

Een afstudeeronderzoek naar de tevredenheid onder de patiënten van Isala over de polikliniek Neurologie.

Wie ophoudt beter te worden, houdt vanzelf op goed te zijn.

Isala, Polikliniek Neurologie

Lansink, Iris

Titelblad

Type document: Thesirapport
Titel: Wie ophoudt beter te worden, houdt vanzelf op goed te zijn.

Datum van publicatie: 21 augustus 2017
Plaats van publicatie: Deventer, Overijssel

Auteur: Iris Elise Lansink
Studentnummer: 147427
Klassennummer: ATH4NL01
Opleiding: Facility Management, Hospitality Business School
Onderwijsinstelling: **Saxion Hogescholen te Deventer**

Begeleider Isala: G. van Vemde, Hoofdpijnverpleegkundige
E. van der Weide, Parkinsonverpleegkundige

Eerste examinerator: Carla Brouwer
Tweede examinerator: Benedicte De Vries

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	8
1.1	Achtergrondinformatie Isala, Polikliniek Neurologie.....	8
1.2	Aanleiding en relevantie voor de opdrachtgever	9
1.3	Centraal managementprobleem	11
1.4	Doelstelling	11
1.5	Onderzoeksvragen.....	11
	Hoofdvraag	12
	Deelvragen	12
1.6	Leeswijzer	12
2.	Theoretisch kader	12
2.1	Zoekmethoden	13
2.1	Verandering in de gezondheidszorg	13
	Marktwerving binnen de zorg	14
	Patiëntgerichte zorg	15
	Healing environment	16
	Kwaliteitsverbetering van zorg	17
	Gastvrijheid in de zorg	18
2.2	Polikliniek Neurologie	19
2.3	Patiënttevredenheid	21
3.	Methodologie.....	24
3.1	Onderzoeksstrategie.....	24
3.2	Onderzoeksmethoden.....	25
3.3	Selectie van respondenten	27
3.4	Analysetechniek.....	27
4.	Resultaten.....	29
4.1	Respondent.....	29
4.2	Bereikbaarheid van de poli	30
4.3	Dienstverlening secretariaat	30
4.4	Wachtruimtes	31
4.5	Behandeling zorgverleners	31
	Neuroloog	31
	Verpleegkundig consulent	32
	KNF-laborant.....	32
4.6	Invloed van type afspraak op de tevredenheid	32
4.7	Invloed van leeftijd op de tevredenheid	33

4.8 Invloed van wachttijd op de tevredenheid	33
5. Conclusies	34
5.1 Wat is patiënttevredenheid?	34
5.2 Wat is de huidige tevredenheid van de patiënten van de polikliniek Neurologie over haar dienstverlening en faciliteiten?	34
5.3 Welke aspecten spelen een rol bij het bepalen van patiënttevredenheid en hoe belangrijk zijn de aspecten ten opzichte van elkaar?	36
5.4 Welke trends in de gezondheidszorg dragen positief of negatief bij aan de patiënttevredenheid?	36
5.5 Hoofdvraag: In welke mate zijn de patiënten van de polikliniek Neurologie van Isala tevreden over de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek en welke aanbevelingen voor eventuele verbetering kunnen worden gedaan?	38
6. Discussie en aanbevelingen	39
6.1 Betrouwbaarheid	39
6.2 Validiteit	40
6.3 Kwaliteit	41
7. Advies	41
7.1 Inleiding van alternatieven	41
7.2.1 Aanbevelingen bij focus op participatie	44
7.2.2 Aanbevelingen per contactmoment	45
7.2.3 Implementeerbaar advies	45
7.3 Implementatieplan	45
7.3.1 Uitwerking kwaliteitscirkel van Deming	45
7.3.2 Tijd en mensen	47
7.3.3 Kosten en baten	48
Nawoord	49
Literatuurlijst	51
Bijlage I; Operationalisering kernbegrippen	58
Bijlage II; AAOCC-criteria	61
Bijlage III. Samenhang literatuuronderzoek	65
Samenhang polikliniek neurologie	65
Samenhang verandering in de gezondheidszorg	65
Samenhang patiënttevredenheid	66
Bijlage IV; CQ-index poliklinische zorg	67
Bijlage V. Uitwerking problemen op onderdelen van patiëntparticipatie	68
Bijlage VI; Planetree Model	69
Bijlage VII; Moodboard healing environment	70
Bijlage VIII; Citaat uit 'Gastvrijheid in de zorg: Facility management zorgt voor hét verschil'	71

