zijn omdat het suggereert dat de uitkomsten harde cijfers zijn. Aan deze cijfers kan echter minder directe waarde worden gehecht dan gedacht. Het is namelijk bewezen dat patiënten ontvangen zorg altijd hoog waarderen, rond 80% tevredenheid, wat een eindcijfer 8 suggereert, maar dit is bedrieglijk. Patiënten zijn geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven, mede door de afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de organisatie en zorgverleners. Bovendien zijn patiënten eveneens sneller positief gestemd als het zorgproces geslaagd is. Echter, de 20% ontevredenheid die dezelfde uitspraak meedraagt moet voor een organisatie een signaal zijn om verbeteracties op te zetten (CBO, 2002). De getallen doen denken aan het principe van Pareto, 20% van de oorzaken zorgen voor 80% van de gevolgen. Vertaald naar de zorg, het relatief kleine deel ontevredenheid kan voor een organisatie grote gevolgen hebben. De patiënten-enquête is dan ook meer een signaleringsinstrument dan een meetinstrument.

Het resultaat van een patiënten-enquête geeft de mening van de patiëntenpopulatie over een organisatie. Deze mening wordt bepaald door de verwachtingen van patiënten gebaseerd op hun behoeften, ervaringen uit het verleden en verkregen informatie over de organisatie (van

de organisatie of via vrienden/familie/kennissen of de media) aan de ene kant, afgezet tegen de werkelijk beleefde kwaliteit van zorg aan andere kant.

Om te weten wat de verwachtingen en beleving van zorg voor de patiënt bepaalt, is het van belang om te weten welk belang patiënten hechten aan bepaalde zaken (CBO, 2002). Daarbij zijn de eerder besproken kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief bruikbaar. Om uiteindelijk de kwaliteit van zorg zoals de patiënt deze beleeft te verbeteren moet men de juiste zorgaspecten onderzoeken (Sluijs en Janse, 2002).

Een organisatie moet volgens het CBO (2002) aan een aantal voorwaarden voldoen bij het afnemen van patiënten-enquêtes en het gebruik van de resultaten in het kwaliteitsbeleid.

6.2.2 Voorwaarden aan patiënten-enquêtes

Naast enquêteteknische voorwaarden (bijvoorbeeld de manier van vraagstelling) stelt het CBO enkele voorwaarden die betrekking hebben op het gebruik van de enquêteresultaten in de organisatie. Daarnaast heeft ook Van Harten (1997) enkele voorwaarden besproken op dit gebied.

De eerste basisregel van het CBO luidt: "Vraag alleen naar die onderwerpen waarop je wilt verbeteren". Zij bedoelen hier mee dat je geen vragen moet stellen over een onderwerp waaraan je zelf niets kan verbeteren. Dat lijkt logisch, maar spreekt tegelijkertijd de signaleringsfunctie van een patiënttevredenheidsonderzoek tegen. Het spreekt voor zich dat het moeilijk is voor een organisatie als uit de enquête naar voren komt dat patiënten ontevreden zijn over iets waar de organisatie zelf geen directe macht heeft. Echter, dat maakt het mogelijk dat patiënten met een ontevreden gevoel vertrekken zonder dat dit wordt opgemerkt door de organisatie omdat er simpelweg niet naar gevraagd is. In een steeds meer concurrerende zorgmarkt kan dit patiënten kosten.

Het is de mening van dit onderzoek dat men in een patiëntenraadpleging moet vragen naar alle aspecten die voor patiënten bepalend zijn voor de totale kwaliteit van de organisatie. Dit vergroot tevens de patiëntgerichtheid van de organisatie. Zaken waarover de organisatie geen directe macht heeft om te veranderen, kunnen eventueel in samenwerking met andere organisaties of instellingen worden aangepakt indien duidelijk wordt dat hierover ontevredenheid heerst bij patiënten. Voor Het Roessingh betekent dit dat de patiënten-enquête vragen stelt over de zeven kwaliteitsaspecten uit paragraaf 5.6.

Verder moet binnen de organisatie draagvlak zijn om van de patiënten-enquête een bruikbaar instrument te maken. Het bestuur en uitvoerende commissie moeten gemotiveerd zijn, zorgverleners moeten bereid zijn iets te doen met de verkregen informatie, er moet tijd en geld geïnvesteerd worden en er moet een goede, strakke tijdsplanning zijn voor snel resultaat.

Bovendien wek je met het houden van een enquête de verwachting bij patiënten dat je iets met de resultaten gaat doen. Deze belofte moet worden nagekomen. De resultaten moeten daadwerkelijk gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Omdat verbeteracties en verbeteringen voor de patiënt niet altijd direct zichtbaar zullen zijn, kan een organisatie zorgen voor publieke berichtgeving over de resultaten van het tevredenheidsonderzoek en de acties die men op basis daarvan neemt.

In paragraaf 6.2.3 wordt besproken op welke manier een organisatie om moet gaan met de verkregen resultaten uit enquêtes.

6.2.3 Gebruik van enquêteresultaten

Na de verwerking van de gegevens van de enquêtes, moet de stap naar verbeteracties worden gemaakt. Een organisatie moet daarin eerst bepalen wanneer een verbeteractie noodzakelijk is. Dit heeft te maken met normering. Een organisatie heeft vergelijkingsmateriaal nodig om te bepalen wat men een negatief resultaat vindt. Deze norm kan op twee manieren bepaald worden. Men vergelijkt het resultaat met eerdere resultaten.

Als de score beter of gelijk is aan de vorige meting, is het over het algemeen goed. Of men stelt een streefnorm voor de verschillende kwaliteitsaspecten en/of individuele vragen. Deze norm kan bepaald worden op basis van standaardnormen in de sector of literatuur, of op basis van een eigen streven. Scoort men onder een norm, dan vormt dat onderwerp het startpunt van een verbetercyclus.

Omdat een enquête meerdere aspecten tegelijkertijd onderzoekt, kunnen op deze manier diverse nieuwe verbetercycli ontstaan naar aanleiding van de gehouden enquête. De organisatie kan hierin prioriteiten stellen door rekening te houden met de indeling in categorieën uit paragraaf 5.6. Kwaliteitsaspecten die hoog scoren in de waardering door patiënten (Informatie en voorlichting en Bejegening) verdienen voorrang als men keuzes moet maken. Hierbij kan een organisatie tevens rekening houden met eigen beleid en de eigen streefnormen. Als de organisatie bijvoorbeeld nastreeft bekend te staan om haar goede toegankelijkheid, moet dit aspect soms voorrang krijgen. Daarnaast kunnen actualiteiten, wetgeving, voorschriften uit de revalidatiesector of scores bij de concurrentie van invloed zijn op keuze voor verbeteracties.

Na de keuze voor een bepaald aandachtspunt, start een nieuwe Deming-cyclus volgens het principe Plan, Do, Check en Act.

Plan

Wanneer bekend is welk onderwerp wordt aangepakt, wordt allereerst een plan van aanpak opgesteld. Dit plan moet een doelstelling bevatten volgens de SMART-methode (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) en de manier waarop deze kan worden gehaald. De mogelijkheden hiervoor zijn afhankelijk van vele factoren, voornamelijk het onderwerp zelf. Dat maakt het onmogelijk om één lijn aan te geven die een organisatie moet volgen. Het is in deze fase wel belangrijk dat mensen bij het plannen betrokken worden die straks ook verantwoordelijk zijn voor de uitvoering en de gevolgen van de verbeteracties. Dit moet leiden tot een klein multidisciplinair team dat zich verdiept in het probleem en met een mogelijke oplossing komt.

Do

Na het plannen volgt de uitvoering van de verbeteractie. Het gekozen plan van aanpak wordt binnen de organisatie uitgevoerd. Het is aan de betrokken personen om zorg te dragen dat de verandering op de juiste manier wordt uitgevoerd en dat het niet blijft bij een eenmalige actie.

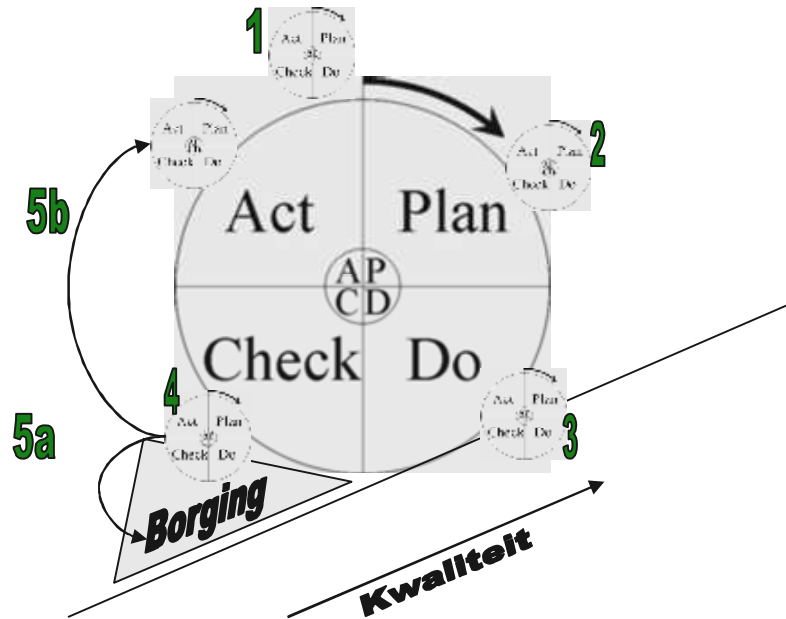
Check

Nadat de verandering in de organisatie is doorgevoerd volgt de controle van de uitwerking van de gekozen actie. Dit kan door te wachten tot de volgende periodieke patiëntenraadpleging, maar de organisatie kan hier ook actiever aan werken. Bijvoorbeeld door gerichte controle onder patiënten met een focusgroep of kleine specifieke enquête. Het is van groot belang dat deze stap in het proces wordt gezet. Uitvoeren van de actie is niet voldoende. De organisatie moet nagaan of de actie iets heeft opgeleverd.

Act

Afhankelijk van de uitkomst van de controle volgen nieuwe acties. Als de verbeteractie een positief effect heeft gehad, wordt de verandering opgenomen in de dagelijkse bedrijfsvoering. De verbetering wordt op deze manier geborgd om de kwaliteit in de organisatie op peil te houden. Heeft de verbeteractie niet het gewenste positieve effect gehad, dan wordt de actie geëvalueerd en start de organisatie een nieuwe verbeteractie om het beoogde effect alsnog te halen.

De verbetercyclus naar aanleiding van patiënten-enquêtes wordt in figuur 6-1 geïllustreerd.



Figuur 6-1 - verbetercyclus naar aanleiding van enquêteresultaten

De grote PDCA-cirkel staat voor het kwaliteitssysteem van de organisatie. De patiëntenenquête vindt hierin plaats in de controlefase (check). Daaruit blijkt dat de organisatie op een bepaald aspect te laag scoort. Vervolgens gebeurt het volgende:

1. de lage score wordt geëvalueerd en er wordt besloten dat een verbeteractie moet worden opgesteld. Er wordt een nieuwe PDCA-cyclus opgestart.
2. de nieuwe verbeteractie wordt gepland, doelstellingen en betrokkenen worden bepaald.
3. de verbeteractie wordt in de organisatie doorgevoerd.
4. de gevolgen van de verbeteractie worden gecontroleerd.
- 5a. de verbeteractie heeft een positief effect gehad en wordt onderdeel van de dagelijkse bedrijfsvoering. Het vormt onderdeel van de borging om de kwaliteit in de organisatie op peil te houden
- 5b. de verbeteractie had niet het gewenste positieve effect. De actie wordt geëvalueerd en de organisatie start een nieuwe verbeteractie om het beoogde effect alsnog te halen.

Hoofdstuk 7

7 Patiëntenenquête in Het Roessingh

In dit hoofdstuk wordt de huidige situatie rond het gebruik van patiëntenenquête in Het Roessingh beschreven. Eerst wordt kort de organisatie beschreven, waarna de aandacht uitgaat naar de uitvoering van de enquête, de verwerking ervan en het gebruik van de resultaten. Tot slot is er aandacht voor recente ontwikkelingen rond patiëntenenquête. In de slotbeschouwing worden conclusie getrokken over het gebruik van de enquête in de organisatie.

7.1 Het Roessingh – de organisatie

Het Roessingh is een gespecialiseerd ziekenhuis waar volwassenen en kinderen met lichamelijke beperkingen revalideren. De beperkingen zijn het gevolg van een ongeval, een ziekte of een aangeboren afwijking en variëren van licht tot zwaar en van zichtbaar tot onzichtbaar. Afhankelijk van de problematiek wordt voor iedere revalidant een individueel revalidatieprogramma opgesteld. Het doel van de revalidatie is echter voor iedereen gelijk: (weer) zo zelfstandig mogelijk functioneren in de samenleving zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. Naast het behandelen van patiënten is Het Roessingh ook actief op het gebied van revalidatievoorzieningen, -dienstverlening en innovatie. (www.roessingh.nl)

Om het zorgaanbod mogelijk te maken is na bijna 60 jaar ontwikkeling een complexe organisatie ontstaan, waarin drie divisies zijn te onderscheiden. In Bijlage 2 zijn de organogrammen van de organisatie en de divisies opgenomen. Daarnaast zijn in Bijlage 3 enkele kengetallen over werknemersaantallen en patiëntenopnamen en –ontslagen te vinden.

In de drie divisies, Volwassenenrevalidatie, Kinder- en Jongerenrevalidatie en Pijnrevalidatie wordt klinische en poliklinische zorg verleend in gespecialiseerde behandelteams.

7.1.1 De divisies

De drie divisies worden elk aangestuurd door een divisie manager en een medische divisiecoördinator. De organogrammen van de divisies zijn in Bijlage 2 terug te vinden. Hier wordt kort besproken welke leidinggevende functies in de divisies aanwezig zijn.

Volwassenenrevalidatie heeft op dit moment twee teammanagers en een teamcoördinator (ad interim). De drie leidinggevenden zijn aangesteld voor de behandelteams Dwarslaesie/MS en Orthopedie, CVA/NAH en CVA/Neurologie en de afdeling Verpleging. Daarnaast zijn er zes behandel disciplines betrokken in de divisie, aangevoerd Eerste Medewerkers. Teammanagers hebben direct contact met de divisie manager, de Eerste Medewerkers en de behandelteams.

Kinder- en Jongerenrevalidatie bestaat uit zes behandelteams met elk een teamcoördinator die direct contact heeft met de divisie manager. Daarnaast heeft elk van de acht behandel disciplines een Eerste Medewerker die eveneens het eerste aanspreekpunt is voor de divisie manager.

Pijnrevalidatie heeft één teammanager en drie teamcoördinatoren voor de behandelteams. Daarbij zijn er zes Eerste Medewerkers, vijf voor de betrokken behandel disciplines en één voor het secretariaat van de divisie. De teamcoördinatoren zijn voornamelijk verantwoordelijk voor operationele zaken, zoals de dagelijkse planning. De teammanager is de eerste contactpersoon voor de teamcoördinatoren en Eerste Medewerkers en de divisie manager.

Opmerkelijk in deze structuren is dat op leidinggevend niveau aanzienlijke verschillen zijn tussen de divisies. De organogrammen in Bijlage 3 maken dit verschil verder duidelijk.

Zeer recent, in oktober 2007, zijn binnen Het Roessingh plannen gepresenteerd voor een grote structuurverandering per 1 juli 2008. De reden hiervoor ligt in de financiële ontwikkelingen binnen de organisatie en de ontwikkeling van Diagnosebehandelcombinaties

(DBC) in de revalidatiesector als nieuwe financieringssysteem. Het voorstel dat is opgesteld is een structuur met zes of zeven resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE) die worden afgerekend op hun (financiële) prestaties. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de huidige structuur, omdat te weinig bekend is over de nieuwe structuur en bovendien deze structuur nog niet definitief is.

7.1.2 Kwaliteitssysteem in Het Roessingh

Het Roessingh maakt op dit moment geen gebruik van een organisatiebreed kwaliteitssysteem.

Alleen de Divisie Pijnrevalidatie is geaccrediteerd door het Amerikaanse CARF (Committee on Accreditation of Rehabilitation Facilities), voor het eerst in 2004 en in 2007 is de accreditatie van deze divisie voor drie jaar verlengd.

Daarnaast is het revalidatiecentrum twee maal extern getoetst, in 1999 en 2006. Externe toetsing is een beleidsinstrument vanuit Revalidatie Nederland en heeft als doel: "Garantie bieden aan derden (patiënten, verwijzers, verzekeraars) dat de leden van Revalidatie Nederland aan afgesproken kwaliteitscriteria voldoen. Een secundair doel is het stimuleren van de voortgang van de interne kwaliteitszorg van de revalidatie-instellingen" (Stoop, 2006). Revalidatie Nederland is in samenwerking met de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg (HKZ) een Certificatieschema voor Medisch Specialistische Revalidatiezorg aan het ontwikkelen (www.hkz.nl). De elementen uit het Beoordelingskader Externe Toetsing zullen input zijn voor het schema. Dit schema is op dit moment nog in ontwikkeling.

