

Adviesrapport De Hofpoortbeleving: Service met zorg!

Gastvrijheidsbeleving in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Dorien Dorsman Mei 2005

Managementsamenvatting

De zorgsector heeft in toenemende mate te maken met zogenaamde marktwerking. Door deze veranderingen wordt het voor een ziekenhuis steeds belangrijker zich te kunnen onderscheiden van de concurrentie. Het ZHZ wil zich onderscheiden van zijn concurrenten onder andere op het gebied van gastvrijheid. De woorden ‘gastvrij’, ‘hotelmatig’ en ‘klanttevredenheid’ zijn dan ook woorden die voorkomen in de beleidsstukken van het ziekenhuis. Vergroting van de klanttevredenheid is zelfs een van de speerpunten uit het kernbeleid van het ZHZ.

De doelstelling van dit onderzoek was dat het moest leiden tot een aantal nuttige aanbevelingen van ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden die de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers zullen vergroten. Van deze mogelijkheden dient ook beschreven te worden waarom ze nuttig zijn en wat de kosten en baten van deze mogelijkheden zijn. Om deze doelstelling te bereiken is de volgende probleemstelling opgesteld: *Welke nieuwe doeltreffende mogelijkheden zijn er voor het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) om de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers te vergroten?* Hierbij wordt de gastvrijheidsbeleving bedoeld in het kader van de omgeving, de bejegening en de services.

Het onderzoek is gestart met een organisatieonderzoek, gevolgd door een literatuurstudie. Vervolgens is voor het empirisch onderzoek eerst een benchmarking gehouden met voornamelijk organisaties buiten de zorgsector. Vervolgens zijn diepte-interviews binnen het ziekenhuis gehouden. Deze interviews hebben samen met diepte-interviews met patiënten en observaties geleidt tot een conclusie van de huidige situatie. Uit deze conclusie, in combinatie met de uitkomsten van de literatuurstudie en de benchmarking, zijn de uiteindelijke aanbevelingen tot stand gekomen. Deze aanbevelingen zijn vervolgens vertaald naar ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden. Van deze mogelijkheden zijn de consequenties onderzocht.

De conclusie van de huidige situatie kan kort worden samengevat als:

Bejegening: Wordt door alle onderzochte partijen als ‘goed tot uitstekend’ beoordeelt.

Omgeving: Door de verbouwing wat rommelig, maar na de verbouwing ziet het er goed uit.

Services: Men doet erg zijn best, maar de resultaten zijn vaak niet zoals ze behoren te zijn.

Uit het onderzoek zijn aan de hand van de matrix gastvrijheidsbeleving, de volgende twaalf ‘makkelijk op te pakken’ aanbevelingen naar voren gekomen:

1. Planten in het gebouw, op de afdelingen
2. Karakteristieken van de omgeving door het ziekenhuis heen weergeven
3. Rustgevende wacht/dagverblijven
4. Meer dieren/planten op het terrein
5. Project ‘Kijk je buurman’
6. Alle medewerkers een button met een tekst als vb.: “Vraagt u maar!” uitreiken.
7. Één medewerker loopt ’s ochtends een rondje, puur voor een praatje
8. Koning klant project ‘opfrissen’
9. Giftshop via het Internet
10. Informatiemapje bij opname in het ziekenhuis
11. Thema avonden/lezingen voor patiënten en mensen uit de omgeving
12. Broodkar op de kamer

Naast deze ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden, biedt dit rapport ook aanbevelingen om de gastvrijheidsbeleving structureel te verbeteren. Hoe dan ook, met de aanbevelingen in dit rapport zal het ZHZ toewerken naar een Hofpoortbeleving van “Service met zorg!”

Voorwoord

Dit adviesrapport/afstudeerscriptie is de schriftelijke verantwoording van de afstudeeropdracht voor de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool. Het onderzoek is uitgevoerd in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden, in de periode van 14 februari tot en met 24 mei 2005. Voor mij persoonlijk is dit een heel leerzaam onderzoek geweest. Ik had voorafgaand aan dit onderzoek al een voorkeur voor de gezondheidszorg, en ik ben blij dat ik met dit onderzoek de kans heb gekregen mij verder te verdiepen in deze sector vol ontwikkeling, waar de facilitaire dienst vaak een belangrijke rol speelt. Voor aanvang van dit onderzoek wist ik vrij weinig over het onderwerp gastvrijheidsbeleving, maar hoe meer ik me erin heb verdiept, des te interessanter het werd. Ik ben blij dat ik door dit onderzoek mijn grenzen heb kunnen verleggen in richtingen waarvan ik wellicht voorheen dacht dat ze niet voor mij waren weggelegd.

Tijdens de uitvoering van mijn onderzoek heb ik 'ups en downs' gekend, maar terugkijkend heb ik wel enorm veel geleerd. Hiervoor wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst mijn stagebegeleider, Phine van Doorne, zij heeft me het gehele proces begeleidt en me waar nodig bijgestuurd. Daarnaast heeft ook mijn medebeoordelaar, Jos Barnhoorn, zijn steentje bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport in de vorm van goed bruikbare feedback. Vanuit het ziekenhuis wil ik in het bijzonder Jim van Geest, mijn begeleider en Annemarie Minkes, deels ook mijn begeleider bedanken. Beide hebben me voorzien van de juiste informatie wanneer ik erom vroeg en, nog veel belangrijker, hebben me nieuwe inzichten gegeven op momenten dat ik er zelf even niet meer uitkwam. Tot slot wil ik iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan dit onderzoek, zowel intern als extern, zonder jullie input was het nooit gelukt!

Dorien Dorsman
Woerden, mei 2005

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Hoofdstuk 1 Methoden van onderzoek	3
§ 1.1 Aanleiding	3
§ 1.2 Onderzoeksplan	3
§ 1.2.1 De probleemstelling en onderzoeksvragen	3
§ 1.2.2 Afbakening	4
§ 1.2.3 De einddoelstelling	4
§ 1.2.4 Strategisch belang adviezen	5
§ 1.2.5 Het onderzoekstype	5
§ 1.3 Onderzoeksmethode	6
§ 1.3.1 Verantwoording onderzoeks aanpak	6
§ 1.3.2 Het theoretisch onderzoek	6
§ 1.3.3 Het empirisch onderzoek	6
Hoofdstuk 2 Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	8
§2.1 De ziekenhuissector	8
§2.1.1 Algemeen	8
§2.1.2 Het nieuwe zorgstelsel	8
§2.1.3 Particuliere klinieken	9
§2.2 Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	9
§2.3 Zuwe Facilitair	10
§2.4 De patiënten en bezoekers van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	11
§2.5 De Hofpoortbeleving vergroten: Het Zuwe Hofpoort ziekenhuis	12
Hoofdstuk 3 Gastvrijheidsbeleving: De theorie	13
§ 3.1 Gastvrijheid	13
§3.1.1 Ethiek van de Gastvrijheid	13
§3.1.2 Hoge Hotelschool Den Haag	14
§ 3.2 Beleving	15
§3.2.1 Hoge Hotelschool Den Haag	15
§3.2.2 Raad voor Volksgezondheid en Zorg	15
§3.2.3 De Beleviseconomie	16
§3.2.4 Beleving meten	17
§ 3.3 Gastvrijheidsbeleving	18
§ 3.3.1 Hoge Hotelschool Den Haag	18
§ 3.4 Omgeving	18
§ 3.4 Omgeving	19
§3.4.1 Ruimte voor patiënten	19
§3.4.2 The architecture of hospitals	19
§ 3.5 Bejegening/Gedrag	20
§ 3.6 Services/Product	21
§ 3.6.1 Services management	21
§ 3.6.2 Dienstenmarketing management	21
§3.7 Klanttevredenheid	22
§3.7.1 Waardering door klanten	22
§3.7.2 Loyaliteit en klanttevredenheid, een twee-eenheid?	23
§3.8 De Hofpoortbeleving vergroten: De theorie	24

Hoofdstuk 4 Gastvrijheidsbeleving: Het Onderzoek	26
§4.1 De benchmarking	26
§4.2 Interne interviews	27
§4.3 Ervaring van de patiënt	28
§4.3.1 <i>Eigen ervaring als patiënt</i>	28
§4.3.2 <i>Patiëntenenquête</i>	29
§4.3.3 <i>Interviews met patiënten</i>	29
§4.4 Testcase: Het rijdende winkeltje	30
§4.4.1 <i>Resultaten van het rijdende winkeltje</i>	30
§4.4.2 <i>Conclusie testcase: het rijdende winkeltje</i>	31
§ 4.5 De Hofpoort beleving vergroten: Empirisch onderzoek	31
 Hoofdstuk 5 De Hofpoortbeleving vergroten: aanbevelingen	 33
§5.1 Conclusie huidige situatie	33
§5.2 Anders denken	34
§5.2.1 <i>Algemeen</i>	34
§5.2.2 <i>Bejegening</i>	36
§5.2.3 <i>Services</i>	38
§5.2.4 <i>Omgeving</i>	39
§5.3 Verbetermogelijkheden: Matrix gastvrijheidsbeleving	39
5.3.1 <i>De matrix ingevuld</i>	40
 Hoofdstuk 6 Consequenties en actieplan	 41
§ 6.1 Consequenties	41
§ 6.1.1 <i>Financieel</i>	41
§ 6.1.2 <i>Personeel</i>	42
§ 6.1.3 <i>Organisatorisch</i>	43
§ 6.2 Actieplan	43
 Conclusie	 45
 Literatuurlijst	 46

Inleiding

De afstudeeropdracht vormt aan het einde van het vierde jaar de afronding van de Hbo-opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool. Hierbij draait het om het zelfstandig oplossen van een facilitair beleidsprobleem in opdracht van een organisatie. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht en onder verantwoordelijkheid van het Facilitair bedrijf van het ZHZ.

De zorgsector heeft in toenemende mate te maken met zogenaamde marktwerking. Dit als gevolg van het nieuwe zorgsysteem en de opkomst van de privé-klinieken.¹

Door deze veranderingen in de markt waarin het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) zich bevindt, wordt het voor een ziekenhuis steeds belangrijker zich te kunnen onderscheiden van de concurrentie. Het ZHZ wil zich onderscheiden van zijn concurrenten onder andere op het gebied van gastvrijheid. De gedachte is dat het ziekenhuis wat betreft de gastvrijheid bijna vergelijkbaar moet worden met bijvoorbeeld een hotel. De woorden ‘gastvrij’, ‘hotelmatig’ en ‘klanttevredenheid’ zijn dan ook woorden die voorkomen in de beleidsstukken van het ziekenhuis. Vergroting van de klanttevredenheid is zelfs een van de speerpunten uit het kernbeleid van het ZHZ. Omdat het ZHZ een dergelijk belang aan de gastvrijheidsbeleving van patiënten en bezoekers toekent, is besloten middels een afstudeeropdracht op zoek te gaan naar mogelijkheden om die gastvrijheidsbeleving te vergroten.

De einddoelstelling

De einddoelstelling van het onderzoek is dat het moet leiden tot een aantal nuttige aanbevelingen van ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden die de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers zullen vergroten. Van deze mogelijkheden dient ook beschreven te worden waarom ze nuttig zijn en wat de kosten en baten van deze mogelijkheden zijn. Het strategisch niveau van deze aanbevelingen zit hem niet zozeer in de mogelijkheden zelf, maar des te meer in de uitwerkingen die deze aanbevelingen zullen hebben.

De probleemstelling

De probleemstelling die is opgesteld om deze doelstelling te bereiken is dan ook:
Welke nieuwe doeltreffende mogelijkheden zijn er voor het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) om de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers te vergroten? Hierbij wordt de gastvrijheidsbeleving bedoeld in het kader van de omgeving, de bejegening en de services.

De doelgroepen

Dit rapport, dat antwoord geeft op de bovenstaande probleemstelling, wordt voornamelijk geschreven voor de Directeur Zuwe Facilitair en Vastgoed en het hoofd Faciliteiten van het ZHZ. Zij zullen besluiten al dan niet over te gaan tot uitvoering van de aanbevelingen. Daarnaast kan dit rapport een handleiding zijn voor alle functionarissen voor wie deze aanbevelingen gevolgen zullen hebben. Ook is dit rapport wellicht interessant om te lezen voor de vele mensen die hebben bijgedragen aan het onderzoek.

Onderzoeksmethode

Om tot een aanbeveling te komen die aan de eisen voldoet, is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethodes. Er is zowel een theoretisch, als een empirisch

¹ Hofpoort Geluiden, januari 2005

onderzoek uitgevoerd. Voor het theoretisch onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande gegevens (literatuur). Voor het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van diepte-interviews en observaties. In hoofdstuk 1 is een uitgebreide beschrijving gegeven van de methoden van onderzoek.

Leeswijzer

Nadat in hoofdstuk 1 een beschrijving is gegeven van de methoden van onderzoek zal in hoofdstuk 2 een beschrijving worden gegeven van de opdrachtgever, het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. Hoofdstuk 3 bevat de uitkomsten van het theoretisch onderzoek. Hoofdstuk 4 zal vervolgens de uitkomsten van het empirisch onderzoek bevatten. Aan de hand van deze beide onderzoeken zullen in hoofdstuk 5 de conclusies en aanbevelingen worden besproken. Tot slot zullen deze aanbevelingen in hoofdstuk 6 worden uitgewerkt, hierbij zal gekeken worden naar de kosten en baten van deze aanbevelingen en zal een actieplan weergegeven worden voor deze aanbevelingen. Tot slot zal een lijst met de gebruikte literatuur gegeven worden en zullen een aantal bijlagen ter ondersteuning van het rapport zijn bijgevoegd.

Hoofdstuk 1 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk zal uitleg gegeven worden over de aanpak van het onderzoek. Een onderzoek begint met een aanleiding, waarom wordt het onderzoek gestart? Vervolgens wordt een onderzoeksplan gemaakt. In dit onderzoeksplan wordt bepaald wat het doel van het onderzoek is, hoe het onderzoek is afgebakend, wat de onderzoeksmethode wordt en wat de uiteindelijke probleemstelling en subprobleemstellingen is. Daarnaast wordt bij het onderzoeksplan ook het strategische belang van het onderzoek uitgelegd. Aan de hand van dit onderzoeksplan kan het onderzoek beginnen. Alle bovengenoemde stappen zullen in dit hoofdstuk behandeld worden.

§ 1.1 Aanleiding

De zorgsector heeft in toenemende mate te maken met zogenaamde marktwerking. Dit als gevolg van het nieuwe zorgsysteem en de opkomst van de privé-klinieken.² Zie voor een uitleg van deze veranderingen paragraaf 2.1.

Door de bovengenoemde veranderingen in de markt waarin het ZHZ zich bevindt, wordt het voor een ziekenhuis steeds belangrijker zich te onderscheiden van de concurrentie. Het ZHZ wil zich onderscheiden van zijn concurrenten onder andere op het gebied van gastvrijheid. De gedachte is dat het ziekenhuis wat betreft de gastvrijheid bijna vergelijkbaar moet worden met bijvoorbeeld een hotel. De woorden ‘gastvrij’, ‘hotelmatig’ en ‘klanttevredenheid’ zijn dan ook woorden die voorkomen in de beleidsstukken van het ziekenhuis. Vergroting van de klanttevredenheid is zelfs een van de speerpunten uit het kernbeleid van het ZHZ.

Dat de begrippen ‘gastvrijheid’ en ‘klant centraal’ op dit moment erg leven binnen de zorgsector blijkt wel uit de vele artikelen die op dit moment verschijnen over deze en aanverwante onderwerpen in vakbladen zoals Facility Management Magazine (zie literatuurlijst).

§ 1.2 Onderzoeksplan

Na het opstellen van een probleemstelling, vormt het schrijven van het onderzoeksplan de tweede fase van het onderzoeksproces. In het onderzoeksplan wordt de onderzoeksstrategie bepaald. Deze onderzoeksstrategie zou moeten leiden tot de beantwoording van de probleemstelling³.

§ 1.2.1 De probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling die in dit onderzoek centraal staat is:

Welke nieuwe doeltreffende mogelijkheden zijn er voor het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) om de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers te vergroten? Hierbij wordt de gastvrijheidsbeleving bedoeld in het kader van de omgeving, de bejegening en de services.

Om tot het juiste antwoord op deze vraag te komen zijn een aantal onderzoeksvragen opgesteld. Deze onderzoeksvragen leiden stapsgewijs tot de uiteindelijke beantwoording van de probleemstelling.

De onderzoeksvragen die voor dit onderzoek zijn opgesteld zijn:

1. Wat verstaat het ZHZ onder doeltreffend?

² Hofpoort Geluiden, januari 2005

³ Genet, drs. C.M.: Methoden van onderzoek en de Markt, Den Haag: Haagse Hoge School, 2001.

2. Wie zijn de patiënten en bezoekers van het ZHZ?
3. Wat wordt verstaan onder gastvrijheidsbeleving?
4. Hoe is de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers van het ZHZ op dit moment?
5. Welke nieuwe mogelijkheden zijn er om de gastvrijheidsbeleving te vergroten, op het gebied van omgeving, bejegening of services?
6. Welke mogelijkheden zijn het meest geschikt voor het ZHZ?
7. Wat zijn de kosten/baten van deze mogelijkheid voor het ZHZ?

§ 1.2.2 Afbakening

Het ZHZ heeft te maken met heel veel verschillende personen die voor vele verschillende doeleinden naar het ziekenhuis komen. Het onderzoek zou te omvangrijk worden wanneer men zou kijken naar het gehele ziekenhuis en alle soorten patiënten en bezoekers die naar het ziekenhuis komen. Door het onderzoek af te bakenen blijft het overzichtelijk en is men zeker dat het onderzoek leidt tot de gewenste resultaten.

De probleemstelling zoals deze op de vorige pagina is beschreven, is bij dit onderzoek dan ook afgebakend tot uitsluitend de ‘nieuwe’ klinische afdelingen van het ziekenhuis. Het ZHZ bestaat feitelijk uit twee delen, de polikliniek en de kliniek. De kliniek is het gedeelte van het ziekenhuis waar patiënten daadwerkelijk in het ziekenhuis worden opgenomen, hun verblijfsduur kan echter wel verschillen van een dag tot enkele weken. Het onderzoek heeft zich op de kliniek gericht omdat de polikliniek op korte termijn verbouwd zal worden. Het is niet relevant de gastvrijheidsbeleving van bezoekers van de polikliniek op dit moment te onderzoeken, aangezien deze binnenkort toch geheel gaat veranderen.

Een deel van de kliniek daarentegen is vorig jaar verbouwd. In totaal zijn al vier afdelingen verbouwd, de overige drie afdeling worden op dit moment verbouwd, of moeten nog verbouwd worden. Voor de afdelingen die nog verbouwd moeten worden geldt hetzelfde als voor de polikliniek. De nieuwe afdelingen van de kliniek zijn daarom voor dit onderzoek het meest interessant. Deze afdelingen zijn minder dan een jaar oud: wat is de beleving van de patiënt op deze afdeling? Waar zitten op deze afdelingen verbetermogelijkheden op het gebied van gastvrijheidsbeleving?

Alle afdelingen van de kliniek zullen uiteindelijk echter wel profiteren van de aanbevelingen omdat alle patiënten en bezoekers in het ziekenhuis gebruik kunnen maken van de aanbevolen mogelijkheden.

§ 1.2.3 De einddoelstelling

Een onderzoeksprobleem betekent zowel in de wetenschap als in de handelingspraktijk een kennistekort over iets.⁴ Het doel van het onderzoek is dan ook om dat kennistekort op te lossen.

Het probleem van dit onderzoek is beschreven in de probleemstelling (zie paragraaf 1.2.1). Het antwoord op deze probleemstelling is de uiteindelijke uitkomst van het onderzoek. Er kunnen echter nog wel degelijk eisen gesteld worden aan deze uitkomst.

De opdrachtgever (ZHZ) verwacht van dit onderzoek dat het zal leiden tot een aantal nuttige aanbevelingen van ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden die de gastvrijheidsbeleving van

⁴ Genet, drs. C.M.: Methoden van onderzoek en de Markt. Den Haag: Haagse Hoge School, 2001.

de patiënten en bezoekers zullen vergroten. Van deze mogelijkheden dient ook beschreven te worden waarom ze nuttig zijn en wat de kosten en baten van deze mogelijkheden zijn.

§ 1.2.4 Strategisch belang adviezen

Omdat de opdrachtgever (ZHZ) op zoek is naar een aantal makkelijk op te pakken mogelijkheden, is het wellicht onduidelijk wat het strategische belang van de uiteindelijke adviezen is.

In hoofdstuk 3 is te lezen dat vergroting van de gastvrijheidsbeleving positieve gevolgen heeft voor de klanttevredenheid. Klanttevredenheid draagt op zijn beurt weer bij aan klantenbinding. Goede klantenbinding is in deze tijd van toenemende marktwerking in de ziekenhuissector steeds belangrijker. Een grotere gastvrijheidsbeleving zal dus één stap zijn in de richting van het handhaven of verbeteren van de marktpositie van het ziekenhuis.

Het strategische belang van een goede gastvrijheidsbeleving blijkt ook uit het feit dat men op strategisch niveau waarde hecht aan de gastvrijheid. Vergroting van de klanttevredenheid is zelfs een van de speerpunten uit het algemene kernbeleid van het ZHZ.

In de facilitaire beleidsstukken van het ZHZ komen de woorden ‘gastvrij’, ‘hotelmatig’ en ‘klanttevredenheid’ dan ook regelmatig voor, zelfs in de mission statement van de facilitaire afdeling staan deze woorden genoemd. Dat de facilitaire dienst een belangrijke rol in het ziekenhuis vervult, blijkt uit het feit dat de directeur facilitair bedrijf ook lid is van het management team.

Ook zullen de aanbevelingen afzonderlijk bepaalde strategische effecten hebben. Zie hiervoor hoofdstuk 5.

§ 1.2.5 Het onderzoekstype

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek. De reden dat het hier om een kwalitatief onderzoek gaat is het feit dat het in dit onderzoek niet zozeer om de ‘hoe groot’ en ‘hoeveel’ vraag van de gastvrijheidsbeleving zal gaan. Het onderzoek zal zich meer richten op de eigenschappen/aspecten die de gastvrijheidsbeleving beïnvloeden. Aan de hand van deze eigenschappen/aspecten kan vervolgens onderzocht worden hoe deze eigenschappen bij het ZHZ verbeterd kunnen worden.

Het onderzoek is daarnaast zowel beschrijvend, exploratief als toetsend zijn. Het onderzoek zal beschrijvend zijn omdat het voor een deel de “Wat is er aan de hand?” vraag zal beantwoorden. Met name de onderzoeksvraag “Welke nieuwe mogelijkheden zijn er om de gastvrijheidsbeleving te vergroten, op het gebied van omgeving, bejegening of services?” zal in zekere zin de “Wat is er aan de hand?” vraag beantwoorden. Het exploratieve gedeelte van het onderzoek zal met name bij de onderzoeksvraag: “Welke mogelijkheden zijn het meest geschikt voor het ZHZ?” naar voren komen. Hierbij wordt een verband gelegd tussen de nieuwe mogelijkheden en de huidige situatie binnen het ZHZ. Aan de hand van deze vergelijking worden de meest geschikte mogelijkheden voor het ZHZ uitgewerkt. Hierbij wordt de “Waarom?” vraag beantwoord (Waarom is deze mogelijkheid geschikt voor het ZHZ?). Tot slot zal een deel van het onderzoek ook toetsend zijn, bij de onderzoeksvraag: “Wat zijn de kosten/baten van deze mogelijkheid voor het ZHZ?” worden de nieuwe mogelijkheden getoetst, aan de hand van die toetsing kan de organisatie besluiten wel of niet over te gaan tot opvolging van de aanbeveling.

§ 1.3 Onderzoeksmethode

Nadat het onderzoeksplan is opgesteld kan begonnen worden met het diepteonderzoek. Het diepteonderzoek bestaat uit een theoretisch en een empirisch onderzoek. Het theoretische onderzoek dient ter ondersteuning van het empirische onderzoek. Het theoretische onderzoek biedt de kennis van het onderwerp en aanverwante zaken, die helpen bij het uitvoeren van het empirische onderzoek.⁵ Zie bijlage 1 voor een schematische weergave van de stappen die tijdens het onderzoek genomen zijn.

§ 1.3.1 Verantwoording onderzoeks aanpak

In deze paragraaf zal kort de manier van aanpak van het onderzoek verantwoord worden. De reden dat begonnen is met de literatuurstudie is omdat de auteur van deze scriptie nog weinig over het onderwerp wist. Door eerst te lezen wat de literatuur over het onderwerp zei, werd een beter beeld van de opdracht en het onderwerp gevormd. De beschrijving van de organisatie diende ten eerste ter oriëntatie voor de opdracht en ten tweede al voor een deel als analyse van de huidige situatie.

Al snel bleek dat uit de literatuur niet veel ideeën voor nieuwe mogelijkheden te halen viel, daarom is vervolgens besloten over te gaan op een benchmarking. Uit deze benchmarking zijn vele verschillende visies op gastvrijheidsbeleving gekomen. Deze visies hebben samen met de literatuur geleid tot 8 aanbevelingen voor structurele gastvrijheidsbeleving. Deze aanbevelingen zijn vervolgens vertaald naar ‘makkelijk op te pakken’ aanbevelingen.

§ 1.3.2 Het theoretisch onderzoek

Het theoretisch onderzoek bestond uit twee gedeelten:

- *Organisatie onderzoek.* Voor deze beschrijving is met name gebruik gemaakt van beleidsstukken die binnen de organisatie beschikbaar waren. Daarnaast is gebruik gemaakt van verslagen die door andere stagiaires gemaakt zijn en van de website van het ZHZ. Bij de organisatie analyse is gekeken naar de onderzoeksvragen: “Wat verstaat het ZHZ onder doeltreffend?” “Wie zijn de patiënten en bezoekers van het ZHZ?” “Hoe is de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers van het ZHZ op dit moment?”
- *Literatuurstudie.* Het uitgangspunt van dit gedeelte van het theoretische onderzoek was de onderzoeksvraag: “Wat wordt verstaan onder gastvrijheidsbeleving?”. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van het Internet en van boeken en syllabi. Bij de literatuurstudie is met name gezocht naar de onderwerpen: klanttevredenheid, gastvrijheid, beleving en gastvrijheidsbeleving.

§ 1.3.3 Het empirisch onderzoek

- *Benchmarking door middel van diepte-interviews.* Het doel van deze benchmarking was met name het vinden van antwoorden op de onderzoeksvragen: “Wat wordt verstaan onder gastvrijheidsbeleving?” en “Welke nieuwe mogelijkheden zijn er om de gastvrijheidsbeleving te vergroten?”. De benchmarking was een generieke benchmarking, dit wil zeggen dat het zich niet beperkt tot één vakgebied. Het voordeel van deze vorm van benchmarking is dat er methoden kunnen worden ontdekt die niet zijn geïmplementeerd in het vakgebied waaruit de onderzoeker afkomstig is.⁶ Bij het onderzoek is geprobeerd zoveel mogelijk organisaties uit zoveel mogelijk markten te bekijken. Het doel hiervan was dat op deze manier een beeld werd verkregen van veel verschillende manieren van omgaan met gastvrijheid. Voor een totale lijst van de

⁵ Genet, drs. C.M.: Methoden van onderzoek en de Markt. Den Haag: Haagse Hoge School, 2001.

⁶ Camp, Robert, C.: Benchmarking. Kluwer, 1992. ISBN 9020126865

bedrijven die gebruikt zijn voor de benchmarking, zie bijlage 2. Met de benchmarking is begonnen bij een aantal adviesbureau's en een onderzoeksinstituut. De gedachte hierachter is dat de bezochte adviesbureau's advies geven op het gebied van facilitaire diensten en op het gebied van gastvrijheidsbeleving. De gesprekken met deze organisaties hebben geleid tot een beter beeld van het begrip gastvrijheidsbeleving en een aantal goede ideeën hoe deze verbeterd kan worden. Daarnaast werden tijdens deze gesprekken een aantal andere tips verkregen voor organisaties die ook actief bezig zijn met gastvrijheidsbeleving. De interviews die gehouden zijn voor de benchmarking zijn elite-interviews. Dit wil zeggen dat uitsluitend mensen geïnterviewde zijn die goed geïnformeerd zijn, of veel ervaring hebben op het gebied van gastvrijheidsbeleving.⁷

- *Diepte- interviews.* Het doel van deze diepte-interviews was het vinden van de antwoorden op de onderzoeksvragen: “Wat verstaat het ZHZ onder doeltreffend?” en “Hoe is de gastvrijheidsbeleving van patiënten en bezoekers op dit moment in het ZHZ?”. Aan de hand van de benchmarking waren ideeën naar voren gekomen om de gastvrijheidsbeleving te vergroten. Een aantal van deze ideeën is tijdens de diepte-interviews besproken om zo tot een ‘top twaalf’ te komen aan de hand van de gastvrijheidsbelevingsmatrix (zie § 5.2). Daarnaast zijn tijdens de diepte-interviews de randvoorwaarden waaraan nieuwe mogelijkheden moeten voldoen besproken. De diepte-interviews zijn gehouden met de leden van het management team, omdat zij uiteindelijk bepalen aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden (onderzoeksvraag: Wat verstaat het ZHZ onder doeltreffend?). Daarnaast is gesproken met afdelingshoofden en leden van het facilitair bedrijf van het ZHZ, omdat zij straks te maken zullen krijgen met de nieuwe maatregelen. Tot slot is ook een diepte-interview gehouden met een aantal leden van de cliëntenraad omdat zij namens de patiënten spreken. Voor een overzicht van alle gehouden diepte interviews, zie bijlage 3.
- *Steekproefsgewijs houden van diepte-interviews met patiënten.* Het doel van de diepte-interviews was het vinden van antwoorden op de onderzoeksvragen: “Hoe is de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers van het ZHZ op dit moment?” en “Welke mogelijkheden zijn het meest geschikt voor het ZHZ?”. Tijdens het diepte-interview is aan patiënten gevraagd hoe zij de gastvrijheid op dat moment beleefden. Daarnaast is hen de matrix voorgelegd en gevraagd om op ieder punt van de matrix een reactie te geven, heeft de patiënt behoefte aan deze mogelijkheid? Tijdens de interviews met patiënten is ook rekening gehouden met de bezoekers, door een aantal mogelijke ideeën voor te stellen die ook in de behoeften van de bezoeker voorzien. De uitkomsten van deze diepte-interviews zijn geanalyseerd en meegenomen naar de uiteindelijke aanbevelingen. Daarnaast zijn voor het onderzoek, en met name het beantwoorden van de twee bovengenoemde onderzoeksvragen, de belevingen van een patiënt nagebootst in de vorm van een ‘mysterie guest’. Hierbij werd ook direct een betere indruk verkregen van het begrip gastvrijheidsbeleving.
- *Uitwerken aanbevelingen.* De uiteindelijke aanbevelingen die zijn voortgekomen uit het onderzoek, zijn vervolgens vertaald naar ‘makkelijk op te pakken mogelijkheden. Deze mogelijkheden zijn vervolgens uitgewerkt naar kosten/baten.

⁷ Genet, drs. C.M.: Methoden van onderzoek en de Markt, Den Haag: Haagse hoge school, 2001. Code 2384

Hoofdstuk 2 Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

In dit hoofdstuk zal de organisatie van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) beschreven worden. Het doel hiervan is om voor de lezer een compleet beeld te creëren. Ten eerste zal een korte algemene beschrijving van de ziekenhuissector en het ziekenhuis gegeven worden. Er zal een paragraaf besteedt worden aan het facilitair bedrijf binnen het ziekenhuis en tot slot zullen de patiënten en bezoekers van het ziekenhuis beschreven worden. Aan het eind van het hoofdstuk zal de relevantie van deze informatie voor het onderzoek worden aangegeven.

§2.1 De ziekenhuissector

Er vinden momenteel grote veranderingen plaats in de ziekenhuissector. De grootste verandering is de invoering van het nieuwe zorgsysteem. Daarnaast heeft ook de opkomst van de particuliere klinieken effect op de gehele sector en dus ook op het ZHZ. Het is voor dit onderzoek interessant om deze veranderingen nader te bekijken, omdat dit de aanleiding van het onderzoek is. Door de in deze paragraaf genoemde veranderingen in de ziekenhuissector, wordt het voor het ZHZ noodzakelijk zich te onderscheiden van hun concurrentie.

§2.1.1 Algemeen

De totale ziekenhuissector bestaat op dit moment uit 140 ziekenhuislocaties en 38 buitenpoliklinieken (waar geen patiënten worden opgenomen, alleen dagbehandelingen en consulten met specialisten). Deze zijn georganiseerd in 94 verschillende organisaties, hiervan zijn 8 academische ziekenhuisinstellingen.

Deels als gevolg van fusies zal het aantal instellingen op termijn sterk dalen. Schattingen variëren van 40 tot 70 ziekenhuisinstellingen in 2014. De afname van het aantal instellingen leidt niet tot een even grote afname van het aantal locaties. In de periode 2005 tot 2010 zullen er naar verwachting 122 locaties zijn. Om de spreiding van de zorg te waarborgen, neemt het aantal poliklinische locaties naar verwachting toe. (Orfomed, 2001)

Zorg wordt steeds vaker poliklinisch en in dagbehandeling verleend; het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal verpleegdagen daalt al jaren (prismant 2000b).⁸ Dit is ook het geval bij het ZHZ. De gemiddelde verpleegduur is afgenomen van 7,4 dagen in 1999 tot 6,2 dagen in 2003.

In het algemeen zullen ziekenhuizen wel met een grotere zorgvraag te maken hebben, een stijging van gemiddeld 2,4% tussen 2003 en 2006. Met name door de vergrijzing kan die vraag in regio's met veel ouderen hoger uitvallen.⁹

§2.1.2 Het nieuwe zorgstelsel

Onderdeel van het nieuwe zorgstelsel is: de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) en is ingesteld per 1 februari 2005. DBC's betekenen een nieuw budgetteringssysteem voor het berekenen van kosten van medische handelingen binnen ziekenhuizen en privé-klinieken. Het doel van de DBC's is het stimuleren van de marktwerking in de ziekenhuissector.

⁸ Algemene en academische ziekenhuizen: Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005.
www.rivm.nl/vtv/object_map/o562n21157.html (04/04/05)

⁹ Algemene en academische ziekenhuizen: Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005.
www.rivm.nl/vtv/object_map/o562n21157.html (04/04/05)

Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC wordt een prijskaartje gehangen. In deze prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg. Het gaat hier om het hele proces, van wachtkamer tot operatie tot controlebezoek. Een DBC is dus een combinatie van product en prijs.