Bijlage IX; Introductie MS, Parkinson, hoofdpijn.....	73
Bijlage X; Dimensies uit het SERVQUAL-model	74
Bijlage XI; Poster Patiënttevredenheidsonderzoek	76
Bijlage XII; Enquête	77
Bijlage XIII; Codeboek	81
Bijlage XIV. Voorwaarden implementeren patiëntparticipatie.....	86
Bijlage XV. Uitwerking multicriteria-analyse	87
Bijlage XVI. Aanbevelingen per contactmoment	92
Bijlage XVII. Inzet mensen per fase.....	93
Bijlage XVIII. Kosten en batenanalyse	95
Bijlage XIX; Gegevens uit open antwoorden	97

Managementsamenvatting

Isala zet de patiënt, kwaliteit en veiligheid op de eerste plaats binnen haar organisatie. Daarnaast heeft de organisatie als doel 50 procent zeer tevreden patiënten te behalen. De polikliniek Neurologie heeft op dit moment geen inzicht in de tevredenheid van de patiënt. Het houden van een tevredenheidsonderzoek is dé oplossing om te sturen naar deze 50 procent zeer tevreden patiënten. De hoofdvraag die centraal is gesteld binnen deze thesis is als volgt:

In welke mate zijn de patiënten van de polikliniek Neurologie van Isala tevreden over de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek en welke aanbevelingen voor eventuele verbetering kunnen worden gedaan?

Om de hoofdvraag te beantwoorden is er zowel literatuuronderzoek als veldonderzoek gedaan naar een aantal onderwerpen. Op deze manier is inzicht gekregen in de huidige trends die van invloed zijn op de tevredenheid van de patiënt, welke instrumenten bruikbaar zijn bij het meten van de tevredenheid, welke aspecten van de poli van belang zijn voor de patiënt en in welke mate de patiënten tevreden zijn over deze aspecten.

Het beantwoorden van de hoofdvraag met behulp van literatuuronderzoek laat zien dat de marktwerking, gastvrije zorg, kwaliteitszorg en patiëntgerichtheid belangrijke ontwikkelingen zijn die van invloed zijn op de tevredenheid van de patiënt. Daarnaast laat het zien dat de patiënt het belangrijk vindt zich welkom te voelen op de poli en dat bejegening en autonomie een grote rol spelen binnen de behandeling.

Het veldonderzoek geeft inzicht in de tevredenheid van de patiënt. Met behulp van een enquête is deze achterhaald. Over het algemeen is de patiënt tevreden over de polikliniek Neurologie. De tevredenheid ligt het hoogst bij de behandeling en het 'laagst' bij de bereikbaarheid en voorzieningen op de afdeling. Er is tevens samenhang geconstateerd tussen het type afspraak waarvoor de patiënt komt en de mate van tevredenheid over de dienstverlening.

Tijdens de discussie van de thesis komt naar voren dat de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek niet voldoende zijn om de resultaten te generaliseren voor de gehele populatie. Aanbevelingen aan het thesisrapport wijzen uit dat deze verbeterd kan worden door de mening van de patiënt te achterhalen en meer inzicht te verkrijgen in de belangrijkste trend die van invloed is op de tevredenheid, patiëntgerichtheid.

Ter conclusie wordt de polikliniek Neurologie geadviseerd zich meer te richten op patiëntparticipatie. De patiënt moet de rol krijgen van partner binnen de behandeling van de polikliniek. De rol van partner wil zeggen dat de patiënt participeert binnen de zorg. Hij werkt samen met de behandelaar aan een zorgplan dat past bij de patiënt. De patiënt wordt gezien als individu, per patiënt wordt gekeken welke zorg het best bij hem past.