7.2 De patiëntenenquête

In deze paragraaf wordt ingegaan op de patiëntenenquête van Het Roessingh. Eerst wordt kort ingegaan op de vragenlijst van de enquête. Vervolgens gaat de aandacht uit naar de wijze van afname en naar de verwerking en presentatie van de resultaten. In paragraaf 7.3 wordt nader ingegaan op het gebruik van de gepresenteerde resultaten.

7.2.1 De vragenlijst

Het Roessingh is sinds de jaren tachtig bezig met patiëntenraadplegingen, waaronder schriftelijke enquêtes. Sinds 1997 wordt gebruik gemaakt van de enquêtes ontwikkeld op basis van bevindingen en aanbevelingen uit het onderzoek van Van Harten (1997).

In het daaropvolgende decennium zijn uiteindelijk drie verschillende enquêtes ontwikkeld, voor de drie divisies. In de loop van de tijd zijn per divisie varianten gemaakt, specifiek gericht op de behandelteams en groepsprogramma's, die in de basis dezelfde zes onderdelen bevatten:

- A. Algemene informatie
- B. Vragen over de voorlichting en informatie vóór behandeling in Het Roessingh
- C. Vragen over de ontvangst en de start van de behandeling
- D. Vragen over de informatie tijdens de behandeling
- E. Vragen over ervaringen met therapieën en behandelaars
- F. Vragen over de omgang met patiënten en de voorzieningen in Het Roessingh

7.2.2 Afname van de enquête

De enquêtes worden gedurende het hele jaar afgenomen. Klinische patiënten krijgen bij ontslag een enquête mee van het secretariaat van de behandelende afdeling. Poliklinische patiënten krijgen de enquête opgestuurd op het moment dat zij zes weken in behandeling zijn.

Tot 2000 werden steekproefsgewijs exitinterviews gehouden onder de patiënten. De enquête vormde hierin de leidraad voor het gesprek. De interviews werden afgenomen door de patiëntenvoorlichtingfunctionaris omdat die een voor de patiënten onafhankelijke partij vormt.

en ook uiteindelijk de resultaten van de enquêtes verwerkt. Op die manier bleef de uitvoering op één plaats binnen de organisatie. De exitinterviews zijn gestopt omdat het een tijdrovend en daarmee kostbaar proces is.

De enquêtes worden door het divisiesecretariaat bij de ontslagprocedure meegegeven aan de patiënt en bij poliklinische patiënten wordt de enquête opgestuurd, zes weken na de start van de behandeling. De geretourneerde enquêtes worden door de patiëntenvoorlichtingfunctionaris verzameld. Op het moment dat voldoende enquêtes per behandelteam, divisie of groepsprogramma zijn ontvangen, worden de gegevens verwerkt. Daarbij worden de aantallen uit tabel 7-1 als streefwaarde aangehouden.

Divisie	Behandelteam/programma	Streefaantal
Volwassenen	Kliniek (Dwarslaesie/MS; Orthopedie/amputatie; NAH/CVA; CVA/NMA)	100
	Polikliniek (Dwarslaesie/MS; Orthopedie/amputatie; NAH/CVA; CVA/NMA; Longgroep)	100
Kinder- en Jongeren	Kliniek (ouders en jongeren)	Wat binnenkomt per jaar
	DCD ouders	Incidenteel
Pijn	Poliklinische pijnpatiënten (individueel)	30
	Whiplashgroep	35
	Pijngroep	35
	Ruggroep	35
	Herstel & Balans	25

Tabel 7-1 - Streefaantallen patiënten-enquêtes per divisie/behandelteam/programma

7.2.3 Verwerking en presentatie

De patiëntenvoorlichtingfunctionaris verwerkt de gegevens handmatig, in het verleden met behulp van SPSS en later in een Microsoft Access spreadsheet. De laatste jaren worden antwoorden van de Multiple Choice vragen geturfd per antwoordoptie.

Op het moment dat er voldoende enquêtes voor een team, programma of divisie zijn verwerkt, wordt het eindresultaat gepresenteerd. Dat gebeurt op een leeg enquêteformulier voor de antwoordgegevens en een memo over de opvallende resultaten. De antwoordgegevens voor de Multiple Choice vragen wordt in absolute getallen gegeven. De antwoorden op de open vragen worden beoordeeld door de patiëntenvoorlichtingfunctionaris en overgenomen in de presentatie.

De presentatie wordt door de patiëntenvoorlichtingfunctionaris naar het Managementteam en gestuurd, waarbij de functionaris soms wordt uitgenodigd om extra toelichting te geven. Daarnaast komt het een enkele keer voor dat de patiëntenvoorlichtingfunctionaris wordt gevraagd door een behandelteam of een divisie manager om uitleg te geven over de betekenis van de resultaten.

In paragraaf 7.3 wordt besproken hoe de resultaten van de enquêtes worden gebruikt na de presentatie aan het Managementteam. Daarnaast wordt besproken of ontwikkelingen in patiënttevredenheid zichtbaar zijn en hoe de organisatie daarmee is omgegaan.

7.3 Gebruik van enquêteresultaten en beleid

Nadat de resultaten van de enquêtes zijn gepresenteerd aan het Managementteam (MT), is het aan hen om deze resultaten te interpreteren en mee te nemen in de bedrijfsvoering. Althans, dat was de opzet van Van Harten (1997). In deze paragraaf wordt beschreven of en op welke manier dit is terug te vinden in de organisatie. Dit gebeurt aan de hand van de jaarverslagen van de organisatie over de afgelopen 10 jaar, de resultaten van de enquêtes in diezelfde periode en door interviews te houden met mensen in de organisatie die met de enquêtes te maken krijgen.

7.3.1 Jaarverslagen Het Roessingh

In de jaarverslagen van de afgelopen 10 jaar, worden patiënttevredenheid en de patiëntenenquête zeer sporadisch aangehaald. De enquête wordt kort genoemd bij het gebruik ervan als leidraad tijdens exitinterviews. Over het gebruik van de resultaten in de organisatie wordt niet meer geschreven dan: "indien nodig leiden de uitkomsten tot verbeteracties die de kwaliteit van de behandeling en organisatie ten goede komen". Daarnaast is het aantal klachten dat binnenkomt per jaar de enige aanwijzing van patiënt(on)tevredenheid die wordt vermeld in de jaarverslagen.

Alleen het jaarverslag van 2004 bevat meer informatie. In dat jaar wordt in de paragraaf 'Patiënttevredenheid en klachten', onder het hoofdstuk 'Personeel, organisatie en kwaliteitszorg' de patiëntenenquête expliciet genoemd. Hierin wordt beschreven dat uit de enquête een positief beeld naar voren kwam wat betreft het verblijf, de communicatie en de behandeling in Het Roessingh. En daar waar nodig zijn acties opgezet om de kwaliteit van de behandeling en organisatie nog verder te verbeteren.

In de jaarverslagen wordt niet beschreven op welke manier de organisatie met informatie uit patiëntenenquêtes omgaat en of er een bepaald beleid wordt gehanteerd op dit vlak.

7.3.2 Gebruik enquêteresultaten 1997 - 2007

De resultaten van de enquêtes zijn op drie plaatsen in de organisatie onderzocht. Ten eerste is gezocht in de bestanden van de patiëntenvoorlichtingfunctionaris, die in deze periode de enquêtes verwerkte. Daarnaast zijn de archieven van het MT onderzocht in de mappen van de correspondentie tussen het MT en de patiëntenvoorlichting en tussen het MT en de Patiëntenadviesraad (PAR; nu Cliëntenraad). Tot slot is met behulp van het directiesecretariaat een zoekactie gehouden in de notulen van het MT met de termen 'patiënten' en 'enquêtes'.

Een eerste conclusie uit dit onderzoek is dat de gegevens van de patiëntenenquêtes op fragmentarische wijze zijn opgeslagen. Dit heeft tot gevolg dat het niet of nauwelijks mogelijk is de ontwikkeling van de patiënttevredenheid door de jaren heen te volgen. Een vergelijking van twee of meerdere jaren werd in de bestanden eveneens niet gevonden. Daaruit kan worden geconcludeerd dat de organisatie de gegevens niet optimaal als vergelijkingsmateriaal gebruikt.

Een vergelijking van enquêteresultaten

Om na te gaan op welke manier patiënttevredenheid zich binnen Het Roessingh heeft ontwikkeld, is voor dit onderzoek een vergelijking gemaakt van de enquêteresultaten over de vier klinische behandelteams van de Divisie Volwassenenrevalidatie in 2003, 2004 en 2005. De antwoordgegevens op enkele vragen uit die enquêtes zijn opgenomen in Bijlage 3. De tabel geeft de resultaten in percentages om vergelijking mogelijk te maken. Daaruit blijkt dat er soms opvallend grote verschillen tussen de jaren zitten.

In tabel 7.2 wordt dit geïllustreerd met de antwoordgegevens voor vraag D1:

Vindt u dat de revalidatiearts of arts assistent u voldoende uitleg gegeven heeft over uw revalidatiebehandeling?

Team Jaar	1a: -			1b: Orthopedie			2: NHA/CVA			3: CVA/NMA		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Aantal respondenten	25	14		17	25	13	31	13		29	30	17
Vraag												
D1 goed	40	50		71	50	46	48	31		66	47	76
voldoende	60	43		25	42	38	39	46		21	40	18
matig	0	7		4	4	15	10	15		14	13	0
onvoldoende	0	0		0	4	0	3	8		0	0	6
weet niet	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0

Tabel 7-2 - Antwoordgegevens vraag D1 van de patiëntenenquête, kliniek divisie Volwassenenrevalidatie, 2003, 2004, 2005 (uit Bijlage 3, Tabel 1)

De gegevens van Team 1a uit 2005 ontbreken omdat te weinig enquêtes waren ontvangen. Van Team 2 zijn uit 2003 geen gegevens gevonden in de archieven. Voor de antwoorden 'goed' en 'voldoende' zijn de getallen rood en groen gekleurd, respectievelijk bij een lagere of hogere score vergeleken met het voorgaande jaar.

Dit voorbeeld toont aan dat er duidelijke verschillen zijn in de percentages, maar eveneens dat ze niet eenduidig over de verschillende afdelingen of in de loop van de tijd verlopen. Orthopedie toont een dalende lijn bij 'goed', terwijl CVA/NMA in dezelfde jaren eerst daalt en dan weer stijgt. Van een trend in de organisatie kan hierdoor niet worden gesproken.

Ondanks het ontbreken van trends, kunnen deze verschillen aanleiding zijn voor de organisatie om verbeteracties op te starten of beleid te maken om deze probleempunten aan te pakken. Of de organisatie werkelijk actie onderneemt op basis van enquêteresultaten is nader onderzocht in de archieven van het MT en aan de hand van interviews.

Opvolging resultaten patiëntenenquête

De archieven van het MT zijn onderzocht met als doel na te gaan of in de organisatie beleidsmatige acties zijn ondernomen op basis van resultaten uit de patiëntenenquête. Het onderzoek is in eerste instantie gericht op de jaren 2003, 2004 en 2005. Omdat de resultaten van dit onderzoek niet bevredigend was, is in dezelfde stukken verder onderzoek gedaan naar de overige jaren in de onderzoeksperiode, 1997-2002 en 2006. Een deel van de resultaten over de laatste 2,5 jaar (2005-2007) wordt besproken in paragraaf 7.4, bij de recente ontwikkelingen rond patiëntenenquête.

Uit de stukken komt naar voren dat de resultaten van de enquête telkens aan het MT zijn gepresenteerd. De hoeveelheid toelichting die daarbij wordt gegeven over de betekenis van de resultaten, wisselt per jaar. Een enkele keer wordt geen aantekening meegestuurd, of is deze niet gearcheveerd. Maar een ander jaar wordt een uitgebreide memo verstuurd, inclusief aantekeningen dat er verbeteracties in de verschillende divisies zijn uitgevoerd op basis van eerdere enquêteresultaten.

In de vergaderingen van de Cliëntenraad (of PAR) worden de enquêteresultaten eveneens altijd besproken. Daarbij wordt soms een teammanager of divisie manager uitgenodigd om toe te lichten wat de divisie of het team heeft gedaan naar aanleiding van de resultaten of waar ze denken dat de oorzaken van een probleem kunnen liggen. Daaruit blijkt vervolgens dat de teams en divisies verschillende acties ondernemen.

Uit de onderzochte stukken kan echter niet worden teruggehaald welke acties zijn genomen, wat het resultaat van deze acties is geweest en of de doorgevoerde verandering uiteindelijk in de dagelijkse bedrijfsvoering is opgenomen of invloed heeft gehad op het beleid van de organisatie.

7.3.3 Interviews

Naast het onderzoek in de archieven van Het Roessingh, zijn een aantal interviews gehouden met mensen in de organisatie die betrokken zijn bij het gebruik van de enquêteresultaten. Het doel van de gesprekken was om na te gaan wat er met de informatie gebeurt na de presentatie van de enquêteresultaten. In Bijlage 5 staat vermeld wie er zijn geïnterviewd, waarom en op welke wijze. De resultaten van de gesprekken worden hier puntsgewijs gepresenteerd.

- De grootste overeenkomst is dat alle geïnterviewden de patiëntenenquête een belangrijk instrument voor de organisatie vinden. De redenen hiervoor variëren per persoon. De enquête wordt genoemd als een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van zorg, maar ook als een goed instrument voor een reflectie op het handelen van een divisie/behandelteam.
- Er is gebrek aan een eenduidig beleid over het gebruik van de enquête. De resultaten worden gebruikt als input van verbeteracties, maar dit gebeurt ad hoc en afhankelijk van de initiatieven vanuit de individuele behandelteams. Daarin wordt geen lijn aangebracht

vanuit de divisiemanagers die de enquêteresultaten doorspelen aan de teammanagers. De teammanagers bepalen vervolgens, in overleg met de behandelteams en disciplines, eventueel verbeteracties en daar stopt vervolgens het proces.

- Bij verbeteracties ontbreekt een mate van normering. Een vergelijking met voorgaande jaren wordt zelden gemaakt en vanuit de organisatie worden eveneens geen streefnormen gesteld. Geïnterviewden geven aan behoefte te hebben aan streefwaarden of vergelijking ter controle van de uitgevoerde initiatieven.
- Resultaten van enquêtes laten lang op zich laten wachten. Het gevoel bestaat dat resultaten pas een jaar na het uitzetten van de enquête bij de behandelteams worden gepresenteerd. De informatie is dan 'oud' omdat in de tussentijd veranderingen hebben plaatsgevonden, bijvoorbeeld in de personele bezetting, die invloed kunnen hebben op het onderwerp.
- Onder de geïnterviewden is een duidelijk verschil merkbaar over waar de verantwoording ligt voor het gebruik van de enquêtes. Divisiemanagers leggen de verantwoording 'in de lijn', dat wil zeggen bij de behandelteams en managers/coördinatoren. Teammanagers en –coördinatoren leggen de verantwoording bij het management. Het management moet een beleid aangeven voor de aandachtspunten uit de enquête en de behandelteams en managers/coördinatoren worden vervolgens betrokken bij de uitvoering.
- De manier waarop de teams de enquêteresultaten ontvangen varieert, zowel tussen de verschillende teams als per jaar. De informatie kan topdown worden doorgespeeld, via de divisiemanager en teammanager. Het komt eveneens voor dat de teams zelf een overleg hebben met de patiëntenvoorlichtingfunctionaris over de resultaten en de betekenis ervan.
- Er is een wisselende beleving wat betreft het gebruik van een organisatiebrede enquête. Enerzijds is de informatie bruikbaar als één van de aanwezige informatiebronnen, naast bijvoorbeeld teamoverleg, patiëntenoverleg en het rondlopen op de werkvloer. Op die manier kan bijvoorbeeld de oorzaak van een lage score geplaatst worden in de organisatie met behulp van informatie uit alle aanwezige bronnen. Aan de andere kant wordt gezegd dat het mogelijk moet zijn om de informatie uit de enquête te herleiden tot de behandelteams. Indien dit niet mogelijk is, kan een uitspraak als '*Het Roessingh scoort matig op het gebied van continuïteit/overleg tussen behandelaars*', eenvoudig worden afgeschoven op andere divisies, afdelingen of behandelteams.

De jaarverslagen, archieven en interviews hebben belangrijke informatie opgeleverd over het gebruik van patiënten-enquêtes in Het Roessingh over de afgelopen 10 jaar. Alvorens hier conclusies uit worden getrokken, worden in de volgende paragraaf eerst een aantal recente ontwikkelingen rond patiënten-enquêtes besproken die van invloed kunnen zijn.

7.4 Recente ontwikkelingen rond patiënten-enquêtes

In hoofdstuk 2 is besproken dat de aanleiding van dit onderzoek onder andere voortkomt uit de recente ontwikkelingen rond patiënten-enquêtes binnen en buiten Het Roessingh. De ontwikkelingen in de laatste 3 jaar worden hier kort besproken.