De invoering van DBC's leidt tot meer transparantie. Transparantie maakt het mogelijk om zorgaanbieders (ziekenhuizen en privé-klinieken) onderling te vergelijken. Het huidige systeem is genaamd functiegerichte budgettering. Deze budgettering is afhankelijk van landelijke parameters en collectieve budgetgaranties, hierdoor biedt het niet genoeg inzicht in de zorgproductie voor de arts, het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en natuurlijk de patiënt. Er bestaat nu geen nauwkeurige relatie tussen de tarieven van ziekenhuizen en de werkelijke kosten. De invoering maakt de overgang mogelijk van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.¹⁰

Het kan dus zo zijn dat een verzekeraar voor bepaalde behandelingen geen contract afsluit bij het Hofpoort ziekenhuis. Deze verzekeraar zal in dat geval slechts een deel van deze behandelingen aan haar verzekerden vergoeden. Voor het overige deel zullen de verzekerden zelf op moeten draaien. Hierdoor wordt het essentieel voor het ziekenhuis om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen, zodat ook deze verzekerden toch voor het Hofpoort Ziekenhuis zullen kiezen, ook al kan dit betekenen dat zij extra bij moeten betalen.

§2.1.3 Particuliere klinieken

Particuliere klinieken worden ook wel ZBC's (Zelfstandige Behandel Centra's) genoemd. Particuliere klinieken zijn private poliklinische dagbehandelcentra. Specialismen die zich goed lenen voor zorg in dagbehandeling zijn: plastische chirurgie, cardiologie, flebologie, oogheelkunde, KNO, kaakchirurgie, pijnbestrijding, neurologie en orthopedie. In de meeste particuliere klinieken zijn één of meerdere van deze specialismen beschikbaar. Door zich te richten op dagbehandelingen dragen particuliere klinieken ook in belangrijke mate bij aan het terugdringen van de gemiddelde opnameduur van ziekenhuizen.

Doordat de particuliere klinieken over het algemeen veel kleinschaliger zijn dan een gemiddeld ziekenhuis, kan men beter inspelen op de wensen van iedere patiënt als individu. Particuliere klinieken zijn dan ook al veel verder in het organiseren van het proces rondom de patiënt. Waar het in ziekenhuizen vaak nog het geval is dat de patiënt rekening moet houden met het proces (hij/zij moet komen wanneer de specialist tijd heeft), wordt er bij particuliere klinieken vaak al veel meer rekening gehouden met de wensen van de individuele patiënt.¹¹ Particuliere klinieken zijn dus sterke concurrenten voor ziekenhuizen.

§2.2 Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis en neemt deel in het (op het terrein gelegen) Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden. Het ziekenhuis heeft een belangrijke regionale functie en een erkende capaciteit van 262 bedden. Nagenoeg alle specialismen zijn vertegenwoordigd.

Er werken ongeveer 900 medewerkers en 175 vrijwilligers. De medische staf bestaat uit 70 personen. In de uitvoering van de zorgverlening staan kwaliteit en professionele betrokkenheid centraal.

¹⁰ MINVWS | DBC in vogelvlucht, www.minvws.nl/dossiers/dbc (04/04/05)

¹¹ [Privekliniek homepage](http://www.privekliniek.com), www.privekliniek.com (04/04/05)

Het ziekenhuis is opgericht in 1970. Eerder werden er in 1923 en in 1926 twee ziekenhuizen in Woerden opgebouwd. Toen deze twee fuseerden, ontstond in 1970 het ZHZ. In de loop der jaren is het ziekenhuis uitgebreid en tot op de dag van vandaag zijn ze bezig met uitbreiden. Inmiddels is het oude Hofpoort Ziekenhuis onderdeel geworden van Zuwe (Zorggroep Utrecht West) en heeft per 1 februari 2005 zijn naam dan ook veranderd in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. De andere onderdelen van Zuwe zijn thuiszorgorganisatie Zuwe WeideSticht en de zorgcentra Zuwe Maria-Oord, Zuwe Snavelenburg, Zuwe Zorgcentrum Woerden.¹²

Binnen het ziekenhuis vinden op dit moment een aantal belangrijke ontwikkelingen plaats. De belangrijkste worden hieronder kort beschreven:

- Per 1 januari 2005 zijn alle ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra van Nederland overgegaan op een nieuw systeem voor het berekenen van kosten van medische behandelingen: De Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's).
- Het ziekenhuis bouwt op dit moment aan de modernisering van het ziekenhuis. Om beter tegemoet te kunnen komen aan de wensen van de patiënten worden de verpleegafdelingen en de poliklinieken verbouwd. Daarnaast wordt voor de huisartsenpost, die zich nu los op het voorterrein bevindt, in de nieuwbouw plaats gemaakt in de buurt van de spoedeisende hulp. Ook komt er een poliklinische apotheek, waar de patiënt, direct na een bezoek aan het ziekenhuis, terecht kan voor medicijnen.
- Het voorterrein en het entree van het ziekenhuis zullen volledig gemoderniseerd worden. Er ontstaat een atrium op de begane grond waarin het restaurant, de winkel en het patiënten informatie centrum, een prominente plaats krijgen. Daarnaast zal de parkeerplaats drastisch herzien worden. De parkeerplaats krijgt meer plaatsen en er wordt betaald parkeren ingevoerd. Er komt een aparte parkeerplaats voor medewerkers met een aparte medewerkingang.
- Er komt een zogenaamde zorgpassage op het voorplein waar instanties uit de zorgsector zich kunnen vestigen. Hierbij valt te denken aan een thuiszorgwinkel, een praktijk voor fysiotherapie of een winkel gericht op ouderenvoorzieningen, maar ook services voor patiënt. In de zorgpassage zullen uitsluitend externe huurders vestigen.

Al deze veranderingen hebben invloed op de gastvrijheidsbeleving op dit moment, en in de toekomst. De kans bestaat dat de verbouwingen op dit moment een negatieve invloed op de gastvrijheidsbeleving hebben. In de toekomst zullen de verbouwingen echter moeten leiden tot een vergroting van de gastvrijheidsbeleving.

§2.3 Zuwe Facilitair

Zuwe facilitair is de facilitaire dienst van Zuwe, die over de hele organisatie centraal aangestuurd wordt. Dus ook voor het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. Zie bijlage 4 voor het organogram van Zuwe Facilitair. Het Hofpoort Ziekenhuis heeft een aparte tak voor de algemene facilitaire zaken, aangestuurd door een hoofd faciliteiten ziekenhuis. De inkoop en logistiek wordt centraal voor heel Zuwe aangestuurd, ook gebouw en techniek wordt Zuwe-breed aangestuurd.

Binnen heel Zuwe Facilitair zijn ruim 300 medewerkers werkzaam. Uitgangspunten die ten grondslag lagen aan de opzet van Zuwe facilitair zijn:

- Klantgerichtheid
- Optimale prijs/kwaliteit verhouding

¹² Zuwe internet. www.zuwe.nl (14/02/05)

- Decentraal wat kan, centraal wat moet
- Schaalvergroting
- Toegevoegde waarde
- Flexibele organisatie

Het verlengde hiervan is de Mission Statement van Zuwe Facilitair:

“Optimaal ondersteunen van het primaire proces op hotelmatig, logistiek en technisch gebied, het bieden van een gastvrije ontvangst en goede service aan bewoners, patiënten, bezoekers en medewerkers in een verzorgde, plezierige en functionele omgeving. Hierbij hoort ook het bieden van toegevoegde waarde, het nakomen van afspraken, het flexibel inspelen op de behoeften van interne klanten tegen optimale prijs/kwaliteitsverhouding en het leveren van een zinvolle bijdrage aan het instellingsbeleid. Samengevat: prettig geregeld...”

In deze mission statement wordt het woord gastvrij al gebruikt. Het is voor Zuwe facilitair dus belangrijk een gastvrije ontvangst en een gastvrije beleving te bieden aan de patiënten en bezoekers. Belangrijke woorden hierbij zijn ook verzorgde en plezierige omgeving. Door de omgeving verzorgd en plezierig voor de patiënt en bezoeker te houden, zal deze zich meer op zijn gemak voelen en meer gastvrijheid beleven.

§2.4 De patiënten en bezoekers van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Om de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers van het ZHZ te vergroten, is het belangrijk eerst te weten wie die patiënten en bezoekers zijn. Deze informatie kan gebruikt worden om de wensen van de patiënt te analyseren.

Over de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen is veel informatie bekend. Voor een uitgebreide beschrijving van de patiënten van het ZHZ, zie bijlage 5. Hieronder zijn kort de belangrijkste aspecten weergegeven:

De gemiddelde verpleegduur van een patiënt per afdeling is:

- Cardiologie: 8.0 dagen
- Neurologie: 11.6 dagen
- Verloskunde en gynaecologie: 3.4 dagen
- Kindergeneeskunde: 5.0 dagen

Het grootste gedeelte van de patiënten van het ziekenhuis komt uit de omgeving van Woerden. 91.79% van de patiënten is woonachtig in het zogenaamde verzorgingsgebied (Woerden, Montfoort, Oudewater, de Ronde Venen etc.). Hiermee bewijst het ziekenhuis zijn rol als streekziekenhuis.

Wanneer de leeftijden vergeleken worden kan de conclusie getrokken worden dat van de nieuwe afdelingen de patiënten op de afdeling Cardiologie gemiddeld de hoogste leeftijd hebben (45,45% is tussen de 75 en 84 jaar). Op de afdeling Neurologie zijn de leeftijden wat meer gemiddeld, en is het grootste percentage (28.75%) tussen de 45 en 64 jaar. Al iets jonger dus. Op de afdeling Verloskunde en Gynaecologie bevinden zich vooral jonge vrouwen (63.22% tussen de 15 en 44 jaar) en pasgeboren baby's (25.44% is 0 jaar). Op de kinderafdeling tot slot is het grootste gedeelte (68.47%) ook 0 jaar en zijn de overige patiënten jonger dan 15 jaar.

Wat betreft het geslacht zijn de percentages over het algemeen op de afdelingen vrij eerlijk verdeeld zijn, de afdeling Verloskunde en Gynaecologie is echter een uitzondering op deze

regel. Over de bezoekers van het ziekenhuis is helaas een stuk minder bekend. Van bezoekers worden geen gegevens geregistreerd.

§2.5 De Hofpoortbeleving vergroten: Het Zuwe Hofpoort ziekenhuis

In deze paragraaf zal een korte samenvatting van dit hoofdstuk gegeven worden. Ook zal verteld worden wat de relevantie van deze informatie voor het onderzoek is.

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis zelf, de markt waarin het zich begeeft en de patiënten (klanten) van het ziekenhuis.

De ziekenhuissector

Om de aanleiding van het onderzoek te achterhalen is dieper ingegaan op de veranderingen die de ziekenhuissector op dit moment doormaakt.

De voornaamste veranderingen van dit moment zijn:

- Minder ziekenhuizen in de toekomst
- De zorgvraag zal toenemen
- Het nieuwe zorgstelsel (DBC's) leidt tot meer transparantie van kosten, hierdoor worden ziekenhuizen makkelijker te vergelijken
- De opkomst van particuliere klinieken vormen concurrentie voor ziekenhuizen.

Aan alle kanten zal de essentie voor het ziekenhuis om zich te kunnen onderscheiden van de concurrentie dus toenemen. Aan de ene kant zal het makkelijker worden ziekenhuizen te vergelijken en aan de andere kant wordt de concurrentie groter door de opkomst van particuliere klinieken.

Zuwe Hofpoort ziekenhuis

Ook binnen het ZHZ vinden een aantal grote veranderingen plaats. De voornaamste veranderingen zijn:

- De overgang op de DBC's
- Het ziekenhuis bouwt op dit moment aan modernisering
- Het voorterrein en de entree worden gemoderniseerd
- Er zal een zorgpassage komen op het voorplein van het ziekenhuis.

Deze veranderingen hebben gevolgen voor de gastvrijheid in het ziekenhuis, zowel nu als in de toekomst.

Zuwe Facilitair

Op facilitair gebied wordt binnen het ZHZ veel waarde gehecht aan gastvrijheid. Het woord 'gastvrij' komt zelfs voor in de mission statement van Zuwe facilitair. Hiermee wordt aangegeven dat men grote waarde hecht aan het onderwerp van dit onderzoek.

Patiënten en bezoekers

- De gemiddelde verpleegduur van een patiënt is 6.2 dagen, op de afdeling Neurologie is de gemiddelde verpleegduur het hoogst.
- Het grootste gedeelte van de patiënten (91.79%) komt uit Woerden en omgeving.
- De gemiddelde leeftijd van patiënten verschilt sterk per afdeling
- De verdeling van het geslacht is ongeveer gelijk, uitzonderingen daargelaten.

Deze informatie kan gebruikt worden om de wensen van de patiënt te analyseren.

Hoofdstuk 3 Gastvrijheidsbeleving: De theorie

Om een onderzoek goed uit te kunnen voeren is een stukje theoretische kennis vereist. Deze theoretische kennis vormt een ondergrond van waaruit een onderzoek gestart wordt. In dit hoofdstuk zal van alle, voor dit onderzoek relevante begrippen, de theorie vanuit verschillende bronnen beschreven worden. Deze begrippen zijn: gastvrijheid, beleving, gastvrijheidsbeleving en klanttevredenheid. Per bron zal beschreven worden wat de bron over het betreffende begrip zegt. Vervolgens zal in de conclusiekaders kort een reflectie op de bron worden gegeven en wordt beschreven wat de relevantie van deze informatie is voor het onderzoek. Aan het eind van het hoofdstuk zal een samenvatting van de tekst met daarbij een conclusie van het hoofdstuk worden gegeven.

§ 3.1 Gastvrijheid

In deze paragraaf zal per bron worden beschreven wat zij over het begrip gastvrijheid zegt. Hiervoor zijn twee verschillende bronnen bekeken. Aan het eind van de paragraaf zal in het conclusiekader de relevantie voor dit onderzoek worden beschreven.

§3.1.1 Ethiek van de Gastvrijheid

Dhr. Vijver stelt in het boek *Ethiek van de Gastvrijheid* dat gastvrijheid iets van alle landen en culturen is, er wordt alleen overal wel een andere invulling aan het begrip gegeven. Iemand die gastvrij is, gaat ervan uit dat mensen op elkaar zijn aangewezen.¹³

Vijver beschrijft als de kenmerken van gastvrijheid:

- Ontmoeting met de ander. Gastvrijheid zit vooral in de manier waarop men een onbekende ontvangt.
- Onbaatzuchtigheid. Gastvrijheid wordt gegeven omwille van zichzelf, zonder dat je daar noodzakelijk iets voor terug krijgt. Je moet zorgen dat die dimensie van onbaatzuchtigheid altijd op de één of andere manier merkbaar aanwezig blijft.
- De noodzaak van gastvrijheid. Een mens die in zijn leven de kunst van gastvrijheid vergeet vervreemdt van de wereld. Een samenleving waaruit de gastvrijheid en openheid ten opzichte van anderen verdwijnt, gaat ten onder in geweld.
- Wederkerigheid. Gastvrijheid is wederkerig, zowel de gast als de gastvrouw/heer heeft haar nodig. De eerste omdat hij/zij in een situatie van nood verkeert, de tweede omdat geen mens aan zichzelf genoeg kan hebben.

Gastvrijheid heeft te maken met de visie die je op jezelf als mens en op anderen hebt. Het gaat bij dienstverlening niet eenvoudigweg om het aanbieden van vrijheid als een luxegoed, waar mensen eventueel best zonder zouden kunnen. Er staat meer op het spel, gastvrijheid is het antwoord op fundamentele levensbehoeften van de mens.

Bezig zijn met gastvrijheid is niet een technische zaak, het is vóór alles een keuze van het hart, een kwestie van toewijding aan iets dat je enorm belangrijk vindt.

¹³ Vijver, H.: *Ethiek van de gastvrijheid*. Van Gorcum & Comp B.V., 1996. ISBN 9023231619

Vijver zegt dat gastvrijheid iets is van alle culturen, maar waar op verschillende manieren mee omgegaan wordt. Het zou dus voor het ziekenhuis interessant kunnen zijn om te kijken naar de cultuur van patiënten, we leven immers in een multiculturele samenleving. Daarnaast is gastvrijheid iets waarvan iedereen de noodzaak in moet zien, men moet zich realiseren dat mensen op elkaar zijn aangewezen, in het ziekenhuis is dit ook het geval. De patiënt is niet alleen op de verpleegkundige aangewezen, omgekeerd is dit ook het geval, zonder patiënten heeft het ziekenhuis ook geen bestaansrecht. Tot slot stelt Vijver dat gastvrijheid onbaatzuchtig is, op echte gastvrijheid kan geen winst gemaakt worden.

§3.1.2 Hoge Hotelschool Den Haag

Prof. Nailon (University of Surrey) stelt: “Gastvrijheid is het verschaffen van fysiologisch en psychologisch comfort en veiligheid.”¹⁴ Gastvrijheid heeft dus te maken met het verschaffen van comfort en veiligheid en de bevrediging van fysieke en psychosociale behoeften en doelstellingen.

Aan de hand van de bovengenoemde stelling heeft de Hoge Hotelschool Den Haag geprobeerd het begrip ‘gastvrijheid’ duidelijk te maken d.m.v. het gastvrijheidsmodel (zie § 3.3.1). Zij stellen dat het aanbod van gastvrijheid altijd bestaat uit een mix van drie aspecten:

- Product, het product in engere zin, het tastbare product.
- Gedrag, de houding, de opstelling, het gedrag van het personeel dat in contact komt met de gasten
- Omgeving, de entourage, de verlichting, het gebouw enz. voor, waar de gastvrijheid wordt aangeboden.

Het gastvrijheidsaanbod bestaat altijd uit een mix van deze 3 elementen. Dit betekent dat zij altijd in meer of mindere mate en in andere combinaties vertegenwoordigd zijn.

Tot slot schenkt het model van de Hoge Hotelschool ook nog aandacht aan het aspect ‘geld’. De prijs die de gast moet betalen zal zeker één van de elementen zijn die het verwachtingspatroon van de gast en daarmee ook zijn beleving van die gastvrijheid beïnvloedt. Alle waar is ten slotte naar zijn geld.¹⁵

- Het aspect ‘product’ is in dit onderzoek vertaald als ‘services’. De reden hiervoor is dat de tastbare producten die een ziekenhuis biedt, dienstverlening is. Dit onderzoek richt zich nog specifiek op de facilitaire diensten van het ziekenhuis, dit heeft als reden dat de opdracht tot dit onderzoek ook een facilitaire achtergrond heeft. Bij facilitaire dienstverlening in een ziekenhuis denken we aan het verschaffen van bedden, het voorzien in de voedingsbehoeften, telefoon/televisie faciliteiten etc.
- In dit onderzoek is het woord ‘gedrag’ vervangen door ‘bejegening’. Dit omdat het woord ‘gedrag’ breder is dan bejegening alleen. Bejegening richt zich uitsluitend op de manier waarop iemand zich gedraagt jegens iemand anders. In dit geval dus de manier waarop medewerkers van het ziekenhuis zich gedragen jegens de patiënten en bezoekers. Dit is het voor dit onderzoek het meest relevant.
- In dit onderzoek is de omgeving het ziekenhuis en de directe omgeving daarvan.

¹⁴ Daane Bolier, D.G.L.: Hotelmanagement, SHV Uitgeverij Zoetermeer, 1995. ISBN 9070492903

¹⁵ Daane Bolier, D.G.L.: Hotelmanagement, SHV Uitgeverij Zoetermeer, 1995. ISBN 9070492903

Er is voor gekozen om tijdens dit onderzoek voornamelijk de theorie van de Hoge Hotelschool Den Haag te hanteren. De reden hiervoor is dat de opdrachtgever al voorafgaand aan het onderzoek heeft aangegeven dat in ieder geval de aspecten: Bejegening, Omgeving en Services bij het onderzoek aan bod moesten komen. Omdat het model van de Hoge Hotelschool Den Haag beter op deze drie aspecten aansluit, is besloten van dit model gebruik te maken. De theorie van Vijver zal echter niet buiten beschouwing blijven (zie hoofdstuk 5 Aanbevelingen).

§ 3.2 Beleving

In deze paragraaf wordt het begrip ‘beleving’ uitgelegd a.d.h.v. twee verschillende bronnen en één ondersteunende bron. Daarnaast zal ook kort aandacht geschonken worden aan het meten van de beleving.

§3.2.1 Hoge Hotelschool Den Haag

Waar is het van afhankelijk wat iemand beleefd? Het antwoord op deze vraag wordt ook gegeven in het gastvrijheidsmodel van de Hoge Hotelschool Den Haag. Aan de vraagzijde van het gastvrijheidsmodel maken zij een tweedeling tussen de behoeften en de doelstellingen van de gasten. Hoe de gasten de gastvrijheid beleven is afhankelijk van hun behoeften en doelstellingen.

§3.2.2 Raad voor Volksgezondheid en Zorg

In het adviesrapport dat de Raad voor Volksgezondheid & Zorg schreef, genaamd van patiënt tot klant¹⁶ worden de voornaamste behoeften van patiënten duidelijk beschreven. Volgens hen hebben patiënten voornamelijk behoeften aan:

- *Informatie*, de patiënt moet begrijpelijke, objectieve informatie krijgen over zijn gezondheidstoestand, vooruitzichten, alternatieve methoden en dergelijke.
- *Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden*, de patiënt wenst dat zijn behoefte aan zorg gekoppeld kan worden aan zijn eigen omstandigheden, preferenties en levenswijze.
- *Bejegening*, wederzijds respect tussen cliënt en zorgverlener.
- *Continuïteit van zorg*, de juiste zorg moet op het juiste moment op de juiste plaats verleend worden.
- *Vakbekwaamheid*, patiënten willen erop kunnen vertrouwen dat de zorg medisch inhoudelijk goed is.

Hoewel de behoeften van cliënten in het algemeen gerubriceerd kunnen worden, zijn de behoeften van een individuele cliënt op een bepaald moment afhankelijk van tal van factoren.

Wat we aan de hand van deze behoeften kunnen concluderen is dat een goede gastvrijheid met name de behoefte van bejegening en in zekere zin ook die van keuzemogelijkheden (d.m.v. services) zal kunnen bevredigen.

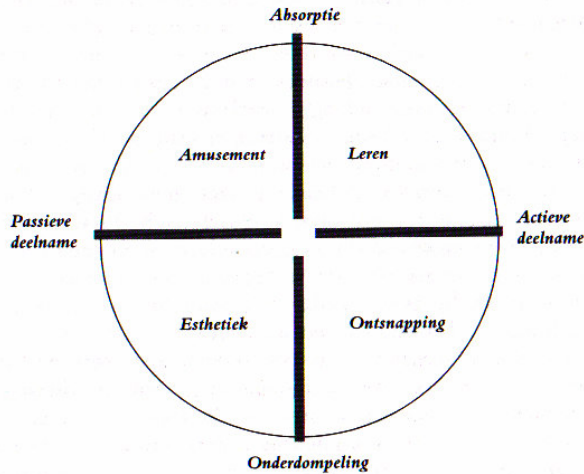
Voor het onderzoek zien we dus dat een gastvrije omgeving niet tot de voornaamste behoeften van de patiënt behoort. Dit wil echter niet zeggen dat de patiënt hier helemaal geen behoefte aan heeft. In welke mate een patiënt behoefte heeft aan deze aspecten zal onder andere van de boven genoemde factoren afhankelijk zijn.

In de theorie is helaas niks gevonden over de doelstellingen van patiënten, zie § 4.1.

¹⁶ Raad voor de volksgezondheid: Van patiënt tot klant. Raad voor de volksgezondheid, 2003.

§3.2.3 De Beleveniseconomie

Pine en Gilmore beschrijven in hun boek 'De beleveniseconomie' vier verschillende soorten belevissen. De vier soorten belevissen zijn weergegeven in het onderstaande figuur.



In dit figuur is te zien dat belevingen verschillende mate van indruk maken (van absorptie tot onderdompeling) en verschillende mate van deelname van de 'belever' (van passieve tot actieve deelname) vereisen. Pine en Gilmore maken onderscheid tussen vier soorten belevingen.

- De amusementsbeleving vereist van de patiënt (de belever) geen deelname, hij/zij kan eigenlijk gewoon blijven doen wat hij doet maar beleeft toch iets. Daarnaast absorbeert hij de beleving, hij observeert hem en zal er dus niet geheel in opgaan.
- De tweede vorm van beleving is de lerende beleving. Bij een lerende beleving zal de belever actief betrokken moeten zijn, wil hij/zij iets leren. Daarnaast neemt de belever deze soort beleving in zich op, maar hij zal er niet helemaal in opgaan.
- De derde soort beleving is de ontsnappingsbeleving. Voor de ontsnappingsbeleving moet een belever actief deelnemen en hij/zij zal hier dan ook helemaal in opgaan, hij ontsnapt even uit de realiteit.
- Tot slot is de laatste beleving de esthetiek beleving. Een esthetiek beleving wil zeggen dat de patiënt hier eigenlijk zelf niks voor hoeft te doen, maar hij zal er echter wel helemaal in opgaan.

Pine en Gilmore schrijven in hun boek dat de algemene beleving die een gast heeft van een organisatie geoptimaliseerd wordt wanneer de organisatie belevingen biedt uit elke van de vier soorten.

- Een voorbeeld van een amusementsbeleving in een ziekenhuis zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat het personeel altijd iedereen begroet met: “goede morgen/middag/avond meneer/mevrouw!”. De patiënt hoeft hier niks voor te doen en zal de beleving alleen in zich opnemen.
 - Een voorbeeld van een lerende beleving in een ziekenhuis zou kunnen zijn dat het ziekenhuis de patiënten aan het begin van de opname een informatiemapje geeft met daarin informatie over het ziekenhuis. De patiënt zal het mapje zelf moeten doorlezen om iets te leren, maar gaat hier vervolgens niet helemaal in op, hij neemt de informatie tot zich.
 - Een voorbeeld van een ontsnappingsbeleving in een ziekenhuis zou kunnen zijn om een kinderboerderij in de omgeving van het ziekenhuis te plaatsen. Patiënten kunnen hier naartoe, of in ieder geval naar kijken vanuit hun bed. Ze zullen wel zelf moeten kijken of naar de dieren toegaan, maar wanneer ze dit doen zullen ze wellicht even het gevoel hebben dat ze niet meer in het ziekenhuis zijn, maar buiten, in de natuur.
 - Voor een ziekenhuis zou je bij een esthetiek beleving kunnen denken aan het afschaffen van de bezoeken. Patiënten hoeven er niks voor te doen dat het bezoek gedurende de hele dag langs komt, maar wanneer er bezoek komt zal de patiënt hier naar alle waarschijnlijkheid wel helemaal in opgaan.
- Om een optimale beleving van het ziekenhuis te realiseren zal dus rekening gehouden moeten worden met alle vier de soorten belevingen.

§3.2.4 Beleving meten¹⁷

Zorgorganisaties onderkennen door het nieuwe zorgstelsel en de daaruit voortvloeiende marktwerking het belang van het in control hebben en houden van bedrijfsprocessen. Met behulp van kwaliteitssystemen worden processen zo goed mogelijk geborgd en de resultaten hiervan worden gemeten. Maar wordt bij de klant ook het beoogde effect bereikt en heeft de organisatie hier ook een helder zicht op?

Het is niet langer een vanzelfsprekendheid dat de klant zijn gezondheidszorg ‘koopt’ bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Vanuit dit oogpunt is het voor een organisatie belangrijk om te weten hoe een klant het contact met de organisatie beleeft.

Werkt de organisatie klantgericht en komen identiteit en imago overeen? Beantwoording van deze vraag vraagt om een andere manier van kijken. Dit vraagt om ‘onbevangen kijken en ervaren’ via een gestructureerde meetsystematiek, waarbij de klantbeleving tijdens het gehele traject van kennismaking met de organisatie inzichtelijk wordt. Of een (procedureel) perfect geregelde dienst ook daadwerkelijk zo ervaren wordt is afhankelijk van de manier waarop de dienst wordt geleverd. Inzicht in deze ervaringen levert de organisatie zeer waardevolle informatie op.

Alleen met een meetinstrument dat alle aspecten uit het kennismakingstraject behandelt en de dienstverlening ten aanzien van deze aspecten gestructureerd in kaart brengt, wordt dit inzicht verkregen. Periodiek gestructureerd onderzoek biedt een organisatie tevens de mogelijkheid de meetresultaten openbaar te maken aan de klantgroepen zoals cliëntenraad en zorgverzekeraars. De uitdaging voor organisaties is om hierbij niet alleen het management te

¹⁷ Gigch, B. Van en Harpe, L.: You never make the first impression twice! In: Facility management magazine, April 2005.

betrekken, maar juist de mensen in de uitvoerende dienstverlening. Hiermee toon je als organisatie dat tevredenheid van de klant de organisatie daadwerkelijk ‘een zorg’ is.

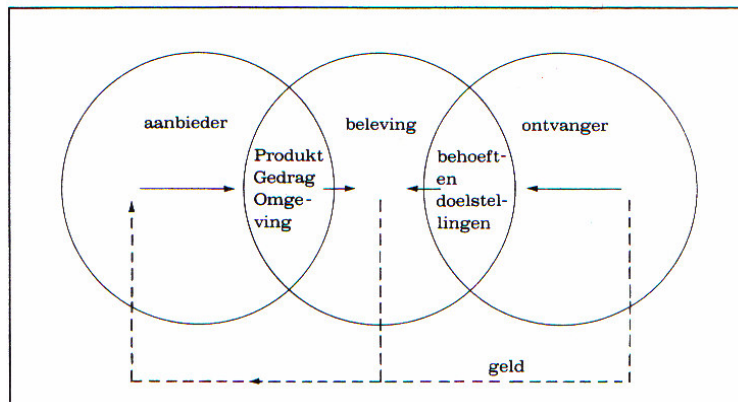
Het is dus wellicht aan te raden voor het ziekenhuis om een meetinstrument te hanteren dat alle aspecten uit het kennismakingstraject (of het gehele traject van de patiënt) behandelt. Een dergelijk instrument zal inzicht geven in de ervaringen van de patiënt. Door deze metingen periodiek gestructureerd uit te voeren kan het ziekenhuis actie ondernemen op punten waar dit nodig is. Daarnaast kan het ziekenhuis op deze manier ook openbaar laten zien hoe de ervaring van de klant is.

§ 3.3 Gastvrijheidsbeleving

Wanneer het begrip gastvrijheid en beleving wordt samengevoegd zou men dus tot de gastvrijheidsbeleving moeten komen. In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de gastvrijheidsbeleving aan de hand van het model van de Hoge Hotelschool Den Haag.

§ 3.3.1 Hoge Hotelschool Den Haag

De beleving van gastvrijheid is afhankelijk van de drie factoren: Product, Gedrag en Omgeving aan de ene kant en de behoeften en doelstellingen van de klant aan de andere kant. De Hoge Hotelschool Den Haag heeft alle bovenstaande factoren aan elkaar gerelateerd in het onderstaande gastvrijheidsmodel.¹⁸



Dit is geschreven door de Hoge Hotelschool Den Haag vanuit het oogpunt van de hotellerie. Voor een ziekenhuis kan gezegd worden dat het verwachtingspatroon anders zal zijn. Patiënten die naar een ziekenhuis komen hebben hele andere behoeften en doelstellingen dan gasten die een hotel binnenstappen. Een grote gastvrijheidsbeleving kan echter wel in sterke mate bijdragen aan een tevreden gevoel voor de patiënt. Het is daarom wel degelijk belangrijk voor een ziekenhuis om de gastvrijheidsbeleving van patiënten en bezoekers zo groot mogelijk te maken.

¹⁸ Daane Bolier, D.G.L.: Hotelmanagement, SHV Uitgeverij Zoetermeer, 1995. ISBN 9070492903

§ 3.4 Omgeving

Hoe kan de omgeving de gastvrijheidsbeleving van patiënten beïnvloeden? Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de invloed die de omgeving van een patiënt heeft op zijn/haar genezingsproces. Dit wordt ook wel healing environment genoemd.

De spanning van een ziekenhuisopname kan nog vergroot worden door allerlei omgevingsfactoren, zoals een gebrek aan privacy en autonomie of gevoelens van onveiligheid en angst, omdat men zich slecht kan oriënteren.

De laatste jaren is het onderwerp “healing environment” steeds meer in de belangstelling komen te staan. Steeds meer mensen zijn overtuigd geraakt van het positieve effect dat de fysieke omgeving kan hebben op het welbevinden van patiënten én op het genezingsproces.¹⁹

§3.4.1 Ruimte voor patiënten

In model 1 in bijlage 6, wordt de relatie tussen een patiënt en de fysieke omgeving weergegeven. (Gebaseerd op Rubin, 1998). Hieruit is af te lezen dat het effect van de fysieke omgeving een wisselwerking heeft met de oorzaak en het stadium van de ziekte, en met de aard en het type medische behandeling en natuurlijk met de persoonlijke kenmerken van de patiënt.²⁰

Het zal dus voor iedereen verschillend zijn hoe hij/zij de omgeving beleeft en welke invloed de omgeving op hem/haar heeft. Het is hierdoor moeilijk een standaard omgeving te geven waarin iedereen zich prettig voelt.

§3.4.2 The architecture of hospitals²¹

Agnes van den Berg is omgevingspsychologe. Zij heeft een studie gedaan naar de invloed van uitzicht, frisse lucht, daglicht, rust, aanwezigheid van planten en bezoeken aan ‘helende tuinen’. Zij schrijft in de conclusie van haar literatuurstudie dat de conclusie ‘keihard’ is dat veel frisse lucht goed is voor de patiënt. Naar de natuur kijken is verder ook aan te bevelen, maar voor de rest is de ‘evidence’ zwak. Wel stijgt de tevredenheid over verpleging, dokters en het ziekenhuis als de patiënt in een plezierige omgeving is verpleegd.²²

In haar onderzoeksrapport is te lezen dat een groot aantal studies heeft uitgewezen dat mensen het uitzicht op de natuur als mooi en bevorderend voor hun gezondheid ervaren. Het uitzicht op de natuur is een effectieve manier om stress en pijn te verminderen.