Het implementeren van patiëntparticipatie wordt vormgegeven met een PDCA-cyclus. De planfase is de uitvoering van dit onderzoek. Er worden doelen gesteld waarin tijdens de do-, check- en act-fase aan moet worden voldaan. Tijdens de do-fase wordt patiëntparticipatie met behulp van trainingen geïntroduceerd. Het secretariaat krijgt training in communicatie, de behandelaars worden klaargestoomd voor het partnerschap met de patiënt. Tijdens de periode van 21 maanden coördineert

het verbeterteam de transitie naar patiëntparticipatie. De check-fase controleert of de gestelde doelen worden behaald. Met instant interviews wordt bepaald of de werkwijze van invloed is op de tevredenheid van de patiënt. De check-fase leidt tot nieuwe gegevens over de invoering van patiëntparticipatie. Het is belangrijk dat deze gegevens tijdens de act-fase leiden tot verbeteringen. Om verdere verbetermogelijkheden in kaart te brengen moet de patiënt betrokken worden bij de evaluatie van de aanbevolen verandering.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport dat geschreven is ter afsluiting van de zes maanden durende afstudeerperiode bij de Polikliniek Neurologie te Isala Zwolle. Daarnaast is het de afsluiting van mijn studie Facility Management aan de University of Applied Sciences te Zwolle. Het rapport is een meting van de tevredenheid onder de patiënten van de polikliniek Neurologie. Het rapport is het eerst geschreven tevredenheidsonderzoek dat deel uit gaat maken van een reeks vervolgonderzoeken. De titel 'Wie ophoudt beter te worden, houdt vanzelf op goed te zijn' vind ik toepasselijk om de volgende redenen. Het eerste gedeelte past bij het bestaan van de polikliniek, het beter maken van mensen. Daarnaast sluit het tweede gedeelte aan bij de strekking van het onderzoek, het verbeteren van de dienstverlening van de polikliniek aan de hand van een tevredenheidsonderzoek. De titel is een quote uit een beleidsstuk van Isala (2015).

In het tweede jaar van mijn studie heb ik kennis op gedaan op het gebied van gezondheidszorg, dit was op het facilitair bedrijf van een jeugdzorginstelling. Ondanks deze kleine kennismaking met de zorg als bedrijf heb ik mij de eerste weken verbaasd over de werking van een ziekenhuis zo groot als Isala. De afdelingen en poliklinieken lijken organen die elk op zich werken maar gevoed en bij elkaar gebracht worden door het hart van het ziekenhuis. De uitdaging lag er voor mij om een onderzoek te doen gericht op de polikliniek Neurologie die aansluit bij de koers die Isala organisatiebreed vaart. Tijdens deze periode heb ik veel geleerd. Daarnaast heb ik alle gedurende mijn studie opgedane vaardigheden nodig gehad en verbeterd.

Ik besef mij dat ik deze thesis niet had kunnen schrijven zonder hulp en input van externen, daarom vind ik het belangrijk een dankwoord uit te spreken. Mijn dank gaat uit naar Gina van Vemde en Ester van der Weide, die beiden zowel de rol van opdrachtgever als begeleider vanuit de organisatie op zich namen. Tijdens het schrijven heb ik veel gehad aan de feedback die zij gaven. Dit zorgde ervoor dat ik continue met een kritische blik naar mijn rapport bleef kijken. Daarnaast wil ik het secretariaat en de dienstverleners van de polikliniek bedanken, de motivatie die zij de patiënten gaven om de enquêtes in te vullen heeft ervoor gezorgd dat de respons hoog was. Ook heb ik veel gehad aan mijn eerste examinerator, Carla Brouwer. Haar positiviteit maakte dat de moed mij niet in de schoenen zakte en dat ik gemotiveerd bleef om op koers te blijven. Ten slotte bedank ik de respondenten voor het nemen van de moeite om deel te nemen aan het onderzoek.

Deventer, 21 augustus 2017, Iris Lansink

1. Inleiding

In de inleiding wordt alle belangrijke achtergrondinformatie omtrent de thesis gegeven. Deze informatie geeft een duidelijk beeld van de aanleiding en relevantie van de thesis. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de relatie van de thesis ten opzichte van de opdrachtgever en wordt het managementprobleem dat centraal staat beschreven.