In mei 2005 zijn de gebruikte vragenlijsten op verzoek van het MT geëvalueerd onder de medewerkers. Aan het eind van dat jaar presenteerden de onderzoekers (kwaliteitsfunctionaris en patiëntenvoorlichtingfunctionaris) hun resultaten en stelden de volgende aanbevelingen op:

- Doorgaan met de huidige systematiek.
- Een inleiding schrijven met betrekking tot de doelstelling van patiënten-enquêtes.
- Een protocol opstellen met betrekking tot het bespreken van de enquêteresultaten op MT-, Divisie- en teamniveau.

Het MT besloot op basis hiervan in de huidige systematiek door te gaan met nieuwe beknopte vragenlijsten per divisie.

Het Managementteam achtte meer verandering niet wenselijk in afwachting van een andere ontwikkeling, de vertaling van uSPEQ, waar Het Roessingh bij betrokken is. In 2005 werd

een eerste vertaling van de Amerikaanse versie gemaakt. Inmiddels is een tweede vertaling gemaakt en op basis daarvan zijn in 2007 gesprekken geweest met de divisie managers over de mogelijke toepassing van deze enquête in de toekomst. Op dit moment is nog geen besluit genomen over het eventuele gebruik van uSPEQ.

Revalidatie Nederland heeft in 2006 een patiëntenraadpleging gehouden in 22 revalidatiecentra in Nederland. Het Roessingh heeft hier aan deelgenomen en heeft daardoor in dit jaar geen eigen patiëntenenquête uitgevoerd, om de patiënten niet met te veel vragenlijsten te bestoken. Het Roessingh scoorde gemiddeld ten opzichte van de revalidatiecentra in Nederland op alle 20 onderzochte aspecten. De resultaten zijn in juli 2007 ontvangen. Met deze informatie is vervolgens weinig gedaan binnen de organisatie.

Naast de ontwikkeling van de vertaling van uSPEQ waar Het Roessingh direct en actief bij betrokken is, zijn meerdere enquêtes in ontwikkeling buiten de organisatie.

Het Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR) heeft het instrument 'Revalidanten over Kwaliteit' (RoK) ontwikkeld, in samenwerking met een vijftal belangenverenigingen, welke voor de revalidatiesector van bijzonder belang zijn. Het LSR heeft als doel het RoK structureel en cyclisch toe te passen in alle revalidatiecentra in Nederland.

Daarnaast is Revalidatie Nederland actief met de ontwikkeling van een enquête op basis van de Consumer Quality index (CQ-index). Dit is een verzameling meetinstrumenten ontwikkeld vanuit het perspectief van de gebruikers van zorg. De index geeft inzicht in wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. De ontwikkeling van de index kost veel tijd. Indien het in 2008 niet is afgerond en kan worden toegepast, zal Revalidatie nogmaals een kleinschalige patiëntenraadpleging uitvoeren zoals deze ook in 2006 plaatsvond.

Tot slot zijn Revalidatie Nederland en de Stichting Harmonisatie Kwaliteit in de Zorgsector (HKZ) het HKZ-certificatieschema voor de revalidatiesector aan het ontwikkelen. Revalidatie Nederland heeft te kennen gegeven dat in dat schema wordt opgenomen dat organisaties verplicht worden patiënttevredenheid te meten vanuit patiëntenperspectief, onder andere ten behoeve van benchmarking in de Nederlandse revalidatiesector. Revalidatiecentra zullen vrij zijn in hun keuze welk instrument ze gebruiken, maar worden wel verplicht patiënttevredenheidsonderzoek uit te voeren en te publiceren.

7.5 Slotbeschouwing

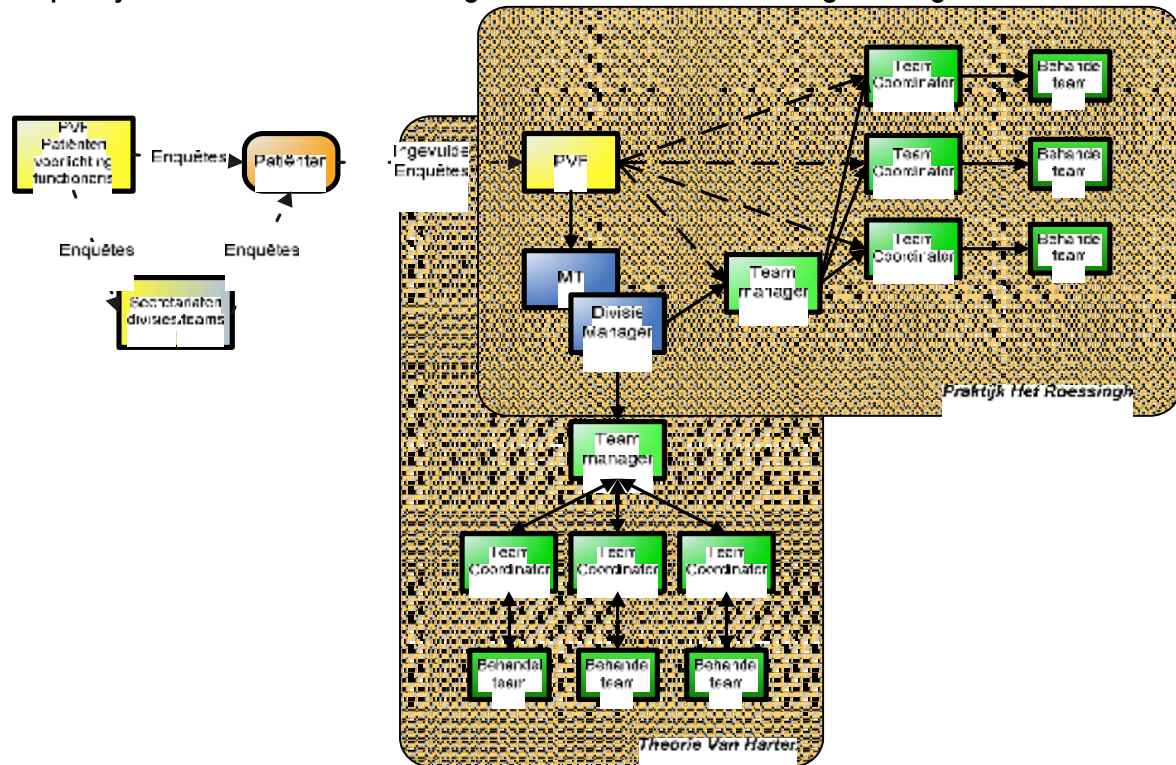
Voorafgaand aan de slotbeschouwing, wordt nog gemeld dat in de onderzoeksperiode (1997-2007) de positie algemeen directeur van Het Roessingh meerdere keren is gewisseld. Tot 2001 was dhr. Van Harten directeur. Die werd vervangen door een interim-directeur, waarna voor korte tijd een nieuwe directeur het overnam. Uiteindelijk werd in 2003 de huidige directeur aangesteld. Mogelijk zijn zowel de vele wisselingen op zich, als de verschillende visies van de directeurs, van invloed geweest op het beleid aangaande de patiëntenenquête.

In dit hoofdstuk is het gebruik van enquêtes in Het Roessingh beschreven. Deze paragraaf bespreekt de conclusies van dit onderzoek. Allereerst wordt een beeld geschetst van de informatiestroom van enquêteresultaten, waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen de aanbevelingen door Van Harten (1997) en de praktijksituatie. Vervolgens worden bevindingen op het gebied van beleid, normering/vergelijking enquête, verwerking en resultaten toegelicht.

7.5.1 Informatiestroom patiëntenenquête

Van Harten stelde dat de enquêteresultaten hiërarchisch door de organisatie worden gecommuniceerd. Hoewel hij verder geen directe aanbevelingen doet hierin, kan dit voor de

huidige structuur vertaald worden als: Managementteam/Divisiemanager → Teammanager → Teamcoördinator → Behandelteam/zorgverleners.
De praktijk toont een minder eenduidige structuur. Dit wordt in de figuur 7.1 geïllustreerd.



Figuur 7-1 - Informatiestroom patiënten-enquêtes in het Roessingh: Van Harten en praktijk

Uit figuur 7.1 blijken twee belangrijke verschillen:

- Ten eerste verschilt de manier waarop de enquêteresultaten in de organisatie worden gepresenteerd. In tegenstelling tot de aanbevelingen van Van Harten, dat de informatie via de Divisiemanager de organisatie wordt ingebracht, gaat de informatie in de praktijk van de patiëntenvoorlichtingfunctionaris weliswaar eerst naar de Divisiemanager, maar ook naar de teammanagers of teamcoördinatoren. Dit laatste is niet standaard in de organisatie, maar gebeurt nu en dan op verzoek van het behandelteam. Dat verschilt bovendien enquête en per jaar. Daarom is de lijn in de figuur gestippeld.
- Een tweede belangrijk verschil is het éénrichtingverkeer van informatie in de praktijk. Het doel is om na het invoeren van veranderingen informatie over de gevolgen hiervan, naar het management te communiceren (bottom-up). Dat gebeurt in de praktijk zelden tot nooit. Daardoor gaat veel informatie verloren en vindt geen borging plaats van de verandering.

7.5.2 Conclusies

Via de drie onderzoeksmethoden zijn meerdere bevindingen omtrent de patiënten-enquêtes in Het Roessingh naar voren gekomen. Deze bevindingen en de daaraan verbonden conclusies over de uitvoering van enquêtes, het gebruik van resultaten en de doorvoering hiervan in het beleid, worden hier puntsgewijs gepresenteerd.

Uitvoering, verwerking en presentatie

- De gebruikte enquêtes leveren bruikbare resultaten op over patiënttevredenheid in Het Roessingh. Het is mogelijk om op basis van deze resultaten verbeteracties te ontwikkelen en uit te voeren.

- De tijd tussen de afname van de enquête en de presentatie van de resultaten is te lang. Hierdoor ontstaat binnen de organisatie de beleving dat de informatie niet meer adequaat is en wordt potentieel bruikbare informatie niet geaccepteerd.
- Binnen Het Roessingh is behoefte aan informatie over enquêteresultaten per divisie en per behandelteam. De opzet van de gebruikte enquête voldoet in de huidige organisatiestructuur voldoende aan deze behoefte en moet in de toekomst in stand worden gehouden.

Gebruik van de resultaten

- De organisatie heeft geen vergelijkingsmateriaal om de enquêteresultaten aan te spiegelen. Er zijn geen streefnormen gesteld voor de kwaliteitsaspecten en de jaarlijkse resultaten worden niet met elkaar vergeleken. Binnen de organisatie bestaat wel behoefte aan dergelijke richtlijnen.

Beleid

- Het Roessingh voert geen eenduidig beleid over het gebruik van de patiënten-enquêtes voor kwaliteitsverbetering. Acties die naar aanleiding van de resultaten worden ondernomen ontstaan ad hoc, afhankelijk van het initiatief van teamcoördinatoren of teammanagers. Dit heeft tot gevolg dat niet wordt bijgehouden welke verbeteracties worden ondernomen, of de actie een positief resultaat oplevert en geen borging van de verbetering plaatsvindt.
- Binnen de organisatie is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor het gebruik van de enquêteresultaten. De patiëntenvoorlichtingfunctionaris is de 'eigenaar' van de uitvoering, verwerking en presentatie van de enquête, taken die goed in deze functie kunnen worden uitgevoerd. Dit heeft zelfs een voordeel omdat de patiëntenvoorlichtingfunctionaris verder van de divisies/teams afstaat en als relatief neutraal persoon kan optreden richting de divisies en teams. Het gebruik van de resultaten voor kwaliteitsverbetering kent echter geen 'eigenaar'. Deze taak moet aan functie(s) in de divisies en teams worden toegewezen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de patiënten-enquête niet structureel gebruikt voor kwaliteitsverbetering. De uitvoering, verwerking, presentatie en het gebruik van de enquêtes is in de loop van 10 jaar sterk veranderd.

Uitvoering van de enquêtes is verbeterd, voornamelijk door de specificatie naar behandelteams. De verwerking en presentatie van de gegevens is ondanks de bruikbare specificatie naar teams echter verslechterd. In het begin werd met statistische programma's gewerkt, maar dit is teruggevallen naar presentatie in absolute getallen waardoor vergelijkbaarheid wordt bemoeilijkt. Bij het gebruik van de resultaten om verbeteracties te ontwikkelen, wordt geen verbetercyclus gebruikt. Na de uitvoering van een verbeteractie, stopt de cyclus door ongestructureerde communicatie en het gebruik ook vergelijking van de resultaten.

Op grond van de kennis uit de literatuur en de bevindingen uit Het Roessingh bestaat de overtuiging dat het gebruik van patiënten-enquêtes meer mogelijkheden biedt dan op dit moment worden benut. Hoofdstuk 9 behandelt de voorwaarden en mogelijkheden voor beter gebruik van de enquêteresultaten in Het Roessingh. Daarvoor wordt eerst in hoofdstuk 8 het Harmonisatiemodel besproken dat in Hoofdstuk 9 wordt gebruikt.

Hoofdstuk 8

8 Het HKZ Harmonisatiemodel

In dit hoofdstuk wordt het HKZ Harmonisatiemodel gebruikt om de positie en betekenis van patiënttevredenheidsonderzoek in een organisatie weer te geven. Waarom specifiek dit model is gekozen, wordt in de eerste paragraaf toegelicht. Vervolgens wordt het basismodel beschreven, op basis waarvan sectorspecifieke beoordeling- en certificatieschema's worden ontwikkeld door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Voor de revalidatiesector zijn deze schema's en modellen nog in ontwikkeling. Vervolgens wordt het basismodel vertaald naar termen van Het Roessingh revalidatiecentrum. In hoofdstuk 9 wordt het model gebruikt als raamwerk waarin de invloed van patiëntenquête op de organisatieonderdelen wordt gemodelleerd.

8.1 Keuze voor het Harmonisatiemodel

In de beginfase van dit onderzoek kwamen twee modellen naar voren die mogelijk van toepassing waren. Het eerste was het HKZ Harmonisatiemodel, het tweede was het CARF-model (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), een Amerikaans model. De Divisie Pijnrevalidatie van Het Roessingh is CARF geaccrediteerd, vandaar dat dit model in beeld was.

Het Harmonisatiemodel is een Nederlands model, ontwikkeld vanuit bestaande (Nederlandse) kwaliteitsmodellen. Daardoor beschrijft het model de situatie van Nederlandse zorginstellingen optimaal. Zowel qua structuur, als qua cultuur en omgeving. Daarnaast is het een instellingsbreed model waar het primaire proces van de zorgverlening centraal staat, met daarbinnen de deelprocessen intake/indicatie, uitvoering en evaluatie/nazorg (Van Wersch, 1999). Het Harmonisatiemodel ondersteunt bovendien de ontwikkeling naar vraaggerichte zorg en gaat uit van een dynamisch kwaliteitssysteem dat continue kwaliteitsverbetering mogelijk maakt (HKZ, 2001).

Omdat het Harmonisatiemodel voordelen biedt die bij dit onderzoek aansluiten wat betreft de uitgangspunten van patiëntgerichtheid en continue kwaliteitsverbetering en het bovendien een Nederlands model is en daardoor eenvoudig bruikbaar en te vertalen is naar Nederlandse instellingen, is voor dit model gekozen.

8.2 Uitgangspunten van het Harmonisatiemodel

Het Harmonisatiemodel is ontwikkeld vanuit de volgende uitgangspunten (HKZ, 2001):

Uitgangspunt A: Primair proces staat centraal

Het primaire proces heeft een cyclisch karakter en kan zich steeds, geheel of gedeeltelijk, herhalen. Enerzijds dienen gedurende In het primaire proces moet het mogelijk zijn om corrigerende maatregelen te nemen en om op basis van nieuwe inzichten preventieve maatregelen toe te passen. Daarnaast wordt binnen het primaire proces het waarborgen van een drietal aspecten in het bijzonder van belang geacht:

- Professionele verantwoordelijkheid - het professioneel handelen op basis van protocollen, richtlijnen e.d. conform de stand der wetenschap, moet worden bewaakt;
- Communicatie - zorgverlening is bij uitstek mensenwerk; een goede aansturing en motivering van het personeel is essentieel en vereist een voortdurende en gestructureerde communicatie;
- Registratie - de verleende zorg moet voortdurend kunnen worden geëvalueerd en bijgesteld; dit vereist een voortdurende registratie van het handelen en de uitkomsten hiervan.

Uitgangspunt B: Vraaggerichte zorg

Vraaggerichte zorg wordt omschreven als 'het streven naar een optimale mix van rekening houden met wat de cliënt wil en belangrijk vindt en datgene wat de hulpverlener vanuit zijn professionele achtergrond belangrijk vindt'. Deze mix komt idealiter tot stand in een proces van open communicatie en onderhandeling. Vraaggerichte zorg moet zowel voldoen aan kwaliteitscriteria van cliënten als aan die van professionals.

Uitgangspunt C: Tripartiete betrokkenheid

Inbreng van alle betrokken partijen (aanbieder, patiënt/cliënt en verzekeraar/financier) is gegarandeerd door de tripartiete samenstelling van de werkgroepen die de schema's ontwikkelen.

Uitgangspunt D: ISO-compatibiliteit

Zorg en welzijn worden in Europa steeds meer internationale markten. HKZ-schema's moeten de ISO 9001:2000 clausules omvatten om ISO-compatibiliteit van de certificatieschema's te waarborgen en daarmee internationale vergelijking en erkenning beter mogelijk te maken.