Wat betreft het begeven in de natuur, heeft een aantal onderzoeken uitgewezen dat een bezoek aan de natuur niet alleen mooie uitzichten kan bieden, maar dat het ook bevorderend werkt voor de gezondheid en welzijn van iemand. Voor deze stelling is echter naast de onderzoeken weinig back-up van wetenschappelijk research.

¹⁹ Geest, J.J. van: Afstudeerscriptie healing environment. Rotterdam, Master of Health care studies Erasmus Universiteit, 2005.

²⁰ Kolderweij, J e.a.: Ruimte voor patiënten: bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief. Uitgegeven door Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG), datum onbekend.

²¹ Berg, A.E. van den: Health impacts of healing environments. Foundation 200 years University Hospital Groningen, 2005. ISBN 9032703447

²² Köhler, W. en Metz, T.: Genezend gebouw In: NRC Handelsblad: Wetenschap & Onderwijs, zaterdag 9 april 2005

Wat betreft planten binnen het gebouw, is het bewijs groeiende dat binnenshuis, bloemen en planten de gezondheid van mensen kan bevorderen. Planten kunnen stressniveaus verlagen en het humeur van mensen opbeuren, daarnaast kunnen planten ook schadelijke stoffen uit de lucht wegnemen. Er zijn echter onderzoeken geweest die uitwezen dat planten binnenshuis negatieve psychologische gevolgen zouden hebben.

Kamers met uitzicht op de natuur leiden tot kortere opnames, minder medicijngebruik, grotere tevredenheid bij de klant.²³

§ 3.5 Bejegening/Gedrag

Uit patiëntenquêtes van het ziekenhuis blijkt dat de algemene klanttevredenheid voor het grootste gedeelte afhankelijk is van aspecten die onder bejegening vallen. De top tien van aspecten die de grootste correlatie hebben met de algemene tevredenheid van patiënten, bestaat zelfs in zijn geheel uit aspecten die onder bejegening vallen (zie figuur 1, bijlage 6).

Ferry Tromp stelde in 1996 in zijn boek “Met je kop tegen de muur” dat patiënten in ziekenhuizen meer lijden dan noodzakelijk is, en dat dit het gevolg is van de manier waarop zij bejegend worden. Hij merkt hierbij overigens wel op dat er (toentertijd dus al) positieve ontwikkelingen plaatsvinden.²⁴

Dat de bejegening het belangrijkste onderdeel van de gastvrijheidsbeleving is, wordt ook bevestigd door model 2 in bijlage 6. Dit is een model van de Hoge Hotelschool Den Haag. In dit model is af te lezen dat wanneer de factor gedrag (bejegening) laag is, de totale indruk ook altijd laag is. Zelfs wanneer de indruk van het product (de services) laag is, kan door hoog te scoren op het gebied van gedrag (bejegening) alsnog een hoge totale indruk worden bereikt.

In de ziekenhuissector is het heel lang zo geweest dat de patiënt zich moest aanpassen aan de specialist. Dit is echter door de nieuwe marktwerking sterk aan het veranderen. Het proces binnen ziekenhuizen wordt steeds meer aangepast aan de patiënt.

Hiervan is de bejegening ook een belangrijk onderdeel. In 1997 heeft in het Hofpoort Ziekenhuis het zogenaamde ‘koning klant’ project gelopen. Dit project draaide om de bejegening naar de klant toe en stuitte toentertijd nog op sterk verzet vanuit de organisatie, maar alle medewerkers hebben toentertijd wel een training gevolgd. Men betwijfelde echter ten eerste of de klant wel koning moest zijn en had moeite met het zien van de patiënt als zijnde een klant. Nu, acht jaar later, is dit denkbeeld al enigszins veranderd, langzaam maar zeker gaan toch steeds meer medewerkers inzien dat het toch steeds belangrijker wordt om het proces aan te passen aan de wensen van de klant/patiënt. Er is echter nog een lange weg te gaan en dit proces gaat langzaam.

²³ Wagenaar, C.: Het einde van het ziekenhuis als utilitair gebouw? In: Facility management magazine, april 2005

²⁴ Tromp, F.: Met je kop tegen de muur: macht en onmacht in het ziekenhuis. Kosmos Z&K Uitgevers, 1996. ISBN 90215289

§ 3.6 Services/Product

Tot slot de laatste van de drie aspecten die de gastvrijheidsbeleving van patiënten vanuit de organisatie kan beïnvloeden, services.

§ 3.6.1 Services management²⁵

In de service sector (ook wel de tertiaire sector genoemd) worden vier soorten services onderscheiden. Deze zijn:

- Distribution services (vb. transport, communicatie en handel)
- Producer services (vb. investeringsbanken, verzekeringen, boekhouden en rechts bijstand)
- Social services (vb. gezondheidszorg, onderwijs, non profit organisaties en overheid instanties)
- Personal services (toerisme, stomerij, recreatieve diensten)

De definitie van een service is niet makkelijk te geven. Er bestaan vele verschillende. Er is echter een aantal, dat in vrijwel iedere definitie terugkomen. Deze woorden zijn ‘ontastbaar’ en ‘interactie’.

- Met ontastbaar wordt bedoeld dat het resultaat van een service transactie geen wisseling van eigenaar is, zoals dit het geval is bij fysieke goederen. Een service is een proces of een actie.
- Met interactie wordt bedoeld dat een service alleen gerealiseerd kan worden wanneer zowel degene die in de service voorziet, als degene die van de service gebruik maakt aanwezig is. Beide spelen een actieve rol in de realisatie van de service.

Kort gezegd kan een service dus gedefinieerd worden als:

Alle activiteiten die ontastbaar zijn, en een interactie tussen degene die de service verleent en degene die van de service gebruik maakt, vereist.

§ 3.6.2 Dienstenmarketing management

De Nederlandse vertaling van services is diensten. De Vries, van Helsdingen en Kasper beschrijven in hun boek Dienstenmarketing management²⁶ ook dat het begrip ‘dienst’ niet één alles dekkende definitie kent. Zij hebben daarom in hun boek een aantal definities samengevoegd. De uiteindelijke definitie die zij van het woord dienst vormen is: *Diensten zijn van oorsprong ontastbare en relatief snel vergankelijke activiteiten, waarbij tijdens de interactieve consumptie directe behoeftesatisfactie centraal staat en niet materiele bezitsvorming wordt nagestreefd.*

Door zoveel mogelijk services aan de klant aan te bieden zal de keuzemogelijkheid van de patiënt toenemen (zie § 3.2.2) en hiermee kan dus een behoefte van de patiënt worden bevredigd.

²⁵ van Looy, B.; Gemmel, P. & van Dierdonck, R.: Services management. Prentice Hall, financial times, 2003. ISBN 027367353

²⁶ Vries, de, Helsdingen, van en Kasper: Dienstenmarketing management. Wolters Noordhoff, 2001. ISBN 9020730983

Bij de definities van beide bronnen komen de begrippen ontastbaar en interactie dus naar voren. Een voorbeeld van een service in een ziekenhuis is dus het verzorgen van het eten. Het eten zelf mag dan tastbaar zijn, maar de service om het eten naar het bed te brengen is ontastbaar, bovendien moet zowel de patiënt (degene die van de dienst gebruik maakt) als de medewerker (degene die de dienst verleent) bij de uiteindelijke levering van de dienst aanwezig zijn, wellicht niet bij het gehele proces, maar in ieder geval bij de aflevering van de service. Een service die de gastvrijheidsbeleving in het ziekenhuis zal vergroten is dus ontastbaar en vereist interactie tussen medewerker en patiënt.

§3.7 Klanttevredenheid

Het begrip klanttevredenheid is voor dit onderzoek belangrijk omdat dit het uiteindelijke doel van het ZHZ is: tevreden klanten door het bieden van een gastvrije omgeving. Maar leidt een grotere gastvrijheidsbeleving wel tot een grotere klanttevredenheid? Deze paragraaf geeft een korte samenvatting van de relevante informatie uit de gebruikte bronnen, gevolgd door een korte conclusie.

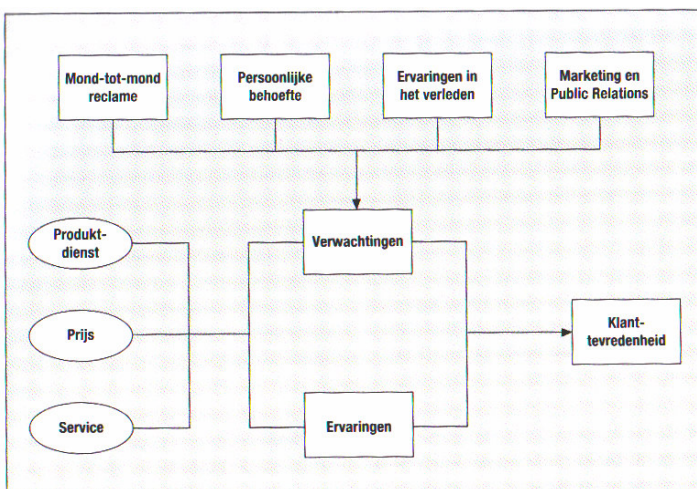
§3.7.1 Waardering door klanten

Drs. J-P. R. Thomassen onderscheidt in zijn boek 'Waardering door klanten'²⁷ de waardering van klanten voor een organisatie in drie fases:

1. Tevredenheid van een klant. Dit is de beleving ten aanzien van bepaalde situaties, klantencontacten en de onderneming in haar totaliteit.
2. Het vertrouwen van de klant. Dit is het gevoel dat klanten hebben ten aanzien van een organisatie, dat gedurende langere tijd wordt opgebouwd.
3. De trouw van de klant. Dit is het feitelijke gedrag als gevolg van het vertrouwen dat opgebouwd is in fase twee.

Klanttevredenheid is volgens hem dus de eerste stap naar een trouwe klant.

Maar hoe wordt deze klanttevredenheid bereikt? Dezelfde drs. J-P. R. Thomassen geeft in het boek 'De klantgerichte organisatie'²⁸ het onderstaande model als antwoord op de vraag: hoe wordt deze klanttevredenheid bereikt?



In dit model is te zien dat de tevredenheid afhankelijk is van de verwachtingen die een klant heeft en de daadwerkelijke ervaring (beleving) van die klant. De klanten zullen hun tevredenheid beoordelen ten aanzien van drie aspecten, te weten Product/Dienst, Prijs en Service.

²⁷ Thomassen, drs. J-P. R.: Waardering door klanten. Kluwer/INK, 2002. ISBN 9014089724

²⁸ Thomassen, drs. Jean -Pierre. R.: De klantgerichte organisatie, Beamont Quality Publications BV, 1995.

Bij dit onderzoek wordt uitgegaan van de gastvrijheidsbeleving gebaseerd op drie aspecten (omgeving, bejegening en services). Wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen deze drie aspecten en de drie aspecten waarop de klanttevredenheid is gebaseerd (product, prijs en service) kan worden geconcludeerd dat alle aspecten die invloed hebben op de gastvrijheidsbeleving, ook invloed hebben op de totale klanttevredenheid.

- Zowel bejegening als services zijn onderdeel van de service die het ziekenhuis aan de patiënt verleend. Deze twee aspecten hebben dus gevolgen voor zowel de gastvrijheidsbeleving als de klanttevredenheid.
- Het aspect omgeving is in weze onderdeel van het product dat het ziekenhuis biedt. Hierbij moet met name gedacht worden aan de inrichting van het ziekenhuis. Vb. Het bed waar de patiënt op ligt, of de ruimte die per patiënt beschikbaar is. Ook het aspect omgeving heeft dus in het geval van het ziekenhuis betrekking op zowel de gastvrijheidsbeleving als de totale klanttevredenheid.
- Tot slot blijkt ook het aspect prijs van invloed te zijn op zowel de gastvrijheidsbeleving als de totale klanttevredenheid. Het is misschien niet één van de aspecten waaruit de aanbodzijde van de gastvrijheidsbeleving bestaat. Uit het model van de Hoge hotelschool Den Haag blijkt echter dat ook de prijs van de betreffende service wel degelijk invloed heeft op de gastvrijheidsbeleving van de klant (de patiënt in dit geval).

§3.7.2 Loyaliteit en klanttevredenheid, een twee-eenheid?

Dr. J.M.C. Schijns heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen klanttevredenheid en loyaliteit van de klant. In zijn artikel 'Loyaliteit en klanttevredenheid, een twee-eenheid?'²⁹ stelt hij de theorie van drs. J-P. R. Thomassen en anderen op de proef. Leidt klanttevredenheid wel tot trouwe klanten?

Meerdere onderzoeken hebben uitgewezen dat tevreden klanten niet per definitie trouwe klanten zijn. Met name indien er betere alternatieven zijn, dan wel wanneer de klant een inherente behoefte heeft om af en toe en ander merk te proberen, kan de klant overstappen ondanks het feit dat hij tevreden is. Omgekeerd geldt dat ontevreden klanten niet altijd naar de concurrentie overstappen.

Voor een hoge contactservice, bijvoorbeeld in de gezondheidszorg, is functionele kwaliteit vereist voor het bewerkstelligen van tevredenheid, technische kwaliteit voor het bereiken van loyaliteit.

In de literatuur wordt gesteld dat klanten die aangeven 'uitermate tevreden' te zijn een intentie tot het verrichten van een herhalingsaankoop hebben die zesmaal hoger ligt dan die van klanten die aangeven 'redelijk tevreden' te zijn. Deze constatering heeft tot gevolg dat managers niet tevreden mogen zijn met een goede tevredenheidsscore. Zelfs bij een maximale score kan nog switchgedrag plaats vinden.

Tevredenheid blijkt wel primair van invloed te zijn op vertrouwen en via vertrouwen invloed te hebben op attitudinal loyalty oftewel committent. Committent heeft op zijn beurt effect op behavioral loyalty oftewel (de intentie tot) aankoopgedrag.

²⁹ Schijns, Dr. J.M.C.: Loyaliteit en klanttevredenheid, een twee-eenheid? In: Bedrijfskunde, jaargang 74 2005 nr. 1

Weliswaar is het meten van tevredenheid niet zinloos geworden, maar het is wel onvoldoende om vroegtijdig een signaal waar te nemen dat duidt op mogelijk verbreken van de relatie op korte termijn. Tevredenheid is een noodzakelijke, maar niet voldoende basisvoorwaarde voor loyaliteit.

Wanneer alle informatie uit deze paragraaf vergeleken wordt kan geconcludeerd worden dat een goede gastvrijheidsbeleving wel zal leiden tot grotere klanttevredenheid. Of deze grotere klanttevredenheid uiteindelijk ook zal leiden tot loyale klanten is echter de vraag. De patiënten van het ZHZ zullen 'uitermate tevreden' moeten zijn willen ze een hoge intentie tot herhalingsaankoop (voor een volgende behandeling terugkeren bij het ZHZ) bereiken. Een goede tevredenheid zal wel degelijk bijdragen aan de loyaliteit van de patiënten, het zal er alleen niet per definitie toe leiden dat de patiënt daadwerkelijk terugkomt. Hiermee is dus bewezen dat dit onderzoek kan leiden tot hogere klanttevredenheid, het is echter niet bewezen dat dit ook zal leiden tot trouwe patiënten.

§3.8 De Hofpoortbeleving vergroten: De theorie

In deze paragraaf zal een conclusie van dit hoofdstuk gegeven worden. In dit hoofdstuk is gezocht naar een theoretische ondergrond voor het onderzoek.

Gastvrijheid

Gastvrijheid is iets van alle culturen, alleen wordt er bij de verschillende culturen op een andere manier invulling aan gegeven. Daarom zou het voor het ziekenhuis interessant kunnen zijn te kijken naar de verschillende culturen van de patiënten die naar het ziekenhuis komen. Daarnaast moeten mensen die echt gastvrij willen zijn zich ervan bewust zijn dat mensen van elkaar afhankelijk zijn en dat gastvrijheid een noodzaak is.

Gastvrijheid wordt gekenmerkt door vier punten:

- ontmoeting met de ander
- onbaatzuchtigheid
- noodzaak van de gastvrijheid
- wederkerigheid

Jouw gastvrijheid geeft je visie op jezelf als mens en op de ander weer, het is een keuze van het hart.

De aanbodzijde van de gastvrijheidsbeleving kan worden onderverdeeld in drie aspecten:

- Product (in dit onderzoek vertaalt als Services). Services zijn van nature ontastbaar en vereisen interactie tussen de aanbieder en de ontvanger.
- Gedrag (in dit onderzoek vertaalt als Bejegening). Bejegening is het belangrijkste aspect van de drie. Meerdere onderzoeken hebben uitgewezen dat de bejegening de meeste invloed uitoefent op de uiteindelijke tevredenheid. Door de marktwerking komt de patiënt tegenwoordig meer centraal te staan.
- Omgeving. De omgeving van de patiënt kan veel invloed hebben op het genezingsproces van de patiënt, ook kan de omgeving invloed hebben op de spanning van een ziekenhuisopname. Het is van verschillende aspecten afhankelijk hoe een patiënt de omgeving beleeft. Uitzicht op natuur kan een grote invloed uitoefenen op zowel het genezingsproces als de tevredenheid van de patiënt. Ook planten in het gebouw hebben over het algemeen positieve invloed op de patiënt.

Het gastvrijheidsaanbod bestaat altijd uit een mix van deze 3 elementen.

Tot slot heeft ook het aspect geld invloed op de verwachtingen van de patiënt en daarmee op zijn uiteindelijke beleving van de gastvrijheid. Vijver beschrijft echter dat gastvrijheid onbaatzuchtig behoort te zijn.

Beleving

De vraagzijde van de gastvrijheidsbeleving wordt beïnvloed door zowel de behoeften als de doelstellingen van de ontvanger. De behoeften van een patiënt zijn:

- informatie
- keuzevrijheid
- bejegening
- continuïteit
- vakbekwaamheid

Op het gebied van gastvrijheid liggen de behoeften dus met name bij het aspect bejegening. Daarnaast zouden services de keuzevrijheid van de patiënt kunnen vergroten door een groter aanbod aan mogelijkheden aan te bieden. Het aspect omgeving valt niet onder de primaire behoefte van de patiënt, maar zal echter wel degelijk bijdragen aan de gastvrijheidsbeleving. Welke specifieke behoefte een patiënt heeft is echter per patiënt afhankelijk van een heleboel factoren.

Er zijn vier soorten belevenissen die een persoon kan hebben, deze belevenissen kunnen in verschillende mate indruk maken en vereisen verschillende mate van deelname. De vier belevenissen zijn:

- Amusementsbeleving
- Lerende beleving
- Ontsnappingsbeleving
- Esthetiek beleving

Om een zo optimaal mogelijke beleving te creëren moet een patiënt alle vier de soorten belevingen tijdens een bezoek aan het ziekenhuis meemaken.

Om de ervaring van de patiënt inzichtelijk te maken is het belangrijk voor het ziekenhuis om een meetinstrument te maken waarbij alle aspecten uit het traject van de patiënt worden behandeld. Wanneer deze metingen periodiek worden uitgevoerd kan dit zowel intern als extern een duidelijke stand van zaken geven.

Klanttevredenheid

Alle aspecten die van invloed zijn op de gastvrijheidsbeleving zijn uiteindelijk ook van invloed op de totale klanttevredenheid. Hiermee wordt bewezen dat door de gastvrijheidsbeleving te vergroten, ook bijgedragen zal worden aan het uiteindelijke doel van het ziekenhuis, tevreden klanten. Of deze tevreden klanten uiteindelijk ook loyale klanten zullen worden blijft echter de vraag. Alleen 'uitermate tevreden' klanten hebben een intentie tot herhalingsaankoop die tot zes maal hoger ligt dan een klant die zegt 'redelijk tevreden' te zijn. Bij een ziekenhuis zal dit hetzelfde zijn, omdat een ziekenhuis net zo goed te maken heeft met het aanbieden van een product/dienst waarover patiënten al dan niet tevreden kunnen zijn.

Hoofdstuk 4 Gastvrijheidsbeleving: Het Onderzoek

Naast het theoretisch onderzoek is er ook een empirisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestond uit een benchmarking, interne interviews, de ervaring als patiënt en een testcase. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn in dit hoofdstuk beschreven. Aan het eind van het hoofdstuk is een korte samenvatting van het empirisch onderzoek gegeven, met hierin de belangrijke punten van het onderzoek weergegeven.

§4.1 De benchmarking

Tijdens de benchmarking is met een 15-tal personen gesproken die in hun organisatie actief bezig zijn met het onderwerp gastvrijheid. Uit deze gesprekken zijn vele nieuwe ideeën naar voren gekomen, maar ook vele verschillende manieren van omgaan met het begrip gastvrijheid.

Zo richt men zich bij Safaripark Beekse bergen in eerste instantie op de interne gastvrijheid (onder werknemers onderling) en wil men op die manier externe gastvrijheid bereiken. Ook bij andere organisaties werd aangegeven dat interne gastvrijheid minstens zo belangrijk is voor de gastvrijheidsbeleving van de klant als externe gastvrijheid.

Andere organisaties, zoals Bilderberg Hotels en Restaurants en de Schiphol Group, richten zich meer op het meten van de meningen van de klant, om aan de hand daarvan verbeterpunten op te stellen. Door goed te weten wat de klant wil, zeggen zij beter aan te kunnen sluiten op deze wensen.

Sommige organisaties, met name verzorgingstehuizen zoals Humanitas Rotterdam hebben hun hele organisatiestructuur en organisatiecultuur veranderd om zo op een meer klantvriendelijke manier met hun 'cliënten' om te gaan. Hiermee is ook een betere gastvrijheidsbeleving bereikt. Dit proces heeft vaak vele jaren en veel financiële middelen gekost.

Tijdens het gesprek met de Vijverborgh Adviesgroep kwam naar voren dat er ook mogelijkheden liggen voor het beter aansluiten op de wensen van de klant, op het gebied van in- en outsourcing. Door bepaalde diensten in eigen beheer te houden kan de organisatiecultuur doorspelen in die bepaalde dienst, waar deze cultuur vaak verloren gaat wanneer besloten wordt tot uitbesteden.

Meerdere adviseurs gaven echter aan dat het verbeteren van de gastvrijheidsbeleving vaak in kleine eenvoudige dingen zit. Dit is interessant omdat sommige organisaties juist grote veranderingen hebben doorgevoerd om de gastvrijheidsbeleving te vergroten.

Waar in de theorie vrijwel niets te vinden was over de doelstellingen van een patiënt, zijn deze bij de benchmarking wel naar voren gekomen. Adviseur Jan de Jue van Twijnsta & Gudde onderscheidde drie soorten zorg die een ziekenhuis biedt. De patiënten die gebruik maken van de verschillende vormen van zorg, komen ook met verschillende doelstellingen naar het ziekenhuis:

- Spoedzorg (deze patiënten zijn helemaal niet geïnteresseerd in gastvrijheid, zij willen zo snel mogelijk geholpen worden)
- Electieve zorg (Patiënten weten van tevoren dat ze moeten komen voor een eenmalige behandeling, patiënten staan meer open voor gastvrij)

- Chronische zorg (Patiënten die regelmatig naar het ziekenhuis terug moeten voor een herhaaldelijke behandeling, met deze patiënten kan het ziekenhuis echte klantenbinding aangaan).

De eindconclusie die aan de hand van de benchmarking getrokken kan worden, is dat vele bedrijven op verschillende manieren met gastvrijheid en gastvrijheidsbeleving omgaan. Dit varieert van heel strakke protocollen over hoe de klant bejegend dient te worden, tot uitgaan van de kracht van medewerkers om uit zichzelf op een geschikte manier met klanten om te gaan. Uit de benchmarking is daarnaast ook gebleken dat eigenlijk ieder bedrijf dat klantgericht werkt, actief bezig is met de belevingen van de klant en hoe deze het beste aansluiten op hun behoefte.

Opvallend is ook dat vrijwel geen enkele organisatie (die binnen de benchmarking van dit onderzoek viel) de gastvrijheid probeerde te verbeteren op het gebied van omgeving of services. Iedere organisatie gaf aan bij gastvrijheid echt aan het aspect bejegening te denken. Uit de benchmarking zijn vele ideeën voor ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden naar voren gekomen. Zie voor een totale lijst van de verzamelde ideeën, bijlage 7.

§4.2 Interne interviews

De interne interviews hebben in drie fases plaatsgevonden. De eerste fase was de introductie van het probleem. De tweede fase was de huidige situatie in het ziekenhuis en de laatste fase was het testen van de mogelijke adviezen op draagvlak. Voor een totaal overzicht van de gehouden interne interviews, zie bijlage 3.

Tijdens de eerste fase is uitsluitend gesproken met de begeleiders van het onderzoek vanuit de organisatie, dit zijn het hoofd faciliteiten van het ZHZ en de directeur Zuwe Facilitair en vastgoed (ZF&V). Uit deze gesprekken kwam de aanleiding van het onderzoek naar voren (zie § 1.1).

Tijdens de tweede fase van de interne interviews is gevraagd naar de huidige situatie van de gastvrijheidsbeleving van het ziekenhuis. In deze fase is gesproken met alle leden van het MT, de cliëntenraad, de betrokken afdelingshoofden en een aantal andere werknemers die betrokken zijn bij de gastvrijheidsbeleving van de patiënt. Hieruit kwam met name naar voren dat het algemene beeld onder medewerkers van het ziekenhuis was, dat het met de bejegening van patiënten wel goed zit. Er was slechts een aantal geïnterviewden dat enig idee hadden hoe de patiënten de gastvrijheid beleefden op het gebied van services. Op het gebied van omgeving zagen velen de problemen van de verbouwing, echter zagen zij de toekomst wel positief in.

Tijdens deze interviews is ook naar de randvoorwaarden gevraagd, waar een concept dat de gastvrijheidsbeleving vergroot, volgens de geïnterviewde aan moest voldoen, wil het een succes zijn in het ZHZ. Op deze vraag kwamen zeer uiteenlopende antwoorden. Antwoorden die wel meerdere malen werden genoemd waren:

- het concept moet draagvlak hebben onder de medewerkers
- het concept moet in een behoefte voorzien
- het concept moet duidelijke doelstellingen hebben
- de verwachte resultaten moeten haalbaar zijn.

Dit zijn dus vier punten waaraan een concept in ieder geval zal moeten voldoen, wil het succes hebben in het ZHZ. Bij het opstellen van de aanbevelingen is ook rekening gehouden met deze vier punten, zodat alle voorgestelde concepten hier in ieder geval aan voldoen.

Aan de hand van gesprekken met patiënten heeft uiteindelijk de derde en laatste fase van de interne gesprekken plaatsgevonden. Tijdens deze gesprekken zijn de resultaten van de gesprekken met de patiënten besproken. De mogelijkheden waarvan de patiënten aangaven dat zij hier behoefte aan hadden, zijn zo getest op draagvlak onder de (voor dit onderwerp) relevante medewerkers binnen de organisatie. Hiervoor is gesproken met de betrokken afdelingshoofden, de overige hoofden van de afdelingen die met de maatregelen te maken krijgen en de directeur ZF&V, opdrachtgever van dit onderzoek. Alle betrokkenen reageerden overwegend positief op de aanbevelingen. De meeste dachten direct mee over de uitvoering en welke problemen hier wellicht zouden kunnen optreden, maar iedereen, zonder uitzondering, stond open voor de aanbevelingen en was bereid mee te werken.

§4.3 Ervaring van de patiënt

Om de gastvrijheidsbeleving te kunnen verbeteren is het belangrijk te weten hoe het ziekenhuis op dit moment ervaren wordt door een patiënt. Er zijn verschillende manieren om hierachter te komen. De kunst is om je te verplaatsen in de gedachtegang van een patiënt. Dit kan door zelf daadwerkelijk een patiënt te worden, maar ook door met patiënten te praten. Daarnaast is er de jaarlijkse patiënten enquête, die ook heel goed weergeeft hoe patiënten het ziekenhuis ervaren.

§4.3.1 Eigen ervaring als patiënt

Als ‘mysterie guest’ heeft de auteur van deze scriptie aan het begin van het onderzoek letterlijk in de schoenen van een patiënt gestaan.

Een ‘mysterie guest’ is iemand die zich voordoeft iemand te zijn die hij of zij in werkelijkheid niet is. Één dag en één nacht heeft het ‘mysterie verblijf’ geduurd op de afdeling Interne- en Longgeneeskunde.

Het verblijf gaf een goede uitgangspositie voor het onderzoek, omdat het direct een goed beeld gaf van de gang van zaken in het ziekenhuis. Daarnaast werden tijdens het verblijf direct een aantal verbeterpunten opgemerkt. Hieronder een kort overzicht van de meest opvallende punten van het verblijf. Voor het totale verslag van de opname zie bijlage 8.

Positieve ervaringen

- Bejegening door receptie en afsprakenbureau
- Bejegening door polikliniekassistente
- Persoonlijke aandacht door opnamebureau
- Bewegwijzering vanaf snelweg A12
- Begeleiding van opnamebureau naar de afdeling
- Gastvrij welkom door personeel afdeling
- Algemene bejegening door personeel, bij klachten, vragen etc.

Negatieve ervaringen

- Bewegwijzering vanaf station Woerden
- Onoverzichtelijk parkeerterrein
- Te weinig parkeerplekken
- Polikliniekhal rommelig

- Arts tijdens bezoekuur
- Prijs televisie/telefoon kaart
- Avondmaaltijd
- Verhuizing patiënt tijdens bezoekuur
- Snelle bediening ontbijt na wekken
- Toilet niet goed schoongemaakt
- Onduidelijkheid bij ontslag uit ziekenhuis

Omdat het niet mogelijk was een mysterie opname op één van de nieuwe afdelingen te laten plaatsvinden, heeft de opname op een oude afdeling plaatsgevonden. Om deze reden is in het hele verslag geen rekening gehouden met de inrichting en uitstraling van de afdeling zelf.

§4.3.2 Patiëntenenquête

De patiënten enquête wordt één maal per jaar gehouden. Er worden aparte enquêtes gehouden voor de polikliniek en de kliniek. Voor dit onderzoek waren uitsluitend de resultaten van de kliniekenquête van belang.

De resultaten van de patiënten enquête gaven een duidelijk beeld van wat patiënten belangrijk vinden, (correlatie met de totale tevredenheid) en wat de patiënten voor verbetering vatbaar vonden. Met name dit laatste was interessant voor het onderzoek, omdat deze punten wellicht konden lijden tot verbetermogelijkheden.

Punten die laag (<51%) scoorden bij de patiënten enquête waren:

- schoonhouden van de zaal of kamer
- mogelijkheden om persoonlijke problemen met een arts te bespreken
- de rust van de bezoekers
- gevoelens van privacy
- waardering van de dagverblijven
- het dagverblijf op de tweede etage voor rokers
- waardering van de privacy tijdens bezoek
- hulp en begeleiding bij inpakken
- de bereikbaarheid van het ziekenhuis met het openbaar vervoer
- de parkeergelegenheid

Opvallend is dat een aantal van deze punten ook al naar voren waren gekomen bij de eigen ervaring (zie §4.3.1). Aan de hand van deze punten kwamen een aantal ideeën naar voren van mogelijkheden om de gastvrijheidsbeleving te verbeteren. Deze ideeën zijn toegevoegd aan de totale ideeënlijst (zie bijlage 7).

§4.3.3 Interviews met patiënten

Tijdens diepte-interviews met patiënten kwam duidelijk naar voren dat de patiënten meer dan tevreden zijn over de algemene gastvrijheid in het ziekenhuis. Wanneer de patiënten gevraagd werd of zij wellicht nog iets misten in het ziekenhuis kwam vrijwel altijd als antwoord dat er niks gemist werd.

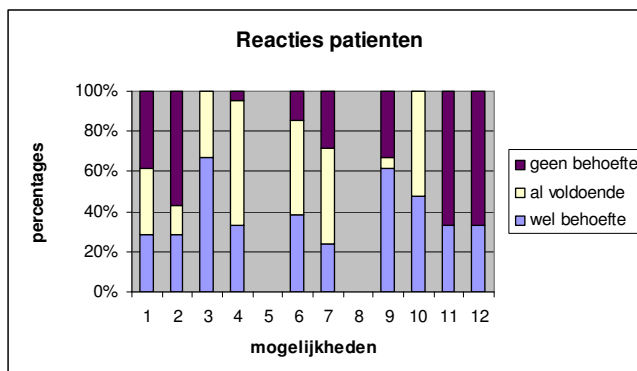
De matrix die de patiënten is voorgelegd, bevatte twaalf mogelijkheden om de gastvrijheid te verbeteren. Van deze twaalf waren twee mogelijkheden niet relevant voor de patiënt (één is meer gericht op interne gastvrijheid en één betrof een cursus voor medewerkers). Er bleef een uiteindelijke top tien over, die de patiënten stuk voor stuk werd voorgelegd en gevraagd of zij behoefte zouden hebben aan deze mogelijkheid en of zij wellicht vinden dat dit nu al in

voldoende mate in het ziekenhuis aanwezig is. Deze matrix is aan de patiënten voorgelegd om te kijken waar hun behoeften liggen en hoe zij over de gastvrijheid op dit moment denken. De mogelijkheden in de onderstaande matrix is dus niet te verwarren met de uiteindelijke aanbevelingen die in de gastvrijheidsmatrix in hoofdstuk 5 staan.

Dit zijn de twaalf mogelijkheden die de patiënten werden voorgelegd (zie voor een uitleg van de matrix bijlage 13). De twee rode vakjes waren voor de patiënt niet relevant.

	Omgeving	Bejegening	Services
Amusementsbeleving	1. Rustgevende wacht/dag verblijven	5. Project 'Kijk je buurman'	9. Giftshop voor familie/kennissen via het Internet
Lerende beleving	2. Karakteristieken van omgeving door het ziekenhuis heen weergegeven	6. Één medewerker loopt 's ochtends een rondje langs alle patiënten, puur voor een praatje.	10. Informatieboekje bij 'inchecken' in het ziekenhuis
Ontsnappingsbeleving	3. Dieren/planten op het terrein	7. Alle medewerkers een vrolijke button laten dragen	11. Was/stoom service
Esthetiek beleving	4. Een prettige geur op de afdeling verspreiden.	8. 'Koning klant' project opfrissen	12. Bezoekers kunnen drankje op de kamer kopen.

De patiënten hadden bij iedere mogelijkheid 3 keuzemogelijkheden: wel behoefte aan, al voldoende of geen behoefte aan.