1.1 Achtergrondinformatie Isala, Polikliniek Neurologie

De thesis wordt uitgevoerd in opdracht van de Polikliniek Neurologie van het Isala Ziekenhuis in Zwolle. Isala is een ziekenhuis dat zich inzet voor het optimaal herstellen, handhaven en versterken van de kwaliteit van leven van de mensen die aan haar zorg zijn toevertrouwd. De patiënt, kwaliteit en veiligheid komen bij de organisatie op de eerste plaats. Daarnaast heeft het ziekenhuis de ambitie om in de top van Nederland mee te draaien (Isala, 2016). Naast zorg schenkt Isala aandacht aan een gastvrije en mensgerichte werkwijze. Deze benadering resulteert in een hoge patiënt- en medewerkerstevredenheid. De organisatie streeft naar een organisatiebreed integraal gastvrijheidskader; dit wil zeggen dat alle organisatieonderdelen op dezelfde wijze met gastvrijheid omgaan (Isala, 2013).

Neurologie is het specialisme dat zich bezighoudt met onderzoek en behandeling van ziektes van het zenuwstelsel en het spierstelsel. Veel voorkomende aandoeningen zijn hoofdpijn, epilepsie en beroertes. Binnen Isala wordt het specialisme in de volle omvang beoefend, daarbij zijn er speciale spreekuren voor Multiple Sclerose, de ziekte van Parkinson en hoofdpijn (Isala, 2016). De polikliniek wil sturen op de tevredenheid, wensen en behoeften van de patiënt. Dit betekent dat de mening van de patiënt mede ten grondslag ligt aan de koers die de afdeling volgt.

Het accent voor Isala ligt de komende jaren op **Veilige zorg** en **Service**.

- *Onze zorg is veilig*

Binnen Isala moet de patiënt zich te allen tijde in veilige handen voelen. Veiligheid is het eerste aandachtspunt. Medewerkers voldoen aan opleidingseisen, volgen protocollen, monitoren uitkomsten en onderzoeken incidenten. Dit gebeurt om incidenten te voorkomen en blijvend onderzoek te doen naar betere behandelmethoden. Om de kwaliteit van de dienstverlening te toetsen, worden audits uitgevoerd door JCI, een internationaal kwaliteitskeurmerk voor ziekenhuizen. 2017 staat in het teken van het borgen en verder verbeteren van de uitkomst van de accreditatie van JCI.

- *Wij zijn gastvrij*

Patiënten kunnen rekenen op een persoonlijke bejegening en een gastgerichte ontvangst. Zorgprocessen worden ingericht rond de patiënt. Medewerkers van Isala worden getraind in gastvrije dienstverlening. Daarnaast maken patiënt- en servicegerichtheid onderdeel uit van de selectie bij het aannemen van nieuwe medewerkers. In 2017 wil Isala met behulp van het verbeterde voedingsconcept vijf sterren behalen voor haar gastvrijheid. Isala wil van haar patiënten weten hoe zij de zorg hebben ervaren. Uiteindelijk streeft het ziekenhuis naar 50 procent zeer tevreden patiënten (Kwaliteitsventer, 2016).

1.2 Aanleiding en relevantie voor de opdrachtgever

In een interview met Van Grinsven wordt gesteld dat de patiënt in het ziekenhuis geen patiënt meer is maar een gast (Broersma, 2012). De patiënt wenst ook als gast behandeld te worden. Dit maakt dat gastvrijheid in de zorg één van de niet meer weg te denken thema's is. Isala streeft naar een zo gastvrij mogelijk ziekenhuis. Gastvrijheid kan verschil maken in de beleving van de patiënt, bijdragen aan een sneller herstel en aan de keuzevrijheid en autonomie van de patiënt (Holthuis, 2012). Isala vindt het belangrijk om inzicht te hebben in de beoordeling van haar dienstverlening door de patiënt. De patiënt is kritischer, betaalt meer zelf en verwacht dezelfde gastvrijheid als in een hotel. Wordt de patiënt niet prettig behandeld, dan kijkt hij verder naar andere zorgaanbieders (Jonker, z.d.). Als organisatie is het belangrijk achter het patiëntperspectief te komen. Dit bepaalt naast klinische aspecten onder andere de kwaliteit van zorg (Delnoij, 2009). De patiënt kan als ervaringsdeskundige duidelijk aangeven waar de zorg goed loopt, waar verbeteringen mogelijk zijn en wat de behoeftes zijn. Dit is de basis van patiëntgerichte zorg waarbij de nadruk ligt op communicatie, informatieverstrekking en het nauw betrekken van de patiënt bij besluitvorming (Bensing, 2000). Strategies in Regulated Markets, later te noemen SIRM, beoordeelt en vergelijkt ziekenhuizen. De ziekenhuizen worden onafhankelijk beoordeeld op patiëntgerichtheid en medische zorg. Om één van de beste ziekenhuizen van Nederland worden, is het belangrijk dat de patiëntgerichtheid en kwaliteit van de medische zorg hoog is.