Uitgangspunt E: Ketenkwaliteit/relatie met aanpalende voorzieningen

In de certificatieschema's wordt een relatie gelegd met aanpalende voorzieningen. Dit betekent dat de inhoud van het kwaliteitssysteem niet uitsluitend betrekking hoeft te hebben op intern afgesproken (werk)processen. De hele keten heeft invloed op de zorg-/dienstverlening en daarin moeten concrete afspraken gemaakt worden indien aanwezig.

Uitgangspunt F: Continue verbetering

Het model is gericht op verbetering van zowel de interne doeltreffendheid en doelmatigheid van de organisatie als op vergroting van de tevredenheid van patiënten/cliënten en andere belanghebbenden. Het model biedt daarmee een structuur waarmee een organisatie kan streven naar het afgesproken kwaliteitsniveau en tevens kan doorgroeien en zichzelf continu verbeteren.

Uitgangspunt G: Transparante structuur

Het Harmonisatiemodel maakt het mogelijk een duidelijke relatie te leggen met persoonlijke verantwoordelijkheden binnen een organisatie. Het is van belang dat helder is wie waarvoor verantwoordelijk is.

Uitgangspunt H: Geschikt voor grote en kleinere organisaties

Het HKZ Harmonisatiemodel is geschikt voor grote en kleine organisaties.

Uitgangspunt I: Relatie tussen verantwoordelijkheidsniveaus

In het model dient een relatie te worden gelegd tussen het strategische beleid van organisaties en de primaire en ondersteunende processen. Kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn heeft altijd betrekking op de professionals én het management.

Uitgangspunt J: Mens- en zorgvisie

Het model gaat ervan uit dat organisaties de mens- en zorgvisie beschrijven met aandacht voor (medisch)-ethische kwesties en geeft dit een plaats op thema- en normniveau in certificatieschema's.

Uitgangspunt K: Maatschappelijke verantwoordelijkheid

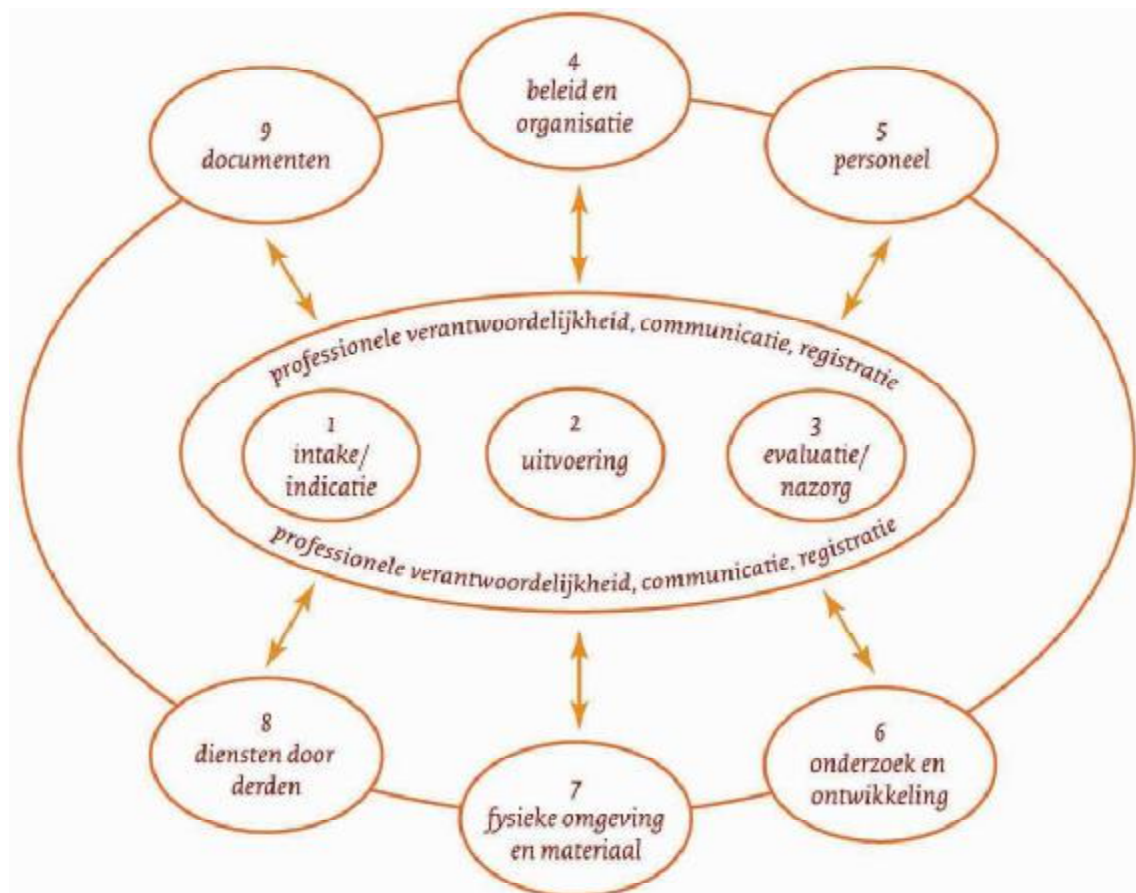
Organisaties moeten aandacht besteden aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit kan tot uitdrukking komen door van de organisatie te vragen aan te tonen hoe zij haar verantwoordelijkheid voor veiligheid en gezondheid vormgeeft, hoe de organisatie omgaat met multi-culturaliteit en diversiteit, hoe de organisatie in kaart brengt welke gevolgen haar processen en activiteiten hebben voor de maatschappij en vooral de lokale gemeenschap, hoe de organisatie werkt aan transparantie en verantwoordelijkheid aflegt aan de samenleving.

Uitgangspunt L: Resultaatgerichtheid

Het model stimuleert dat organisaties voor de beheersing en verbetering van processen zoveel mogelijk de gewenste uitkomsten/resultaten benoemen. De resultaten worden in toetsbare criteria geformuleerd en gemeten.

8.3 Het Harmonisatiemodel: schema en toelichting

Het HKZ Harmonisatiemodel maakt onderscheid tussen het primaire proces (rubrieken 1 t/m 3) en secundaire processen (rubrieken 4 t/m 9). In figuur 8.1 volgt een schematische weergave van het model. Vervolgens worden de diverse rubrieken kort toegelicht.



Figuur 8-1 - HKZ Harmonisatiemodel (Bron: HKZ, 2001)

Rubriek 1: Intake/Indicatie

In de intake/indicatie gaat het om het begrijpen, verifiëren en definiëren van de vraag van de patiënt/cliënt en het omzetten van de vraag in een passend aanbod. Van belang is dat de organisatie schriftelijke procedures, richtlijnen, protocollen, werkinstructies of afspraken vaststelt, hanteert en bijhoudt voor de beoordeling van de (zorg)vraag, voor de coördinatie van de bijbehorende activiteiten en voor registraties van patiënt-/cliëntgerichte activiteiten. De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Aanmelding (inclusief oriëntatie), Inschrijving, Indicatiestelling, Opstellen contract/behandelplan/zorgplan, Informed consent.

Rubriek 2: Uitvoering

In het traject van uitvoering gaat het om het daadwerkelijk verlenen van de zorg, in samenspraak met de patiënt/cliënt. De zorg-/dienstverlening vindt plaats volgens een vast patroon, uiteraard in overeenstemming met de patiënt/cliënt. De kwaliteit van de verslaglegging is hierbij essentieel. Er moet achteraf getraceerd kunnen worden wie wat heeft gedaan en wie dat heeft gecontroleerd.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Informatie over uitvoering (algemeen en persoonsgebonden informatie), Zorgverlening (conform behandelplan), Professioneel handelen (volgens geldende protocollen en bevoegd/bekwaam), Zorgdossier/behandelplan, Interne/externe zorgcoördinatie, Bejegening, Privacy, Bereikbaarheid en beschikbaarheid, Wachtijd, Tussentijdse evaluatie en bijstelling en evaluatie behandelplan.

Rubriek 3: Evaluatie/nazorg

Evaluatie dient zowel in de kortdurende als in de cyclische (zorg)processen als sluitstuk van de zorg- of dienstverlening geregeld te zijn. Nazorg heeft meer het karakter van aanvullende dienstverlening en service. De zorgaanbieder wordt geacht vanuit de individuele evaluaties en de evaluatie op populatieniveau (zie rubriek 4) verbeteractiviteiten te genereren.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang:

Evaluatie en bijstelling behandel/zorgplan en contract, Oordeel patiënt/cliënt en ketenpartner, Nazorg (service), Signaleren van afwijkingen (in gehele primair proces), Overdracht naar volgende schakel in de keten, Klachtenopvang en behandeling

Rubriek 4: Beleid en organisatie

Bij beleid en organisatie draait het om alle activiteiten die richting geven aan de organisatie als geheel. Het gaat om het vaststellen van kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen waarbij de resultaten van overleg met zorgverzekeraars/financiers, partners in de zorgketen en patiënten/cliënten worden betrokken. Tevens gaat het om de verantwoordelijkheid van het management, de toewijzing van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen aan medewerkers en het vastleggen van werkwijzen in procedures. Het dynamische proces van kwaliteitszorg blijkt uit de bijsturing/aanpassing van het kwaliteitssysteem door het management op basis van beoordeling van het kwaliteitssysteem, interne audits en feedback van patiënten/cliënten.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Algemeen beleid, Organisatiestructuur, Directieverantwoordelijkheid, Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen, Kwaliteitssysteem, Het cliëntenperspectief, Interne en externe communicatie, Management van middelen, Contractbeheersing, Meten, analyseren en verbeteren, Corrigerende en preventieve maatregelen, Interne audits, Analyse van gegevens, Systeembeoordeling door de directie, Registraties, Periodieke rapportage, Wachtijd/levertijd, Privacybeleid, Bereikbaarheid/beschikbaarheid, Klachtenbeleid, Milieu, Hygiëne, Veiligheid, Calamiteiten, Bejegening, Maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Rubriek 5: Personeel

Een adequate personeelsbezetting en zorgvuldigheid waarmee nieuwe medewerkers worden gekozen zijn van belang. De opleiding en ervaring van de zorgverlener zijn van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de zorg-/dienstverlening. Hierbij dient niet alleen gekeken te worden naar de technische aspecten van het vak, maar tevens naar eigenschappen op het gebied van attitude en bejegening.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Personeelsbeleid, Deskundigheid/geschiktheid, Registratie van opleidingen, vaardigheden en ervaring, Professioneel handelen conform standaarden van de beroepsgroepen, Deskundigheidsbevordering, Klachtenopvang personeel, Tevredenheidmeting personeel.

Rubriek 6: Onderzoek en ontwikkeling

In de rubriek onderzoek en ontwikkeling gaat het om een gestructureerde verbetercyclus bij het actualiseren van het bestaande (zorg)aanbod. De impuls hiervoor kan voortkomen uit bijvoorbeeld een veranderende (zorg)vraag, resultaten van patiënt-/cliëntonderzoeken, ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving, wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen en uitkomsten van overleg met externe organisaties.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Actualisering (zorg)aanbod, Actualisering beleid, Kwaliteitsbevordering, Ontwikkeling nieuwe protocollen, Research, Onderzoek initiëren, Ontwikkeling nieuwe producten, Implementatie.

Rubriek 7: Fysieke omgeving en materiaal

In de sectoren zorg en welzijn moeten zowel de ruimten als de apparatuur aan specifieke eisen voldoen gericht op het verlenen van doelmatige en goede zorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld criteria ten aanzien van ruimtelijke mogelijkheden voor gescheiden werkprocessen en hygiëne, veiligheid voor patiënten/cliënten en medewerkers en voor de apparatuur de noodzaak van kalibratie en ijking.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Gebouw en faciliteiten, Kleding, installaties en apparatuur, Materiaal- en voorraadbeheer, Infrastructuur, Beheersing van bewaking- en meetapparatuur.

Rubriek 8: Diensten door derden

Goederen, diensten en informatie die aan de organisatie worden geleverd door derden zijn van invloed op de kwaliteit van de geleverde zorg. De eisen hieraan dienen in overeenstemming te zijn met de eisen die hieraan vanuit het eigen kwaliteitssysteem worden gesteld.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Inkoop van materialen, middelen, apparatuur en diensten, Uitbesteding aan derden.

Rubriek 9: Documenten

In de rubriek documenten gaat het om het hebben van een beheersysteem voor alle documenten en elektronische bestanden die onder de reikwijdte van het kwaliteitssysteem vallen. Het beheersysteem moet beschrijven hoe documenten ontstaan en hoe ze worden geautoriseerd, gewijzigd, bewaard, vervallen verklaard en vernietigd. Ook moet duidelijk zijn hoe de privacy van patiënten/cliënten wordt gewaarborgd.

De volgende thema's zijn in deze fase van belang: Algemeen, Kwaliteitshandboek, Beheersing van documentatie, Beheer van kwaliteitsregistraties.

8.4 Het Harmonisatiemodel in Het Roessingh

De vertaling van het Harmonisatiemodel naar een certificatieschema voor de revalidatiesector is in ontwikkeling. Revalidatie Nederland is in samenwerking met de stichting HKZ bezig met de ontwikkeling van het Certificatieschema voor Medisch specialistische revalidatiezorg.

In dit onderzoek wordt het HKZ model gebruikt voor de modellering van patiëntenenquête in Het Roessingh. Ten behoeve van de bruikbaarheid van het model, wordt in deze paragraaf het Harmonisatiemodel vertaald naar termen van Het Roessingh. Per rubriek wordt aangegeven welke afdelingen of functies van de organisatie hierin een rol spelen. Tot slot volgt een korte toelichting op enkele keuzes.

Rubriek 1: Intake/indicatie

Eerste Medewerkers en teamcoördinatoren van de drie divisies, Voorlichting/PR, ICT

Rubriek 2: Uitvoering

Zorgafdelingen en behandelteams van de drie divisies, Medische Dienst, ICT

Rubriek 3: Evaluatie/nazorg

Eerste Medewerkers en teamcoördinatoren, teammanager en divisie manager van de drie divisies, Kwaliteitsfunctionaris, Voorlichting/PR, ICT

Rubriek 4: Beleid en organisatie

Raad van Bestuur, Managementteam (MT; waaronder de divisie managers), Ondernemingsraad (OR), Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris,

Rubriek 5: Personeel

Personeel & Organisatie (P&O)

Rubriek 6: Onderzoek en ontwikkeling

Innovatiecentrum Pijnrevalidatie, Innovatiecentrum Revalidatietechnologie, Roessingh Research en Development

Rubriek 7: Fysieke omgeving en materiaal

Facilitair Bedrijf, Roessingh Revalidatie Techniek, Roessingh Vastgoed

Rubriek 8: Diensten door derden

Hieronder vallen de organisaties in de keten waarin Het Roessingh valt. Dat zijn ziekenhuizen, verpleeghuizen, huisartsen, algemeen eerstelijnszorg en thuiszorg (www.hkz.nl). Daarnaast vallen hier ook diverse deelorganisatie van Het Roessingh onder. Het model wordt immers gemaakt met het revalidatiecentrum als organisatie. Het revalidatiecentrum neemt diensten af van Roessingh Vastgoed, Roessingh Dienstengroep, het Onderwijscentrum, Innovatiecentrum Pijnrevalidatie, Innovatiecentrum Revalidatietechnologie, Roessingh Research en Development, Roessingh Revalidatie Techniek, Sport Spectrum Roessingh, SMA Twente, Manege Het Roessingh en Stichting Hulpfonds Het Roessingh (zie ook figuur 1 in Bijlage 2)

Rubriek 9: Documenten

ICT

Toelichting

De afdeling ICT wordt in de Rubrieken 1, 2 en 3 genoemd, ondanks dat de ICT-afdeling hierin geen directe rol speelt. Echter, goede ondersteunende ICT-voorzieningen zijn van groot belang voor het primaire proces, op het gebied van informatievoorziening, coördinatie en financiële afhandeling. De positie en mogelijke invloed van ICT-voorzieningen zijn belangrijk genoeg om het in deze drie rubrieken mee te nemen.

In het primaire proces (Rubrieken 1 t/m 3) is onderscheid gemaakt tussen de zorgafdelingen, behandelteams, Eerste Medewerkers en teamcoördinatoren. In Rubriek 1 en 3 zijn de laatstgenoemden betrokken bij het proces. Hierin gaat het namelijk om het opzetten van het zorg/behandelplan, dat mede afhankelijk is van interne planningen, of het evalueren van het gehele proces. Daarbij worden niet alle zorgverleners betrokken, maar enkel de coördinatoren. In Rubriek 3 worden bovendien Teammanager en Divisiemanager betrokken vanwege de evaluatie van zorgprocessen waar zij uiteindelijk verantwoordelijk voor zijn.