Hiernaast zijn de uitkomsten van deze interviews weergegeven. Hierop is te zien dat uitsluitend bij mogelijkheid 3, 9 en 10 meer dan 40% van de ondervraagden aangaf behoefte te hebben aan deze mogelijkheid. Voor een volledige conclusie van de reacties van patiënten zie bijlage 9.

§4.4 Testcase: Het rijdende winkeltje

Het rijdende winkeltje is in de maand maart opgezet met als doel het verhogen van de service naar de klant toe. Er is een maand proeftijd ingesteld om te kijken of het rijdende winkeltje aan zou slaan. Dit rijdende winkeltje was voor dit onderzoek erg interessant als testcase, omdat gekeken kan worden hoe de implementatie van een dergelijk concept plaatsvindt. Waar op gelet moet worden en waar eventuele valkuilen zitten. Voor een beschrijving van de huidige en de nieuwe situatie van het rijdende winkeltje, zie bijlage 10.

§4.4.1 Resultaten van het rijdende winkeltje

Al na twee weken bleek dat het rijdende winkeltje geen grote bron van inkomsten zou worden, niet tenzij er iets zou veranderen. In bijlage 11 staat een overzicht van de totale omzet van het rijdende winkeltje per dag.

Omdat het rijdende winkeltje door vrijwilligers gedaan wordt, zijn de kosten van het rijdende winkeltje nihil. De opbrengsten zijn echter ook nihil. Maar omdat het vrijwel niks kost, zijn alle producten die worden verkocht in principe mooi meegenomen.

§4.4.2 Conclusie testcase: het rijdende winkeltje

Aan de hand van de resultaten, gesprekken met alle betrokkenen (vrijwilligers, SoHo³⁰, hoofd facilitaire zaken, afdelingshoofden) en eigen ervaring is de totale conclusie kort samengevat in het schema in bijlage 10. De eindconclusie is dat met het rijdende winkeltje doorgedaan zal worden, mits de vrijwilligers een andere kar krijgen.

Naast de conclusie voor het rijdende winkeltje zelf, kunnen ook conclusies getrokken worden m.b.t. de invoering van een nieuw concept en de implementatie hiervan. Terugkijkend op de proeftijd kan gezegd worden dat een proeftijd toch wel degelijk aan te raden is, omdat dit een geschikte periode is om ‘kinderziektes’ uit het concept te halen.

Vervolgens is het ook verstandig om van tevoren duidelijk af te spreken welke acties ondernomen worden aan het eind van de proefperiode. In het geval van het rijdende winkeltje was hier enige onduidelijkheid over, wat leidde tot het tijdelijk niet voortzetten van het winkeltje. Het gevolg hiervan was weer dat de continuïteit van het winkeltje niet gehandhaafd werd.

Tot slot lijkt goede promotie van het concept ook belangrijk voor het succes van een concept. Het ziekenhuis mag dan kleinschalig zijn, er moet wel degelijk bekendheid aan nieuwe concepten gegeven worden in de vorm van promotie.

Deze conclusies m.b.t. de invoering van een nieuw concept en de implementatie hiervan kunnen uiteindelijk in het achterhoofd gehouden worden bij het advies van de nieuwe concepten.

§ 4.5 De Hofpoort beleving vergroten: Empirisch onderzoek

In deze paragraaf zal kort een samenvatting worden gegeven van de belangrijkste punten die tijdens het empirisch onderzoek naar voren zijn gekomen.

Benchmarking

Mogelijke manieren van omgaan met gastvrijheid:

- Richten op interne gastvrijheid
- Uitgebreid meten van de belevingen van de klant
- Aanpassen van de gehele organisatiestructuur en cultuur op de wensen van de klant
- Betere aansluiting tussen de bedrijfscultuur en wensen van de klant door investering
- Letten op eenvoudige dingen die de gastvrijheidsbeleving vergroten.

Vele organisaties gaan op veel verschillende manieren met gastvrijheidsbeleving om. Echter de meeste organisaties richten zich bij gastvrijheid met name op het aspect bejegening.

Patiënten kunnen voor 3 verschillende soorten zorg naar het ziekenhuis komen, en hebben hierbij dan ook verschillende doelstellingen.

- Spoedzorg
- Electieve zorg
- Chronische zorg

³⁰ SoHo is een samenwerkingsverband tussen Sodexho en het Hofpoort ziekenhuis.

Interne interviews

De interviews zijn uitgevoerd in 3 fases.

- Oriënterende interviews: Hieruit is de aanleiding van het onderzoek naar voren gekomen.
- Huidige situatie:
 - Op het gebied van bejegening positief
 - Op het gebied van services moeilijk te beoordelen. Men doet zijn best, het komt er alleen soms nog niet helemaal uit.
 - Op het gebied van omgeving nu nog rommelig door verbouwing.
- Draagvlak: Op de mogelijke aanbevelingen is positief gereageerd. Iedereen was bereid mee te werken en dacht mee over de toekomst van de aanbevelingen.

Bij de gesprekken over de huidige situatie zijn ook een viertal randvoorwaarden naar voren gekomen, waaraan een concept in ieder geval moet voldoen, wil het een succes zijn in het ZHZ:

- het concept moet draagvlak hebben onder de medewerkers
- het concept moet in een behoefte voorzien
- het concept moet duidelijke doelstellingen hebben
- de verwachte resultaten moeten haalbaar zijn.

Ervaring als patiënt

De ervaring als patiënt is op drie manieren getest:

- In de vorm van een mysterie guest
- D.m.v. diepte- interviews met patiënten
- D.m.v. analyse van de jaarlijkse patiëntenenquête.

De conclusie wat betreft de ervaring als patiënt is:

- Op het gebied van bejegening positief. De bejegening heeft van de drie aspecten de grootste correlatie met de algemene tevredenheid. Minder positief is het gebrek aan privacy in het ziekenhuis en de begeleiding bij ontslag.
- Op het gebied van omgeving is de conclusie dat patiënten minder tevreden zijn over het parkeerterrein, de bereikbaarheid met het openbaar vervoer en de rommel in het ziekenhuis.
- Op het gebied van services liggen de voornaamste klachten bij de prijs van het gebruik van de telefoon en televisie.

De drie mogelijkheden uit de matrix waarop de patiënten het positiefst reageerden zijn:

- meer dieren en planten op het terrein
- Een giftshop voor familie/kennissen via Internet
- Informatieboekje bij 'inchecken' in het ziekenhuis

Testcase: Het rijdende winkeltje

Uit de testcase van het rijdende winkeltje kunnen de volgende conclusies worden meegenomen bij het opstellen van nieuwe serviceconcepten:

- Het instellen van een proeftijd, met evaluatie, is aan te raden
- Er moeten duidelijke einddoelstellingen worden gesteld
- Een goede promotie is essentieel voor het succes van het concept.

Hoofdstuk 5 De Hofpoortbeleving vergroten: aanbevelingen

Nadat zowel het theoretische als het empirische onderzoek is afgerond kunnen de resultaten bekeken worden. Aan de hand van deze resultaten kunnen vervolgens conclusies getrokken worden die weer leiden tot aanbevelingen. In dit hoofdstuk zal begonnen worden met een conclusie van de huidige situatie. Vervolgens zullen uit de resultaten van zowel het theoretisch als het empirisch onderzoek aanbevelingen volgen. Omdat de organisatie heeft gevraagd om ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden, zullen deze aanbevelingen vervolgens vertaald worden naar een twaalfstal ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden.

§5.1 Conclusie huidige situatie

Naar aanleiding van gesprekken met patiënten, eigen ervaringen en gesprekken met medewerkers en het MT van het ZHZ kan een conclusie getrokken worden van de huidige situatie, met betrekking tot de bejegening, de omgeving en de services.

Bejegening:

- De patiënten gaven allemaal, zonder uitzondering, aan tevreden te zijn met de gastvrijheid in het ziekenhuis. Sommige maakten de vergelijking met andere ziekenhuizen en ook deze vergelijkingen vielen veelal positief uit voor het ZHZ. Hier moet wel bij opgemerkt worden dat de patiënten bij de vraag naar gastvrijheid eigenlijk direct van het aspect bejegening uitgingen. Bij de algemene indruk werd vrijwel geen rekening gehouden met de aspecten gebouw en services.
- Ook uit de myserie guest ervaring bleek dat de gastvrijheid op het gebied van bejegening op dit moment al ruim voldoende tot goed is. Zowel de ontvangst, als de verdere behandeling, als de afhandeling van eventuele vragen gebeurd op een klantvriendelijke manier.
- Ook de medewerkers en de leden van het MT en de cliëntenraad hadden over het algemeen het idee dat het ZHZ op het gebied van bejegening goed scoort.

Omgeving:

- Op het gebied van omgeving zien veel medewerkers en leden van het MT en de cliëntenraad wel verbetering door de verbouwingen. Alleen omdat de verbouwing op dit moment nog in volle gang is, is het in sommige delen van het ziekenhuis erg rommelig, wat de gastvrijheidsbeleving niet ten goede komt. Daarnaast merkten sommigen op dat de parkeerplaats ook een knelpunt vormt op dit moment, er is te weinig ruimte. Er wordt echter al actie ondernomen wat betreft de parkeerplaatsen, in de vorm van een aparte parkeerplaats voor medewerkers. Wat als positief punt van het aspect omgeving werd genoemd, is de kleinschaligheid die het ziekenhuis uitstraalt. Omdat het een streekziekenhuis is, kan het gebouw vrij kleinschalig blijven. Daarnaast werd de algemene sfeer in het gebouw positief genoemd.
- De bovenstaande punten kwamen ook naar voren uit de myserie guest ervaring. Daarnaast werd de gebrekkige bewegwijzering van station Woerden nog als knelpunt aan de omgeving geconstateerd.
- De patiënten waren erg verdeeld in hun mening over de omgeving. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dezelfde omgeving op iedere patiënt een ander effect heeft. Dit bleek ook al uit de theorie (zie § 3.4).

Services:

Door de medewerkers en MT leden werd over services gezegd dat het ziekenhuis in ieder geval zijn best doet, alleen dat het nog vaak niet helemaal zo loopt zoals het zou horen. Een voorbeeld hiervan is het eten, waarover toch nog wel klachten komen. Daarnaast wordt positief gereageerd op projecten zoals het rijdende winkeltje (zie § 4.5). Terecht werd opgemerkt dat services bijzonder veel toegevoegde waarde hebben, omdat het de patiënt van extra aandacht voorziet. De conclusie was dat op het gebied van services een kleine moeite vaak veel toegevoegde waarde heeft voor de gastvrijheidsbeleving van de patiënt. Alles samenvattend kan dus de conclusie getrokken worden dat de gastvrijheidsbeleving van patiënten en bezoekers van het ZHZ op dit moment al als ‘goed’ tot ‘uitstekend’ wordt ervaren. Gesprekken met leden van het MT, medewerkers en de mysterie guest ervaring wezen echter wel uit dat de gastvrijheidsbeleving op bepaalde punten nog wel degelijk voor verbetering vatbaar is. Met name op de aspecten omgeving en services liggen nog kansen voor het ZHZ. Uit de literatuurstudie bleek dat de bejegening één van de belangrijkste behoeften van de patiënt is, het is bijzonder positief dat het ZHZ juist op dit punt goed scoort.

Wat betreft de doelstellingen van patiënten kan gezegd worden dat de patiënten op de nieuwe afdeling in ieder geval niet onder spoedeisende patiënten vallen. Het zijn patiënten die onder één van de laatste twee categorieën vallen. Dat wil zeggen dat deze patiënten meer behoeften hebben aan een gastvrije omgeving. Uit gesprekken met patiënten bleek echter wel dat de voornaamste doelstelling van patiënten is om te genezen (wat ook logisch is) en dat de gastvrijheidsbeleving alleen maar toegevoegde waarde aan het verblijf kan geven.

§5.2 Anders denken

Bij zowel het theoretisch als het empirisch onderzoek is naar voren gekomen dat een structurele verbetering van de gastvrijheidsbeleving grotere veranderingen vereist dan een aantal ‘makkelijk op te pakken’ maatregelen. De gastvrijheid in het ZHZ wordt op dit moment dan wel als ‘goed tot uitstekend’ ervaren, maar het doel van dit onderzoek was om mogelijkheden te zoeken om deze gastvrijheidsbeleving te vergroten. De meest effectieve mogelijkheden hiervoor vereisen echter structurele verbetering. Een structurele verbetering van de gastvrijheidsbeleving zal vanuit strategisch niveau moeten worden uitgezet en zal op sommige gebieden een andere manier van denken door de gehele organisatie vereisen, vandaar ook de naam van deze paragraaf. Omdat de doelstelling van dit onderzoek was om een aantal ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden te vinden, zijn deze structurele aanbevelingen in de volgende paragraaf worden vertaald naar twaalf ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden. De onderstaande aanbevelingen duiden echter wel de strategische gevolgen van die mogelijkheden aan.

§5.2.1 Algemeen

In deze paragraaf zullen een tweetal aanbevelingen worden gegeven die niet onder één van de drie aspecten van gastvrijheidsbeleving vallen.

Cultuur van de patiënt

Vijver schrijft in zijn boek dat gastvrijheid iets van alle culturen is, maar waar wel in iedere cultuur anders mee omgegaan wordt. Deze theorie is ook interessant voor het ZHZ. Het was al bekend, en dat is inmiddels ook uit het onderzoek gebleken, dat het ZHZ een streekziekenhuis is.

Omdat de patiënten veelal uit dezelfde streek komen kan vrij gemakkelijk rekening gehouden worden met de ‘cultuur’ van deze streek. Een belangrijk deel van deze cultuur wordt al

overgebracht door de medewerkers, omdat een groot deel van hen ook uit dezelfde streek komen.

Er zijn echter nog vele andere manieren om de cultuur die de patiënten van thuis gewend zijn over te brengen naar het ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan het weergeven van karakteristieken van de omgeving in het ziekenhuis.

Ook kan de omgeving meer bij het ziekenhuis betrokken worden door te proberen mensen uit die omgeving naar het ziekenhuis te trekken door het geven van workshops of het houden van andere activiteiten voor zowel patiënten als mensen van buiten het ziekenhuis. De toekomstige zorgpassage zal hier al een belangrijke stap in zijn, maar er zijn nog tal van andere mogelijkheden om de omgeving meer bij het ziekenhuis te betrekken. Er worden op dit punt al een aantal dingen gedaan, zoals het houden van exposities in de polikliniekhal.

Daarnaast kan het ziekenhuis zich afvragen in hoeverre het feit dat we tegenwoordig leven in een multiculturele samenleving invloed heeft op de patiënten in het ziekenhuis. Omdat tijdens het onderzoek moeilijk te achterhalen bleek hoeveel patiënten van allochtone afkomst het ziekenhuis op dit moment behandelt, is het moeilijk te zeggen in hoeverre het ziekenhuis hier op dit moment rekening mee moet houden. Dit zou in de toekomst echter kunnen veranderen en mocht blijken dat er wel degelijk grote aantallen patiënten van allochtone afkomst zijn, zou het voor het ziekenhuis verstandig zijn om hierop in te spelen door ook rekening te houden met de culturen van die mensen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het voedingsaanbod.

Kwaliteitscontrole

Op dit moment vindt één maal per jaar een patiëntenenquête plaats, waarbij over een bepaalde periode steekproefsgewijs een enquête wordt opgestuurd naar mensen die de afgelopen maanden in het ziekenhuis hebben gelegen. Deze steekproef wordt representatief bepaald.

Wanneer het ZHZ echt een goed beeld wil krijgen van de geleverde kwaliteit aan patiënten, zullen op grotere basis kwaliteitsmetingen plaats moeten vinden. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan een korte enquête (+/- 10 vragen) die patiënten standaard ontvangen bij binnenkomst in het ziekenhuis (eventueel bij de informatiemap, zie §5.3.1 mogelijkheid 10). Iedere patiënt krijgt hierdoor de mogelijkheid anoniem het ziekenhuis te beoordelen, maar wordt nergens toe verplicht gesteld. In hotels is deze manier van kwaliteitsmeting al heel gebruikelijk en ook in een ziekenhuis zou dit toepasbaar kunnen zijn. De multimedia terminals die nog dit jaar bij de bedden geplaatst zullen worden, zouden ook een mogelijkheid kunnen bieden om de patiënt een enquête aan te bieden.

Een andere mogelijkheid van kwaliteit meten zou kunnen zijn een mysterie guest op regelmatige basis. Dit hoeft niet iedere week, maar in ieder geval zou iedere afdeling er een aantal keer per jaar mee geconfronteerd kunnen worden. Hierbij moet echter wel in het achterhoofd gehouden worden dat de conclusies van een mysterie guest slechts een momentopname zijn.

Ook zou gedacht kunnen worden aan kwaliteitsmetingen zoals beschreven staat in hoofdstuk 3. Bij een dergelijke meting worden alle aspecten van het proces dat een patiënt doorloopt behandeld en hierbij wordt met name gelet op de ervaringen van de patiënt. Tijdens dit onderzoek is al een globale schets gemaakt van het proces dat een patiënt doorloopt, zie hiervoor bijlage 12. Door een dergelijke meting op structurele wijze uit te voeren komen

zwakke plekken in het proces en de ervaringen van de patiënt snel naar boven en kan op deze punten direct actie worden ondernomen.

Er zijn organisaties waarbij de kwaliteitsmetingen al zover zijn doorgevoerd dat afdelingen er (financieel) op worden afgerekend, de schoonmaakafdeling wordt dan bijvoorbeeld gekort op het budget, wanneer uit de kwaliteitsmetingen blijkt dat de schoonmaak niet naar behoren is. Of dit haalbaar is in een ziekenhuis is de vraag, omdat een ziekenhuis te maken heeft met vele ingewikkelde processen. Betere kwaliteitsmetingen houden dan in de huidige situatie is echter wel degelijk haalbaar.

Goede kwaliteitsmetingen geven een goed beeld waar de verbetermogelijkheden/kansen voor een organisatie liggen. Door een goed beeld te krijgen van deze mogelijkheden kan actief actie worden ondernomen op deze punten. Op deze manier kan effectief gewerkt worden aan een betere kwaliteit voor de patiënt.

§5.2.2 Bejegening

In deze paragraaf zullen drie aanbevelingen worden gegeven die de gastvrijheidsbeleving op het gebied van bejegening zullen verbeteren.

Visie vanuit het hart!

Vijver beschrijft ook dat gastvrijheid een visie vanuit het hart moet zijn. Mensen moeten zich realiseren dat gastvrijheid een noodzaak is. Mensen zijn afhankelijk van elkaar. In het ziekenhuis geldt dit net zo goed, de patiënten kunnen niet zonder de medewerkers, maar andersom heeft een ziekenhuis zonder patiënten ook geen bestaansrecht. Medewerkers die nog met het ouderwetse idee lopen dat de patiënt afhankelijk is van hen, moeten deze manier van denken direct naast zich neerleggen.

De directrice van Humanitas Acropolis legde uit dat medewerkers eigenlijk hun eigen waarden en normen tijdelijk opzij moeten zetten wanneer zij aan het werk zijn. Op deze manier zullen zij volledig openstaan voor de wensen van de patiënt.

Het is dus aan de staf van het ziekenhuis om ervoor te zorgen dat alle medewerkers de noodzaak van gastvrijheid inzien. De medewerkers die nu nog niet zover zijn, zullen op een andere manier naar de patiënt moeten kijken. Dit proces is echter niet eenvoudig. Met name de medewerkers die al vele jaren in het ziekenhuis werken zijn vaak nog gewend aan het denkbeeld van de patiënt als ondergeschikte. Het zal een intensief traject zijn, d.m.v. bijvoorbeeld cursussen, om deze mensen een andere manier van denken aan te leren.

Uit zowel het theoretisch als het empirisch onderzoek bleek echter dat de bejegening, het gedrag dat de medewerker toont jegens de patiënt, voor de patiënt een belangrijke behoefte, en het belangrijkste onderdeel van de gastvrijheidsbeleving vormt. Juist daarom is het essentieel voor een goede gastvrijheidsbeleving om de patiënt centraal te stellen en de bejegening optimaal te laten zijn. Uit het empirisch onderzoek is dan wel naar voren gekomen dat de patiënt tevreden is over de bejegening, uit de patiëntenquête blijkt ook dat er nog een aantal bejegening aspecten zijn die relatief laag scoren, zoals de mogelijkheden om persoonlijke problemen met een arts te bespreken (zie paragraaf 4.3.2). Juist op deze punten zal extra hard gewerkt moeten worden om die visie vanuit het hart te creëren.

Ja-cultuur

Het creëren van een ja-cultuur is eigenlijk een verlengde van de in § 5.2.2 genoemde aanbeveling. In een aantal verzorgingstehuizen (vb. Humanitas Rotterdam) heeft men een zogenaamde 'ja-cultuur' weten te creëren. Het heeft ook alles te maken met de bejegening van de patiënt, om een 'ja-cultuur' te creëren zal echter de gehele bedrijfscultuur moeten veranderen, in plaats van slechts het gedrag van de medewerkers.

Het idee van een 'ja-cultuur' is dat vragen of verzoeken van patiënten in eerste instantie nooit met 'nee' zullen worden beantwoord. Wanneer een patiënt een verzoek heeft zal eerst gekeken worden welke mogelijkheden er zijn voor dit verzoek. Pas wanneer uit onderzoek blijkt dat het echt niet mogelijk is op het verzoek in te gaan, zal de patiënt teleurgesteld worden, dan echter wel met een duidelijke reden. De 'ja-cultuur' is een manier van werken die naar alle waarschijnlijkheid is overgenomen vanuit de hotelserie, waar deze manier van werken al langere tijd wordt gehanteerd.

Hoe een verzoek van een patiënt behandeld wordt hangt op dit moment in grote mate af van de medewerker bij wie de patiënt het verzoek neerlegt. De ene medewerker zal wel zijn best doen op het verzoek in te gaan, terwijl een ander wellicht het verzoek direct zal afwijzen. Maar los daarvan zal een medewerker ook mogelijkheden moeten krijgen om op verzoeken in te gaan. Wanneer een medewerker gebonden is aan veel regels, laat dit minder ruimte voor eigen initiatieven.

Het invoeren van een dergelijke cultuur is een lang proces, dat vaak jaren (bijvoorbeeld bij Humanitas Rotterdam: 10 jaar) duurt. Met het 'koning klant' project is al een goed begin gemaakt met het opzetten van een dergelijke cultuur, dit project heeft echter alweer enige tijd geleden gelopen.

Om een 'ja-cultuur' te bereiken, zal het personeel een 'ja-mentaliteit' aan moeten nemen, dit kan onder andere bereikt worden door cursussen aan het huidige personeel en strengere selectie van personeel dat nieuw wordt aangenomen. Daarnaast zal de top van de organisatie ook in moeten zien dat het personeel op de werkvloer bepaalde verantwoordelijkheden moet krijgen. Wanneer een medewerker bij een verzoek eerst aan meerdere mensen toestemming moet vragen, zal de moed al snel opgegeven worden. Of de medewerkers op dit moment vinden dat ze toch een te lange weg moeten doorlopen om goedkeuring voor eigen initiatieven te krijgen, of dat de medewerkers simpelweg niet initiatiefrijk genoeg zijn is niet duidelijk, in ieder geval zal er iets moeten veranderen, wil men een echte 'ja-cultuur' bereiken.

Decentralisatie van bepaalde zaken (bijvoorbeeld een kleine keuken op de afdeling) kan ook de mogelijkheden voor de individuele patiënt vergroten. Hierdoor nemen namelijk ook de mogelijkheden van de medewerker toe, om op de wensen van de individuele patiënt in te gaan.

Wanneer een 'ja-cultuur' is bereikt, zullen de mogelijkheden voor patiënten toenemen. Er kan dan beter ingespeeld worden op de wensen van de individuele patiënt. Nogmaals dient gezegd te worden dat de patiënten op dit moment niet ontevreden zijn, maar het kan altijd beter.

Interne gastvrijheid

Om gastvrijheid naar de patiënt (extern) uit te kunnen stralen, zullen medewerkers intern ook gastvrij met elkaar om moeten gaan. Wanneer er onvrede heerst tussen medewerkers, zullen

patiënten dit snel genoeg merken door de manier waarop deze medewerkers met elkaar omgaan.

Een goede manier om interne gastvrijheid te bereiken is door medewerkers mee te laten lopen op elkaars afdelingen. Hierdoor leren medewerkers elkaars werkzaamheden beter kennen. Het gevolg hiervan is dat zij makkelijker rekening met elkaar kunnen houden op het moment dat niet alles volgens plan verloopt.

In het Safaripark Beekse Bergen is een vergelijkbaar project gestart, genaamd: Kijk je Buurman. Het voordeel van een dergelijk project is bovendien dat medewerkers meer mensen binnen de organisatie leren kennen, buiten hun eigen afdeling. Hierdoor kan ook de interne communicatie verbeteren.

Uiteraard is een Safaripark een geheel andere organisatie dan een ziekenhuis. Het principe is echter hetzelfde. Wanneer medewerkers elkaar respecteren zullen zij dit uitstralen naar de patiënt. Deze zal zich hierdoor beter op zijn gemak voelen dan wanneer een medewerker agressiviteit uitstraalt naar een andere medewerker.

§5.2.3 Services

In deze paragraaf zullen twee aanbevelingen worden gegeven die de gastvrijheidsbeleving op het gebied van services zullen vergroten.

Onbaatzuchtigheid

Uit de theorie is gebleken dat gastvrijheid onbaatzuchtig behoort te zijn. Ook dit is iets waar het ziekenhuis rekening mee zal moeten houden.

Onbaatzuchtig wil overigens niet zeggen dat er helemaal geen geld gevraagd mag worden, er zou alleen geen winst gemaakt moeten worden op gastvrijheid.

Uit het empirisch onderzoek is gebleken dat bijvoorbeeld de telefoon en televisie vaak als te duur worden ervaren door de patiënt, dit heeft een negatief effect op de gastvrijheid. Ook de invoering van betaald parkeren, dat binnenkort een feit wordt, zal niet gunstig zijn voor de beleving van de gastvrijheid. Met name bij het betaald parkeren schuilt een gevaar, omdat dit één van de eerste indrukken is de een patiënt of bezoeker zal hebben en de eerste indruk is vaak één van de belangrijkste.

Om echte gastvrijheid te realiseren zullen dus alle services die geboden worden aan de patiënt en zijn bezoeker, onbaatzuchtig moeten zijn. Wellicht is dit echter niet realistisch, omdat er toch ook geld verdiend zal moeten worden, maar het is wel een punt om in het achterhoofd te houden.

Zeker wanneer de patiënt het idee krijgt dat hij/zij teveel moet betalen voor een bepaalde dienst, zal dit negatieve invloed hebben op de gastvrijheidsbeleving van die patiënt.

Inbesteden/Uitbesteden

Make or buy, dat blijft de vraag. Op dit moment zijn er concepten in ontwikkeling waarbij eigenlijk het beste van beide overblijft. De Vijverborgh Adviesgroep heeft op dit moment een concept in ontwikkeling in de vorm van een franchise. Dit concept heeft specifiek betrekking op de voedingsaspecten van het ziekenhuis en is interessant om te bekijken in het kader van de gastvrijheidsbeleving.

Bij uitbesteding is vaak het gevaar dat de uitbestede dienst de identiteit van de organisatie mist. Door dit concept van franchising in te voeren kan wel gebruik gemaakt worden van de expertise van een bedrijf dat gespecialiseerd is op het gebied van catering, maar zal de organisatie zijn eigen identiteit kunnen laten doorwerken in het restaurant.

Voor de gastvrijheidsbeleving heeft dit ook gevolgen. Als organisatie wil je een bepaalde identiteit uitstralen, om deze reden wordt bijvoorbeeld ook een huisstijl ontwikkeld. Deze identiteit zal het beste doorwerken op de patiënt wanneer het gehele ziekenhuis deze identiteit aanneemt, dus ook het restaurant. Het ziekenhuis kan zo zijn eigen normen en waarden, dus ook die op het gebied van gastvrijheid door laten werken in alle aspecten van de organisatie. Met de huidige SoHo constructie (een samenwerkingsverband tussen Sodexho en het ZHZ) is al rekening gehouden met het gevaar van het uitbesteden van diensten. Ook bij het uitbesteden van andere diensten moet dit risico in het achterhoofd gehouden worden.

§5.2.4 Omgeving

In deze paragraaf zal een aanbeveling worden gegeven die de gastvrijheidsbeleving op het gebied van omgeving zal vergroten.

Healing environment

Wanneer mensen gevraagd wordt hoe zij gastvrijheid typeren, antwoorden velen: “Je op je gemak voelen”. Maar hoe bereik je dit? De omgeving kan hier een belangrijke rol in spelen.

Uit vele onderzoeken is gebleken dat de omgeving naast een functionele ook nog een helende werking op patiënten kan hebben. Het is bewezen dat uitzicht op de natuur een positieve uitwerking heeft op de uiteindelijke tevredenheid van de klant. Maar ook in het gebouw kunnen planten een positieve uitwerking op de patiënt hebben.

De ontwerpen van een gedeelte van de tuin zijn al klaar, bij deze ontwerpen is rekening gehouden met het uitzicht van de patiënt. Ook bij de ontwerpen van de overige delen van de tuin zou de aanbeveling zijn om ook vanuit de patiënt te kijken, die vaak van bovenaf naar de tuin ligt te kijken.

Hetzelfde geldt voor de wacht- en dagverblijven binnen. De ontwerpen hiervan zijn nog niet volledig. Ook deze kunnen zo worden ingericht dat ze de patiënt tot rust brengen in tijden die vaak veel stress met zich mee brengen.

Al deze maatregelen zullen tot gevolg hebben dat de patiënt en zijn bezoeker zich sneller op hun gemak voelen. Dit heeft een positieve uitwerking op de gastvrijheidsbeleving.

§5.3 Verbetermogelijkheden: Matrix gastvrijheidsbeleving

Tijdens het empirisch onderzoek kwam meerdere malen naar voren dat een verbetering van de gastvrijheidsbeleving ook d.m.v. eenvoudige dingen kan gebeuren. Daarnaast is ook vanuit de organisatie kenbaar gemaakt dat men voornamelijk op zoek was naar ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden. Deze twee feiten hebben ertoe geleid dat de in de vorige paragraaf genoemde aanbevelingen in deze paragraaf zullen worden vertaald naar een aantal ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden om de gastvrijheidsbeleving te verbeteren.

Het dient gezegd te worden dat de onderstaande mogelijkheden uiteraard niet de enige mogelijkheden zijn om de gastvrijheidsbeleving te vergroten. De onderstaande mogelijkheden zijn vertaald vanuit de bovengenoemde aanbevelingen en gestructureerd op basis van de matrix gastvrijheidsbeleving (voor een uitleg van de matrix gastvrijheidsbeleving, zie bijlage

13). Voor een totaal overzicht van de mogelijkheden die uit het empirisch onderzoek naar voren zijn gekomen, zie bijlage 7.

5.3.1 De matrix ingevuld

Een combinatie van de ideeën die zijn voortgekomen uit het empirisch onderzoek en de aanbevelingen, hebben geleid tot de onderstaande matrix. De meeste mogelijkheden zijn voortgevloeid uit de aanbevelingen. Een enkele komt echter niet vanuit een aanbeveling, maar zal wel voor een hogere gastvrijheidsbeleving zorgen. Onder de matrix wordt een korte uitleg van de mogelijkheden gegeven en hoe deze de gastvrijheidsbeleving vergroot.

Het resultaat hiervan is de onderstaande matrix, voor een korte uitleg van de mogelijkheden die in deze matrix staan aangegeven zie bijlage 14. De onderstaande matrix moet niet verwart worden met de matrix uit paragraaf 4.3.3, deze mogelijkheden waren slechts bedoeld om de behoeften van de patiënt te testen, de onderstaande matrix bevat de uiteindelijke aanbevelingsmogelijkheden.

	Omgeving	Bejegening	Services
Amusementsbeleving	1. Planten in het gebouw, op de afdelingen	5. Project 'Kijk je buurman'	9. Giftshop via het Internet
Lerende beleving	2. Karakteristieken van omgeving door het ziekenhuis heen weergegeven	6. Alle medewerkers een button met een tekst als vb.: "Vraagt u maar!" uitreiken	10. Informatieboekje bij 'inchecken' in het ziekenhuis
Ontsnappingsbeleving	3. Rustgevende wacht/dagverblijven	7. Een medewerker loopt 's ochtends een rondje, puur voor een praatje.	11. Thema avonden/lezingen voor patiënten en mensen uit de omgeving
Esthetiek beleving	4. Meer dieren/planten op het terrein	8. 'Koning klant' project opfrissen	12. Broodkar op de kamer

Hoofdstuk 6 Consequenties en actieplan

In dit hoofdstuk zullen de consequenties van de in hoofdstuk 5 benoemde aanbevelingen worden beschreven. Hierbij is gekozen om de consequenties van de mogelijkheden uit de matrix te beschrijven, omdat deze momenteel het meest zinvol zijn voor de organisatie. Deze consequenties zijn opgesplitst in financiële, personele en organisatorische consequenties. In paragraaf 6.2 zal een actieplan gegeven worden met daarin de te nemen stappen ter implementatie van de aanbevelingen. Ten slotte zal in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk een terugkoppeling gemaakt worden naar de probleemstelling en de einddoelstelling.

§ 6.1 Consequenties

In deze paragraaf zullen de algemene consequenties van het verhogen van de gastvrijheidsbeleving worden benoemd. Daarnaast zal kort gekeken worden wat de consequenties zullen zijn van de twaalf mogelijkheden uit de matrix gastvrijheidsbeleving, die benoemd zijn in hoofdstuk 5. Voor de kosten en baten van iedere mogelijkheid afzonderlijk, zie bijlage 15.

§ 6.1.1 Financieel

De financiële consequenties van het verhogen van de gastvrijheidsbeleving zullen op de korte termijn zelden positief voor de organisatie uitpakken. Zoals uit het theoretisch onderzoek is gebleken, behoort gastvrijheid altijd onbaatzuchtig te zijn. Dit betekent dat er in ieder geval geen financiële winst op gastvrijheid te behalen valt.

Op korte termijn is financieel het hoogst haalbare dan ook om de kosten terug te verdienen. Dit kan doormiddel van het doorberekenen van de kosten aan de patiënt, of door het zoeken van sponsors om de kosten te dekken.