Om kwaliteitsinformatie transparant te maken, is in 2006 door het Nederlands Instituut voor onderzoek (NIVEL) de Consumer Quality Index, ook wel cq-index, geïntroduceerd. De index is inmiddels in Nederland geaccepteerd als het voorkeursinstrument voor het meten van de patiëntervaringen met de kwaliteit van zorg. Binnen het zorgveld bestaat grote belangstelling voor CQI-informatie. Zorgverzekeraars nemen de informatie mee bij zorginkoop en patiëntenorganisaties gebruiken de informatie om keurmerken te verstrekken aan zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat zorgverleners de informatie gebruiken voor verbetertrajecten en het uitvoeren van benchmarks. Het NIVEL heeft als doel data uit de CQ-index voor diverse partijen inzichtelijk te maken. In de praktijk ervaren gebruikers dat de informatie uit de CQI-data niet altijd actueel is, of dat de toegang tot gedetailleerde data belemmerd is. Dit belemmert het gebruik van de data voor zowel patiënten als zorgverleners. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2016) gebruikt de uitkomst van de CQ-index om weer te geven hoe patiënten Isala ervaren. Dit wordt weergegeven in de vorm van een rapportcijfer dat de algemene indruk van de ervaring van patiënten met het ziekenhuis geeft. Patiënten gaven Isala in 2016 het cijfer 8,2. Zoals eerder genoemd vindt Isala het belangrijk inzicht te hebben in de beoordeling van haar dienstverlening. De beoordeling wordt gebruikt om de dienstverlening te verbeteren. Echter, het is lastig om verbetermogelijkheden te ontdekken op basis van een algemeen rapportcijfer. Voor Isala is dit een aanleiding om binnen de polikliniek Neurologie zelf een tevredenheidsonderzoek uit te voeren.

Isala heeft vanaf 2013 haar zorg gecentraliseerd naar één locatie in Zwolle. Dit gaf de organisatie de kans om een eenduidige gastvrije benadering vorm te geven en te stimuleren. De mensgerichte benadering moet resulteren in een hogere tevredenheid van patiënten. Belangrijk hierbij is dat de mening van de patiënt wordt meegenomen bij de organisatieontwikkeling (Isala, 2013). In 2013 is naar aanleiding hiervan binnen de polikliniek Neurologie een patiënttevredenheidsonderzoek uitgezet (Van Kesteren, 2013). Destijds is de polikliniek beoordeeld op ontvangst, wachttijden, geluidshinder, persoonlijke aandacht, deskundigheid, telefonische benadering, meebeslissen, omgaan met privacy en

informatieverstrekking. Het onderzoek is uitgezet onder patiënten die voor een herhaalbezoek komen. Demografische verschillen tussen patiënten zijn niet meegenomen. Het onderzoek was niet gebaseerd op relevante literatuur, waardoor de basis en de uitkomst van het onderzoek in twijfel worden getrokken. De uitkomst van het onderzoek, is niet generaliseerbaar voor de gehele populatie en kan daardoor niet gebruikt worden voor vervolgonderzoeken. Van het onderzoek in 2013 is enkel een samenvatting van de uitkomsten per onderdeel beschikbaar. Het gehele onderzoeksrapport is onvindbaar, de resultaten zijn daardoor niet betrouwbaar. Een beschrijving van de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en waarop de resultaten zijn gebaseerd ontbreekt.