Hoofdstuk 9

9 Gewenste situatie patiëntenenquête

In dit hoofdstuk worden de voorwaarden en eisen samengevat die uit de literatuur en uit Het Roessingh naar voren komen voor het gebruik van patiëntenenquête in de organisatie. Daarnaast wordt de invloed van de zeven kwaliteitsaspecten vanuit patiëntenperspectief gemodelleerd in het HKZ Harmonisatiemodel. Dit biedt een organisatie houvast voor structureel gebruik van de resultaten van patiëntenenquête in de organisatie.

9.1 Voorwaarden uit de literatuur

In de literatuur zijn verschillende voorwaarden gevonden over het gebruik van patiëntenenquête, die in hoofdstuk 6 kort zijn besproken. In deze paragraaf worden de belangrijkste voorwaarden uit het werk van het CBO (2002) en Van Harten (1997) er uitgelicht. Achter de voorwaarden wordt aangegeven uit welk onderzoek deze afkomstig is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen voorwaarden aan de uitvoering, verwerking en presentatie; het gebruik van de resultaten; en het beleid van de organisatie.

9.1.1 Voorwaarden aan de uitvoering, verwerking en presentatie

- Een enquête moet vragen stellen over kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief. Patiënten beantwoorden vragen eerlijker als het onderwerp hen aanspreekt. Dit verkleint de kans op sociaal wenselijke antwoorden op 'oninteressante' vragen en een onterecht hoge waardering van de zorg. De organisatie krijgt hierdoor specifieke informatie over de wensen van de klant. Daarmee kan de organisatie sneller verbeteracties opzetten omdat de informatie niet eerst nader moet worden uitgezocht. Een nadeel kan zijn dat de enquête veel vragen moet bevatten om alle aspecten te behandelen, wat de invulbereidheid nadelig kan beïnvloeden. Hier moet dus een goede balans in worden gevonden (Van Harten, CBO).
- Per homogene doelgroep van de enquête zijn *minimaal* 30 ingevulde formulieren nodig om betrouwbare en waardevolle conclusies te kunnen trekken (CBO, Van Harten).
- De gegevens moeten worden verwerkt met een databaseprogramma. Dit bevordert zowel de snelheid van verwerking als het gemak van vergelijkbaarheid van de gegevens.
- Gegevens moeten worden gepresenteerd in percentages om vergelijking, zowel van afdelingen onderling als van één afdeling in de tijd, mogelijk te maken (Van Harten).
- Er moet een strakke tijdsplanning zijn voor het gehele proces, waarbij men streeft naar een snel resultaat om te voorkomen dat de actualiteit is verstreken en de motivatie daalt binnen de organisatie (CBO).

9.1.2 Voorwaarden aan het gebruik van de resultaten

- Verbeteracties op basis van enquêteresultaten moeten serieus worden aangepakt. Er worden doelstellingen opgesteld volgens het SMART principe (Specifiek, Meetbaar, Aansprekend, Resultaatgericht en Tijdsgebonden) en de gekozen actie vormt de start van een PDCA-cyclus (zie figuur 6.1). De doelstelling kan worden gebaseerd op normen die de organisatie nastreeft of op resultaten van voorgaande enquêtes.

9.1.3 Voorwaarden aan het beleid van de organisatie

- Enquêtes moeten zijn vastgelegd in de dagelijkse bedrijfsvoering van een organisatie. De enquête wordt cyclisch uitgevoerd als controle-instrument in de kwaliteitscyclus van de organisatie.
- Binnen een organisatie moet voldoende draagvlak zijn om enquêteresultaten te gebruiken als input voor kwaliteitsverbetering. Binnen de gehele organisatie, van bestuur tot zorgverleners, moet een bereidheid zijn om te willen verbeteren. Er moet een instelling heersen dat de zorg altijd beter kan. Werken aan kwaliteit is een continu

proces. Het bestuur/management heeft de taak dit uit te dragen (CBO). Binnen de opzet van patiënten-enquêtes zoals in dit onderzoek besproken, betekent dit tevens dat de organisatie patiëntgericht moet denken. De enquête gaat immers over kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief. Verbeteracties, gebaseerd op deze gegevens zullen ook patiëntgericht moeten zijn. Daarvoor moeten bestuur, managers en zorgverleners patiëntgericht kunnen denken om deze verbeteracties te kunnen ontwikkelen en uitvoeren.

- Resultaten van patiënten-enquêtes moeten via de hiërarchische weg in de organisatie worden verwerkt (Van Harten). Dat betekent dat de informatie top-down de organisatie wordt ingebracht en dat problemen en resultaten vervolgens bottom-up worden gecommuniceerd.
- Het vorige punt heeft als gevolg dat op een bepaald punt in de hiërarchie een startmoet worden gemaakt. Vanuit de structuur moet een functie of functies de verantwoordelijkheid krijgen om de resultaten binnen de organisatie te brengen.
- Voor de gekozen verantwoordelijken moet tijd en geld beschikbaar zijn om de benodigde taken op dit gebied uit te voeren (CBO).

9.2 Voorwaarden uit Het Roessingh

In deze paragraaf worden een aantal voorwaarden besproken die naar voren kwamen tijdens het onderzoek naar de huidige situatie van Het Roessingh dat in hoofdstuk 7 is besproken. Deze voorwaarden gelden als wensen van de werknemers en de organisatie.

- Het tijdsverloop tussen de uitvoering van de enquête en de presentatie van de resultaten moet worden beperkt. Als het tijdsverloop te groot is zijn de gegevens niet meer actueel en worden daardoor snel opzij gezet als verouderde en onbruikbare informatie.
- Enquêtes moeten afdelingsspecifiek (per behandelteam) worden uitgevoerd en gepresenteerd om de resultaten optimaal bruikbaar te maken.
- De enquête moet open vragen bevatten. Patiënten maken graag gebruik van deze optie en de organisatie haalt hier veel informatie uit. Het CBO ondersteunt dit in haar basisregels. Uit deze ruimte voor toelichting kunnen nieuwe verbeterideeën komen, het voorkomt dat belangrijke informatie wordt gemist en de patiënt krijgt de mogelijkheid zijn hart te luchten.

9.3 Patiënten-enquêtes in het Harmonisatiemodel

In hoofdstuk 8 is het HKZ Harmonisatiemodel geïntroduceerd. Hier wordt het model gebruikt als basis om patiënten-enquêtes in de organisatie te plaatsen en de invloed van de resultaten op de organisatie te structureren met behulp van de zeven kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief.

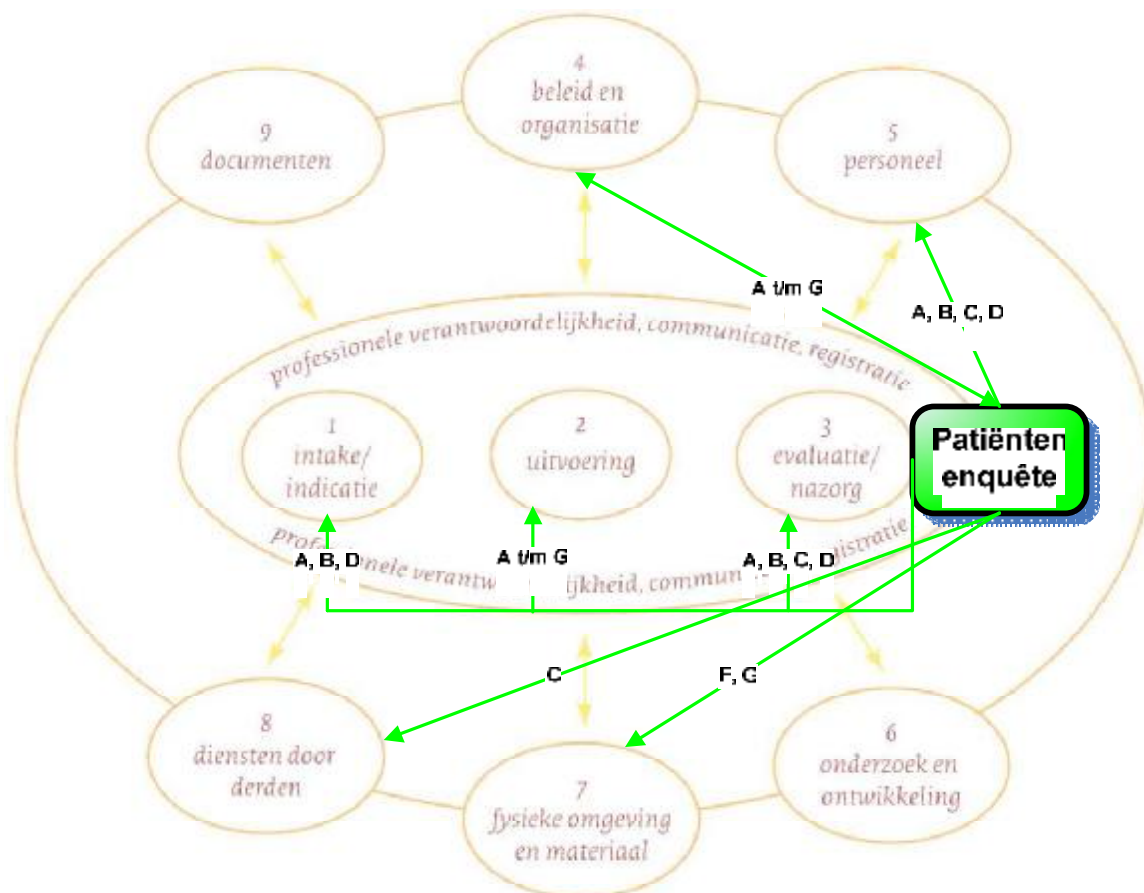
9.3.1 Plaatsing in het model

De patiënten-enquête valt onder Rubriek 3, 'Evaluatie/nazorg', in het model. Onderzoek (o.a. Van Harten, 1997) wijst uit dat het beste moment om de patiënt te vragen naar zijn oordeel over de zorg, na zijn ontslag is. Op het moment dat patiënten nog zorg ontvangen, durven zij geen eerlijk oordeel geven over de mensen en omstandigheden waar ze op dat moment nog van afhankelijk zijn. Verder hebben patiënten tijdens de behandeling niet alle facetten van de organisatie beleefd (bijvoorbeeld nazorg) en kunnen zij daar geen oordeel over geven. Hierdoor wordt minder betrouwbare informatie verkregen dan mogelijk.

Figuur 9.1 toont het Harmonisatiemodel waarin de invloeden van de patiënten-enquête op de organisatieonderdelen is gemodelleerd. De invloed bestaat uit letters, die staan voor de zeven kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief. In paragraaf 9.3.2 worden de invloeden per rubriek toegelicht.

De kwaliteitsaspecten:

- A. Informatie en communicatie (categorie 1)
- B. Bejegening (categorie 1)
- C. Continuïteit (categorie 2)
- D. Privacy (categorie 2)
- E. Vakbekwaamheid (categorie 2)
- F. Toegankelijkheid (in brede zin) (categorie 3)
- G. Voorzieningen (in brede zin) (categorie 3)



Figuur 9-1 – Het Harmonisatie/enquêtemodel

9.3.2 Toelichting per rubriek

1. Intake/indicatie

De aspecten *Informatie en communicatie*, *Bejegening* en *Privacy* zijn van belang in deze rubriek. De patiënt moet goed worden ingelicht over de gang van zaken in de organisatie en samen met de patiënt wordt het behandelplan opgesteld zodat deze duidelijkheid heeft over het behandeltraject in de komende periode. In deze rubriek is contact tussen zorgverlener(s) en de patiënt. Daardoor zijn ook de aspecten *Bejegening* en *Privacy* belangrijke factoren die meespelen. Die aspecten zijn altijd een factor van betekenis bij contact tussen mensen.

2. Uitvoering

Alle zeven kwaliteitsaspecten hebben invloed in deze rubriek. Dat spreekt voor zich, aangezien het hier gaat om de uitvoering van zorg. Alle aspecten van zorg en kwaliteit van zorg komen tijdens de uitvoering naar voren. Daardoor kunnen de zeven aspecten van invloed zijn op de betrokken onderdelen van de organisatie.

3. Evaluatie/nazorg

In deze rubriek zijn *Informatie en communicatie*, *Bejegening* en *Privacy* en *Continuïteit* van belang. Het aspect *Informatie en communicatie* is van belang bij de bespreking van de nazorg en toekomst van de patiënt. *Bejegening* en *Privacy* zijn van toepassing omdat er contact is tussen zorgverleners en de patiënt. Daarnaast is *Privacy* eveneens van toepassing op het correct afsluiten van het dossier en bij de evaluatie van het zorgproces. De patiënt moet in staat worden gesteld een eerlijke evaluatie over de organisatie te geven en niet het gevoel krijgen dat zijn kritieken tegen hem gebruikt kunnen worden. Tot slot speelt *Continuïteit* een rol bij het overgedragen van de patiënt naar de volgende schakel in de zorgketen.

4. Beleid en organisatie

De zeven kwaliteitsaspecten zijn van invloed op deze rubriek. Bovendien is eveneens beïnvloeding mogelijk vanuit het beleid en de organisatie op de enquête. Resultaten van patiëntenenquête kunnen het beleid van de organisatie beïnvloeden als blijkt dat patiënten duidelijk (on)tevreden zijn met bepaalde zaken. De organisatie moet daar op reageren en haar beleid aanpassen.

Beleid en organisatie worden echter eveneens beïnvloed door bijvoorbeeld omgevingsfactoren of wetgeving. Daardoor kan het zijn dat het gebruik van enquêtes wordt aangepast aan ontwikkelingen binnen, maar ook buiten de organisatie. In dit onderzoek ligt de aandacht op de acties in de organisatie als gevolg van patiëntenenquête. Alleen de eerstgenoemde invloed wordt in dit onderzoek verder meegenomen.

5. Personeel

Het personeel en personeelszaken worden beïnvloed door enquêteresultaten over de aspecten *Informatie en communicatie*, *Bejegening*, *Vakbekwaamheid* en *Continuïteit*. Enquêteresultaten kunnen veranderingen vragen in het personeelsbestand en –beleid van de organisatie, als bijvoorbeeld blijkt dat de communicatievaardigheden of omgangsvormen (bejegening) van het personeel tekort schieten. Problemen op dit gebied kunnen worden aangepakt door extra eisen te stellen aan sollicitanten of door bijscholing van de betrokken werknemers.

7. Fysieke omgeving en materiaal

De aspecten *Toegankelijkheid* en *Voorzieningen* kunnen de rubriek Fysieke omgeving en materiaal beïnvloeden. Veranderingen ten behoeve van het aspect *Toegankelijkheid* kunnen bijvoorbeeld invloed hebben op de infrastructuur, zodat patiënten eenvoudig kunnen vinden waar ze moeten zijn. Het aspect *Voorzieningen* sluit daar op aan als het bijvoorbeeld gaat over de wachtruimten of kledruimten.

8. Diensten door derden

De keten waarin een organisatie opereert wordt steeds belangrijker. Dit heeft onder andere te maken met de patiëntgerichtheid van de gezondheidszorg. Ontevredenheid bij patiënten over het aspect *Continuïteit* kunnen ook de keten, en daarmee de rubriek *Diensten door derden*, rondom een organisatie beïnvloeden, voornamelijk ziekenhuizen, eerstelijnszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.

6. Onderzoek en Ontwikkeling en 9. Documenten

De rubrieken *Onderzoek en ontwikkeling* en *Documenten* vallen buiten de directe invloed van patiëntenenquête. Deze rubrieken worden slechts indirect beïnvloed door de enquêteresultaten en kunnen omgekeerd indirect invloed hebben op enquêtes. *Onderzoek en ontwikkeling* kunnen bijvoorbeeld van invloed zijn op de enquêtes als nieuwe inzichten worden verworven door ontwikkelingen in de wetenschap of bij concurrenten, maar enquêteresultaten kunnen ook de bron zijn voor nieuw onderzoek. Privacyaspecten hebben invloed op het verwerken en opslaan van documenten, maar dit wordt niet direct beïnvloed door de resultaten van patiëntenenquête.

9.3.3 Terugkoppeling naar Het Roessingh

Het Harmonisatie/enquêtemodel uit paragraaf 9.3.1 geeft inzicht in de invloed van kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief op de negen rubrieken van het Harmonisatiemodel. Tabel 9.1 geeft per kwaliteitsaspect een overzicht van de rubrieken die door het aspect mogelijk worden beïnvloed. De tabel geeft daarmee eveneens aan welke rubrieken invloed hebben op het kwaliteitsaspect.