Op de lange termijn kan echter wel financieel voordeel behaald worden door de gastvrijheidsbeleving te vergroten. Dit verband is echter indirect. Door de gastvrijheidsbeleving te vergroten, zal de klanttevredenheid toenemen. Wanneer de klanttevredenheid toeneemt, zal dit bijdragen aan de loyaliteit van de klant en een positief imago van het ziekenhuis. Loyale klanten en een positief imago zorgen voor het behoud van de marktaandeel, of zelfs een groei hiervan, wat financieel voordeel oplevert.

In de onderstaande tabel zal kort per mogelijkheid worden weergegeven welke financiële consequenties eraan verbonden zijn, zowel uitgaven als mogelijke inkomsten, voor een uitgebreide uitleg per mogelijkheid zie bijlage 15.

Mogelijkheid	Voornaamste uitgaven post	Terugverdien mogelijkheden
1 Planten in het gebouw	Aanschaf planten (eenmalig/regelmatig)	
2 Karakteristieke omgeving	Aanschaf 'kunst' (eens per vijf jaar)	Sponsoring (kunst/cultuurfondsen)
3 Rustgevende dagverblijven	Inrichten/onderhouden dagverblijven	
4 Dieren/planten op terrein	Aanleg tuin/ onderhoud tuin	Sponsoring (natuurorganisaties, Rabobank)
5 Project 'Kijk je buurman'	Organiseren project, loonkosten werknemers die meedoen	
6 Medewerker button uitreiken	Ontwerpen en produceren buttons en begeleidende brief.	
7 Medewerker loopt rondje	Loonkosten werknemer	

8 ‘Koning klant’ project	Organiseren project, eventueel geven van cursussen	
9 Giftshop via Internet	Opstarten van een webshop m.b.v. expert.	Administratietoeslag vragen per bestelling
10 Informatiemapje	Reproductiekosten	Sponsoring in het mapje (advertenties)
11 Thema avonden	Sprekers	Bijdrage vragen van bezoekers van de avond
12 Broodkar op kamers	Loon medewerkers/ Aanschaf karren	

§ 6.1.2 Personeel

Wat betreft personele consequenties van de mogelijkheden: Er zal voor iedere mogelijkheid één verantwoordelijke aangewezen moeten worden. Deze verantwoordelijke zal verantwoordelijk gehouden worden voor het uitwerken en implementeren van die betreffende mogelijkheid. De initiatiefnemer van alle mogelijkheden (degene die ook de verantwoordelijke aanwijst, in dit geval waarschijnlijk de directeur ZF&V of het hoofd Faciliteiten Hofpoort) laat zich door de verantwoordelijke regelmatig op de hoogte brengen van de stand van zaken van de mogelijkheid waarvoor diegene verantwoordelijk is. Daarnaast zal het uitwerken en implementeren van de mogelijkheden de verantwoordelijke veel tijd kosten. Deze tijd (loonuren) moeten door de initiatiefnemer aan de verantwoordelijke verstrekt worden.

In de onderstaande tabel wordt per mogelijkheid een suggestie gegeven welke afdeling gevraagd kan worden als verantwoordelijke van de mogelijkheid, daarnaast is kort weergegeven welke afdelingen door deze verantwoordelijke gevraagd zouden kunnen worden voor de in- en uitvoering van de mogelijkheden. Voor een uitgebreide uitleg van deze suggesties per mogelijkheid, zie bijlage 15.

Mogelijkheid	Verantwoordelijke afdeling	Invoering	Uitvoering
1 Planten in het gebouw	Bouwcommissie	Binnenhuis architect	Extern bedrijf
2 Karakteristieken omgeving	Commissie ‘kunst’	Commissie ‘kunst’	Technische dienst
3 Rustgevende dagverblijven	Bouwcommissie	Binnenhuisarchitect	Bouwbedrijf/ Schoonmaakservice
4 Dieren/planten op terrein	Bouwcommissie	Tuinarchitect	Hoveniers bedrijf/Vrijwilliger
5 Project ‘kijk je buurman’	Personeelszaken/ projectbureau	Afdeling Personeelszaken/ projectbureau	Medewerkers
6 Medewerkers button uitreiken	Personeelszaken/ projectbureau	Afdeling Personeelszaken/ projectbureau	Alle medewerkers
7 Medewerker loopt rondje	Personeelszaken/ projectbureau	Hoofden van de afdelingen	Medewerkers/Vrijwilligers
8 Koning klant project	Personeelszaken/ projectbureau	Afdeling Personeelszaken/ projectbureau	Afdeling Personeelszaken/ projectbureau
9 Giftshop via Internet	Communicatie	Afdeling communicatie	Automatisering

10 Informatiemapje	Patiëntenvoorlichting	Patiëntenvoorlichting	Reproductie/receptiemedewerkers afdelingen
11 Thema avonden	Vrijwilligerswerk	Afdeling Vrijwilligerswerk	Afdeling Vrijwilligerswerk
12 Broodkar op kamers	Faciliteiten	Afdeling Facilitaire Dienst	Medewerkers Hotelservices

§ 6.1.3 Organisatorisch

De organisatorische consequenties van het uitvoeren van de mogelijkheden zullen niet al te groot zijn. Omdat de mogelijkheden ‘makkelijk op te pakken’ zijn, zijn geen grote organisatorische veranderingen vereist. Alles bij elkaar zal het implementeren van alle twaalf de mogelijkheden wel bijzonder veel tijd kosten. Omdat de verantwoordelijkheden echter over de gehele organisatie worden verdeeld hoeven geen grote organisatorische veranderingen plaats te vinden om alle mogelijkheden te kunnen implementeren.

Wanneer de organisatie ervoor kiest de gastvrijheidsbeleving structureel te veranderen, zal dit echter wel organisatorische gevolgen hebben in sommige gevallen.

§ 6.2 Actieplan

Uit het onderzoek zijn een aantal voorwaarden naar voren gekomen om een implementatie van de mogelijkheden succesvol te maken. Met deze voorwaarden is rekening gehouden bij het onderstaande actieplan. Deze voorwaarden waren:

- De maatregel moet draagvlak hebben onder de medewerkers
- De maatregel moet in een behoefte voorzien
- De verwachte resultaten moeten haalbaar zijn.
- Het instellen van een proeftijd, met evaluatie, is aan te raden
- Er moeten duidelijke doelstellingen worden gesteld
- Een goede promotie is essentieel voor het succes van de maatregel.

De initiatiefnemer (De directeur ZF&V of het hoofd faciliteiten) zal bij het overgrote deel van de aanbevolen mogelijkheden een overkoepelende rol hebben. Hieronder staan de actiepunten benoemd die de initiatiefnemer zal moeten doorlopen.

1. Alle medewerkers de essentie van gastvrijheid laten zien d.m.v. bijvoorbeeld een brief (kan gecombineerd met mogelijkheid 6). In deze brief direct vermelden welke actie ondernomen gaat worden om de gastvrijheidsbeleving te vergroten. Hiermee wordt draagvlak voor de mogelijkheden gecreëerd onder de medewerkers.
2. De initiatiefnemer zal voor iedere mogelijkheid afzonderlijk een verantwoordelijke (medewerker of afdeling) aan moeten wijzen. Deze verantwoordelijke zal vervolgens de verdere uitwerking en implementatie van de mogelijkheid op zich nemen, en wordt hierbij ook verantwoordelijk voor bijvoorbeeld de promotie (essentieel voor het slagen van een mogelijkheid). Dit zal hem/haar echter in de meeste gevallen wel een aantal werkuren kosten, deze zullen beschikbaar moeten worden gesteld door de initiatiefnemer.
3. De initiatiefnemer zal samen met de verantwoordelijke duidelijke doelstellingen en verwachte resultaten van de desbetreffende mogelijkheid moeten opstellen. Daarnaast zal een proeftijd worden vastgesteld.
4. Na afloop van iedere proeftijd zal de initiatiefnemer met de verantwoordelijke moeten evalueren. Hierbij wordt gekeken of de doelstellingen en resultaten zijn behaald. Is dit niet het geval, dan zal gekeken moet worden waar dit aan ligt en hoe dit aangepast kan worden. In het uiterste geval kan besloten worden de mogelijkheid stop te zetten.

De verantwoordelijke (kan een afdeling of één medewerker in het bijzonder zijn) zal dus een apart actieplan voor zijn eigen mogelijkheid moeten doorlopen. Hieronder staat de algemene actiepunten die iedere verantwoordelijke zal moeten doorlopen.

1. De verantwoordelijke krijgt van de initiatiefnemer de verantwoordelijkheid over de uitwerking en implementatie van de mogelijkheid.
2. De verantwoordelijke moet samen met de initiatiefnemer duidelijke afspraken maken over het aantal uren dat besteed mag worden aan de uitwerking en implementatie van de mogelijkheid. Daarnaast bespreekt de verantwoordelijke samen met de initiatiefnemer wat de doelstellingen van de mogelijkheid zijn en wat de verwachte resultaten. Daarnaast zal de lengte van de proeftijd bepaald worden.
3. De verantwoordelijke maakt een actieplan en tijdsplanning voor de uitwerking en implementatie van de mogelijkheid (met behulp van de actieplannen in bijlage 15).
4. De verantwoordelijke bespreekt ook dit actieplan en de tijdsplanning kort met de initiatiefnemer (zou eventueel zelfs via de email kunnen).
5. De verantwoordelijke doorloopt het actieplan.
6. Na afloop van de proeftijd vindt door de verantwoordelijke, samen met de initiatiefnemer, een evaluatie plaats. Tijdens deze evaluatie wordt bekeken of de doelstellingen behaald zijn. Is dit niet het geval zijn, dan zal gekeken worden waar dit aan ligt en wat eraan gedaan kan worden. Daarnaast zal tijdens deze evaluatie ook de toekomst van de mogelijkheid besproken worden. Mocht blijken dat de mogelijkheid toch niet in een behoefte voorziet of de gastvrijheidsbeleving niet vergroot, dan zal na de proeftijd besloten worden de mogelijkheid stop te zetten. Blijkt de mogelijkheid wel effectief te zijn, dan zal bekeken worden welke aanpassingen gedaan moeten worden en hoe de mogelijkheid zal worden voortgezet.

Voor een specifiek actieplan per mogelijkheid, zie bijlage 15. Deze actieplannen laten ook direct zien waarom de mogelijkheden ‘makkelijk op te pakken’ zijn, de actieplannen bevatten hooguit tien stappen per mogelijkheid.

Conclusie

De probleemstelling van dit onderzoek was:

Welke nieuwe doeltreffende mogelijkheden zijn er voor het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (ZHZ) om de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers te vergroten? Hierbij wordt de gastvrijheidsbeleving bedoeld in het kader van de omgeving, de bejegening en de services.

Deze probleemstelling is in hoofdstuk 5 beantwoord in de vorm van acht aanbevelingen op strategisch niveau en twaalf ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden. De twaalf mogelijkheden zijn:

1. Planten in het gebouw, op de afdelingen
2. Karakteristieken van de omgeving door het ziekenhuis heen weergeven
3. Rustgevende wacht/dagverblijven
4. Meer dieren/planten op het terrein
5. Project ‘Kijk je buurman’
6. Alle medewerkers een button met een tekst als vb.: “Vraagt u maar!” uitreiken.
7. Één medewerker loopt ’s ochtends een rondje, puur voor een praatje
8. Koning klant project ‘opfrissen’
9. Giftshop via het Internet
10. Informatieboekje bij opname in het ziekenhuis
11. Thema avonden/lezingen voor patiënten en mensen uit de omgeving
12. Broodkar op de kamer

Ieder van de twaalf mogelijkheden zullen doeltreffend zijn, mits op de juiste manier ingevoerd en met de juiste doelstellingen overgedragen aan de verantwoordelijke.

Het strategische belang van deze afzonderlijke mogelijkheden staat in hoofdstuk 5 beschreven. Elk van deze mogelijkheden zal namelijk invloed hebben op één van de acht aanbevelingen op strategisch niveau. Daarnaast zal het verhogen van de gastvrijheidsbeleving in het algemeen strategische gevolgen hebben, deze zijn beschreven in paragraaf 1.2.4.

De einddoelstelling van het onderzoek was:

Het onderzoek moet leiden tot een aantal nuttige aanbevelingen van ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden die de gastvrijheidsbeleving van de patiënten en bezoekers zullen vergroten. Van deze mogelijkheden dient ook beschreven te worden waarom ze nuttig zijn en wat de kosten en baten van deze mogelijkheden zijn.

Ook deze einddoelstelling is behaald. De twaalf mogelijkheden zijn ‘makkelijk op te pakken’ en zullen de gastvrijheidsbeleving van zowel patiënten als bezoekers vergroten. Uit bijlage 15 blijkt waarom de mogelijkheden makkelijk op te pakken zijn en in hoofdstuk 6 zijn de consequenties kort beschreven, ook deze zijn verder uitgewerkt in bijlage 15.

Het vergroten van de gastvrijheidsbeleving in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis kan gedaan worden op een eenvoudige of een structurele manier. Hoe dan ook, met de aanbevelingen in dit rapport zal het ZHZ toewerken naar een Hofpoortbeleving van “Service met zorg!”

Literatuurlijst

Artikelen

- Barth, T.: Specialisten hebben de leiding in het OLVG.
- In: Zorg facilitair, januari/februari 2005.
- Broekmans, T. : 'Neem een voorbeeld aan de partycatering'.
- In: Zorgvisie Facilitair, jaargang 1, februari 2005.
- Gibbels, Mario: Wees geen grauwe aardappel.
- In: Zorgvisie. Maart 2004
- Heijltjes, M.: Sturen op de mening van de klant.
- In: Facto magazine, nummer 5 2004.
- Houwelingen, E. van & Verschoor, R.: Concurrentie in de zorg.
- In: Hofpoort geluiden, januari 2005.
- Köhler, W. en Metz, T.: Genezend gebouw
- In: NRC Handelsblad: Wetenschap & Onderwijs, zaterdag 9 april 2005
- Loon, G. van: Ieder zijn eigen winkeltje.
- In: Zorgvisie. September 2004
- Mosterd, D.: Hoe veilig is betalen via Internet?
- In: Metro ICT special, 18 mei 2005
- Mostert, H.: Een hefboom voor vraaggericht én vakbekwaam werken in de thuiszorg.
- In: Kwaliteit in beeld, 2004
- Poel, Ph.van de: Zielenood in ziek lichaam.
- In: Zorgvisie. Juni 2004
- Rommelse, Ing. R.P.: Gastvrijheid in de zorg
- In: Facility Management Magazine, April 2005
- Schijns, Dr. J.M.C.: Loyaliteit en klanttevredenheid, een twee-eenheid?
- In: Bedrijfskunde, jaargang 74 2005 nr. 1
- Wagenaar, C.: Het einde van het ziekenhuis als utilitair gebouw?
- In: Facility management magazine, April 2005

Boeken

- Berg, A.E. van den: Health impacts of healing environments. Foundation 200 years University Hospital Groningen, 2005. ISBN 9032703447
- Bouter, R.F.: Handleiding voor de afstudeeropdracht. Haagse Hogeschool, 2004. ISBN 9073077095
- Camp, Robert, C.: Benchmarking. Kluwer, 1992. ISBN 9020126865
- Daane Bolier, D.G.L.: Hotelmanagement. SHV Uitgeverij Zoetermeer, 1995. ISBN 9070492903
- Geerts, prof. Dr. G. & Boon, drs. C.A. den: Woordenboek der Nederlandse Taal, Van Dale Lexicografie BV, 1999 (13^e druk)
- Kempen, P.M. & Keizer, J.A.: Advieskunde voor praktijkstages. Wolters Noordhoff, 2000. ISBN 9001468225
- Keuning, dr. D. & Eppink, dr. D.J.: Management & organisatie. Wolters Noordhoff, 2002. ISBN 9020731300
- Looy, B. van; Gemmel, P. & van Dierdonck, R.: Services management. Prentice Hall, financial times, 2003. ISBN 027367353
- Pine, B.J. & Gilmore, J.H.: De beleveniseconomie. Academic Service, 1999. ISBN 9052613257

- Raad voor de volksgezondheid: Van patiënt tot klant. Raad voor de volksgezondheid, 2003.
- Thomassen, drs. Jean -Pierre. R.: De klantgerichte organisatie, Beamont Quality Publications BV, 1995.
- Thomassen, drs. J-P. R.: Waardering door klanten. Kluwer/INK, 2002. ISBN 9014089724
- Tromp, F.: Met je kop tegen de muur: macht en onmacht in het ziekenhuis. Kosmos Z&K Uitgevers, 1996. ISBN 90215289
- Vijver, H.: Ethiek van de gastvrijheid. Van Gorcum & Comp B.V., 1996. ISBN 9023231619
- Vries, de, Helsdingen, van en Kasper: Dienstenmarketing management. Wolters Noordhoff, 2001. ISBN 9020730983

Interne stukken

- Geest, J.J. van: Notitie Hotel service, geïntegreerde dienstverlening op de verpleegafdeling. Woerden: Hofpoort Ziekenhuis, 1999.
- Geest, J.J. van e.a.: Integratieplan Zuwe Facilitair. Woerden: Hofpoort Ziekenhuis, 2002.
- Stuurgroep Bouw: Uitgangspunten commissie uitstraling. Woerden: Hofpoort Ziekenhuis, 2001.
- Geest, J.J. van: Zuwe Facilitair, service met zorg. Introductiefolder. Woerden: Zuwe Facilitair, 2003.
- Geest, J.J. van e.a.: Jaarplan 2005 Zuwe Facilitair. Woerden: Zuwe Facilitair, november 2004.
- Pel, J.: Kliniekenquête 2004. Woerden: Hofpoort Ziekenhuis, 2004
- Schnerr, J.W.P. e.a.: Kernbeleid 2003-2006. Woerden: Hofpoort Ziekenhuis, 2003.

Syllabi

- Berg, E. van den: Services 1. Den Haag: Haagse hoge school, 2004. Code 2317.
- Genet, drs. C.M.: Methoden van onderzoek en de Markt, Den Haag: Haagse hoge school, 2001. Code 2384.
- Mante, drs. Y.A. : Handleiding schriftelijke rapportage, Den Haag: Haagse hoge school, 2001. Code 2318.

Internet

- Algemene en academische ziekenhuizen: Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005.
- www.rivm.nl/vtv/object_map/o562n21157.html (04/04/05)
- Community hospital of the monterey penunsila – Health library.
- www.chomp.org (04/04/05)
- DBC onderhoud.
- www.dbconderhoud.nl (17/02/05)
- De klantvriendelijke Huisstijl.
- www.cordevrieze.nl (01/03/05)
- Abraham Maslow Biography: Hierarchy of needs
- www.valuebasedmanagement.net (07/04/05)
- Fleurop interflora bloemen en boeketten bezorgen.
- www.fleurop.nl (26/04/05)
- (INK): Beschrijving.
- www.ink.nl (05/04/05)
- KP Santa Clara Medical Centre.
- www.kaisersantaclara.org (04/04/05)

- Management methodes, Management models, Management theories.
- www.valuebasedmanagement.net (21/02/05)
- MINVWS | DBC in vogelvlucht.
- www.minvws.nl/dossiers/dbc (04/04/05)
- Patient services.
- www.novatocommunity.sutterhealth.org (04/04/05)
- Privékliniek homepage
- www.privekliniek.com (04/04/05)
- SMCS guest services.
- www.suttermatsurgcenter.org (04/04/05)
- SWIZ
- www.swiz.nl (21/02/05)
- Zuwe internet
- www.zuwe.nl (14/02/05)

Overig

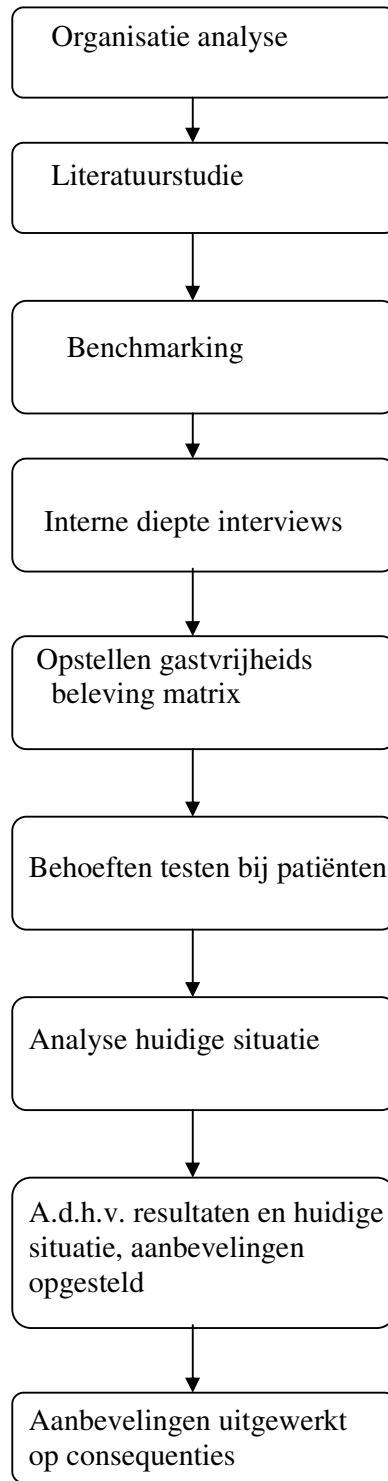
- Brochure: Roomservice dining menu, San Jose, USA: Good samaritan hospital, 2004.
- Buys, A.R. & van Geest, J.J.: San Fransisco en omstreken, verslag studiereis 9 t/m 17 oktober 2004. Master of health care management, 2004
- Geest, J.J. van: Afstudeerscriptie healing environment. Rotterdam: Master of Health care studies Erasmus Universiteit, 2005.
- Kolderweij, J. e.a.: Ruimte voor patiënten: bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief. Uitgegeven door Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG), datum onbekend.
- Martens, H.: R/CM/Marketing research. Amsterdam: Schiphol group, februari 2005.
- Presentatie Hofpoort Ziekenhuis beleid/knelpunten t/m 2006.
- Rouendal, P.: Presentatie kwaliteitsmanagement Front Office Managers Revenue Workshop. November 2004.
- Slegers, k.: Literatuuronderzoek naar de invloed van het interieur op het welbevinden van patiënten en medewerkers in zorginstellingen. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001.
- Sodexho: Kies maar lekker uit, voedingsinformatie map kinderafdeling, 2002.
- Uitnodiging congres: dkstafette: let's expand our horizon. April 2005.
- Viegen, L. van: Op naar een toekomstbestendig Hofpoort Ziekenhuis. Den Haag: Haagse hogeschool, mei 2004.

Inhoudsopgave Bijlagen

Bijlage 1 Het stappenplan	1
Bijlage 2 Overzicht Organisaties Benchmarking	2
Bijlage 3 Interne diepte interviews	3
Bijlage 4 Organogram Zuwe Facilitair	4
Bijlage 5 Informatie patiënten en bezoekers	5
Bijlage 6 Modellen	7
Bijlage 7 Totale ideeënlijst	9
Bijlage 8 Verslag opname mystery guest	11
Bijlage 9 De conclusie aan de hand van de matrix gastvrijheidsbeleving	18
Bijlage 10 Rijdend Winkeltje	19
Bijlage 11 Resultaten Rijdend winkeltje	21
Bijlage 12 Proces patiënt	22
Bijlage 13 De matrix gastvrijheidsbeleving	24
Bijlage 14 Aanbevelingsmogelijkheden kort uitgelegd	25
Bijlage 15 Aanbevelingsmogelijkheden uitgewerkt	30
Mogelijkheid 1 Planten in het gebouw	30
Mogelijkheid 2 Karakteristieken van de omgeving door het ziekenhuis weergeven	31
Mogelijkheid 3 Rustgevende dag/wachtverblijven	32
Mogelijkheid 4 Meer planten en dieren op het terrein	33
Mogelijkheid 5 Project ‘kijk je buurman’	35
Mogelijkheid 6 Medewerkers een button met daarop een tekst als bv.: “Vraagt u maar!” uitreiken.	37
Mogelijkheid 7 Een medewerker loopt ’s ochtends een rondje, puur voor een praatje	38
Mogelijkheid 8 Het ‘koning klant’ project opfrissen	39
Mogelijkheid 9 De giftshop via het internet	40
Mogelijkheid 10 Patiënten ontvangen een informatiemapje bij opname in het ziekenhuis	42
Mogelijkheid 11 Thema avonden/lezingen voor mensen uit de omgeving en patiënten	44
Mogelijkheid 12 Broodkar op de kamer	45

Bijlage 1 Het stappenplan

Samengevat kan het gehele onderzoek worden weergegeven in een stappenplan.



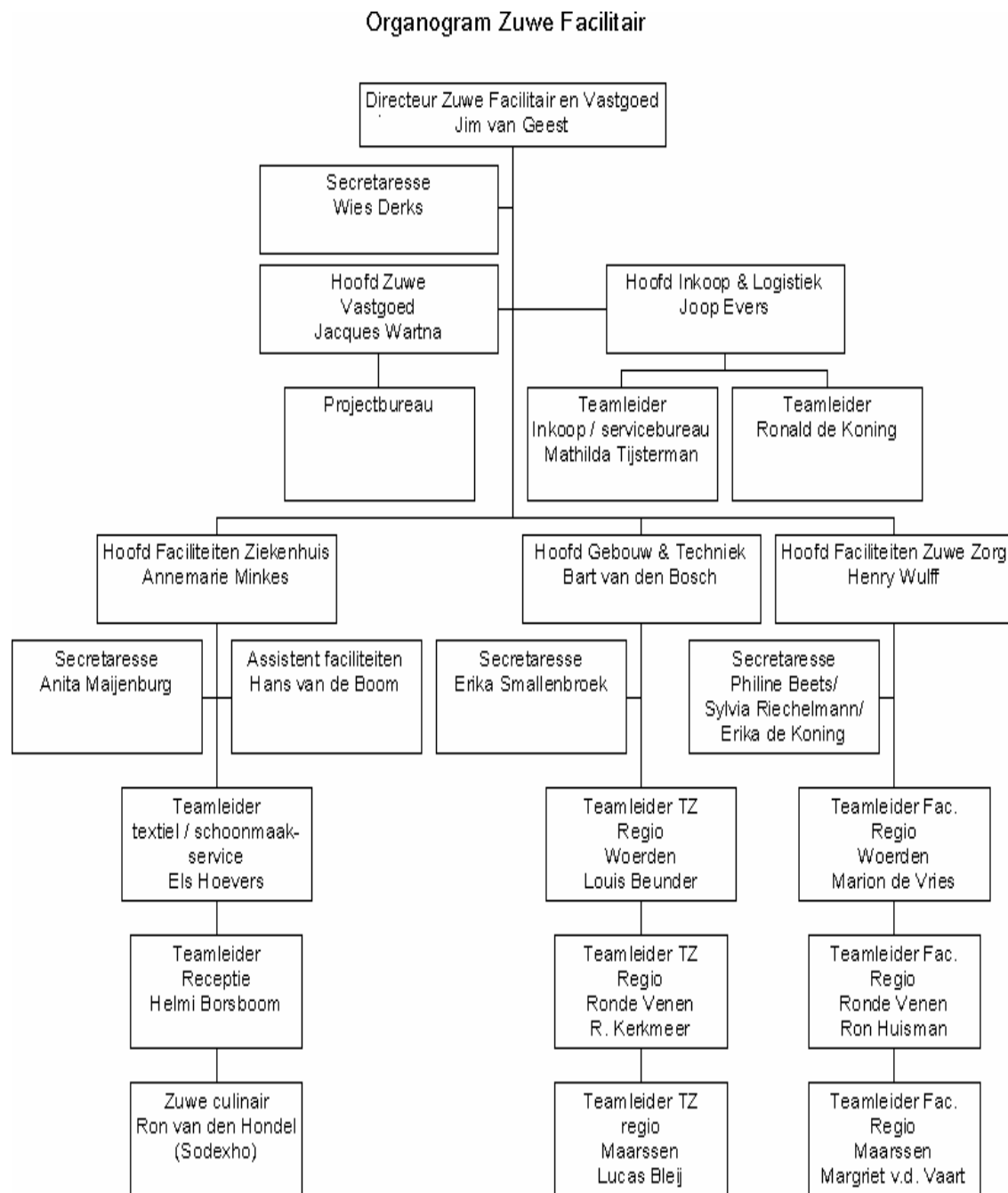
Bijlage 2 Overzicht Organisaties Benchmarking

	Benchmarking	Externen		
	Organisatie	Functie	Naam	Datum
1	Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg (CBO)	Hoofd afdeling Kennismanagement	Marius Buiting	08/03/05
2	Twijnstra & Gudde	Adviseur	Bert de Jong	09/03/05
3	Twijnstra & Gudde	Adviseur	Barbera van Schuppen	09/03/05
4	Vijverborgh Adviesgroep	Directeur	Arnoud van Hal	11/03/05
5	Twijnstra & Gudde	Adviseur	Jan de Jeu	14/03/05
6	Safaripark Beekse Bergen	Hoofd Educatieve Dienst	Klaas Jan Lijnenga	16/03/05
7	Bilderberg Hotels & Restaurants	Operations manager	Mirjam Geels	17/03/05
8	Schiphol group	Manager beheer business unit passagier	Peter van Rouendal	17/03/05
9	Sodexho Health & Care Services	Adjunct directeur	Jeroen van Beek	21/03/05
10	NS Stations	Hoofd Faciliteiten	Laurens Tonnaer	16/03/05
11	Humanitas Rotterdam	Directrice Humanitas Acropolis	Wil Markesteijn	23/03/05
12	Hoge Hotelschool Den Haag	Director of operations	Karin Voskamp	29/03/05
13	Landgoed de Horst	Hoofd Reserveringen	Tanja Kivits	30/03/05
14	Verzorgingscentrum WZH De Strijp/Waterhof	Assistent Manager Facilitaire Zaken	Mariette Schouten	30/03/05
15	Orbis Medisch en verzorgcentrum	Adviseur/projectmanager facilities	Hub Claus	25/04/05

Bijlage 3 Interne diepte interviews

Interview nummer	Functie	Naam	Datum interview
25	Bouw coördinator	Kars Wilms	04/05/05
	Oriënterende interviews		
1	Dir. Zuwe Facilitair en Vastgoed	Jim van Geest	24/01/05 14/02/05
2	Hoofd Faciliteiten Hofpoort	Annemarie Minkes	14/02/05
	Huidige situatie		
3	Cliëntenraad		08/04/05
4	Marketing director	Peter Geval	08/03/05
5	Directeur Medische Zaken	Floriaan van Bemmelen	11/04/05
6	Hoofd medische staf	Petra de Jong	06/04/05
7	Staf medewerker	Chris Wiggers	01/04/05
8	Hoofd Financiën, Informatie, Control	René Verschoor	06/04/05
9	Dir. Zuwe Facilitair en Vastgoed	Jim van Geest	13/04/05
10	Hoofd Faciliteiten Hofpoort	Annemarie Minkes	05/04/05
11	Hoofd afdeling Kraamzorg	Fija Ten Kortenaar	08/04/05
12	Hoofd afdeling IC	Bea Kraaijkamp	13/04/05
13	Waarnemend hoofd Afdeling Neurologie	Sonja de Jong	20/04/05
13	Patiënten voorlichter	Jos Pel	02/03/05
14	Traject Koning Klant	Ina Schmidt	15/03/05
15	Coördinator vrijwilligerswerk	Wampie Bruckman	08/04/05
16	Architect Hofpoort (ten tijde van bouwplannen)	Tom Arends	01/03/05
17	Bouw coördinator	Kars Wilms	06/04/05
18	Patiënten	Totaal +/- 21 patiënten	Week 16
	Draagvlak		
19	Dir. Zuwe Facilitair en Vastgoed	Jim van Geest	25/04/05
20	Hoofd afdeling Kraamzorg	Fija Ten Kortenaar	09/05/05
21	Hoofd afdeling IC	Bea Kraaijkamp	13/05/05
22	Waarnemend hoofd Afdeling Neurologie	Sonja de Jong	03/05/05
23	Hoofd Restauratieve Dienst	Menga de Zwager	09/05/05
24	Cliëntenraad		22/04/05

Bijlage 4 Organogram Zuwe Facilitair



Bijlage 5 Informatie patiënten en bezoekers

Over de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen is veel informatie bekend. Dit is ook logisch, omdat zij ook veel informatie over zichzelf moeten geven voordat ze opgenomen worden. De meest recente analyse van deze informatie dateert echter uit 2003, men is op dit moment bezig met de analyse van 2004. De onderstaande gegevens zijn dan ook over het jaar 2003. Uit een analyse van de voorgaande jaren blijkt echter dat de percentages niet erg veel verschillen per jaar, in sommige gevallen is slechts een geleidelijke trend te ontdekken. Deze cijfers zullen daarom ook nog voldoende representatief zijn voor de huidige situatie. De DBC's zijn pas begin 2005 ingevoerd, welke veranderingen de invoering met zich meebrengt voor de patiënten gegevens, is op dit moment nog niet duidelijk.

De gemiddelde verpleegduur van een patiënt was in 2003 voor het hele ziekenhuis 6,2 dagen. Dit betekent dat een patiënt gemiddeld 6.2 dagen in het ziekenhuis blijft voordat hij/zij naar huis mag. Omdat dit hoofdstuk zich uitsluitend richt op de nieuwe afdelingen zullen deze nader bekeken worden.

De gemiddelde verpleegduur is:

- Cardiologie: 8.0 dagen
- Neurologie: 11.6 dagen
- Verloskunde en gynaecologie: 3.4 dagen
- Kindergeneeskunde: 5.0 dagen

Op de afdelingen Cardiologie en Neurologie blijven patiënten gemiddeld dus bijna twee keer zo lang liggen als op de afdelingen Verloskunde en Gynaecologie en de afdeling Kindergeneeskunde.

Het grootste gedeelte van de patiënten van het ziekenhuis komt uit de omgeving van Woerden. 91.79% van de patiënten is woonachtig in het zogenaamde verzorgingsgebied (Woerden, Montfoort, Oudewater, de Ronde Venen etc.). Slechts 4.94% van de patiënten in 2003 kwam uit het buitengebied (Gouda, Utrecht, Waddinxveen, Nieuwegein etc.). De overige 3.27% van de patiënten kwam uit de rest van Nederland.

Uit deze gegevens komt duidelijk naar voren dat de voornaamste klanten van het ZHZ zich in Woerden en omgeving bevinden. Hiermee wordt bevestigd dat het ZHZ een streekziekenhuis is. Dit is belangrijke informatie voor het ziekenhuis omdat men op deze manier weet op welke patiëntengroep het ziekenhuis zich moet richten.