Met behulp van het in 2013 uitgevoerde onderzoek, de beschikbare CQI-informatie en het gevoel dat heerst bij de medewerkers van de polikliniek, wordt een inschatting gemaakt van de tevredenheid van de patiënt. Op dit moment schatten de opdrachtgevers in dat de patiënt over het algemeen tevreden is over de dienstverlening. Echter, de inschatting is niet betrouwbaar omdat deze niet gebaseerd is op relevante en onderbouwde gegevens. De polikliniek Neurologie wil met behulp van een nieuw onderzoek de werkelijke tevredenheid van de patiënt achterhalen. Het is belangrijk dat het onderzoek relevant en betrouwbaar is. Dit vergroot de kans dat het onderzoek in de toekomst herhaald kan worden. Het onderzoek in 2013 maakte geen onderscheid tussen de verschillende patiënten van de polikliniek. Dit komt niet overeen met de verwachting van de opdrachtgever. Zij verwachten dat leeftijd en dat het gegeven of een patiënt voor het eerst of voor een herhaalbezoek komt van invloed is op de tevredenheid. Daarnaast verwacht de opdrachtgever dat bepaalde onderdelen van de dienstverlening belangrijker zijn bij het bepalen van de tevredenheid dan andere. Daarom moet gezocht worden naar literatuur die de wijze waarop de patiënt de tevredenheid beoordeelt aantoont. Daarnaast is het van belang dat de opdrachtgever inzicht krijgt in welke onderdelen relevant zijn voor het bepalen van de tevredenheid. De polikliniek wil met behulp van gegevens over de tevredenheid haar dienstverlening verbeteren. Het gebrek aan specifieke data en onderbouwing vanuit de literatuur zorgt er echter voor dat op dit moment geen concreet verbeterplan gemaakt kan worden.

Wat dit onderzoek relevant maakt, is de combinatie tussen een kwantitatief veldonderzoek en een kwalitatief literatuuronderzoek. Het veldonderzoek moet inzicht geven in de kwantitatieve beoordeling van de patiënt. Het achterhaalt de tevredenheid van de patiënt van de polikliniek. Daarbij worden de verschillen tussen de patiëntgroepen meegenomen. Dit is van belang omdat verwacht wordt dat de verschillen van invloed zijn op de wijze waarop de tevredenheid wordt beoordeeld. Dit wordt met name verwacht bij verschillen tussen de leeftijd en het type bezoek van de patiënt. Met het literatuuronderzoek wordt gezocht naar theorie die de verwachte uitkomst van het veldonderzoek ondersteunt. Meer specifiek wordt gezocht naar onderzoeken die aantonen dat de leeftijd of de reden van het bezoek van invloed zijn op de beoordeling van een dienst. Daarnaast wordt met het literatuuronderzoek gezocht naar aspecten die bij het bepalen van de tevredenheid van belang zijn voor de patiënt. Ook wordt onderzoek gedaan naar thema's en ontwikkelingen binnen de zorg die de tevredenheid beïnvloeden. Het onderzoek moet een duidelijk beeld geven van de huidige tevredenheid en de ontwikkelingen die bijdragen aan de tevredenheid. De polikliniek kan op basis van deze gegevens haar dienstverlening verbeteren.

1.3 Centraal managementprobleem

Om mee te gaan in het gastvrijheidskader van Isala, heeft de poli inzicht nodig in de huidige kwaliteit van haar dienstverlening. In dit geval gebruikt zij de tevredenheid van de patiënt als maatstaaf voor de kwaliteit. Daarnaast is een patiëntgerichte aanpak een vereiste om het beste ziekenhuis van Nederland te worden. Isala streeft naar een zo gastvrij mogelijk ziekenhuis waarbij patiënt, kwaliteit en veiligheid op de eerste plaats staan. De polikliniek mist recente data gespecificeerd op de tevredenheid van haar eigen patiënten. Het gebrek aan deze data maakt dat er niet toonbaar aansluiting gezocht wordt bij het tevredenheidsniveau van Isala. Daarnaast heeft de poli geen kennis over ontwikkelingen die bijdragen aan de tevredenheid van de patiënt. Inzicht in beide onderdelen zorgt ervoor dat de poli kan sturen op het verbeteren van de dienstverlening. De patiëntengroep die gebruikmaakt van de polikliniek is zeer divers. Patiënten verschillen in ziektebeeld, leeftijd, het type afspraak en voor welke zorgverlener zij komen. De opdrachtgever verwacht dat het per type patiënt verschilt hoe de polikliniek beoordeeld wordt (Van der Weide, 2016). Uit gesprekken met Ester van der Weide en Gina van Vemde (2016) zijn de volgende hypothesen opgesteld:

Er is samenhang tussen het type afspraak van de patiënt en de mate waarin hij tevreden is over de dienstverlening van de polikliniek.

Er is samenhang tussen de leeftijd van de patiënt en de mate waarin hij tevreden is over de dienstverlening van de polikliniek.