Kwaliteitsaspect	Aandachtsrubrieken	Aandachtsgroepen in Het Roessingh
Informatie (A)	Intake/indicatie	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Voorlichting/PR, ICT
	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Evaluatie/nazorg	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Teammanager, Divisiemanager, Kwaliteitsfunctionaris, Voorlichting/PR, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Personeel	P&O
Bejegening (A)	Intake/indicatie	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Voorlichting/PR, ICT
	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Evaluatie/nazorg	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Teammanager, Divisiemanager, Kwaliteitsfunctionaris, Voorlichting/PR, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Personeel	P&O
Continuïteit (B)	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Evaluatie/nazorg	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Teammanager, Divisiemanager, Kwaliteitsfunctionaris, Voorlichting/PR, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Personeel	P&O
	Diensten door derden	Ziekenhuizen, eerstelijnszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen en Roessingh-organisatie
Privacy (B)	Intake/indicatie	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Voorlichting/PR, ICT
	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Evaluatie/nazorg	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Teammanager, Divisiemanager, Kwaliteitsfunctionaris, Voorlichting/PR, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
Vakbekwaamheid (B)	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Personeel	P&O
Voorzieningen (C)	Intake/indicatie	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Voorlichting/PR, ICT
	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Fysieke omgeving en materiaal	Facilitair Bedrijf, Roessingh Revalidatie Techniek, Roessingh Vastgoed
Toegankelijkheid (C)	Intake/indicatie	Eerste Medewerkers, Teamcoördinatoren, Voorlichting/PR, ICT
	Uitvoering	Zorgafdelingen, behandelteams, Medische Dienst, ICT
	Beleid en organisatie	Raad van Bestuur, MT, OR, Cliëntenraad, Kwaliteitsfunctionaris
	Fysieke omgeving en materiaal	Facilitair Bedrijf, Roessingh Revalidatie Techniek, Roessingh Vastgoed

Tabel 9-1: Aandachtsgebieden in Het Roessingh per kwaliteitsaspect

Per rubriek is tevens de vertaling in termen en functies van Het Roessingh (zie hoofdstuk 8) opgenomen. Per kwaliteitsaspect, die in de enquête zijn opgenomen, kan de organisatie hiermee nagaan welke bedrijfsonderdelen er bij betrokken zijn. Kwaliteitsverbetering op een aspect is mogelijk door de aangehaalde functies en afdelingen te veranderen.

9.3.4 Gebruik van het Harmonisatie/enquêtemodel

Een volgende stap is het gebruik van het model en de bijbehorende tabel in combinatie met een patiëntenenquête. Helaas is nog niet bekend welke enquête Het Roessingh in de nabije toekomst gaat gebruiken, waardoor deze stap wordt bemoeilijkt. Deze paragraaf bespreekt de algemene gedachtegang achter het gebruik van het model en de toekomstige enquête.

De vragen van de patiëntenenquête moeten worden ingedeeld naar de kwaliteitsaspecten die zij meten. Daarbij moeten de vragen ook naar aandachtsrubriek worden gespecificeerd. Dit is waarschijnlijk niet volledig mogelijk, omdat een enquête niet zo specifiek naar deze

rubrieken is in te delen en bovendien vragen betrekking kunnen hebben op meerdere aspecten en/of rubrieken. Bijvoorbeeld, een vraag over informatie tijdens de intake komt uiteraard in de rubriek Intake/indicatie, maar kan ook bij de rubriek Beleid en organisatie worden geplaatst, afhankelijk van de exacte vraagstelling. Daarnaast komt in de tabel een kolom voor de normering, per individuele vraag of per kwaliteitsaspect. Bij voorkeur wordt per individuele vraag een norm gesteld, omdat dit de vergelijkbaarheid en specifieke bruikbaarheid vergroot. Tot slot wordt per vraag weergegeven welke aandachtsgroepen binnen Het Roessingh kunnen worden betrokken bij het verbeteren van dit kwaliteitsaspect of individuele vraag.

Een indicatie voor het gebruik van het Harmonisatie/enquêtemodel in Het Roessingh wordt in tabel 9.2 weergegeven.

Aspect	Rubrieken	Vragen enquête	Norm	Eerste Medewerker	Teamcoördinator	Teammanager	Divisiemanager	...
Informatie en communicatie	Intake/indicatie	Informatiefolder vooraf ontvangen	100% ontvangst					
		Opvang eerste dag	100% Persoonlijke begeleiding					
		...						
		...						
	Uitvoering	...						
	Nazorg/evaluatie	...						
	Beleid en organisatie	...						
Bejegening	Personeel	...						
	Intake/indicatie							
	...							

Tabel 9-2 - Toepassing van het Harmonisatie/enquêtemodel in Het Roessingh

De resultaten van de patiëntenenquête kunnen nu worden vergeleken met de gestelde norm in de tabel. Dit gebeurt voor elke vraag, waarna de organisatie uiteindelijk een overzicht heeft van alle normen die niet gehaald zijn. De organisatie kiest hieruit een aantal (of alle) punten die het wil verbeteren.

Aan de gekozen verbeterpunten worden een aantal betrokkenen toegewezen die een verbeteractie opstellen. Dat vormt het begin van een nieuwe PDCA-cyclus, zoals in paragraaf 6.2.3 en bij figuur 6.1 is besproken. De aangewezen betrokkenen blijven vervolgens actief de verbetering nastreven tot de volgende controle (periodieke patiëntenenquête of specifieke controleactie) is geweest. Kortom:

Enquêteresultaten → vergelijking met norm → bepaling verbeterpunten → aanwijzen betrokkenen → opstellen verbeteractie (Plan) → uitvoeren verbeteractie (Do) → controle verbeteractie (Check)

Uiteindelijk werkt dit model als voeding van de verbetercycli in de organisatie. Door dit structureel toe te passen, kan de kwaliteit van de organisatie zich steeds verder ontwikkelen.

Hoofdstuk 10

10 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk sluit het rapport af met de conclusies en aanbevelingen uit het besproken onderzoek. In de conclusies is aandacht voor algemene zaken op het gebied van patiënten-enquêtes en kwaliteit en voor bevindingen voor Het Roessingh. De aanbevelingen hebben alleen betrekking op Het Roessingh, en worden als stappenplan gepresenteerd voor de organisatie. Daarmee wordt een antwoord gegeven op de probleemstelling van het onderzoek:

Welke mogelijkheden heeft Het Roessingh om de organisatie zodanig in te richten dat het, structureel en optimaal, gebruik kan maken van de patiënten-enquête als onderdeel van een kwaliteitssysteem?

10.1 Conclusies

In deze paragraaf worden eerst algemene conclusies over het gebruik van patiënten-enquêtes in de kwaliteitszorg besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de situatie in Het Roessingh.

10.1.1 Algemeen

- De patiënten-enquête is een bruikbaar instrument om in de organisatie verbeterpunten in de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief te signaleren.
- De invloed van patiënten-enquêtes op organisatieonderdelen kan in het Harmonisatiemodel worden gemodelleerd. Dit komt onder andere door de uitgangspunten van het model, het primaire proces en patiëntgerichtheid. De patiënten-enquête moet eveneens patiëntgericht zijn en de resultaten moeten leiden tot verbeteringen in de dagelijkse bedrijfsvoering, het primaire proces.
- Een patiëntgerichte instelling van de organisatie is voorwaarde voor goed gebruik van patiënten-enquêtes. De organisatie moet bereid zijn constant te willen verbeteren op punten waarover de patiënt aangeeft ontevreden te zijn. Zonder een patiëntgerichte instelling, blijven de enquêteresultaten loze kreten van ontevreden patiënten.

10.1.2 Het Roessingh

- Binnen Het Roessingh is geen eenduidig beleid over het gebruik van patiënten-enquêtes. Het is binnen de organisatie niet duidelijk bij wie de verantwoordelijkheid ligt lage scores in de enquête om te zetten naar verbeteracties. Het gebrek aan normering vormt daarbij een extra beperking, omdat het de interpretatie van enquêteresultaten bemoeilijkt.
- Het Roessingh moet een hogere mate van patiëntgerichtheid ontwikkelen binnen de organisatie. De patiënten-enquête is een bruikbaar middel om de organisatie daarbij te helpen. De patiënten-enquête maakt duidelijk hoe de patiënt de zorg in de organisatie beleeft. De begrippen patiëntgerichtheid en de daaraan gekoppelde vraagsturing worden makkelijker, minder bedreigend en concreter, als medewerkers beschikken over instrumenten om de mening van klanten stelselmatig te kunnen peilen en deze informatie kunnen betrekken in hun manier van werken.
- De patiënten-enquête moet een vast punt worden in de bedrijfsvoering van de organisatie. Daarbij is het belangrijk dat het gebruik van de enquête bij een functie(s) op de agenda komt te staan, die verantwoordelijk is voor het gebruik van de resultaten en voor de kwaliteit van zorg (voor een bepaalde afdeling). Deze functie moet de mogelijkheid, zowel de macht als de middelen, hebben om veranderingen aan te brengen in de dagelijkse bedrijfsvoering.

10.2 Aanbevelingen

Het stappenplan in deze paragraaf geeft aan welke acties Het Roessingh moet uitvoeren om in de komende tijd de patiënten-enquête op te nemen in de dagelijkse bedrijfsvoering met als doel het te gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De eerste stappen van het plan zijn eenmalig van belang. Vanaf stap 3 geldt het plan als standaard voor het gebruik van enquêtes in de organisatie. Deze stappen moeten vervolgens jaarlijks worden gevolgd. In paragraaf 10.3 volgt een toelichting aan de hand van de achterliggende aanbevelingen.

Stap 1:

- Kies een enquête door de aanwezige opties te beoordelen op grond van de mate waarin de zeven kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief worden gebruikt.
- Bepaal normering op aspectniveau (organisatiebeleid) en op vraagniveau, per vraag of geaggregeerd aspect als meerdere vragen hetzelfde aspect meten (teamniveau).
- Geef de patiëntenvoorlichtingfunctionaris en secretariaten de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en verwerking van de enquête en geef deze functies de mogelijkheid deze taak uit te voeren (in ieder geval tijd en een statistisch databaseprogramma).
- Geef de divisie-managers en teammanagers/-coördinatoren de verantwoordelijkheid voor het opstarten van verbetercycli in de organisatie en geef deze functies de mogelijkheid deze taak uit te voeren.

Stap 2:

- Kies een vast startmoment in het jaar voor de uitvoering van de enquête, rekening houdend met het aantal patiënten dat ontslagen wordt in die periode en de tijd die verantwoordelijken nodig hebben voor de uitvoering, presentatie en het opstellen van verbeteracties.
- Bepaal de manier waarop de enquêtes worden uitgezet en verstuurd en licht betrokkenen (onder andere de secretariaten van de divisies) in.

Standaard voor gebruik patiënten-enquêtes:

Stap 3:

- Geef vanaf de startdatum gedurende 3 maanden klinische patiënten de enquête mee bij de ontslagprocedure. Verstuur in diezelfde periode de enquête naar poliklinische patiënten die in de 2 maanden daarvoor ontslag hebben gekregen en tevens naar de poliklinische patiënten die in deze periode van 3 maanden ontslag krijgen. Deze acties kunnen door de secretariaten van de divisies worden uitgevoerd.

Stap 4:

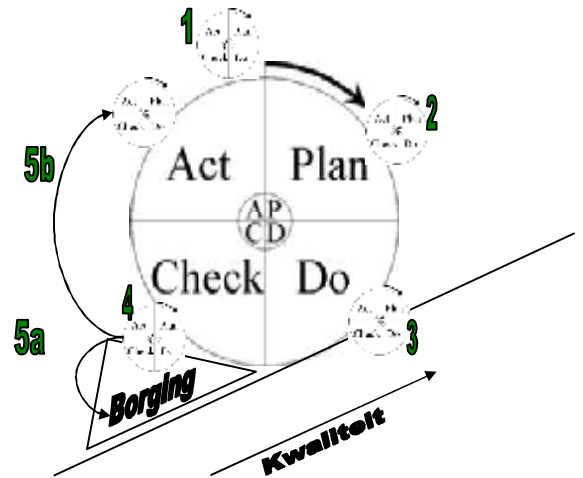
- De patiëntenvoorlichtingfunctionaris verwerkt de gegevens. Dit vindt 3 maanden na de startdatum plaats. De verwerking moet in 1 maand kunnen worden afgerond, onder andere met behulp van een databaseprogramma.
- 4 maanden na de startdatum presenteert de patiëntenvoorlichtingfunctionaris de resultaten in vergelijking met de vooraf gestelde normen aan het Managementteam en de teammanagers.

Stap 5:

- Het Managementteam bepaalt de aandachtspunten om te verbeteren op basis van beleid en ontwikkelingen binnen en buiten Het Roessingh.
- Divisiemanagers en teammanagers vormen projectgroepen voor het opstellen en uitvoeren van verbeteracties.

Stap 6:

- De projectgroepen starten verbetercycli per aandachtspunt (zie paragraaf 6.2.3):
 - o **Plan** – de projectgroep onderzoekt de situatie en stelt een verbeteractie op;
 - o **Do** – de gekozen veranderingen worden uitgevoerd in de organisatie onder toezicht van de projectgroep;
 - o **Check** – de gevolgen van de verandering(en) worden gecontroleerd aan de hand van de periodieke enquête na 1 of 2 jaar, of met gerichte controles. Dit is een taak van de divisiemanager en teammanager;
 - o **Act** – maak aanpassingen aan de verbeteractie en start hiermee een nieuwe cyclus (bij negatief of onveranderd resultaat), of leg de veranderingen vast in de dagelijkse bedrijfsvoering (bij positief resultaat).



Stap 7:

- Evalueer de normering en pas deze zonodig aan op grond van de resultaten en/of ontwikkelingen binnen en buiten de organisatie.
- Evalueer eens per 5 à 8 jaar de bruikbaarheid van de enquête in de organisatie per behandelteam. Dit is afhankelijk van de resultaten van de enquêtes, de veranderingen die daarin worden bereikt en ontwikkelingen buiten de organisatie.

10.3 Toelichting

In deze paragraaf volgt een nadere toelichting van enkele aannames en achterliggende stappen ter ondersteuning van het stappenplan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in aanbevelingen voor het beleid van de organisatie, de uitvoering, verwerking en presentatie van de enquêtes en het gebruik van de enquêteresultaten in de organisatie.

10.3.1 Beleid

Keuze voor een enquête

Zoals gezegd moet de enquête die gebruikt gaat worden, zoveel mogelijk vragen bevatten over de zeven kwaliteitsaspecten uit patiëntenperspectief (*Informatie en communicatie, Bejegening, Continuïteit, Privacy, Vakbekwaamheid, Voorzieningen en Toegankelijkheid*). Daarnaast is het een voordeel als de enquête open vragen bevat en niet te lang is en in begrijpelijke taal voor de patiënt is staat.

Keuze voor verantwoordelijken

In de huidige organisatiestructuur zijn de divisiemanager en teammanager de aangewezen personen om de start van verbeteracties te verzorgen. De divisiemanager kent als lid van het Managementteam het beleid van de organisatie en is vanuit het strategische niveau in staat de keuze voor de aandachtspunten te bepalen. De teammanager staat dicht bij het operationele niveau van de organisatie en heeft zodoende beter zicht op mogelijkheden en problemen bij het opstellen van verbeteracties. De divisiemanager en teammanager zijn niet noodzakelijkerwijs bij elke verbeteractie betrokken en maken zodoende niet altijd deel uit van de uiteindelijke projectgroep. De verantwoordelijkheid voor deze functies ligt bij het opstarten van de projectgroep, mogelijke suggesties aandragen voor de uiteindelijke verbeteractie, en het uitvoeren van de controle achteraf.

Voor de divisie Kinder- en Jongerenrevalidatie is deze aanbeveling een probleem, omdat de structuur geen teammanager kent. Hier kan een keuze worden gemaakt voor één of twee teamcoördinatoren of Eerste Medewerkers die deze taak krijgen.

10.3.2 Uitvoering, verwerking en presentatie

Gebruik regels en aanbevelingen van het CBO

Bij de uitvoering van de enquête moeten de regels en aanbevelingen van het CBO worden gevolgd. Het CBO geeft aanbevelingen over de benadering van de patiënten met als doel een hoge respons te halen (bijvoorbeeld begeleidingsbrief en een retourenvelop). Daarnaast bespreken zij de regels die moeten worden gehanteerd om betrouwbare uitspraken te mogen doen, zoals het aantal van 30 ingevulde enquêtes per homogene doelgroep.

Uitzetten van de enquête per behandelteam

De enquêtes moeten uiteindelijk onder andere per behandelteam of behandelprogramma worden gepresenteerd. Bij het uitzetten van de enquête moet hier rekening mee worden gehouden om dit mogelijk te maken. De uitgezette enquêtes moeten een code bevatten waarmee wordt herleid welke behandeling de patiënt heeft gevolgd zonder dat de anonimiteit en privacy van de patiënt worden geschaad. Om dit te bereiken moeten de secretariaten die de ontslagprocedures in de organisatie afhandelen bij het uitzetten van de enquête worden betrokken.

Gebruik statistisch onderlegd databaseprogramma

Het gebruik van een databaseprogramma maakt het mogelijk de gegevens eenvoudig in te voeren, te specificeren naar de verschillende behandelteams en divisies, te archiveren en te vergelijken. Dit verkort onder andere de tijd van verwerking en presentatie van de gegevens. Binnen Het Roessingh is een (oude) licentie aanwezig voor SPSS. Dit programma voldoet aan de gestelde eisen, maar mag onder de huidige licentie niet door alle organisatieonderdelen worden gebruikt. Daarom moet worden uitgezocht bij ICT of het mogelijk is deze licentie uit te breiden, zodat de afdelingen kwaliteit of patiëntenvoorlichting er gebruik van kunnen maken.