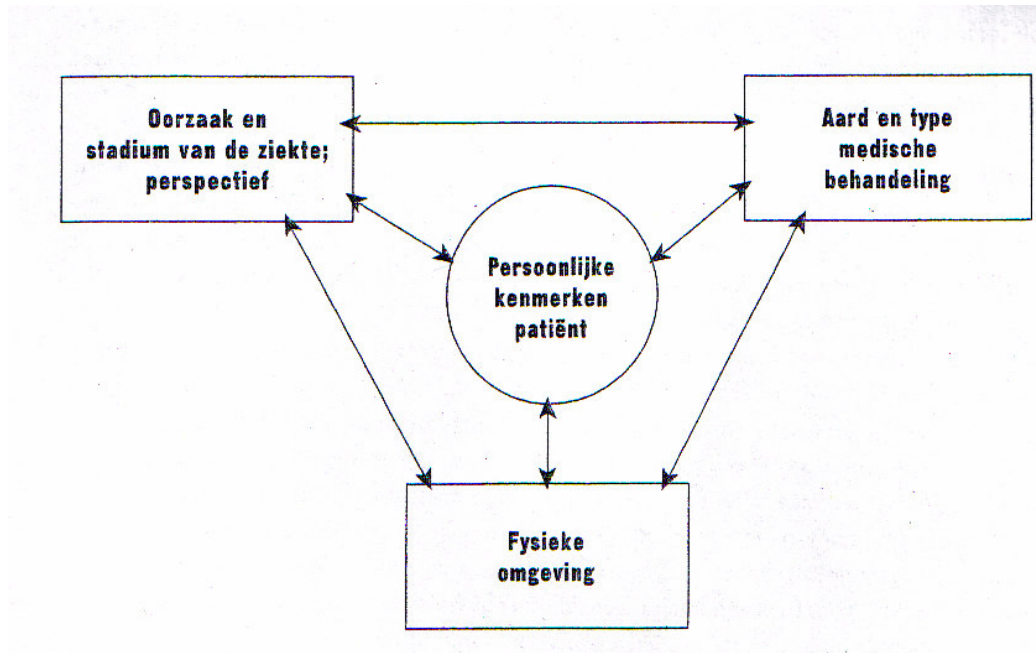
Wat betreft de leeftijd van patiënten is het makkelijkst om deze weer op te splitsen per afdeling. Wanneer de cijfers vergeleken worden kan de conclusie getrokken worden dat van de nieuwe afdelingen de patiënten op de afdeling Cardiologie gemiddeld de hoogste leeftijd hebben (45,45% is tussen de 75 en 84 jaar). Op de afdeling Neurologie zijn de leeftijden wat gemiddelder, en is het grootste percentage (28.75%) tussen de 45 en 64 jaar. Al iets jonger dus. Op de afdeling Verloskunde en Gynaecologie bevinden zich vooral jonge vrouwen (63.22% tussen de 15 en 44 jaar) en pasgeboren baby's (25.44% is 0 jaar). Op de kinderafdeling tot slot is het grootste gedeelte (68.47%) ook 0 jaar en zijn de overige patiënten jonger dan 15 jaar.

Tot slot kunnen we nog kijken naar het geslacht van de patiënten van het ZHZ. Ook dit wordt weer opgesplitst per afdeling en dan specifiek de nieuwe afdelingen. Op de afdeling Cardiologie zijn de mannen in de meerderheid met 64.91%, bij Neurologie is dit iets eerlijker verdeeld, met 53.48% vrouwen. Verloskunde en gynaecologie bevatten verreweg de meeste vrouwen met 86.04%. Op de kinderafdeling is het aantal mannen en vrouwen weer vrij eerlijk verdeeld, met 55.29% mannen. De conclusie kan dus getrokken worden dat over het algemeen op de afdelingen de percentages mannen en vrouwen vrij eerlijk verdeeld zijn, de afdeling Verloskunde en Gynaecologie is echter een uitzondering op deze regel.

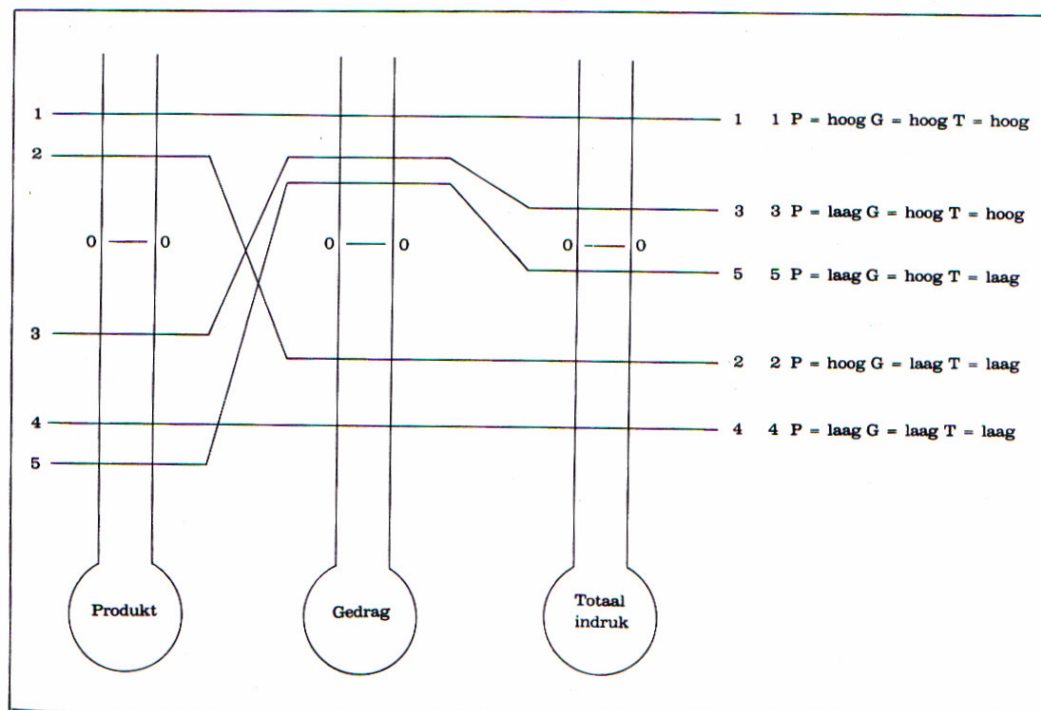
Over de bezoekers van het ziekenhuis is helaas een stuk minder bekend. Van bezoekers worden geen gegevens geregistreerd. Zelfs hoeveel bezoek een patiënt ontvangt is niet bekend. Het is daarom heel moeilijk veel nuttigs te zeggen over de mensen die op bezoek komen bij patiënten van het Hofpoort ziekenhuis. De bezoeken van het ziekenhuis zijn tussen 3 en 5 uur 's middags en tussen 6 en 8 uur 's avonds. Dit zijn dus de tijden dat de bezoekers in het ziekenhuis zijn. Waar de bezoekers vandaan komen, hoeveel het er zijn en waar zij behoefte aan hebben is bij het ziekenhuis eigenlijk niet bekend.

Bijlage 6 Modellen

Model 1 Omgevingsaspecten



Model 2 Bejegening, Hoge hotelschool Den Haag



Figuur 1 Patiëntenenquête

Top tien van de correlatie coëfficiënten tussen alle vragen en de Algemene Tevredenheid van de respondenten Kliniekenquête 2004.		
VRG6C	Begeleiding van de arts bij pers. problemen.	0,456
VRG2D	Informatie bij ontvangst	0,428
VRG6A	Mogelijkheid pers. problemen met de arts te bespreken.	0,422
VRG3C	Persoonlijke aandacht van verpleegkundigen.	0,417
VRG2C	Aandacht voor begeleid(st)er	0,402
VRG6D	Begeleiding van verpl. bij pers. problemen.	0,396
VRG6B	Mogelijkheid pers. problemen met verpl. te bespreken.	0,389
VRG7B	Informatie van verpleegkundigen over behandeling e.d.	0,389
VRG9B	Informatie van verpleegkundigen over ontslag e.d.	0,388
VRG3A	Het contact van de verpleegkundigen met u.	0,384

Bijlage 7 Totale ideeënlijst

Bejegening:

- Koning klant project ‘opfrissen’ (Jos Pel, Ina Schmidt)
- ‘Kijk je buurman’ project (Klaas Jan Lijnenga)
- D.m.v. workshops ervoor zorgen dat alle medewerkers op dezelfde manier met klanten omgaan
- De specialist komt naar de patiënt toe, patiënt heeft eigen spreekkamer (Jeroen van Beek)
- Interne standaarden opstellen voor het ontvangen van gasten (vb. langer dan 5 minuten wachten, gratis kopje koffie) (Karin Voskamp)
- Al het personeel moet een smiley button dragen zodat het onderwerp vriendelijkheid ter sprake komt. (Karin Voskamp)
- Ieder personeelslid moet tegen elke patiënt/bezoeker goede morgen/middag/avond zeggen (Karin Voskamp)
- Een medewerker doet iedere ochtend een rondje langs alle patiënten op een afdeling om simpelweg te vragen hoe het gaat en of er nog wensen zijn. (Tanja Kivits)
- Doormiddel van ideeën agenda de medewerkers ook mee laten denken over nieuwe ideeën om de gastvrijheid te verbeteren. (Tanja Kivits)

Omgeving:

- Expositie door het ziekenhuis met karakteristieken van de omgeving van het ziekenhuis (Laurens Tonnear)
- Altijd zorgen voor een prettige geur (Mirjam Geels, Peter Rouendal)
- Rustgevende wachtkamers, geen posters van enge ziektes (Peter Rouendal)
- Creatieve toiletten/badkamers (Peter van Rouendal)
- Eenvoudige bewegwijzering (Peter van Rouendal)
- Omgeving meer bij het ziekenhuis betrekken d.m.v. workshops etc. (Jeroen van Beek)
- Betere bewegwijzering vanaf station Woerden
- Meer zebrapaden parkeerterrein (Looppad aangeven, evt. kleuren)
- Informatiebord, wat speelt in het ziekenhuis (Klaas Jan Lijnenga)
- Één kwaliteitsfunctionaris (deeltaak) per afdeling aanstellen die verantwoordelijk is voor een opgeruimde afdeling.
- Een kleine “kinderboerderij” op het terrein tussen de RCPW en het transitorium.
- Op de website een virtuele tour door de kamer van de patiënt laten zien. (Sutter Maternity and Surgery center)

Services:

- Gekleurde werkkleding (Marius Buiting, Jeroen van Beek)
- Huiskamer idee wachtkamers, incl. koffie, voorlichting, spreekuur (Marius Buiting)
- Uitgebreidere hotelservice, maincontracting (Bert de Jong, Jeroen van Beek)
- ‘Bell boy’ continue tot de beschikking van patiënten (Jan de Jeu)
- Broodkar waarmee op de kamers brood voor patiënten wordt klaargemaakt. (Jan de Jeu)

- Roomservice net als in Canisius Nijmegen (Jan de Jeu)
- Mensen bezig houden in de wachtkamer d.m.v. televisieschermen (Peter Rouendal)
- Een badjas van het ziekenhuis op iedere kamer (Jeroen van Beek)
- 1 service nummer waar alle patiënten en medewerkers naar toe bellen voor vragen/klachten (Jeroen van Beek)
- Prikborden op een zichtbare plek (Marius Buiting)
- Plafondschilderingen
- Was/ stoomservice (Jim van Geest, Lodie Hofland)
- Dagverblijf kinderafdeling (Annemarie Minkes)
- Een buitenportier ontvangt de mensen die binnenkomen en helpt ze in en uit hun auto (Karin Voskamp)
- Mensen gratis bonnen geven om het restaurant te bezoeken met gasten (Karin Voskamp)
- Door decentralisatie van bepaalde diensten meer mogelijkheden om in te springen op specifieke eisen van de patiënt. (Mariette Schouten)
- Patiënten die meerdere vormen van zorg nodig hebben krijgen een persoonlijke begeleider gedurende het gehele Zuwe traject. (Mariette Schouten)
- 'Taxi' service voor patiënten van/naar het ziekenhuis (Chris Wiggers)
- Familie/vrienden via website een kaartje sturen naar patiënten (good samaritan hospital).
- Informatie over ziekten beelden/behandelingen geven op de website, als een soort bibliotheek voor de omgeving (Community hospital of the monterey peninsula))
- DVD spelers aan bed (eventueel met mogelijkheden tot het huren van dvd's in het ziekenhuis (Sutter Maternity and Surgery center)
- Bezoekuren afschaffen (Novato community hospital)
- Een informatiemapje van het ziekenhuis naast ieder bed (Jeroen van Beek)
- Giftshop via het internet (Kaiser Santa Clara Medical Center)

Informatie

- Enquête onder alle patiënten, vb. naast hun bed leggen (Mirjam Geels)
- Standaard ontslagprocedure, plus informatiepakket

Bijlage 8 Verslag opname mystery guest

Een dag als patiënt in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Hoe is het eigenlijk om als patiënt in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te liggen? Welke indrukken doe je als patiënt op? Hoe word je behandeld? Tegen welke onduidelijkheden loop je aan? Vele maatregelen worden genomen om het de patiënt zo goed mogelijk naar de zin te maken, maar wat is het effect van deze maatregelen? Dit is een verslag van de belevenissen van een 'patiënt' in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis.

Ik zal mezelf eerst even voorstellen. Mijn naam is Dorien Dorsman en ik ben vierdejaars student facility management aan de Haagse Hogeschool. Als afstudeerproject ben ik bij het Zuwe Hofpoort ziekenhuis de gastvrijheidsbeleving van de klant aan het testen en bekijk ik hoe deze verbeterd kan worden.

Een goede manier om de gastvrijheidsbeleving te testen is in de vorm van een zogenaamde 'mystery guest'. Een 'mystery guest' is iemand die zich voordoet iets te zijn dat hij of zij in werkelijkheid niet is. In mijn geval betekende 'mystery guest' zijn dat ik me twee dagen voor moest doen als iemand die leed aan nachtelijke kortademigheid. Ik ben hiervoor dan ook twee dagen en een nacht opgenomen in het Zuwe Hofpoort ziekenhuis (HPZ). In het "complot" zaten de directeur Facilitair en Vastgoed, de directeur Medische zaken en de voorzitter medische staf. Hieronder mijn bevindingen.

Inschrijving

Omdat ik nooit eerder patiënt in het HPZ was geweest moest ik me laat inschrijven in het ziekenhuis om opname überhaupt mogelijk te maken. Mijn eerste indruk van het ziekenhuis begon eigenlijk al bij het uitstappen uit de trein op het station van Woerden. Wanneer men daar de trap oploopt wordt direct aangegeven welke richting je op moet voor het ziekenhuis. "Netjes aangegeven", dacht ik nog. Ik volg braaf het bordje, in afwachting van een volgend bordje. Deze bleek echter ver te zoeken, sterker nog, helemaal niet aanwezig. Ik was dan wel aan de goede zijde van het station beland, maar hoe nu verder? Een punt van verbetering dus!

Toen ik na een aantal keer vragen het ziekenhuis had gevonden en het parkeerterrein opliep, werd ik bijna omver gereden door een automobilist. Het was voor mij vrij onduidelijk waar ik als voetganger mocht en kon lopen. Maar even goed uitkijken dus en hopen dat de automobilisten hetzelfde doen!

Eenmaal binnen via de hoofdingang van het gebouw (ik had ook geen idee waar ik heen moest), heb ik bij de receptie gevraagd waar ik moest zijn om me in te schrijven. Vriendelijk werd mij verteld dat ik dan bij het afspraken bureau moest zijn en hoe ik daar moest komen.

Bij het afspraken bureau was ik gelijk aan de beurt en werd ik door een vriendelijke dame ingeschreven in het ziekenhuis. Vervolgens vertelde ze mij (zonder dat ik iets hoefde te vragen) waar ik de poli kon vinden voor mijn afspraak met de dokter.

Afspraak op de poli

Eenmaal op de poli aangekomen was ik alweer direct aan de beurt (het was vrij vroeg 's ochtends, dus wellicht dat dit met het tijdstip te maken had). Ik moest mijn inschrijvingskaart laten zien en mij werd verteld dat de arts er zo aankwam (ik was ook wat aan de vroege kant, dus eigen schuld). Terwijl ik op de arts zat te wachten had ik even de tijd om rond te kijken. Compleet met planten en een drinkwater voorziening zag de polikliniek er 'gezellig' uit, wat folders en tijdschriften om te lezen. Ik vroeg me alleen wel af hoe deze poli eruit zou zien tijdens een drukke periode, met alle wachtende zittend en staand in de vrij smalle gang.

Daarnaast gaven de lege waterreservoirs (netjes opgestapeld weliswaar) die in een hoek van de wachtkamer lagen een wat slordige indruk.

Al snel moest ik even met de assistente meelopen om mijn gewicht en lengte te meten. Standaardprocedure bij nieuwe patiënten werd mij verteld. Ook tijdens deze handelingen werd ik vriendelijk en vakkundig geholpen.

Toen was het tijd voor de arts. De arts, longarts mw. de Jong, was een van de weinige mensen binnen het ziekenhuis die op de hoogte was van mijn valse verschijning en tijdens dit gesprek hebben we even mijn 'ziektebeeld' besproken.

Omdat ik opgenomen moest worden was mijn volgende stap naar het opname bureau.

Het opname bureau

Ondanks een uitleg van de poli assistente was het opname bureau vrij lastig te vinden. Naast het laboratorium werd mij verteld. Ik vond het opname bureau alleen nog eerder dan het laboratorium. Bij het opname bureau moest ik enige tijd wachten, wat mij weer eens kans gaf goed in het rond te kijken. Mijn indruk van de polikliniekhal was enigszins rommelig. Er is weinig overzicht door het restaurant in het midden. Het restaurant dat overigens wel heerlijke geuren door de hal verspreidde en met die geur een soort huiselijke/warme sfeer creëert.

Toen ik na enige tijd wachten aan de beurt was bij het opname bureau moest ik het formulier afgeven dat de poli assistente mij had gegeven. Het formulier werd even bekeken en vervolgens werd mij verteld dat ik nog even geduld moest hebben zodat zij een opname voor me kon regelen.

Omdat de arts mij het liefst op één van de nieuwe afdelingen van het ziekenhuis wilde plaatsen had zij op het formulier aangegeven dat ik op de afdeling cardiologie of neurologie geplaatst moest worden. Terwijl ik zat te wachten hoorde ik de dames van het opname bureau op de achtergrond praten dat het toch wel vreemd was dat ik specifiek op die afdelingen geplaatst moest worden. Even later zag ik door het glas dat er gebeld werd (waarschijnlijk met de betreffende arts). Na enkele minuten kwam de vrouw bij me terug en vertelde me dat alles geregeld was. Ik moest me dinsdag om tien uur melden bij het opnamebureau en dan zou alles zich vanzelf wijzen. Ik kreeg ook nog een brochure mee waarin alles vermeld stond wat ik wel en niet mocht tijdens mijn opname. Ik moet zeggen dat er erg veel informatie in de brochure stond. Het nadeel is hier wel van dat een beetje onduidelijk wordt welke zaken nou echt belangrijk zijn voor de (toekomstige) patiënt en welke niet zozeer.

Ongeveer een half uur nadat ik het opname bureau had verlaten (ik zat inmiddels weer in de trein) werd ik gebeld door een dame van het opname bureau. Ze had mijn gegevens nog eens bekeken, en aangezien het om een nachtelijke observatie ging hoefde ik me niet 's ochtends, maar 's avonds om tien uur te melden. U snapt dat dit mijn plannen enigszins in de war brachten. Toen ik zei dat ik met de arts toch echt over de gehele dag en nacht had gesproken zei ze dat ze in dat geval nog even contact op zou nemen met de betreffende arts. Dit telefoontje gaf mij persoonlijk een goed gevoel. Blijkbaar werd er toch wel echt naar iedere opname gekeken en ben je niet zomaar een formuliertje dat ingevoerd moet worden in de computer. Ik kan me echter wel voorstellen dat wanneer het een echte opname betreft, een dergelijk telefoontje je behoorlijk onzeker kan maken. Eerst overleggen met de arts was in dit geval wellicht ook verstandiger geweest.

Een dag na mijn bezoek aan het opname bureau word ik weer gebeld door datzelfde opname bureau. Een andere dame dit keer. Zij verteld me dat er inmiddels zoveel gekras op mijn formulier stond dat ze niet meer zeker wist of mij nou verteld was dat ik me om tien uur moest melden, terwijl elf uur de normale meldtijd is voor opnames. Dus als ik verder niets meer zou horen zou ik me om elf uur bij het opname bureau moeten melden. Ik heb verder tot aan mijn opname niets meer gehoord.

De opname

De dag van de opname werd ik door mijn moeder met de auto gebracht. Een nieuwe manier van bereikbaarheid testen dus. Vanaf de snelweg staat het Hofpoort Ziekenhuis al snel duidelijk aangegeven, geen enkel probleem hier dus. Het parkeren was echter een wat groter probleem. Ten eerste was er weer die onoverzichtelijkheid van het parkeerterrein, daarnaast moesten we een behoorlijke tijd zoeken en achter mensen aanrijden waarvan we dachten dat ze naar hun auto liepen, voordat we een plekje konden bemachtigen.

Nadat we ons gemeld hadden bij het opname bureau werd ons verteld dat we zo snel mogelijk opgehaald zouden worden om naar onze afdeling begeleid te worden. Binnen enkele minuten werden we opgehaald door een gezellige dame die ons (mij en mijn moeder en nog een andere meneer) naar onze afdeling begeleidde. Dit was prettig omdat het een heleboel gezoek scheelt en bovendien kon de dame ons ook al enige inlichtingen over het ziekenhuis geven. De dame bracht ons naar een soort wachtruimte op de eerste etage waar we volgens haar zo snel mogelijk opgehaald zouden worden.

Daar zaten we dan te wachten. Inmiddels begon het toch wel een beetje spannend te worden, want het was toch maar hopen dat er niet te moeilijke vragen gesteld zouden worden. De wachtruimte waar we in zaten zag er in principe gezellig uit, met planten en een televisie en een koffie automaat. De sporen van de verbouwing waren er echter wel duidelijk te zien. Een muur was eerder een soort noodmuur met tape aan elkaar geplakt, er bevond zich een open stopcontact op de andere muur en midden in de ruimte stond een kacheltje ter verwarming. Terwijl we daar zitten te wachten klaagt de man die met ons naar boven was gelopen dat hij overal zo moeilijk de weg kon vinden binnen het ziekenhuis.

Na ongeveer tien minuten wachten werden we opgehaald door een verpleegkundige van de afdeling West 1. Hoewel de verpleegkundige erg aardig was werd mij niet helemaal duidelijk wat we nu gingen doen, tot we een kamertje binnengingen en mij verteld werd dat we eerst een soort intake gesprek gingen houden. Het gesprek op zich verliep vlot, we werden alleen

nog wel een aantal keer gestoord door andere verpleegkundigen die iets uit dat kantoortje nodig hadden. Hierna bracht de verpleegkundige me naar mijn kamer. Op mijn kamer aangekomen bleek dat ik geplaatst was tussen vijf mannen van oudere leeftijd. Op zich leek het mij niet ongezellig daar, maar de verpleegkundige zag snel in dat dit misschien niet zo'n hele geschikte plek voor een meisje was. Misschien was het beter geweest als dit voor mijn aankomst bekeken was, want nu stond ik met al mijn spullen tussen die mannen en moest ik toen alsnog verhuizen. Binnen enkele ogenblikken had de verpleegster een andere plek voor me geregeld en ik kwam nu op een kamer met een grotere verscheidenheid aan patiënten.

Het verblijf

Dag 1

Mijn moeder was inmiddels vertrokken en daar lag ik dan, in mijn bed, zogenaamd ziek te zijn. Al heel snel was het tijd voor de lunch en ook op mij was blijkbaar al gerekend. Een lekkere Chinese tomatensoep en drie boterhammen werden mij bezorgd en deze smaakten prima. Het viel mij gelijk op dat elk personeelslid zich gelijk aan mij voorstelde, wat me een gastvrij en persoonlijk gevoel gaf.

Na het eten begon al vrij snel de verveling toe te slaan. Behalve een gesprek houden met mijn kamergenoten en luisteren naar het geklaag van sommige andere (waar door de verpleging overigens iedere keer weer vriendelijk op werd gereageerd) is er weinig te doen. Maar even radio luisteren dan, want ik heb inmiddels al van verschillende patiënten gehoord dat televisie kijken enorm duur is.

Na een tijdje naar de radio geluisterd te hebben besluit ik dat het tijd is voor een wandeling. Terwijl ik langs het dagverblijf loop zie ik dat het daar behoorlijk druk is en dus besluit ik naar beneden te gaan. Even in het winkeltje gekeken, ziet er erg gezellig uit, het is alleen moeilijk te vinden en is eerder een doorgang dan een plek om even rustig rond te kijken.

Nadat ik beneden nog even van de vissen genoten had besloot ik maar weer naar mijn kamer te gaan. Daar aangekomen kreeg ik van mijn kamergenoten te horen dat ik net zowel de dokter als de hotelservice gemist had. De hotelservice kwam al vrij snel terug naar mijn kamer om te vragen of ik ook nog iets wilde. Erg aardig!

Toen was het tijd voor het bezoeken, wat een drukte ineens. Patiënten die meer dan twee bezoekers tegelijk kregen (wat volgens de regels niet mag), werden hier niet op aangesproken. Ik vond het best gezellig zo, maar ik was dan ook niet ziek. Ik kan me voorstellen dat je die drukte minder op prijs stelt wanneer je echt ziek ligt te zijn.

Tijdens het bezoeken kwam de dokter op bezoek. Een beetje vreemd eigenlijk, tijdens het bezoeken. Nou had ze mij uiteraard weinig te vertellen, maar andere patiënten kregen uitslagen van onderzoeken terug en ik kan me voorstellen dat een beetje privacy dan toch wel gewenst is.

Aan het einde van het bezoeken besloot ik dat de avond toch wel heel erg lang zou gaan duren zonder televisie of telefoon, dus ben ik beneden toch maar een kaart gaan halen. Het halen van een ziekenhuiskaart spreekt eigenlijk voor zich. Toen ik terugkwam kwam de verpleegster mijn bed groter maken, dat gaat makkelijk!

Om half zes werd het eten gebracht. Ik had ondertussen best een beetje honger gekregen, dus ik was erg benieuwd. Op mijn kaartje stond nasi met saté, lekker! Echter toen ik mijn deksel optilde volgde een teleurstelling. In plaats van nasi en saté was mij prei met aardappelpuree en een hamburger toebedeeld. Maar goed, ik vind prei en hamburgers ook best lekker, dus nog niks aan de hand, dacht ik nog. Tot ik mijn eerste hap nam. Misschien had ik gewoon pech en had ik net een bord dat iets minder goed gevallen was, of had ik net die dag pech wat maaltijden betreft, maar in ieder geval heb ik niet meer dan vijf hapjes op kunnen krijgen. Geen succes! Ik heb uiteindelijk aan de medewerker hotelservice doorgegeven dat ik niet had gekregen wat op mijn kaartje stond en zij zou dit als klacht doorgeven aan de keuken, dat is dan wel weer netjes!

Ik was ook niet de enige die niet tevreden was met het eten, ook mijn overbuurman klaagde dat er vaak wat mis was.

Nog een gemis tijdens het eten was het feit dat we niks te drinken kregen, of ik moet die net misgelopen hebben.

Na het eten begint alweer het volgende bezoek. Op naar de nieuwe gezelligheid dus. Mijn bezoek constateert dat ik, na minstens een halve dag in het ziekenhuis, nog steeds verkeerd in het systeem sta, namelijk op de kamer met de oudere mannen, slordig dat dit nog niet verandert is.

De man die naast me lag is inmiddels ontslagen en zijn bed wordt schoongemaakt, wat een sterke schoonmaak lucht door de kamer verspreid.

Het lege bed naast mij is amper weggereden, of er wordt alweer een nieuw bed, inclusief nieuwe patiënt voor teruggebracht. Een beetje vreemd dat ook dit tijdens het bezoek plaatsvond. De kamer was al erg onrustig van al het bezoek en deze verhuizing droeg alleen maar bij aan die onrust.

Na het bezoek bracht de verpleegkundige een persoonlijk bezoekje aan elke patiënt voor de medicijnen en eventuele vragen. Bij mij was ze uiteraard snel klaar, maar toch netjes dat ze even de tijd voor je nemen. Sommige patiënten willen na deze ronde direct gaan slapen, maar hen wordt toch vriendelijk gevraagd nog even wakker te blijven omdat anders de nacht zo lang duurt.

De avond vordert en langzaam maar zeker begint iedereen die daar zelf toe in staat is zich klaar te maken voor de nacht en degene die hier niet zelf toe in staat zijn worden hierbij geholpen. Het is inmiddels tien uur geweest en om de privacy wat te vergroten leek het mij en mijn kamergenoten een goed idee om de gordijnen rond de bedden dicht te trekken. Dit werd ons echter niet in dank afgenomen door de verpleegkundige die even later nors vroeg waarom de gordijnen dicht waren. Deze moesten toch echt weer open omdat het anders onoverzichtelijk was voor de nachtverpleging. We werden nog een laatste keer voorzien van drinken naar wens en rond half elf, elf uur ging het licht uit.

Dag 2

Toen ik de volgende ochtend wakker werd had ik geen prettige nacht achter de rug, maar wel beter dan verwacht. Omdat ik naast de deur lag stoorde het ganglicht me voordat ik in slaap kwam. Daarnaast had ik gedurende de nacht het idee dat er een flinke kuil in mijn matras zat. En dan heb je natuurlijk nog je kamergenoten die 's nachts best gehoor kunnen zijn. Maar al met al heb ik toch een aantal uurtjes kunnen slapen, vreemd, aangezien ik opgenomen was

voor nachtelijke kortademigheid, maar daar heb ik deze nacht opeens geen last van gehad. Het kan gek lopen.

Iets voor zeven uur werd ik wakker van de verpleegkundigen die mijn overbuurvrouw gingen wassen. Terwijl ik nog een beetje lag te dommelen ging om half acht plots het licht aan en binnen enkele seconden (voor mijn gevoel in ieder geval) werd mijn ontbijt voor me neergezet. Eet smakelijk! Het duurde even voordat ik in staat was iets naar binnen te krijgen en blijkbaar was ik nog steeds niet in het systeem van de keuken ingevoerd, want ik kreeg weer een algemene maaltijd.

Toen enkele minuten later onze bladen weer werden opgehaald klaagde mijn overbuurman dat hij geen tijd had gehad om rustig te eten. Even later werden de handdoeken door de verpleegkundige uitgedeeld voor degene die zelf konden en wilden douchen (deze handdoeken hadden een vreemde chemische geur, niet echt fris). Het toilet was inmiddels zo vies van de nacht dat deze echt onbegaanbaar was geworden, met het gevolg dat wij aan de overkant van de gang naar het toilet moesten.

De douche beviel prima, lekker warm en makkelijk bedienbaar. Toen ik uit de douche kwam was het toilet inmiddels schoongemaakt, dat moest ik natuurlijk uitproberen! Helaas liet het schoonmaken te wensen over, want zowel de geur als de poep zelf was niet weg. Er was duidelijk een poging gedaan, maar duidelijk was ook dat het niet goed genoeg was!

Om half tien werd mij verteld dat ik in principe naar huis mocht, maar dat de verpleegkundige het nog even na zou vragen. Na ongeveer een half uur kwam ze terug om te vertellen dat ik inderdaad naar huis mocht (verrassend!) en dat zij een vervolgspraak voor me zou maken met de arts. Het hele ontslag verliep een beetje onduidelijk, ik had geen idee of de verpleegkundige nog terug zou komen en of ik nog iets moest doen voordat ik weg kon. Uiteindelijk ben ik zelf maar naar de balie gelopen. Daar kreeg ik inderdaad te horen dat er een afspraak voor me gemaakt was en dat ik mocht vertrekken. Nog even afscheid nemen van mijn kamergenoten en van het personeel dat toevallig in de kamer was en zo kwam een einde aan mijn 24 uur durende schijnvertoning.

Samenvatting

In deze samenvatting zal ik nog even kort de positieve en negatieve ervaringen die mij het meest zijn bijgebleven beschrijven.

Positieve ervaringen

- Bejegening door receptie en afsprakenbureau
- Bejegening door polikliniek assistente
- Persoonlijke aandacht door opname bureau
- Bewegwijzering vanaf snelweg A12
- Begeleiding van opnamebureau naar de afdeling
- Gastvrij welkom door personeel afdeling
- Algemene bejegening door personeel, bij klachten, vragen etc.

Negatieve ervaringen

- Bewegwijzering vanaf station Woerden
- Onoverzichtelijk parkeerterrein
- Te weinig parkeerplekken
- Polikliniekhal rommelig
- Arts tijdens bezoekuur
- Prijs televisie/telefoon kaart
- Avondmaaltijd
- Verhuizing tijdens bezoekuur
- Snelle bediening ontbijt na wekken
- Toilet niet goed schoongemaakt
- Onduidelijkheid bij ontslag uit ziekenhuis

In het hele verslag is geen rekening gehouden met de inrichting en uitstraling van de afdeling zelf. De reden hiervoor is dat het een oude afdeling betrof en deze dus binnenkort al gemoderniseerd zal worden.

Bijlage 9 De conclusie aan de hand van de matrix gastvrijheidsbeleving

Deze matrix is vervolgens voorgelegd aan de patiënten. Naar aanleiding van de reacties die patiënten gaven kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

- Op mogelijkheid 3 en 9 werd voornamelijk positief gereageerd de geïnterviewden. Wat betreft mogelijkheid 3 was het opvallend dat de meeste patiënten op dit moment ook al veel naar buiten kijken, ze zijn echter wel van mening dat de aankleding wel beter kan. Van optie 9 zagen de meeste ondervraagden wel in dat dit de toekomst is. Sommige gaven aan zelf niet met internet te kunnen werken, maar vrijwel iedereen was van mening dat kaarten en kado's altijd leuk zijn.
- Van de mogelijkheden 6 en 7 (de bejegeningaspecten) vond men dat die al in voldoende mate aanwezig waren op dit moment. De medewerkers maken op dit moment blijkbaar ook al voldoende tijd voor een praatje. Ook vinden de patiënten de naambadges die medewerkers nu dragen voldoende en zeggen de meeste geen behoefte te hebben aan andere of duidelijkere buttons.
- Van de mogelijkheden 1, 2 en 4 (omgevingsaspecten) werd door de geïnterviewden heel verschillend gereageerd. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het aspect 'omgeving' voor de ene patiënt meer van belang is dan voor de ander en dat de omgeving op verschillende patiënten, verschillende invloed heeft.
- De mogelijkheden 9 t/m 12 waren de service mogelijkheden. Hiervan werd op een aantal (9 en 10) heel enthousiast gereageerd en van een aantal andere mogelijkheden (11 en 12) werd aangegeven dat hier geen behoefte aan was.
- Over mogelijkheden 5 en 8 is niet naar de mening van de patiënt gevraagd omdat zij er niet actief bij zullen worden betrokken wanneer deze mogelijkheden uitgevoerd gaan worden.

De drie ideeën waar het positiefst op gereageerd werd zijn:

- Idee 3: Dieren/planten op het terrein
- Idee 9: Een giftshop via het internet
- Idee 10: Informatieboekje bij 'inchecken' in het ziekenhuis (Een aantal patiënten had deze wel ontvangen, maar degene die hem niet hadden ontvangen gaf aan hier wel behoefte aan te hebben.)

Bijlage 10 Rijdend Winkeltje

Oude situatie

De krantenronde is vermoedelijk gestart voor of rond 1995. Het is in die tijd in ieder geval gecombineerd met de toentertijd opgezette huiskamer 'Het binnenhof'. Het zijn dan ook vrijwilligers die via het binnenhof de krantenronde lopen.

Het is niet duidelijk waarom men zoveel jaar geleden is gestart met de krantenronde. Wellicht is de krantenronde gestart omdat hier vraag naar was vanuit de patiënten, of mogelijk anderszins was men toentertijd ook al op zoek naar mogelijkheden om het serviceniveau te verhogen.

In de oude situatie was het zo dat er dagelijks, behalve op zondag, één of twee vrijwilligers (afhankelijk van wat de vrijwilligers zelf wilde) met een kar het ziekenhuis rond gingen. Op deze kar bevonden zich verschillende soorten kranten die door de vrijwilligers aan de patiënten te koop werden aangeboden. Deze kranten werden verkocht voor dezelfde prijs als de prijs in het winkeltje beneden.

De vrijwilligers haalde de kar en de kranten 's ochtends rond negen uur op en ging vervolgens het gehele ziekenhuis door om patiënten te vragen of zij interesse hadden in het kopen van een krant. Aan het begin van elke afdeling werd bij de receptie gevraagd welke kamers en patiënten niet voor een krant benaderd konden worden, om wat voor reden dan ook.

In de oude situatie werden gemiddeld tussen de vijf en tien kranten per ochtend over het hele ziekenhuis verkocht. Omdat de dienst door vrijwilligers werd geleverd en de kranten reguliere prijs hadden, kostte de dienst financieel gezien niks. Het kost echter wel veel inspanning en de vraag was of het de servicebeleving van de klant überhaupt verhoogde.

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie wordt de 'krantenronde' het rijdende winkeltje genoemd.

Het rijdende winkeltje heeft als doel de dienstverlening naar de klant te verbeteren en zo de klanttevredenheid te vergroten. Het idee van het rijdende winkeltje speelde al geruime tijd maar was tot op heden niet uitgetoetst.

De naam 'Het rijdende winkeltje' zegt het eigenlijk al, een winkeltje op wielen. Dat is heel kort wat de nieuwe situatie is. In plaats van alleen kranten zal de vrijwilliger in de nieuwe situatie een heel assortiment aan producten meenemen. Om dit assortiment mee te kunnen nemen krijgen de vrijwilligers een nieuw soort kar tot hun beschikking. Deze kar bestond al, maar wordt nu tijdelijk gebruikt om te kijken of het concept aanslaat. Deze kar biedt meer ruimte zodat alle producten erop passen.

Het assortiment van de rijdende winkel is samengesteld door Soho (organisatie die het restaurant beheert) in samenwerking met Jacintha Dudink (pedicure bij het ziekenhuis en zij heeft een commerciële achtergrond). De prijzen van de producten die op het rijdende winkeltje worden aangeboden zijn hetzelfde geprijsd als de producten die beneden in het winkeltje worden aangeboden (Zie bijlage voor een overzicht van het assortiment van het rijdende winkeltje).

Het rijdende winkeltje bevat ongeveer dertig verschillende producten. Van ieder product behoren drie stuks op het karretje aanwezig te zijn. Van de kranten en tijdschriften zijn meer/minder stuks aanwezig omdat deze iedere dag/ week nieuw worden aangeleverd.

De vrijwilligers melden zich rond 9 uur 's ochtends bij het winkeltje beneden bij het restaurant. Zij ontvangen dan de kar en het geldkistje. Voordat de vrijwilliger met de nieuwe kar op pad gaat is het de bedoeling dat hij/zij eerst het geldkistje natelt of hier daadwerkelijk 25 euro inzit. Daarnaast moet de vrijwilliger ook de artikelen tellen of van alles 3 aanwezig is en zo niet moet hij/zij dit direct op de verkooplijst aangeven en melden bij de medewerkster van Soho.

Het principe dat de vrijwilliger bij de receptie van de afdeling vraagt welke kamers hij/zij niet mag betreden, blijft hetzelfde als in de oude situatie. Wanneer de vrijwilliger iets verkoopt turft hij dit af op zijn verkooplijst.

Wanneer de vrijwilliger de gehele kliniek is langsgegaan keert hij/zij terug naar het winkeltje beneden. Beneden telt de vrijwilliger zijn totale lijst bij elkaar op.

Wanneer de vrijwilliger deze lijst geheel heeft ingevuld controleert hij samen met de medewerker van Soho of het berekende bedrag ook daadwerkelijk in het geldkistje zit. Is dit niet het geval dan zal de verkooplijst nog een keer nagelopen worden, waar het verschil vandaan komt. Omdat de controle van het geldkistje in de nieuwe situatie nauwkeuriger is dan in de oude situatie, is het in de nieuwe situatie niet meer toegestaan om artikelen 'op de pof' te verkopen, dit gebeurde in de oude situatie nog wel.

De vrijwilliger kan nu naar huis en de medewerker van Soho vult de kar aan voor de volgende dag (indien nodig) en bergt de kar op.

Eindconclusie Rijdende winkeltje

	Oude situatie	Nieuwe situatie	Suggestieve aanbeveling
Service naar patiënten	+	++	
Aanbod kar	+	++	Eventueel extra tijdschriften
Hanteerbaarheid kar	+	-	Nieuwe kar lastig te draaien en te groot voor op zalen.
Moeite vrijwilligers	+	+/-	
Kosten SoHo	nihil	nihil	
Opbrengsten SoHo	nihil	nihil	
Controle geldkistje	+/-	++	
Bekendheid 'rijdende winkeltje'	-	-	Meer promotie om bekendheid te vergroten!

Bijlage 11 Resultaten Rijdend winkeltje

Week 1 t/m week 3

	week 1	week 2	week 3	
maandag	€ 13,60	€ 10,60	€ 12,55	
dinsdag	€ 20,70	€ 16,00	€ 13,70	
woensdag	€ 16,90	€ 13,95	€ 10,30	
donderdag	€ 15,70	€ 12,20	€ 9,50	
vrijdag	€ 13,00	€ 5,80	€ 7,90	

week 1 verkocht

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
7 kranten	9 kranten	12 kranten	13 kranten	9 kranten
1 tijdschrift	4 tijdschriften	1 tijdschrift	1 droste (chocola)	1 tijdschrift
1 vruchtensap	4 fruit	3 fruit	4 snoeprol	1 sportlife
1 rol snoep				2 fruit
1 chips				
1 pringles				

week 2 verkocht

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
10 kranten	14 kranten	9 kranten	12 kranten	5 kranten
		1 puzzelboekje		
		1 droste (chocola)		

week 3 verkocht

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
10 kranten	12 kranten	7 kranten	6 kranten	7 kranten
1 story	1	5 fruit	1 snoeprol	
			4 fruit	

Bijlage 12 Proces patiënt

Polikliniek bezoek

1. Trein/Auto – Bordjes Hofpoort Ziekenhuis volgen
2. Parkeerplaats
3. Hoofdingang
4. Receptie
5. Afsprakenbalie – Inschrijven
6. Poli assistente - Melden
7. Wachtkamer
8. Spreekkamer specialist
9. Poli assistente – Afspraken/opname formulier verder invullen
10. Wachtkamer afspraken/opname bureau
11. Afsprakenbureau /Opnamebureau – Afspraak maken
12. Terug naar uitgang ziekenhuis lopen
13. Parkeerplaats
14. Bordjes station/snelweg volgen

Opname Kliniek

1. Trein/Auto – Bordjes Hofpoort Ziekenhuis volgen
2. Parkeerplaats
3. Hoofdingang
4. Receptie
5. Opnamebureau wachtkamer
6. Opnamebureau
7. Opnamebureau wachtkamer
8. Opgehaald door ‘gastvrouw’
9. Wachtkamer afdeling
10. Opgehaald door verpleegkundige
11. Intake gesprek
12. Verpleegzaal
13. Eten/drinken
14. Wachten/slappen
15. Bezoekuur
16. Eten
17. Bezoekuur
18. Wachten/slappen/televisie kijken
19. Slapen
18. Gewekt
19. Ontbijt
20. Wassen/Aankleden
21. Wachten
22. Herhaling vanaf punt 10 of ontslag uit het ziekenhuis
23. Langs afdelingsreceptie voor papieren
24. Naar uitgang ziekenhuis lopen
25. Parkeerplaats
26. Bordjes station/snelweg volgen

Bezoeker kliniek

1. Trein/Auto – Bordjes Hofpoort Ziekenhuis volgen
2. Parkeerplaats
3. Hoofdingang
4. Receptie – wegwijzen
5. Loopt naar afdeling
6. Afdelingsreceptie – wegwijzen
7. Kamer patiënt
8. Einde bezoek – Terug naar uitgang lopen
9. Parkeerplaats
10. Bordjes station/ snelweg volgen

Procespunten waar de klant te maken heeft met **bejegening** zijn **blauw** aangegeven.

Procespunten waar de klant te maken heeft met **omgeving** zijn **oranje** aangegeven.

Procespunten waar de klant te maken heeft met **services** zijn **groen** aangegeven

Bijlage 13 De matrix gastvrijheidsbeleving

Uit het theoretisch onderzoek is onder andere gebleken dat het totale gastvrijheidsaanbod kan worden onderverdeeld in drie aspecten: product, gedrag en omgeving (in dit onderzoek vertaalt naar services, bejegening en omgeving). Uit het theoretisch onderzoek is ook gebleken dat om een zo totaal mogelijke beleving te creëren, alle vier de soorten beleving (amusement, lerend, ontsnappend, esthetiek) aan bod moeten komen binnen een organisatie. Wanneer deze twee theorieën gecombineerd worden staan dus de drie aspecten van het totale gastvrijheidsaanbod aan de ene kant, en de vier soorten belevingen aan de andere kant. Door deze te combineren in de vorm van een matrix ontstaat een totaalbeeld om een optimale gastvrijheidsbeleving te creëren.

Door de matrix helemaal in te vullen met nieuwe mogelijkheden die aansluiten op de aanbevelingen die in de vorige paragraaf zijn besproken, wordt de gastvrijheidsbeleving van de klant in alle opzichten verbeterd, in de vorm van ‘makkelijk op te pakken’ mogelijkheden. Aan ieder aspect van het gastvrijheidsaanbod is gedacht en iedere soort beleving van de klant wordt verzorgd.

	Omgeving	Bejegening	Services
Amusementsbeleving		A	
Lerende beleving	B		
Ontsnappingsbeleving			
Esthetiek beleving			

De matrix werkt als volgt. In vak A wordt bijvoorbeeld een mogelijkheid weergegeven om de amusement beleving op het gebied van bejegening te verbeteren. In vak B is een concept weergegeven die een lerende beleving zou opleveren door iets met de omgeving te doen.

Bijlage 14 Aanbevelingsmogelijkheden kort uitgelegd

1. Planten in het gebouw, op de afdelingen

Planten binnen het gebouw kunnen een positieve uitwerking hebben op het genezingsproces van de patiënt. Planten kunnen de stress van mensen verlagen en hun humeur opbeuren. Door de stress te verlagen en het humeur op te beuren zullen mensen zich meer op hun gemak, en dus ook gastvrijer voelen. De planten kunnen geplaatst worden in de wacht/dagverblijven, maar eventueel ook bij de receptie van de afdeling en op andere openbare plaatsen.

Deze mogelijkheid zal een amusementsbeleving met zich meebrengen omdat het van de patiënt geen deelname vereist en hij/zij zal de beleving alleen in zich op nemen.

2. Karakteristieke van de omgeving door het ziekenhuis heen weergeven

Hiermee wordt bedoeld dat door het ziekenhuis heen schilderijen, beelden etc worden geplaatst die karakteristieken van Woerden en omgeving weergeven. Het doel hiervan is dat patiënten zich wellicht meer thuisvoelen wanneer zij regelmatig herinnerd worden aan plekken die voor hen als thuis voelen. Daarnaast kan men ook nog wat extra's leren over zijn/haar eigen omgeving wanneer er ook wat informatie over de betreffende foto of beeld wordt vermeld. Het ZHZ is een echt streekziekenhuis en op deze manier zou de cultuur van de streek door kunnen werken in het ziekenhuis.

Deze mogelijkheid zal een lerende beleving teweeg brengen omdat de patiënt en bezoeker (en zelfs medewerker) iets over de omgeving kan leren, hij zal hier echter wel zelf wat voor moeten doen (de kunst bekijken en het onderschrift lezen), maar zal dit vervolgens in zich opnemen.

3. Rustgevende wacht/dagverblijven

Dit betekent dat er voor de patiënten een dagverblijf komt waar zij even rustig kunnen zitten en tot rust komen. Even ontsnappen uit 'het ziekenhuis'. De patiënten zijn op die manier even weg van de zaal en weg van de 'zieke' mensen. Uit onderzoek is gebleken dat een bepaalde inrichting van een dergelijk verblijf rustgevend op de patiënt kan werken en soms zelfs een genezende werking kan hebben.

Deze mogelijkheid zal een ontsnappingsbeleving met zich meebrengen omdat de patiënt geestelijk een soort uit het ziekenhuis 'ontsnapt' wanneer hij zich in de verblijven bevindt. Hij zal er echter zelf naartoe moeten gaan, maar zal hier vervolgens wel helemaal in opgaan.

4. Meer dier/planten op het terrein

Dieren en planten zorgen altijd voor een stukje afleiding. Het idee is om de directe omgeving van het ziekenhuis op te vrolijken met wat meer planten en dieren, zodat de patiënten, die vaak de hele dag weinig te doen hebben, vanuit hun bed een beetje afleiding hebben. Daarnaast is het ook voor bezoekers met kleine kinderen leuk om de mogelijkheid te hebben om even naar buiten te gaan. Bovendien is ook uit onderzoek gebleken dat uitzicht op de natuur een positief effect kan hebben op het genezingsproces van de patiënt.

Deze mogelijkheid brengt een esthetiek beleving met zich mee, omdat de patiënt hier zelf niks voor hoeft te doen, alleen naar buiten kijken. De patiënt zal hier vervolgens wel helemaal in opgaan omdat er veel te zien is en de gedachte even buiten het ziekenhuis is.

5. Project ‘Kijk je buurman’

Het project ‘Kijk je buurman’ is een idee dat is overgenomen van het Safaripark Beekse Bergen. Bij dit project lopen medewerkers van de verschillende afdelingen een dag mee met een andere afdeling. Het doel hiervan is dat medewerkers elkaars werkzaamheden hierdoor beter begrijpen en zo meer begrip kunnen opbrengen wanneer eventuele problemen ontstaan. Deze mogelijkheid zal met name de interne gastvrijheid bevorderen. Daarnaast zal deze mogelijkheid ook effectief zijn om de gastvrijheidsbeleving van patiënten te verbeteren, omdat wanneer medewerkers meer begrip voor elkaar hebben, zij dit ook uitstralen naar de patiënt. Daarnaast kan de medewerker zo ook wat extra informatie aan de patiënt geven over zaken die eigenlijk niet binnen zijn/haar afdeling vallen.

Dit project zal een amusementsbeleving teweeg brengen omdat de patiënt hier zelf niks voor hoeft te doen. Hij zal het resultaat echter wel in zich opnemen, hij merkt dat er een goede sfeer op de afdeling hangt.

6. Alle medewerkers een button met een tekst als vb.: “Vraagt u maar!” uitreiken.

Een button is vaak één van de eerste dingen die opvalt aan iemands kleding. Door alle medewerkers buttons te geven met daarop een tekst die de patiënten aanspoort hun vragen te stellen, zullen patiënten ook sneller hun vragen stellen. Mensen die soms een bepaalde vraag niet durven te stellen zullen door deze button vaak net over de streep getrokken worden om hun vraag toch te stellen. Daarnaast laat een dergelijke button blijken dat de medewerker er echt voor de patiënt is, en niet andersom. Een dergelijke button zal dan ook bijdragen aan de visie vanuit het hart. Bijvoorbeeld bij de introductie van de button kan de noodzaak van gastvrijheid al benadrukt worden.

Deze mogelijkheid zal een lerende beleving opleveren, omdat de patiënt zelf actie zal moeten ondernemen (een vraag stellen), maar wanneer hij/zij dit doet, zal hij hier wel van leren (in de vorm van het antwoord op de vraag).

7. Één medewerker loopt ’s ochtends een rondje, puur voor een praatje

Sommige patiënten hebben weinig familie of kennissen die op bezoek komen. Deze mensen kunnen hierdoor soms best eenzaam worden wanneer ze langere tijd in het ziekenhuis liggen. Het idee is dan ook om één medewerker (of vrijwilliger) ’s ochtends een rondje te laten

maken langs alle patiënten op de afdeling, puur voor een praatje en dan niet zozeer over medische zaken, maar over elk onderwerp waar de patiënt behoefte heeft om over te praten. Aandacht is altijd bevorderlijk voor de tevredenheid van de patiënt. Wanneer een patiënt aandacht krijgt, krijgt hij het gevoel dat zijn aanwezigheid op prijs wordt gesteld (de noodzaak van gastvrijheid), hierdoor wordt de gastvrijheidsbeleving dus ook bevorderd. Een aantal weken geleden is het project gastheer/gastvrouw gestart. Voor dit project loopt 's ochtends op elke afdeling een vrijwilliger die patiënten begeleidt bij dingen waar de verpleging geen tijd voor heeft, een voorbeeld hiervan is het meenemen van de patiënt voor een wandeling. Het maken van een praatje zou hiermee gecombineerd kunnen worden.

Deze mogelijkheid zal de patiënt een ontsnappingsbeleving bezorgen. De patiënt zal actief deel moeten nemen aan de beleving, hij zal zelf bereid moeten zijn zijn verhaal te vertellen. Maar wanneer hij/zij dit doet, zal hij hier helemaal in opgaan.

8. Koning klant project 'opfrissen'

In 1997 heeft binnen het ZHZ een groots project gelopen genaamd 'Koning klant'. Toentertijd was dit project nog vrij vooruitstrevend omdat binnen de ziekenhuissector de klant (patiënt) toen nog verre van koning was. Iedere medewerker heeft toen een cursus klantvriendelijkheid gevolgd. Sindsdien is echter veel veranderd binnen de ziekenhuissector en het ziekenhuis zelf en is het nog belangrijker geworden dat de patiënt zich 'koning' voelt. Omdat er sinds 1997 veel nieuwe werknemers binnen het ziekenhuis zijn komen te werken en omdat een aantal dingen toch ook een beetje vervaagd zijn over de jaren, is het aan te raden een aantal aspecten van dat project opnieuw onder de aandacht van de medewerkers te brengen. Dit kan gedaan worden door middel van bijvoorbeeld nieuwe cursussen. Tijdens deze cursussen kan ook direct gewerkt worden aan het ontwikkelen van een ja-cultuur.

Dit project zal voor de patiënt een esthetiek beleving opleveren. De patiënt hoeft niks voor dit project te doen, maar wanneer het project op de juiste manier wordt uitgevoerd zal de patiënt de effecten wel zodanig merken dat hij/zij hier helemaal in op zal gaan.

9. Giftshop via het internet

In Amerika is het al heel gebruikelijk dat familie en kennissen van bezoekers via de website van het ziekenhuis kaarten en andere kado artikelen kunnen bestellen en die laten afleveren bij de patiënt. Ook in Nederland zou dit de toekomst kunnen zijn. Het voordeel hiervan is dat mensen die niet naar het ziekenhuis kunnen komen voor bezoek, toch iets van zich kunnen laten horen. Daarnaast zullen mensen om deze mogelijkheid te benutten naar de website van het ziekenhuis moeten gaan, wat goede marketing voor het ziekenhuis zal zijn. Omdat patiënten steeds korter in het ziekenhuis liggen, zal de tijd ook steeds korter zijn om bijvoorbeeld een kaartje te sturen. Via een dergelijke giftshop zal dit proces vele malen sneller kunnen dan via de reguliere post. Ieder bericht van het thuisfront dat een patiënt ontvangt is prettig, het zal de patiënt op zijn gemak stellen om te weten dat er mensen aan hem/haar denken. Daarnaast zullen nog dit jaar zogenaamde multimedia terminals aan iedere patiënt worden aangeboden. De patiënt kan hiermee aan bed gebruik maken van o.a. internet faciliteiten. Op deze manier wordt het dan ook helemaal eenvoudig om de zieke een kaart via het internet te sturen.

Wanneer een dergelijke webshop wordt opgezet schuilt het gevaar hem in de vorm van betaling. Er kan gekozen worden voor betaling via credit card, maar hiervoor is (logisch) het bezit van een creditcard vereist. Er kan ook gekozen worden voor het nasturen van een rekening naar degene die de bestelling heeft geplaatst, maar dit brengt weer een heleboel administratieve zaken met zich mee, wanbetalers niet eens meegeteld. Vele ondernemers en banken zijn echter wel bezig met het ontwikkelen van een betrouwbaar en makkelijk betalingssysteem, het kan echter nog enige tijd duren voordat dit ontwikkeld is.³¹

De aanbeveling is dan ook om eerst uitsluitend met de digitale kaarten via de website van Zuwe te beginnen. Deze service kan ingaan zo snel de multi media terminals worden geïnstalleerd. Wanneer het betalen via het internet makkelijker en betrouwbaarder wordt kan overgegaan worden op het aanbieden van artikelen.

Deze service zal de patiënt een amusementsbeleving bezorgen omdat hij/zij hier zelf niets voor hoeft te doen, maar hij zal de beleving wel in zich opnemen.

10. Informatieboekje bij opname in het ziekenhuis

Wanneer mensen in het ziekenhuis worden opgenomen, hebben zij altijd eerst een gesprek met een verpleegkundige van de afdeling waarop zij worden opgenomen. Het zou handig voor patiënten zijn om tijdens dit gesprek gelijk een boekje te ontvangen met daarin informatie over de mogelijkheden binnen het ziekenhuis. Er zijn al afdelingen waar men dit soort boekjes uitdeelt, maar het gebeurt nog niet op alle afdelingen. Het voordeel van een dergelijk boekje is dat de patiënt direct van alle mogelijkheden binnen het ziekenhuis op de hoogte wordt gesteld en hierdoor optimaal gebruik kan maken van de mogelijkheden. Daarnaast zou ook een korte enquête in een dergelijk boekje geplaatst kunnen worden. Hierdoor wordt het beoordelen van het ziekenhuis door de patiënt gestimuleerd. De resultaten hiervan zullen het ziekenhuis een beeld geven van de gebreken, hier kan vervolgens actief op ingesprongen worden.

Deze service zal de patiënt een lerende beleving bezorgen omdat de patiënt zelf het informatieboekje zal moeten lezen om de informatie te krijgen. Wanneer hij/zij dit doet zal hij leren wat de mogelijkheden binnen het ziekenhuis zijn.

11. Thema avonden/lezingen voor patiënten en mensen uit de omgeving

Thema avonden en lezingen zijn een uitgesproken manier om mensen uit de omgeving naar het ziekenhuis te kregen. Wanneer onderwerpen gekozen worden die leven in de omgeving, zal de interesse groot zijn. Door de omgeving meer bij het ziekenhuis te betrekken zal het ziekenhuis nog meer het imago van streekziekenhuis versterken. Mensen uit de omgeving zullen zich verbonden voelen met het ziekenhuis en hierdoor sneller voor het ZHZ kiezen in plaats van andere ziekenhuizen. Daarnaast kan een dergelijke avond een patiënt afleiding bieden indien het een onderwerp betreft dat hem/haar aanspreekt.

Deze avonden zullen zowel de patiënt als de bezoeker uit de omgeving een ontsnappingsbeleving bezorgen. Ze zullen beiden uit zichzelf naar de avond toe moeten komen, maar wanneer zij dit doen zullen ze even kunnen ontsnappen uit hun dagelijkse sleur, of uit hun ziekenhuisbed.

³¹ Mosterd, D.: Hoe veilig is betalen via internet? In: Metro ICT special, 18 mei 2005

12. Broodkar op de kamer

Het idee van de broodkar op de kamers van de patiënt is dat een medewerker van de hotelservice met een kar vol soorten brood en beleg iedere kamer oprijdt en aan de patiënt persoonlijk vraagt wat hij/zij wil eten. Vervolgens zal de medewerker ter plekke de maaltijd naar de wens van de patiënt samenstellen.

De beleving van de patiënt zal op deze manier toenemen. In plaats dat hij/zij een kant-en-klaar bord met boterhammen krijgt voorgeschooteld, kan de patiënt zien hoe het wordt klaargemaakt. Bovendien kan op deze manier beter op de individuele wensen van de patiënt worden ingespeeld.

Deze service zal een esthetiek beleving met zich meebrengen omdat de patiënt zelf niks voor de service hoeft te doen, hij zal hier echter wel helemaal in opgaan omdat het wel over zijn eten gaat en het even een afleiding bied van het liggen in bed.

Bijlage 15 Aanbevelingsmogelijkheden uitgewerkt

Mogelijkheid 1 Planten in het gebouw

Planten binnen het gebouw kunnen een positieve uitwerking hebben op het genezingsproces van de patiënt. Planten kunnen de stress van mensen verlagen en hun humeur opbeuren. Door de stress te verlagen en het humeur op te beuren zullen mensen zich meer op hun gemak, en dus ook gastvrijer voelen. De planten kunnen geplaatst worden in de wacht/dagverblijven, maar eventueel ook bij de receptie van de afdeling en op andere openbare plaatsen.

Deze mogelijkheid zal een amusementsbeleving met zich meebrengen omdat het van de patiënt geen deelname vereist en hij/zij zal de beleving alleen in zich op nemen.

Kosten

De kosten van planten in het gebouw zullen de kosten zijn van de aanschaf en het onderhoud van de planten. Er kan gekozen worden voor nep planten, deze vereisen minder onderhoud en hebben eenmalige aanschafkosten. Het effect zal echter groter zijn met echte planten. Deze zullen wel regelmatig water moeten krijgen en na verloop van tijd vervangen moeten worden. Iemand zal verantwoordelijk gehouden moeten worden voor de verzorging van de planten, hierbij kan gedacht worden aan de receptioniste van een afdeling, of de schoonmaak medewerkers. Voor het vervangen van de planten zal echter weer iemand anders moeten komen, omdat dit veel tijd vergt. Natuurlijk bestaat ook de mogelijkheid om het plaatsen en eventueel vervangen van de planten uit te besteden aan een extern bedrijf. Hier zullen echter ook weer kosten aan verbonden zijn.

Baten

De baten van meer planten in het gebouw, liggen in het genezingsproces van de patiënt. Het is bewezen dat planten in het gebouw een positieve uitwerking hebben op zowel het humeur als het genezingsproces van de patiënt. Snellere genezing leidt tot een kortere verpleegduur. Hierdoor is het bed eerder beschikbaar voor een nieuwe patiënt, en elke patiënt levert geld op. Een beter humeur van patiënten zal het werken met de patiënten voor de medewerkers prettiger maken, daarnaast is een goed humeur voor de patiënt natuurlijk ook prettig.

Actieplan

1. De binnenhuisarchitect zal bij het ontwerp van de nog nieuw in te richten afdelingen rekening moeten houden met het plaatsen van planten in openbare ruimtes.
2. Bij de afdelingen die nu al nieuw zijn ingericht moet per afdeling bekeken worden waar mogelijkheden liggen tot het plaatsen van planten.
3. Het hoofd facilitaire zaken zal moeten bepalen of er nepplanten geplaatst moeten worden, dus eenmalig. Of dat de planten echt moeten zijn en dus regelmatig moeten worden vervangen.
4. Er zal een bedrijf gecontracteerd moeten worden voor het bijhouden en vervangen van de echte planten, of voor het leveren van de nepplanten.
5. De planten kunnen geplaatst worden op de daarvoor bestemde plekken
6. Volgens het contract zal een extern bedrijf (of indien te duur, wellicht een vrijwilliger) de planten bij moeten houden.

Mogelijkheid 2 Karakteristieken van de omgeving door het ziekenhuis weergeven

Hiermee wordt bedoeld dat door het ziekenhuis heen schilderijen, beelden etc worden geplaatst die karakteristieken van Woerden en omgeving weergeven. Het doel hiervan is dat patiënten zich wellicht meer thuisvoelen wanneer zij regelmatig herinnerd worden aan plekken die voor hen als thuis voelen. Daarnaast kan men ook nog wat extra's leren over zijn/haar eigen omgeving wanneer er ook wat informatie over de betreffende foto of beeld wordt vermeld. Het ZHZ is een echt streekziekenhuis en op deze manier zou de cultuur van de streek door kunnen werken in het ziekenhuis.

Deze mogelijkheid zal een lerende beleving teweeg brengen omdat de patiënt en bezoeker (en zelfs medewerker) iets over de omgeving kan leren, hij zal hier echter wel zelf wat voor moeten doen (de kunst bekijken en het onderschrift lezen) en zal dit in zich opnemen.

Kosten

De kosten die het plaatsen van karakteristieke van de omgeving door het ziekenhuis heen met zich mee zullen brengen zullen vrij beperkt zijn. Het advies is om de schilderijen en eventueel beelden eens per vijf jaar te vervangen, dit om de kosten te beperken, maar toch na verloop van tijd de kunst te vervangen. Er bestaat reeds een commissie die de kunst in de hallen van de polikliniek uitzoekt. Wellicht zou deze commissie zijn taak uit kunnen breiden naar de kliniek. Voorwaarde is dan alleen wel dat ze echt gericht zoeken naar kunst die naar Woerden en omgeving verwijst. Er zou eventueel gekeken kunnen worden naar kunst of cultuurfondsen die wellicht interesse hebben in het sponsoren van de kunst.

Baten

Ook bij deze mogelijkheid zullen de baten niet financieel zijn. Het effect van deze mogelijkheid zal zijn dat de patiënten en bezoekers van het ziekenhuis zich thuis gaan voelen in het ziekenhuis. Wanneer ze foto's herkennen van thuis zullen ze zich bewust worden van het feit dat het ziekenhuis echt bij de streek hoort. Hierdoor zullen ze zich meer verbonden met het ziekenhuis voelen en sneller besluiten voor het ZHZ te kiezen dan bijvoorbeeld naar het grote UMC te gaan. De baten van deze mogelijkheid is dus kort gezegd dat het de verbondenheid van de patiënten en bezoekers met het ziekenhuis zal vergroten.

Actieplan

1. Het budget van de commissie kunst moet worden uitgebreid zodat zij ook kunst voor de kliniek kunnen huren/kopen.
2. De binnenhuisarchitect zal plaatsen moeten bepalen waar de kunst geplaatst kan worden, bijvoorbeeld in de gangen, bij de receptie, in de dag/wachtverblijven of zelfs op de verpleegkamers. Bij de afdelingen die al vernieuwd zijn, zal per afdeling bekeken moeten worden wat geschikte plaatsen zijn.
3. De commissie kunst kan ondertussen een aantal fondsen aanschrijven voor eventuele sponsoring, ook kun zij kunstenaars trekken door bijvoorbeeld een wedstrijd te houden, met als prijs plaatsing van de kunststukken in het ziekenhuis.
4. De commissie kunst zal een selectie maken van de kunst die geplaatst gaat worden.
5. De kunststukken kunnen worden ingekocht en door de technische dienst opgehangen.
6. Na vier en een half jaar zullen de stappen 4 en 5 herhaald worden.

Mogelijkheid 3 Rustgevende dag/wachtverblijven

Dit betekent dat er voor de patiënten een dagverblijf komt waar zij even rustig kunnen zitten en tot rust komen. Even ontsnappen uit 'het ziekenhuis'. De patiënten zijn op die manier even weg van de zaal en weg van de 'zieke' mensen. Uit onderzoek is gebleken dat een bepaalde inrichting van een dergelijk verblijf rustgevend op de patiënt kan werken en soms zelfs een genezende werking kan hebben.

Deze mogelijkheid zal een ontsnappingsbeleving met zich meebrengen omdat de patiënt geestelijk een soort uit het ziekenhuis 'ontsnapt' wanneer hij zich in de verblijven bevindt. Hij zal er echter zelf naartoe moeten gaan, maar zal hier vervolgens wel helemaal in opgaan.

Kosten

De kosten van de rustgevende wacht/dagverblijven zullen zich voornamelijk in het ontwerpen en de inrichting ervan zitten. Dit zijn eenmalige kosten die kunnen worden ingecalculeerd bij het bouwbudget. De kosten die na de inrichting gemaakt moeten worden zijn de onderhoudskosten. De verblijven zullen dagelijks schoongemaakt moeten worden en daarnaast zal er periodiek onderhoud gepleegd moeten worden. Wanneer besloten wordt enige vorm van water (vb. watervallen, aquaria) in de verblijven te implementeren, zal dit een extra rustgevende werking hebben, maar ook extra onderhoud vereisen. Hetzelfde geldt voor planten.

Baten

De baten van de rustgevende wacht/dagverblijven zullen niet op financieel gebied liggen. De enige mogelijkheid om enig financieel voordeel uit de verblijven te halen, is door het plaatsen van bijvoorbeeld frisdrank of snoepautomaten.