Presentatie op verschillende niveaus

De resultaten moeten op meerdere niveaus van de organisatiestructuur worden gepresenteerd, namelijk op teamniveau, divisieniveau en organisatieniveau. Op teamniveau worden de resultaten per vraag en per kwaliteitsaspect gepresenteerd. Dat geeft de mogelijkheid optimaal informatie uit de enquêtes te genereren op basis waarvan verbeteracties worden opgesteld. Op divisie- en organisatieniveau worden de gegevens per kwaliteitsaspect gepresenteerd en mogelijk gepubliceerd. Hiermee kan de organisatie aantonen dat het werkt aan patiënttevredenheid. Daarin komt het doel van patiënten-enquêtes als bijdrage aan het imago naar voren. Daarnaast kunnen deze gegevens binnen de organisatie worden gebruikt om kennis tussen de teams/divisies uit te wisselen. Een team/divisie dat laag scoort op een bepaald kwaliteitsaspect, kan bij een ander team/divisie informeren hoe daar de handelingen die invloed hebben op dit aspect worden uitgevoerd.

10.3.3 Gebruik van de resultaten

Volg de PDCA cyclus

De gekozen aandachtspunten vormen de start van verbetercycli. De verbetercyclus moet voor elke aandachtspunt volledig worden doorlopen (Plan, Do, Check Act). Het is van groot belang dat deze cyclus niet na het uitvoeren van een verbeteractie wordt gestopt. De controle (Check) kan aan de hand van de resultaten van de volgende patiënten-enquête plaatsvinden of door middel van een gericht vervolgonderzoek. Bij de beoordeling van de controleresultaten en het opstellen van vervolgplannen, moet er rekening mee worden gehouden dat het bereiken van het beoogde effect tijd kost. Een onveranderd resultaat betekent niet direct dat de verbeteractie is mislukt.

Projectgroep en verbeteracties

De tabellen in hoofdstuk 9 bieden houvast bij het aanwijzen van de projectgroep en het opstellen van mogelijke oplossingsrichtingen voor het aandachtspunt. Tabel 9.1 geeft aan

welke organisatiedelen het probleem kunnen veroorzaken. Daarin kan eveneens de oplossing worden gezocht. Het is aan te raden personen uit de betrokken organisatieonderdelen op te nemen in de projectgroep. Aan de ene kant brengt dit het gevaar van bevoordeling van deze persoon ten opzichte van de probleemsituatie met zich. Aan de andere kant beschikt deze persoon over zeer bruikbare informatie over de mogelijkheden en beperking van de afdeling of discipline. Deze tegenstrijdigheid is niet te voorkomen. Bij evaluatie van de situatie moet hier rekening mee worden gehouden.

Literatuur

- Albeda, H.D., *Vraagsturing op drie fronten – Implementatie van vraagsturing*, Innovatiecentrum Vraagsturing, Amsterdam, 2002
- Bas, P. de, Lijn, N. van der, Meijer, A., *Vraagfactoren ziekenhuizen – Eindrapport*, NMA, Rotterdam, 2003
- Beek, A. van, Jonker, F., *Onderzoek naar certificatieprocessen in de zorg- en welzijnssector*, Utrecht, 2004
- Bouwmans, C.A.M., Ineveld, B.M. van, Bandel, A.P., Sol, J.C.A., Custers, T., Klazinga, N.S., *Kwaliteit en kosten in instellingen voor klinische zorg - Eindrapportage van de toepassing van een kwaliteitsmodel in 5 Nederlandse zorginstellingen 1999-2002*, iMTA, Rotterdam, 2002
- Brouwer, W., Leemrijse, C., Sixma, H.J., Friele, R.D., *Klantenwensen in de zorg – Wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken?*, Nivel, Utrecht, 2002
- CBO - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *De patiënt als spiegel – Handleiding voor beroepsorganisaties in de gezondheidszorg*, Utrecht, 2002
- CBO - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *De patiënt als spiegel – Handleiding voor beroepsorganisaties in de zorg*, Utrecht, 2002
- CBO - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen - Met beschrijvingen van drie klinische praktijkprojecten en een huisartsgeneeskundig praktijkproject*, Utrecht, Van Zuiden Communications BV, 2002
- CBO - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *Visie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2004-2008*, Utrecht, 2003
- Commissie Prestatie-indicatoren Revalidatie, *Basisset Prestatie-indicatoren Revalidatiecentra 2006*, Revalidatie Nederland en Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2006
- Fleuren, Dr. M.A.H., Wiefferink, Drs. C.H., Paulussen Dr. T.G.W.M., *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*, TNO, Leiden, 2002
- Friele, R.D., Albada, A., Sluijs, E., *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg*, NIVEL, Utrecht, 2006
- Garvin, D.A., *Competing on the eight dimensions of quality*, IEEE Engineering Management Review – vol. 24, 1996
- Groenewegen, P.P., *What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views*, NIVEL, Utrecht, 2005
- Harteloh, P.P.M. en Casparie, A.F., *Kwaliteit van zorg – Van een zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 1998
- Harten, W.H. van, *Bouwen aan een kwaliteitssysteem in de revalidatiezorg – Een poging tot constructive technology assessment van een kwaliteitssysteem in een gezondheidszorginstelling*, Roessingh Research and Development, Enschede, 1997
- Hendriks, M., et al, *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*, NIVEL, Utrecht, 2005
- Het Roessingh, Jaarverslagen 1997-2006
- Het Roessingh, <http://www.roessingh.nl>, geraadpleegd: april - december 2007
- Hollands, L., Hendriks, L., Ariens, H., *Elementen van kwaliteitszorg – Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*, Lemma, Utrecht, 2005
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, Den Haag, 2005
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Staat van de gezondheidszorg 2002*, Den Haag, 2002
- Jagadeesan, R., Kalyan, N., Lee P., Stinnett, S., Challa, P., *Use of a Standardized patient Satisfaction Questionnaire to Assess the Quality of Care Provided by Ophthalmology Residents*, American Academy of Ophthalmology, Elsevier Inc., 2007

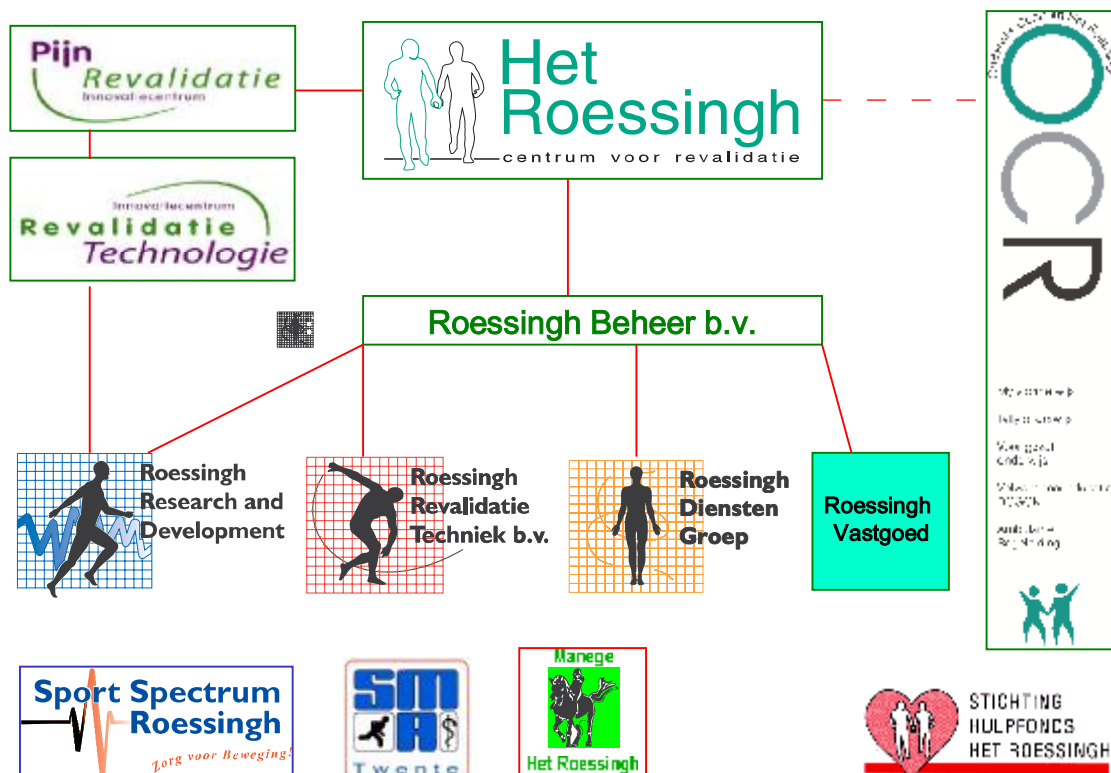
- Janse, A.F.C., Hutten, J.B.F., Spreeuwenberg, P., *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II – Ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen*, Nivel, Utrecht, 2002
- Lemmens, K.M.M., Harteloh, P.P.M., Walburg, J.A., *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen*, Stichting HKZ, Rotterdam, 2003
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kwaliteit van zorg*, kamerstuk, 2002
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kwaliteitswet Zorginstellingen*, 1996
- Mistiaen, P., Delnoij, D., *'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector*, NIVEL, Utrecht, 2003
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), *Ons ziekenhuis? Patiëntgericht!*, Utrecht, 2007
- NIAZ, *Handleiding bij het opstellen van een zelfevaluatie-rapport aan de hand van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling*, 2005
- NIAZ, *Kwaliteitsnorm Zorginstelling – versie 1.0*, 2005
- Nijkamp, J., *Patiëntgerichte ziekenhuiszorg, Prestatie-indicatoren vanuit het perspectief van de patiënt*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2004
- Revalidatie Nederland, *De kwaliteit van de revalidatie onderzocht*, Utrecht, 2007
- Revalidatie Nederland, *Revalidatie Prestatie-indicatoren 2005, 2006*
- Schollen, E., De Clerq, J., *Patiëntgestuurde zorg – Een nooit eindigend verhaal*, LannooCampus, Leuven, 2006
- Sluijs, Dr. E.M., Janse, Drs. A., *Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen?*, NIVEL, Utrecht, 2002
- Sluijs, E., Beek, S. van, Mouthaan, I., Neef, M. de, Wagner, C., *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg*, NIVEL, Utrecht, 2002
- Smit, M., Friele, R., *De agenda van de patiënt*, NIVEL, Utrecht, 2005
- Stoop, F., *Beoordelingsrapport Externe Toetsing Revalidatiezorg – Het Roessingh, centrum voor revalidatie*, Revalidatie Nederland, 2006
- Stüssgen, R.A.J., Avest, M. ter, Driessen, A., *Revalidanten over kwaliteit - Ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor revalidatiecentra vanuit cliëntenperspectief*, LSR, Utrecht, 2004
- Wakefield, D.S., Ward, M.M., Wakefield, B.J., *A 10-Rights Framework for Patient Care Quality and Safety*, American journal of medical quality, Sage Publications, 2007
- Wersch, S. van, Winters - Van der Meer, S., Zomerplaat, J., *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*, NVKZ, Utrecht, Uitgeverij SWP, 1999
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D., *The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels*, Elsevier Science, 1998
- Zoest, C. van, *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties – Met succes overleven in een concurrerende markt*, Soest, Uitgeverij Nelissen, 2001

Bijlage 1 – Overzicht kwaliteitsaspecten

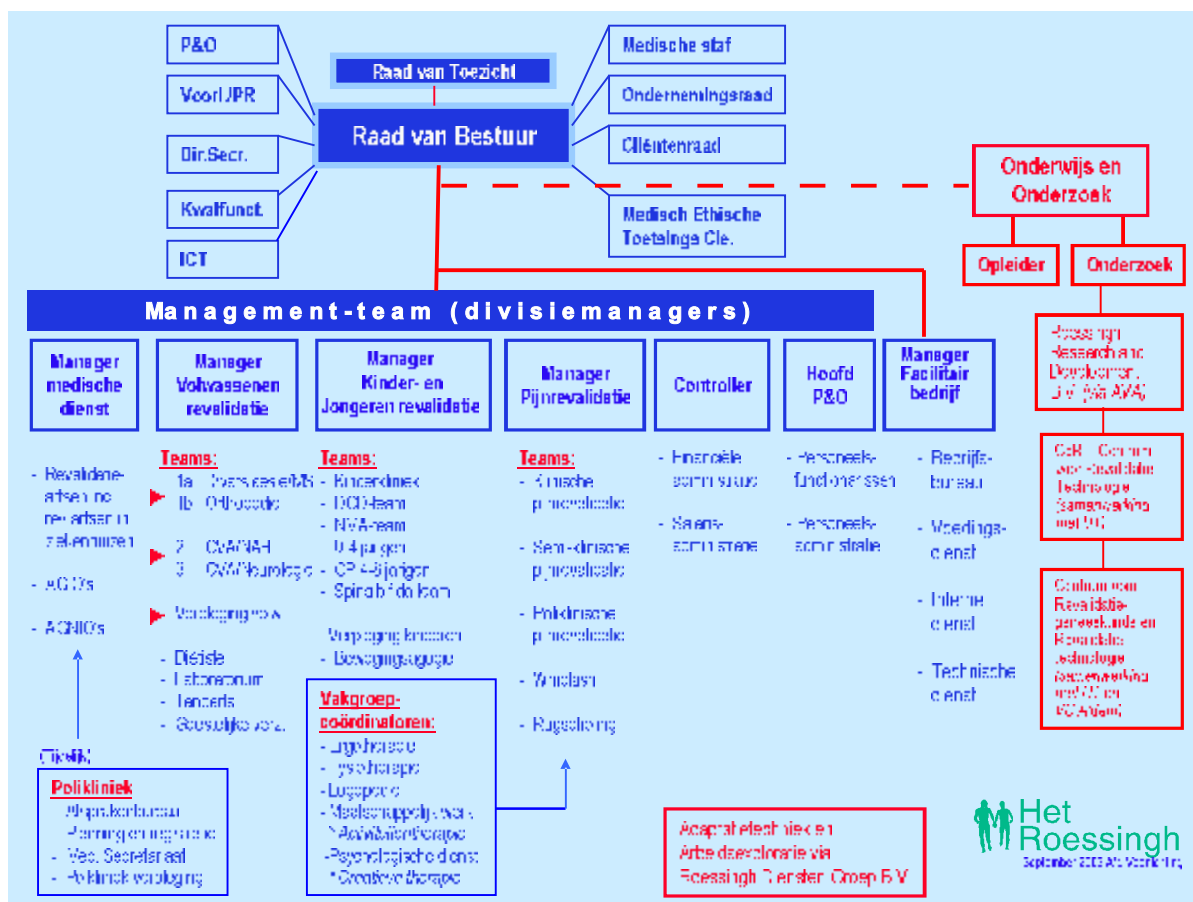
[illegible]