De baten zullen voornamelijk liggen in het genezingsproces van de patiënt en de rust op de afdelingen. Wanneer patiënten de mogelijkheid hebben om met hun bezoek even van de kamer af te gaan, zal dit de rust op de afdeling bevorderen, omdat de onrust van het bezoek van de afdeling verdwijnt. Bovendien heeft de patiënt dan een plek waar hij/zij enige privacy met zijn bezoek heeft, in plaats van op de zaal waar iedereen mee kan luisteren. Daarnaast kan het voor patiënten ook prettig zijn om even uit het bed te zijn en even een plek waar men zich minder 'ziek' voelt. Dit heeft een bevorderend effect op het genezingsproces, waardoor de patiënt eerder naar huis zal kunnen en het bed eerder beschikbaar zal zijn voor een volgende patiënt.

Actieplan

1. De binnenhuisarchitect zal alle dag/wachtverblijven moeten ontwerpen als een 'healing environment'.
2. Het bouwbedrijf zal de verblijven moeten bouwen zoals ze zijn ontworpen
3. Het verblijf zal worden ingericht door iemand binnen de facilitaire dienst
4. Het dagelijks onderhoud van de verblijven zal door de schoonmaakdienst gedaan worden
5. Het periodiek onderhoud zal door de schoonmaakdienst, eventueel in samenwerking met de technische dienst gebeuren.
6. Mochten er aquaria in de verblijven geplaatst worden, zal een bedrijf gecontracteerd moeten worden voor het onderhoud van de aquaria.

Mogelijkheid 4 Meer planten en dieren op het terrein

Dieren en planten zorgen altijd voor een stukje afleiding. Het idee is om de directe omgeving van het ziekenhuis op te vrolijken met wat meer planten en dieren, zodat de patiënten, die vaak de hele dag weinig te doen hebben, vanuit hun bed een beetje afleiding hebben. Daarnaast is het ook voor bezoekers met kleine kinderen leuk om de mogelijkheid te hebben om even naar buiten te gaan. Bovendien is ook uit onderzoek gebleken dat uitzicht op de natuur een positief effect kan hebben op het genezingsproces van de patiënt.

Deze mogelijkheid brengt een esthetiek beleving met zich mee, omdat de patiënt hier zelf niks voor hoeft te doen, alleen naar buiten kijken. De patiënt zal hier vervolgens wel helemaal in opgaan omdat er veel te zien is en de gedachte even buiten het ziekenhuis is.

Kosten

De kosten van deze mogelijkheid zullen voornamelijk liggen in de ontwerp- en inrichtingsfase. Wanneer de tuin eenmaal in zijn geheel is aangelegd, zal echter nog wel onderhoud gepleegd moeten worden. In het bijzonder wanneer besloten wordt dieren bij de tuin betrekken zullen dit dagelijks onderhoud vergen. Ook de tuin op zich zal regelmatig onderhouden moeten worden, er kan echter wel gekozen worden voor beplanting dat weinig onderhoud vergt. Voor het onderhoud van de tuin zou eventueel naar externe organisaties gekeken kunnen worden. Hierbij moet gedacht worden aan natuurorganisaties of een instantie als de Rabobank.

Baten

De baten voor meer dieren en planten op het terrein zullen in verschillende hoeken gezocht kunnen worden. Ten eerste heeft het een voordeel voor de patiënt. Het is bewezen dat uitzicht op de 'natuur' positieve effecten heeft voor het genezingsproces. Daarnaast kan een patiënt die al aan de beterende hand is op een mooie dag even frisse lucht halen buiten, ook dit is bewezen bevorderlijk te zijn voor het genezingsproces. Voor de bezoeker heeft deze mogelijkheid ook positieve consequenties, omdat in het bijzonder kleine kinderen vaak snel uitgekeken zijn in het ziekenhuis. Een mooie tuin met eventueel wat dieren biedt dan een mooie mogelijkheid om de kinderen even mee naar buiten te nemen, terwijl de rest van het bezoek nog even rustig kan blijven zitten. Dit zal dus ook de rust op de afdelingen kunnen bevorderen. Tot slot kan een mooie tuin met eventueel wat dieren de omgeving bij het ziekenhuis betrekken. Wanneer het ziekenhuis de mogelijkheid biedt voor een korte wandeling kunnen mensen uit de omgeving om deze reden naar het ziekenhuis komen.

Actieplan

1. De tuinarchitect zal bij het ontwerp van de tuin rekening moeten houden met het uitzicht van de patiënten en de begaanbaarheid van de tuin voor minder validen. Daarnaast zal hij zoveel mogelijk planten in de tuin moeten plaatsen die relatief weinig onderhoud vergen.
2. Een hoveniersbedrijf wordt ingehuurd om de tuin aan te leggen.
3. Er zal contact gezocht moeten worden met (plaatselijke) natuurorganisaties die wellicht interesse hebben in het onderhouden van de tuin. De Rabobank zou wellicht geïnteresseerd kunnen zijn in het sponsoren van dit project.
4. Mocht stap 3 geen succes hebben, dan zal er een contract moeten worden afgesloten met een hoveniersbedrijf (wellicht dezelfde als die de tuin aangelegd heeft) voor het onderhoud van de tuin.

5. In het geval van dieren zou eventueel gezocht kunnen worden naar een vrijwilliger uit de buurt die bereid is de dagelijkse zorg voor de dieren op zich te nemen.

Mogelijkheid 5 Project 'kijk je buurman'

Het project 'Kijk je buurman' is een idee dat is overgenomen van het Safaripark Beekse Bergen. Bij dit project lopen medewerkers van de verschillende afdelingen een dag mee met een andere afdeling. Het doel hiervan is dat medewerkers elkaars werkzaamheden hierdoor beter begrijpen en zo meer begrip kunnen opbrengen wanneer eventuele problemen ontstaan. Deze mogelijkheid zal in het bijzonder de interne gastvrijheid bevorderen. Daarnaast zal deze mogelijkheid ook effectief zijn om de gastvrijheidsbeleving van patiënten te verbeteren, omdat wanneer medewerkers meer begrip voor elkaar hebben, zij dit ook uitstralen naar de patiënt. Daarnaast kan de medewerker zo ook wat extra informatie aan de patiënt geven over zaken die eigenlijk niet binnen zijn/haar afdeling vallen.

Dit project zal een amusementsbeleving teweeg brengen omdat de patiënt hier zelf niks voor hoeft te doen. Hij zal het resultaat echter wel in zich opnemen, hij merkt dat er een goede sfeer op de afdeling hangt.

Kosten

Hoeveel het project 'kijk je buurman' zal kosten, is afhankelijk van de mate waarin het project uitgevoerd zal worden. Er kan gekozen worden om uitsluitend één of een aantal medewerkers per afdeling één dag te laten meewerken op een andere afdeling. Er kan echter ook voor gekozen worden om alle medewerkers te laten meelopen op een andere afdeling. Hoe uitgebreider het project wordt uitgevoerd, des te meer het zal kosten, maar ook des te effectiever het zal zijn. De medewerkers die aan het project meedoen, zullen een volle dag betaald moeten krijgen, terwijl ze op de andere afdeling niet als zelfstandige kracht kunnen functioneren. Daarnaast zal er één medewerker verantwoordelijk moeten zijn voor de gehele organisatie van het project, met name deze organisatie zal behoorlijk wat tijd en dus geld kosten.

Baten

De baten van deze mogelijkheid liggen bij de interne gastvrijheid. Door met een andere afdeling mee te lopen (hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een uitwisseling tussen facilitaire diensten en verplegende diensten, etc.) zal men meer begrip kunnen ontwikkelen voor de werkzaamheden van de ander. Het gevolg hiervan is dat de samenwerking prettiger zal verlopen tussen afdelingen onderling. Daarnaast leren medewerkers door dit project meer mensen kennen van andere afdelingen, dit zal de interne communicatie verbeteren. Wanneer men beter kan samenwerken en beter kan communiceren, zal dit ook voordelen hebben voor de patiënt. Wanneer een prettige sfeer op de afdeling hangt, zal dit ook doorspelen op de patiënt. De andere kant is dat een negatieve sfeer onder medewerkers onderling ook door zal werken naar de patiënt. Door een goede interne communicatie kan een patiënt bovendien ook efficiënter geholpen worden bij afdelingsoverschrijdende vragen/klachten.

Actieplan

1. Er moet een verantwoordelijke aangewezen worden voor de organisatie van het project (bijvoorbeeld bij het projectbureau P.O&O).
2. Samen met deze verantwoordelijke zal afgesproken moeten worden op welke schaal dit project zal lopen.
3. Deze verantwoordelijke maakt een plan hoe het project opgezet gaat worden.
4. Uiteindelijk zal in samenwerking met de hoofden van de verschillende afdelingen een planning gemaakt moeten worden wanneer welke medewerker waar gaat meelopen.
5. Het project gaat van start.
6. Aan het eind van het project vindt een evaluatie plaats, hierbij worden ook de medewerkers die hebben meegedaan betrokken.

Mogelijkheid 6 Medewerkers een button met daarop een tekst als bv.: “Vraagt u maar!” uitreiken.

Een button is vaak één van de eerste dingen die opvalt aan iemands kleding. Door alle medewerkers buttons te geven met daarop een tekst die de patiënten aanspoort hun vragen te stellen, zullen patiënten ook sneller hun vragen stellen. Mensen die soms een bepaalde vraag niet durven te stellen zullen door deze button vaak net over de streep getrokken worden om hun vraag toch te stellen. Daarnaast laat een dergelijke button blijken dat de medewerker er echt voor de patiënt is, en niet andersom. Een dergelijke button zal dan ook bijdragen aan de visie vanuit het hart. Bijvoorbeeld bij de introductie van de button kan de noodzaak van gastvrijheid al benadrukt worden.

Deze mogelijkheid zal een lerende beleving opleveren, omdat de patiënt zelf actie zal moeten ondernemen (een vraag stellen), maar wanneer hij/zij dit doet, zal hij hier wel van leren (in de vorm van het antwoord op de vraag).

Kosten

De kosten voor deze mogelijkheid zullen eenmalig zijn. De buttons zullen moeten worden ontworpen, geproduceerd en uitgedeeld. Zo snel alle buttons zijn uitgedeeld zijn ook alle kosten gemaakt. Het is aan te raden om bij de buttons een brief te geven, waarin de noodzaak van gastvrijheid nogeens wordt benadrukt. Hierdoor zal het doel van de button direct duidelijk overkomen op de medewerkers.

Baten

De baten van deze mogelijkheid is het feit dat patiënten door deze button zullen worden gestimuleerd tot het stellen van vragen. Patiënten die wellicht dingen niet durven te vragen zullen op deze manier over de streep getrokken worden om de vraag toch te stellen. Hierdoor zal vaker een beroep worden gedaan op de gastvrijheid van de medewerker. Daarnaast kan het MT doormiddel van de bijgesloten brief de essentie van gastvrijheid nogeens benadrukken. Door deze button zal een visie vanuit het hart worden gestimuleerd.

Actieplan

1. Het uitreiken van de buttons zou als onderdeel van het project ‘koning klant’ (zie mogelijkheid 8) gedaan kunnen worden.
2. Degene die het project ‘koning klant’ gaat begeleiden zal een brief op moeten stellen waarin duidelijk aan de medewerker wordt overgebracht waarom gastvrijheid zo belangrijk is en hoe deze button daaraan bij kan dragen.
3. De buttons moeten ingekocht worden of er moet een opdracht gegeven worden aan een bedrijf dat de buttons kan produceren.
4. De buttons moeten verspreid worden onder het personeel
5. Het is niet aan te raden het personeel te verplichten de button te dragen (zoals bij de naambadge), wanneer de begeleidende brief echter goed genoeg is, zullen veel medewerkers zelf het nut van de button al inzien.

Mogelijkheid 7 Een medewerker loopt 's ochtends een rondje, puur voor een praatje

Sommige patiënten hebben weinig familie of kennissen die op bezoek komen. Deze mensen kunnen hierdoor soms best eenzaam worden wanneer ze langere tijd in het ziekenhuis liggen. Het idee is dan ook om één medewerker (of vrijwilliger) 's ochtends een rondje te laten maken langs alle patiënten op de afdeling, puur voor een praatje en dan niet zozeer over medische zaken, maar over elk onderwerp waar de patiënt behoefte heeft om over te praten. Aandacht is altijd bevorderlijk voor de tevredenheid van de patiënt. Wanneer een patiënt aandacht krijgt, krijgt hij het gevoel dat zijn aanwezigheid op prijs wordt gesteld (de noodzaak van gastvrijheid), hierdoor wordt de gastvrijheidsbeleving dus ook bevorderd. Een aantal weken geleden is het project gastheer/gastvrouw gestart. Voor dit project loopt 's ochtends op elke afdeling een vrijwilliger die patiënten begeleid bij dingen waar de verpleging geen tijd voor heeft, een voorbeeld hiervan is het meenemen van de patiënt voor een wandeling. Het maken van een praatje zou hiermee gecombineerd kunnen worden.

Deze mogelijkheid zal de patiënt een ontsnappingsbeleving bezorgen. De patiënt zal actief deel moeten nemen aan de beleving, hij zal zelf bereid moeten zijn zijn verhaal te vertellen. Maar wanneer hij/zij dit doet, zal hij hier helemaal in opgaan.

Kosten

De kosten van deze mogelijkheid zal één of twee uurlonen per dag zijn. Één medewerker zal één of twee uur van zijn werktijd moeten besteden aan het puur aandacht geven aan de patiënt. Het voordeligst zou zijn wanneer er vrijwilligers bereid gevonden zouden kunnen worden voor deze taak. In dit geval zou deze mogelijk niets hoeven kosten.

Baten

De voornaamste bate van deze mogelijkheid is dat het de patiënt van meer aandacht voorziet. Doordat één van de medewerkers echt even tijd speciaal voor hem vrijmaakt, zal de patiënt zich gewaardeerd voelen. Zeker voor de patiënten die niet zoveel bezoek ontvangen zal het prettig zijn even zijn verhaal kwijt te kunnen. Daarnaast zullen patiënten wellicht makkelijker met klachten of opmerkingen komen wanneer hen rechtstreeks gevraagd wordt hoe het gaat.

Actieplan

1. Met de afdeling vrijwilligerswerk moet overlegt worden of het maken van een praatje met iedere patiënt gecombineerd kan worden met het gastheer/gastvrouw project.
2. Indien dit het geval is moeten de vrijwilligers geïnstrueerd worden hoe ze te werk moeten gaan (bij iedere patiënt langs, gericht vragen hoe ze zich voelen, of alles naar wens is etc.)
3. Indien dit niet het geval is zal per afdeling de ochtendtaken van het personeel anders ingericht moeten worden. Één medewerker zal iedere ochtend een paar uur de tijd moeten krijgen om met de patiënten te praten. Ook zal per afdeling gekeken moeten worden wat de meest geschikte tijd hiervoor is.

Mogelijkheid 8 Het 'koning klant' project opfrissen

In 1997 heeft binnen het ZHZ een groots project gelopen genaamd 'Koning klant'. Toentertijd was dit project nog vrij vooruitstrevend omdat binnen de ziekenhuissector de klant (patiënt) toen nog verre van koning was. Iedere medewerker heeft toen een cursus klantvriendelijkheid gevolgd. Sindsdien is echter veel veranderd binnen de ziekenhuissector en het ziekenhuis zelf en is het nog belangrijker geworden dat de patiënt zich 'koning' voelt. Omdat er sinds 1997 veel nieuwe werknemers binnen het ziekenhuis zijn komen te werken en omdat een aantal dingen toch ook een beetje vervaagd zijn over de jaren, is het aan te raden een aantal aspecten van dat project opnieuw onder de aandacht van de medewerkers te brengen. Dit kan gedaan worden door middel van bijvoorbeeld nieuwe cursussen. Tijdens deze cursussen kan ook direct gewerkt worden aan het ontwikkelen van een ja-cultuur.

Dit project zal voor de patiënt een esthetiek beleving opleveren. De patiënt hoeft niks voor dit project te doen, maar wanneer het project op de juiste manier wordt uitgevoerd zal de patiënt de effecten wel zodanig merken dat hij/zij hier helemaal in op zal gaan.

Kosten

De kosten die gemaakt zullen moeten worden op het koning klant project onder de medewerkers 'op te frissen', is afhankelijk van de mate waarin men het project op wil frissen. Wanneer het hele project herhaald zal worden, zal dit weer een intensief traject worden, dat veel tijd en geld zal kosten. Er kan echter ook voor gekozen worden om uitsluitend de belangrijkste punten nogeens onder de aandacht van het personeel te brengen, of uitsluitend het nieuwe personeel de cursus te geven. Het project zal in ieder geval geld gaan kosten, maar hoeveel is dus afhankelijk van de mate waarin het zal worden 'opgefrist'.

Baten

De baten van het opfrissen van dit project zijn eigenlijk dezelfde baten als die uit het originele project naar voren zijn gekomen. Het zal dit keer echter naar verwachting een minder intensief traject vereisen om dezelfde uitkomsten te krijgen. De voornaamste oorzaak hiervan is dat de tijden veranderd zijn en dat de patiënt in deze tijd al veel meer centraal staat dan in 1997 gebruikelijk was. De baten van deze mogelijkheid zal dus zijn dat de bejegening naar de patiënt toe geoptimaliseerd kan worden en gastvrijheid als een visie vanuit het hart van de medewerkers kan worden bereikt.

Actieplan

1. Er moet een verantwoordelijke aangewezen worden voor het begeleiden van het project (bijvoorbeeld binnen het projectbureau P.O&O).
2. Met deze verantwoordelijke zal besproken moeten worden in welke mate het project 'opgefrist' gaat worden en wat de einddoelstelling van het project wordt.
3. Deze verantwoordelijke zal een projectplan moeten schrijven met daarin alle te ondernemen stappen van het project. Hierbij kan o.a. gekeken worden naar het oude project, of naar vergelijkbare projecten bij andere organisaties.
4. Deze verantwoordelijke zal het project gedurende de gehele loop begeleiden.
5. Na afloop van het project zal een evaluatie plaatsvinden, hierbij wordt gekeken of de vooraf gestelde doelstellingen behaald zijn.

Mogelijkheid 9 De giftshop via het internet

In Amerika is het al heel gebruikelijk dat familie en kennissen van bezoekers via de website van het ziekenhuis kaarten en andere kado artikelen kunnen bestellen en die laten afleveren bij de patiënt. Ook in Nederland zou dit de toekomst kunnen zijn. Het voordeel hiervan is dat mensen die niet naar het ziekenhuis kunnen komen voor bezoek, toch iets van zich kunnen laten horen. Daarnaast zullen mensen om deze mogelijkheid te benutten naar de website van het ziekenhuis moeten gaan, wat goede marketing voor het ziekenhuis zal zijn. Omdat patiënten steeds korter in het ziekenhuis liggen, zal de tijd ook steeds korter zijn om bijvoorbeeld een kaartje te sturen. Via een dergelijke giftshop zal dit proces vele malen sneller kunnen dan via de reguliere post. Ieder bericht van het thuisfront dat een patiënt ontvangt is prettig, het zal de patiënt op zijn gemak stellen om te weten dat er mensen aan hem/haar denken. Daarnaast zullen nog dit jaar zogenaamde multimedia terminals aan iedere patiënt worden aangeboden. De patiënt kan hiermee aan bed gebruik maken van o.a. internet faciliteiten. Op deze manier wordt het dan ook helemaal eenvoudig om de zieke een kaart via het internet te sturen.

Wanneer een dergelijke webshop wordt opgezet schuilt het gevaar hem in de vorm van betaling. Er kan gekozen worden voor betaling via credit card, maar hiervoor is (logisch) het bezit van een creditcard vereist. Er kan ook gekozen worden voor het nasturen van een rekening naar degene die de bestelling heeft geplaatst, maar dit brengt weer een heleboel administratieve zaken met zich mee, wanbetalers nieteens meegeteld. Vele ondernemers en banken zijn echter wel bezig met het ontwikkelen van een betrouwbaar en makkelijk betalingssysteem, het kan echter nog enige tijd duren voordat dit ontwikkeld is.³²

De aanbeveling is dan ook om eerst uitsluitend met de digitale kaarten via de website van Zuwe te beginnen. Deze service kan ingaan zo snel de multi media terminals worden geïnstalleerd. Wanneer het betalen via het internet makkelijker en betrouwbaarder wordt kan overgegaan worden op het aanbieden van artikelen.

Deze service zal de patiënt een amusementsbeleving bezorgen omdat hij/zij hier zelf niets voor hoeft te doen, maar hij zal de beleving wel in zich opnemen.

Kosten

De kosten van het aanbieden van wenskaarten via de website zijn uit onderzoek niet duidelijk geworden. Het opzetten van een dergelijke service zal geld kosten in de vorm van een programmeur die het programma op de website van Zuwe zal moeten installeren.

Baten

De baten van deze mogelijkheid is dat het de mogelijkheden voor familie/kennissen van patiënten om de patiënt iets leuks toe te sturen verhoogt. Hierdoor heeft zelf een patiënt die maar één of enkele dagen in het ziekenhuis verblijft kans om post te ontvangen. Het ontvangen van post zal de patiënt goed doen omdat ze hiermee het idee krijgen dat er thuis iemand aan ze denkt.

Wanneer overgegaan wordt op het aanbieden van producten zal de omzet van SOHO en het winkeltje stijgen bij iedere aankoop die via de website wordt gedaan, omdat de producten indirect bij hen worden gekocht. De producten die op de website worden besteld, worden door

³² Mosterd, D.: Hoe veilig is betalen via internet? In: Metro ICT special, 18 mei 2005

het winkeltje van SOHO geleverd en dus ook aan hen betaald. SOHO heeft dan ook aangegeven bereid te zijn mee te werken aan de ontwikkeling van deze service.

Boven de normale prijs voor de producten zou in het geval van de webshop een administratietoeslag gevraagd kunnen worden. Hiermee zouden de gemaakte kosten terugverdiend kunnen worden. Deze toeslag mag echter niet te hoog zijn anders heeft het een negatieve invloed op de gastvrijheidsbeleving. Bij het versturen van de kaarten kan geen toeslag gevraagd worden omdat hiermee alsnog geld gevraagd moet worden voor de kaarten en dit brengt dezelfde problemen met zich mee als waarvoor uiteindelijk gekozen is voor het uitsluitend versturen van kaarten.

Tot slot zal een positief gevolg van de giftshop via de website zijn dat mensen van buitenaf gestimuleerd zullen worden om de website van Zuwe te bezoeken. Wanneer zij toch op deze website zijn om iets te bestellen, kijken ze wellicht nog even verder. Hierdoor kan vervolgens gewezen worden op andere mogelijkheden van Zuwe.

Actiepunten

1. De multimedia terminals worden geïnstalleerd.
2. Er worden van tevoren doelstellingen gesteld voor de kosten/opbrengsten en het gebruik van de mogelijkheid om digitale kaarten te sturen.
3. Op de website van Zuwe wordt de mogelijkheid tot het sturen van een digitale kaart geïnstalleerd (begeleidt door afdeling communicatie).
4. Via een flyer in het informatiemapje en door promotie op de website wordt de service gepromoot.
5. Na een jaar wordt gekeken of de doelstellingen behaald zijn, en zo niet, waar dit aan ligt. Hier wordt vervolgens actie op ondernomen.

Mogelijkheid 10 Patiënten ontvangen een informatiemapje bij opname in het ziekenhuis

Wanneer mensen in het ziekenhuis worden opgenomen, hebben zij altijd eerst een gesprek met een verpleegkundige van de afdeling waarop zij worden opgenomen. Het zou handig voor patiënten zijn om tijdens dit gesprek gelijk een mapje te ontvangen met daarin informatie over de mogelijkheden binnen het ziekenhuis. Er zijn al afdelingen waar men dit soort mapjes uitdeelt, maar het gebeurt nog niet op alle afdelingen. Het voordeel van een dergelijk mapje is dat de patiënt direct van alle mogelijkheden binnen het ziekenhuis op de hoogte wordt gesteld en hierdoor optimaal gebruik kan maken van de mogelijkheden. Daarnaast zou ook een korte enquête in een dergelijk mapje geplaatst kunnen worden. Hierdoor wordt het beoordelen van het ziekenhuis door de patiënt gestimuleerd. De resultaten hiervan zullen het ziekenhuis een beeld geven van de gebreken, hier kan vervolgens actief op ingesprongen worden.

Deze service zal de patiënt een lerende beleving bezorgen omdat de patiënt zelf het informatiemapje zal moeten lezen om de informatie te krijgen. Wanneer hij/zij dit doet zal hij leren wat de mogelijkheden binnen het ziekenhuis zijn.

Kosten

De kosten van een informatiemapje zullen voornamelijk drukkosten zijn. De verschillende diensten die een folder in de informatiemap willen plaatsen (bijvoorbeeld restaurant, klachtencommissie etc.) zullen zelf een folder aan moeten leveren bij een centraal persoon die verantwoordelijk is voor de inhoud van de informatiemap (vb. patiëntenvoorlichting). Deze persoon zal de folder vervolgens bij de reproductie afdeling moeten laten kopiëren, dit zal geld kosten.

Baten

De baten van deze mogelijkheid is voornamelijk dat de patiënt direct een duidelijk beeld krijgt van zijn mogelijkheden binnen het ziekenhuis. De patiënt kan hierdoor optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die het ziekenhuis biedt. De andere kant van het verhaal is dat deze informatiemap als belangrijke promotiebron kan dienen. Vooral relatief onbekende diensten kunnen onder de aandacht van de patiënt gebracht worden doormiddel van deze informatiemap. De informatiemap zal het makkelijkste middel zijn om alle patiënten te bereiken, hierdoor kan ook van het mapje gebruik gemaakt worden voor de patiëntenenquête.

De kosten die voor het maken van het mapje gemaakt worden, kunnen worden terugverdiend door bedrijven te laten adverteren in het mapje. Hierbij moet gedacht worden aan kleine advertenties onderaan de flyers of brochures, of op de omslag van het mapje.

Actieplan

1. Er zal een verantwoordelijke aangewezen moeten worden die constant de inhoud van de informatiemap bewaakt.
2. Deze verantwoordelijke zal duidelijk het doel van de map moeten beschrijven en eisen stellen aan de inhoud van de map (vb. hoeveel folders mogen er maximaal in). Daarnaast stelt hij/zij een geschikte enquête op voor in het mapje en gaat hij op zoek naar adverteerders (eventueel dezelfde sponsors als in Hofpoortgeluiden of Hofpoortinfo)
3. Vervolgens zal het bestaan van de map intern bekend moeten worden gemaakt in de vorm van bv. een interne memo.

4. Als reactie op deze memo zullen afdelingen die een folder in de map willen plaatsen deze inleveren bij de eindverantwoordelijke.
5. De eindverantwoordelijke zal de folders laten drukken bij de interne reproductie afdeling.
6. Alle folders gaan per stapel los naar de afdelingen.
7. De afdelingsreceptie voegt de mappen samen en legt ze klaar voor de verpleegkundige
8. De verpleegkundige geeft de map vervolgens aan de patiënt.
9. De enquêtes worden bij de receptie in ontvangst genomen en doorgestuurd naar de eindverantwoordelijke.
10. De eindverantwoordelijke analyseert de enquêtes en houdt de inhoud van de mappen 'up to date'.

Mogelijkheid 11 Thema avonden/lezingen voor mensen uit de omgeving en patiënten

Thema avonden en lezingen zijn een uitgesproken manier om mensen uit de omgeving naar het ziekenhuis te kregen. Wanneer onderwerpen gekozen worden die leven in de omgeving, zal de interesse groot zijn. Door de omgeving meer bij het ziekenhuis te betrekken zal het ziekenhuis nog meer het imago van streekziekenhuis versterken. Mensen uit de omgeving zullen zich verbonden voelen met het ziekenhuis en hierdoor sneller voor het ZHZ kiezen in plaats van andere ziekenhuizen. Daarnaast kan een dergelijke avond een patiënt afleiding bieden indien het een onderwerp betreft dat hem/haar aanspreekt.

Deze avonden zullen zowel de patiënt als de bezoeker uit de omgeving een ontsnappingsbeleving bezorgen. Ze zullen beiden uit zichzelf naar de avond toe moeten komen, maar wanneer zij dit doen zullen ze even kunnen ontsnappen uit hun dagelijkse sleur, of uit hun ziekenhuisbed.

Kosten

De kosten van de thema avonden of lezingen voor mensen uit de omgeving en eventueel de patiënten zijn afhankelijk van de frequentie waarin deze avonden worden gehouden en wat er tijdens de avonden gebeurt. Wanneer men iedere week een avond houdt zullen de kosten uiteraard hoger zijn dan wanneer dit eenmaal per maand gebeurt. Daarnaast kunnen lezingen gehouden worden door iemand die daar geld voor vraagt, of door mensen die het wellicht voor het ziekenhuis gratis zouden doen. De begeleiding van de thema avonden, en wellicht de organisatie ervan, zouden door vrijwilligers kunnen gebeuren, dit hoeft dus niets te kosten behalve een beschikbare ruimte waar de organisatie kan plaatsvinden en een beschikbare ruimte waar de thema avond kan plaatsvinden.

Baten

De baten van dergelijke avonden is dat het ten eerste de patiënten een mogelijk tot ontspanning/ontsnapping bied. Ze zullen even hun zinnen uit het ziekenhuis bed weerleggen, het is echter de vraag of veel patiënten hier behoefte aan hebben. Daarnaast zullen de thema avonden ook aantrekkelijk gemaakt moeten worden voor mensen van buiten het ziekenhuis. Door deze mensen naar het ziekenhuis te lokken met een dergelijke avond zullen zij steeds meer een band met het ziekenhuis krijgen. Het ziekenhuis zal zich op deze manier ook gastvrij opstellen tegenover mensen vanuit de omgeving die niet in het ziekenhuis liggen. De kosten die gemaakt zijn voor die avond kunnen worden terugverdiend door het vragen van een kleine bijdrage van de mensen die de avond bijwonen. Daarnaast kan een kleine bijdrage gevraagd worden voor eventuele versnaperingen.

Actieplan

1. Er zal een verantwoordelijke aangewezen moeten worden voor de organisatie van de avonden (wellicht bij de afdeling vrijwilligerswerk).
2. Deze verantwoordelijke zal doelstellingen voor de thema avonden moeten stellen.
3. Daarnaast zal deze verantwoordelijke thema's uit moeten kiezen die leven binnen de omgeving van het ziekenhuis (in het algemeen, of specifiek over de omgeving).
4. De verantwoordelijke zal de avond moeten organiseren en vrijwilligers moeten regelen ter ondersteuning van de avond.
5. Er zal promotie voor de avonden gemaakt moeten worden d.m.v. advertenties in een lokale krant of posters door Woerden heen.
6. Na een aantal avonden zal een evaluatie plaatsvinden, zijn de voorafgestelde doelstellingen behaald? Zo nee, waar ligt dit aan en wat is hieraan te doen?

Mogelijkheid 12 Broodkar op de kamer

Het idee van de broodkar op de kamers van de patiënt is dat een medewerker van de hotelservice met een kar vol soorten brood en beleg iedere kamer oprijdt en aan de patiënt persoonlijk vraagt wat hij/zij wil eten. Vervolgens zal de medewerker ter plekke de maaltijd naar de wens van de patiënt samenstellen.

De beleving van de patiënt zal op deze manier toenemen. In plaats dat hij/zij een kant-en-klaar bord met boterhammen krijgt voorgeschoteld, kan de patiënt zien hoe het wordt klaargemaakt. Bovendien kan op deze manier beter op de individuele wensen van de patiënt worden ingespeeld.

Deze service zal een esthetiek beleving met zich meebrengen omdat de patiënt zelf niks voor de service hoeft te doen, hij zal hier echter wel helemaal in opgaan omdat het wel over zijn eten gaat en het even een afleiding bied van het liggen in bed.

Kosten

De kosten van de broodkar zullen ten eerste in het aanschaffen van geschikte karren zitten. Voor iedere afdeling zal een aparte kar moeten komen, waar alle benodigdheden op passen en die makkelijk hanteerbaar is. Daarnaast zal het de hotelmedewerker meer tijd kosten om persoonlijk voor elke patiënt de broodmaaltijd klaar te maken, dan wanneer dit in de keuken al is gebeurd en de hotelmedewerker alleen het bord hoeft neer te zetten. Tot slot is het ook mogelijk dat er meer restafval zal overblijven omdat de hotelmedewerker van tevoren niet weet wat de patiënten zullen 'bestellen'. Hierdoor zal meer besteld moeten worden en zal uiteindelijk waarschijnlijk ook meer overblijven.

Baten

De baten van een broodkar liggen ten eerste bij de kwaliteit van de maaltijd van de patiënt. Omdat de patiënt zelf kan bestellen waar hij/zij op dat moment trek in heeft, hoeft hij niet de avond van tevoren de maaltijd al te bestellen. Daarnaast kan de patiënt zelf ervaren hoe zijn brood wordt klaargemaakt, het beste zou zijn wanneer hij het brood zelfs kan ruiken. Daarnaast kan met de broodkar beter worden ingespeeld op de individuele wensen van een patiënt, wanneer iemand bijvoorbeeld extra boter wil, is dit met de broodkar geen probleem, terwijl op dit moment extra boter helemaal beneden in de keuken gehaald zou moeten worden.

Ten tweede zal het ook tijd in de keuken schelen. Zij hoeven voor de broodkar alleen maar voor iedere afdeling een kar klaar te maken, in plaats van voor iedere patiënt zijn eigen portie. Zij zullen hierdoor op het gebied van de broodmaaltijd tijd overhouden in vergelijking met de huidige situatie.

Actieplan

1. Het hoofd faciliteiten zal met de keuken en een aantal medewerkers hotelservice moeten praten over de plannen, zij zullen hiermee in moeten stemmen.
2. Vervolgens zullen doelstellingen en een geschikte proeftijd moeten worden vastgesteld. Deze proeftijd zal uitsluitend op één afdeling plaatsvinden.
3. Er zal een geschikte kar gevonden moeten worden. In overeenkomst met de leverancier zou de kar tijdens de proeftijd op proef gebruikt kunnen worden.
4. Er zal een geschikt assortiment voor de kar moeten worden samengesteld (aan de hand van de brood bestellingen in de huidige situatie).

5. De proefperiode kan van start gaan.
6. Na de proefperiode vindt een evaluatie plaats. Hierbij worden de doelstellingen getoetst, het assortiment aangepast indien nodig en het functioneren van de kar bekeken.
7. Naar aanleiding van de conclusies uit de evaluatie kan op alle afdelingen de broodkar van start gaan, hiervoor zullen nog wel meer karren moeten worden aangekocht.