Bijlage 2 – Organogrammen Het Roessingh

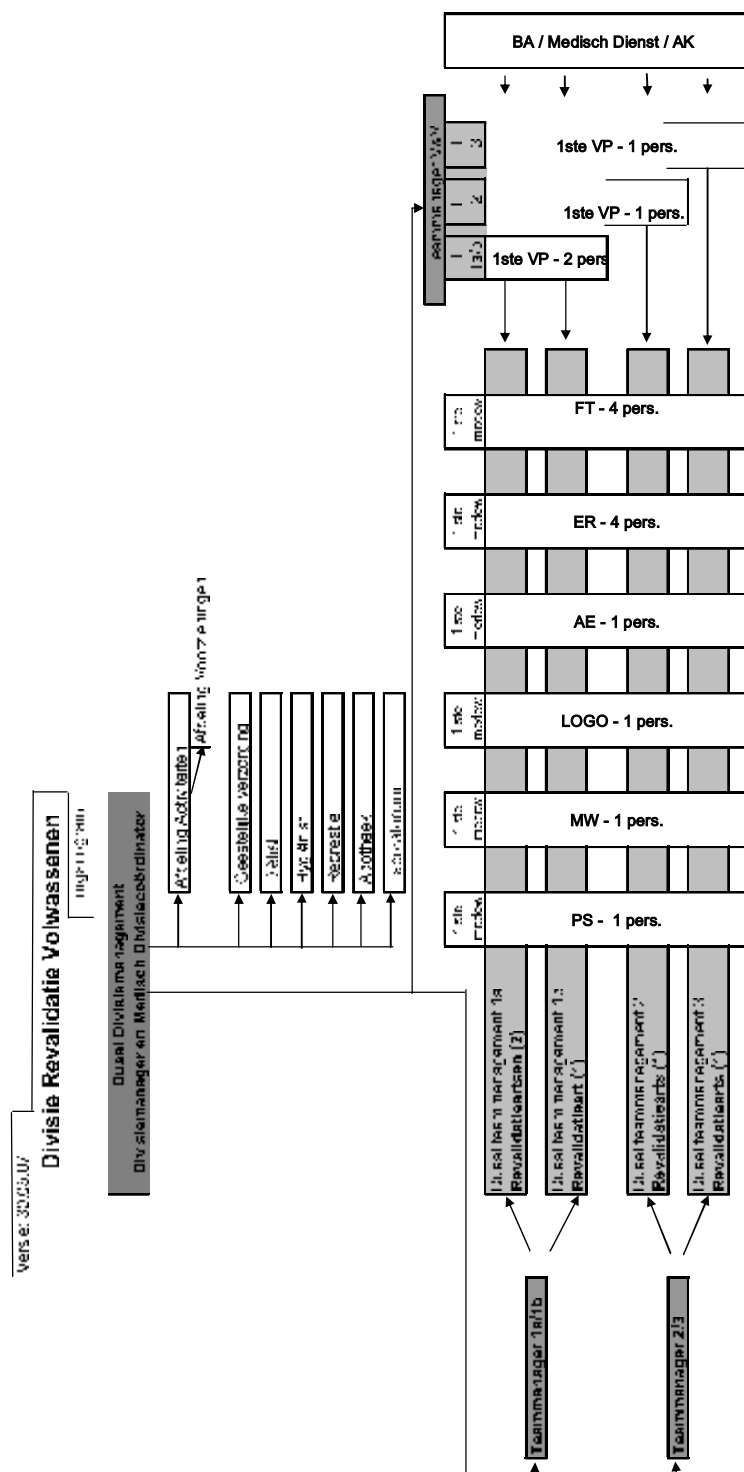
Het Roessingh – de organisatie



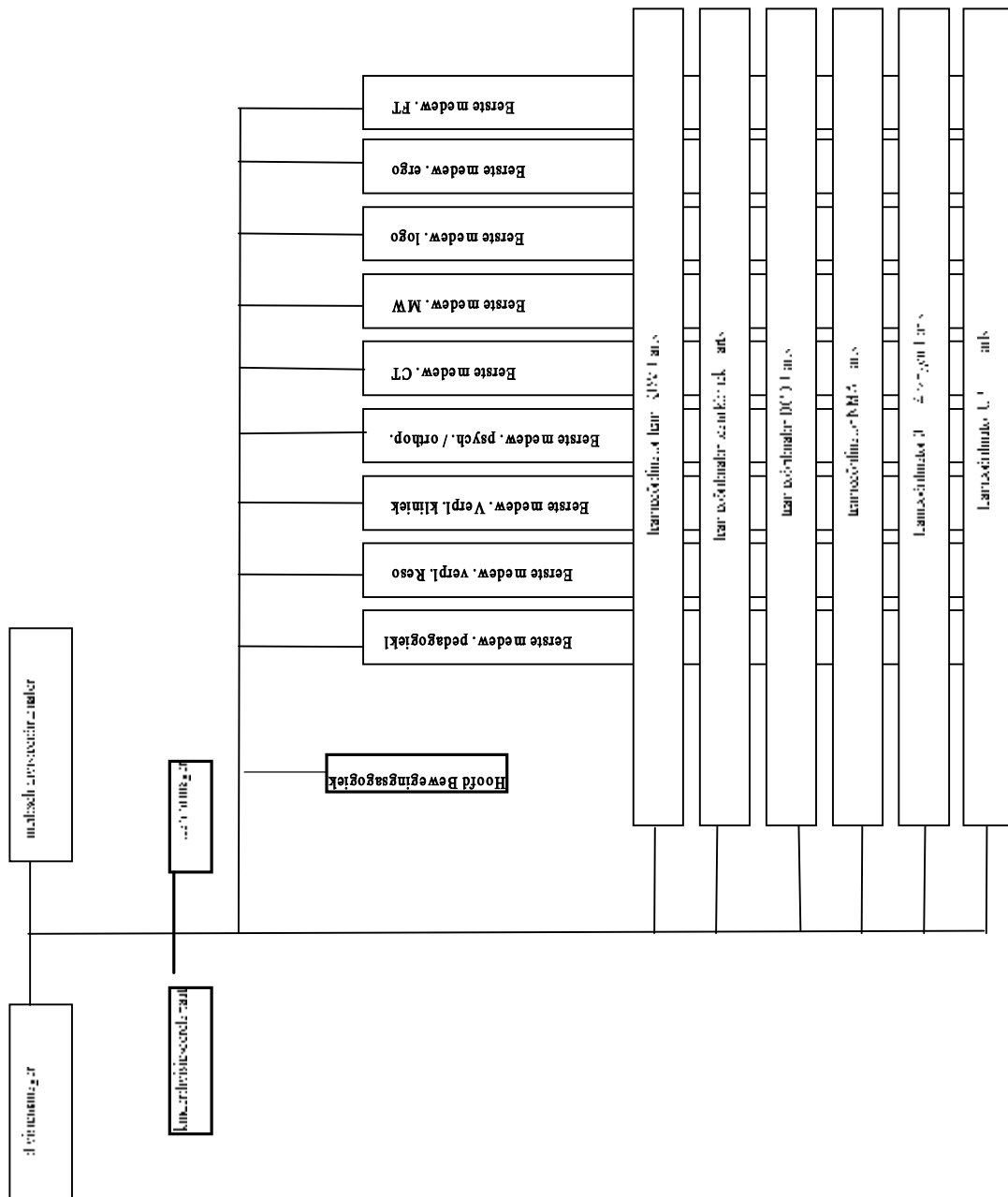
Het Roessingh – het revalidatiecentrum



Divisie Volwassenenrevalidatie



Divisie Kinder- en jongerenrevalidatie



Bijlage 3 – Kengetallen Het Roessingh

Hieronder volgen enkele kengetallen over de personele bezetting van de afdelingen, het aantal patiënten dat in 2006 nieuw werd opgenomen en het aantal patiënten dat in dat zelfde jaar werden ontslagen van behandeling. Cijfers zijn afkomstig uit het jaarverslag 2006 van Het Roessingh en Ecaris, het registratiesysteem in Het Roessingh:

Aantallen werknemers

Roessingh-organisatie	824 werknemers (604,89 FTE)
Roessingh Revalidatiecentrum	549 werknemers (391,11 FTE)
Directie en Stafafdelingen	36
Medische dienst	33
Divisie Volwassenenrevalidatie	212
Divisie Pijnrevalidatie	59
Divisie Kinderrevalidatie	106
Polikliniek	37
Facilitair Bedrijf	66

Nieuw opgenomen aantal patiënten in 2006

Kliniek Volwassenen	347
Polikliniek Volwassenen	842
Kliniek Kinderen	47
Polikliniek Kinderen	391
Kliniek Pijn	370
Polikliniek Pijn	945

Ontslaggegevens Het Roessingh in 2006

Het onderstaande overzicht laat het aantal unieke patiënten per behandelvorm zien dat gestopt is. In 2006 werden in totaal 3236 unieke personen ontslagen van behandeling. Onderstaande tabel is niet volledig, maar bevat enkel gegevens voor afdelingen opgenomen in dit onderzoek. Verder staat KL voor Klinisch, NKL voor niet-klinisch en SKL voor semi-klinisch (alleen bij pijnrevalidatie).

Behandelvorm(code)	Aantal unieke personen
KL Kinderen	42
KL Pijn	146
KL Volwassenen	349
NKL Kinderen	194
NKL Long	66
NKL Oncologie	56
NKL Pijn	76
NKL Rug	105
NKL Volwassenen	1121
NKL Whiplash	130
SKL Pijn	122

Tabel 3 - ontslaggegevens Roessingh revalidatiecentrum 2006

Bijlage 4 – Resultaten Kliniek Volwassenen 2003-2005

In deze bijlage volgt een tabel met de antwoordgegevens van de afgenomen enquête bij de 4 verschillende teams van de Kliniek voor Volwassenen in de jaren 2003, 2004 en 2005. De getallen in de tabel zijn in percentages om de vergelijking makkelijker te maken. Bovendien bleek dat de bij de antwoordgegevens de som van de antwoorden soms verschilde van het aantal aangegeven respondenten. De cijfers zijn desondanks overgenomen en percentages zijn berekend op basis van het aantal antwoorden per vraag, niet het gegeven respondentenaantal.

De vragen:

B1	Heeft u, voordat u in Het Roessingh opgenomen werd, contact gehad met een revalidatiearts?
B3	Had u voor uw opname meer informatie willen hebben?
C1	Wat vond u van de opvang op de verpleegafdeling tijdens de eerste behandeldag(en)?
D1	Vindt u dat de revalidatiearts of arts assistent u voldoende uitleg gegeven heeft over uw revalidatiebehandeling?
D2	Vindt u dat er voldoende rekening is gehouden met uw wensen en behoeften tijdens de revalidatiebehandeling?
D9	Had u tijdens uw behandeling meer informatie willen hebben?
E1	Bent u tevreden over het contact dat u had met uw revalidatiearts of arts assistent?
	(E9: Is het voorgekomen dat u door een andere therapeut werd behandeld?)
E10	Indien regelmatig of een enkele keer, wat vindt u daarvan?
E12	Vindt u dat uw revalidatiebehandeling tot nu toe een positief effect heeft gehad op uw functioneren?
F1	Hebben de medewerkers van Het Roessingh over het algemeen:
F1a	voldoende respect voor u getoond?
F1b	rekening gehouden met uw privacy?
F1c	voldoende steun en begrip geboden?

Vraag	Aantal respondenten	Team Jaar			1a: Dwarslaesie/MS			1b: Orthopedie			2: NHA/CVA			3: CVA/NMA		
					2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
					25	14		17	25	13	31	13		29	30	17
B1	ja				76	50		94	76	77		61	54	59	73	71
	nee				12	50		6	20	23		35	38	38	27	24
	weet niet				12	0		0	4	0		3	8	3	0	6
B3	ja				20	21		29	40	23		23	23	24	33	5
	nee				68	64		65	40	54		55	54	55	57	63
	weet niet				12	14		6	20	23		23	23	21	10	32
C1	goed				76	64		88	52	85		79	77	79	70	86
	voldoende				8	14		6	40	8		18	23	14	23	14
	matig				8	21		6	4	0		3	0	3	7	0
	onvoldoende				8	0		0	4	8		0	0	0	0	0
	weet niet				0	0		0	0	0		0	0	3	0	0
D1	goed				40	50		71	50	46		48	31	66	47	76
	voldoende				60	43		25	42	38		39	46	21	40	18
	matig				0	7		4	4	15		10	15	14	13	0
	onvoldoende				0	0		0	4	0		3	8	0	0	6
	weet niet				0	0		0	0	0		0	0	0	0	0
D2	goed				48	43		53	48	38		48	54	55	47	53
	voldoende				40	43		41	36	54		45	31	34	40	47
	matig				12	7		6	8	0		3	8	3	10	0
	onvoldoende				0	7		0	8	8		3	8	0	3	0
	weet niet				0	0		0	0	0		0	0	7	0	0
D9	ja				4	31		12	24	15		19	8	14	20	
	nee				72	62		82	76	62		61	77	79	63	
	weet niet				24	8		6	0	23		19	15	7	17	

Vraag	Aantal respondenten	Team Jaar			1a: Dwarslaesie/MS			1b: Orthopedie			2: NHA/CVA			3: CVA/NMA		
					2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
					25	14		17	25	13	31	13		29	30	17
E1	zeer tevreden				32	43		71	44	38		48	31	41	50	
	tevreden				68	57		29	32	38		42	54	48	50	
	niet geheel tevreden				0	0		0	24	23		6	15	10	0	
	ontevreden				0	0		0	0	0		3	0	0	0	
E10	erg vervelend				0	0		0	0	8		0	0	0	0	
	vervelend				8	14		12	23	23		10	18	3	7	
	maakt niet uit				40	71		24	50	38		52	45	41	53	
	positief				32	7		35	19	8		19	36	21	17	
	niet van toepassing				20	7		29	8	23		19	0	34	23	
E12	goed				76	86		71	72	62		77	62	66	70	
	voldoende				20	0		29	16	23		16	38	17	17	
	matig				0	0		0	0	0		6	0	3	7	
	onvoldoende				0	14		0	8	15		0	0	0	3	
	nog geen antwoord				4	0		0	4	0		0	0	14	3	
F1a	goed				72	79		76	72	77		84	62	76	80	
	voldoende				24	7		18	24	23		16	31	24	17	
	matig				4	14		0	4	0		0	8	0	3	
	onvoldoende				0	0		6	0	0		0	0	0	0	
F1b	goed				60	43		41	56	69		61	54	59	73	
	voldoende				24	57		53	40	31		35	38	31	20	
	matig				8	0		6	4	0		0	8	10	7	
	onvoldoende				8	0		0	0	0		3	0	0	0	
F1c	goed				72	43		76	68	85		76	62	67	80	
	voldoende				20	50		18	28	8		24	23	30	17	
	matig				0	7		0	4	0		0	15	0	3	
	onvoldoende				8	0		6	0	8		0	0	3	0	

Tabel 1 - Antwoordgegevens enquête Volwassenen per afdeling per jaar (in percentages)

Bijlage 5 – Interviewschema

Deze bijlage behandelt het interviewschema dat is gehanteerd bij de interviews met de volgende functies binnen Het Roessingh, in genoemde volgorde:

- Divisiemanager Kinderrevalidatie (lid MT)
- Divisiemanager Pijnrevalidatie (lid MT)
- Hoofd Personeel & Organisatie (lid MT)
- Divisie Volwassenenrevalidatie, Teammanager, teams Dwarslaesie/MS en Orthopedie
- Divisie Volwassenenrevalidatie, Teamcoördinator (interim), teams CVA/NAH en CVA/Neurologie
- Divisie Pijnrevalidatie, Teammanager
- Divisie Kinderrevalidatie, teamcoördinator CP/Eerste medewerker Fysiotherapie
- Divisie Kinderrevalidatie, teamcoördinator kliniek/Eerste medewerker Creatieve therapie

De interviews waren semi-gestructureerd met het onderstaande schema als leidraad. Doel was om de gesprekken open te houden om op die manier ook een mening van de geïnterviewde over het onderwerp te kunnen laten hebben en uitspreken. Een te gestructureerd interview zou te veel op feiten kunnen ingaan. Bovendien verschilden de gesprekken onderling omdat met de divisiemanagers al een eerder oriënterend gesprek had plaatsgevonden. Daarnaast moest in het gesprek ruimte zijn om te in te springen op de antwoorden die werden gegeven. Het schema moet niet worden gelezen als een stappenplan, maar meer als een leidraad waarop werd teruggevallen afhankelijk van de loop van het gesprek. Onderaan in het schema staan losse vragen/opmerkingen die gesteld werden aan enkele personen, afhankelijk van hun functie en positie.

Algemeen Interviewschema:

Korte introductie van het onderzoek.

Vragen naar functie indien daar onduidelijkheid over is.

Wat vindt u algemeen van de patiënten-enquête als kwaliteitsinstrument (los van Het Roessingh)?

Communicatie en coördinatie

- De resultaten van enquêtes worden (door patiëntenvoorlichtingfunctionaris) gepresenteerd aan het MT. Hoe komt de informatie vervolgens bij u terecht?
- Wat doet u vervolgens met die gegevens?
- Met wie wordt het besproken? (altijd dezelfde personen?)
- Worden verbeteracties georganiseerd op basis van de resultaten? Hoe worden deze opgezet? Wie bepaalt wat er gebeurt?
- Worden er (harde) doelen gesteld voor de verbeterpunten? (normering)
- Zijn er controlemomenten om eventuele verbetering/verslechtering van de probleemsituatie te controleren?
- Wie heeft daarin de verantwoordelijkheid? (bijvoorbeeld, wie bepaalt wanneer nieuw overleg plaatsvindt?)

Opvolging organisatiebrede enquêtes

Het Roessingh is op zoek naar een organisatiebrede enquête. Is het mogelijk om met de resultaten van een dergelijke enquête na te gaan waar de slechte (of goede) resultaten aan liggen? Is het mogelijk om een oorzaak te vinden voor het resultaat?

Bijvoorbeeld: bepaald (te hoog) % ontevreden over informatieoverdracht tussen zorgverleners (continuïteit). Wat gebeurt er dan?

Harde stellingen om op te reageren (weinig gebruikt)

- Het Roessingh voert de patiënten-enquête uit omdat het een verplichting is (en gebruikt het niet als kwaliteitsinstrument).

- De patiënten-enquête wordt gehouden om de huidige patiëntenpopulatie hun zegje te laten doen (niet om de kwaliteit voor toekomstige patiënten te verbeteren).
- De patiënten-enquête is een gezamenlijke taak van het management en de divisies/teams.
- Het Roessingh heeft niks aan een organisatiebrede enquête. Je kunt beter direct specifiek patiënttevredenheidsonderzoek op in verschillende divisies of zelf teams doen.
- Het gebruik van patiënten-enquêtes draagt niet bij aan de kwaliteit van het revalidatiecentrum, maar het is belangrijk om ze te blijven houden om de gemoederen te sussen (en vanwege de verplichting ertoe).

Losse vragen, afhankelijk van positie geïnterviewde

- Zijn er mogelijkheden tot sturing van bijscholing artsen en ander personeel (op basis van resultaten van enquêtes)? (Hoofd P&O)
- Is de enquête van uSPEQ bruikbaar voor de afdeling? (Divisiemanager Kinderrevalidatie)
- Hoe staat het gebruik van patiënttevredenheidsonderzoek als onderdeel in CARF? Gaat dit samen met HKZ? Kan dat? (Divisiemanager Pijnrevalidatie)