Er is samenhang tussen de tijd waarop de patiënt moet wachten en de mate waarin hij tevreden is over de dienstverlening van de polikliniek.

1.4 Doelstelling

Het doel in het onderzoek is het krijgen van inzicht in ontwikkelingen die bijdragen aan de tevredenheid van de patiënt binnen de polikliniek Neurologie. Het onderzoek moet daarnaast duidelijk maken wat de huidige tevredenheid van de patiënt is over de dienstverlening van de polikliniek Neurologie.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd om de tevredenheid van de patiënt en thema's die hieraan bijdragen voor de poli inzichtelijk te maken. Daarnaast biedt het onderzoek verbeterpunten die structureel gebruikt kunnen worden bij het sturen van de poli. De uitkomst van het tevredenheidsonderzoek wordt gekoppeld aan de relevante thema's om advies te geven over de koers die de polikliniek de komende jaren moet volgen. De koers moet leiden tot aansluiting met het gastvrijheidskader van Isala en 50 procent zeer tevreden patiënten.

De vraag die beantwoord wordt in het adviesgedeelte van de thesis is als volgt:

Hoe kan de polikliniek de kwaliteit van haar dienstverlening continu verbeteren en aan laten sluiten op de koers die Isala voor ogen heeft op het gebied van patiënttevredenheid?

1.5 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen worden beantwoord in het onderzoeksgedeelte van de thesis en geven structuur aan het rapport. De onderzoeksvragen worden uitgediept met behulp van zoekvragen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de hoofdvraag en deelvragen met bijbehorende zoekvragen.

Hoofdvraag

In welke mate zijn de patiënten van de polikliniek Neurologie van Isala tevreden over de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek en welke aanbevelingen voor eventuele verbetering kunnen worden gedaan?

- *Wat is patiënttevredenheid?*
- *Wat is de huidige tevredenheid van de patiënten van de polikliniek Neurologie over de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek?*
- *Wat zijn de wensen en behoeften van de patiënten van de polikliniek Neurologie ten aanzien van de dienstverlening en faciliteiten?*

Deelvragen

Welke aspecten spelen een rol bij het bepalen van patiënttevredenheid en hoe belangrijk zijn de aspecten ten opzichte van elkaar?

- *Wat wordt er verstaan onder de dienstverlening die de polikliniek Neurologie levert en wie is de patiëntengroep van de poli?*
- *Welke onderdelen van de dienstverlening van de polikliniek Neurologie worden beoordeeld bij het bepalen van de patiënttevredenheid?*
- *Welk aspect van de dienstverlening is voor de patiënt het belangrijkste bij het bepalen van de tevredenheid?*

Welke ontwikkelingen in de gezondheidszorg dragen positief of negatief bij aan patiënttevredenheid?

- *Welke ontwikkelingen die van invloed zijn op de dienstverlening spelen op dit moment binnen de gezondheidszorg?*
- *Welke recente ontwikkelingen spelen in op een patiëntgerichte aanpak?*

1.6 Leeswijzer

De thesis bestaat uit de volgende hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft het theoretisch kader waarin het vinden en verwerken van literatuur centraal staat. In hoofdstuk 3 wordt de methodologie gegeven en in hoofdstuk 4 komen de resultaten aan bod. In hoofdstuk 5 worden de conclusies gepresenteerd die in hoofdstuk 6 bediscussieerd worden. In hoofdstuk 7 wordt aandacht besteed aan het advies voor de opdrachtgever. Tot slot komt in hoofdstuk 8 de ervaring van de bezoeker aan bod in de vorm van een nawoord.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de belangrijkste begrippen die binnen deze thesis gebruikt worden aan de hand van een literatuuronderzoek gedefinieerd. Het theoretisch kader helpt bij het afbakenen van het onderzoeksonderwerp van de thesis en zorgt uiteindelijk voor het opstellen van een acceptabel advies.

Het theoretisch kader geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- *Wat is patiënttevredenheid?*
- *Op welke wijze kan patiënttevredenheid gemeten worden?*
- *Wat wordt er verstaan onder de dienstverlening die de polikliniek Neurologie levert en wie is de patiëntengroep van de poli?*

- *Welke onderdelen van de dienstverlening van de polikliniek Neurologie worden beoordeeld bij het bepalen van de patiënttevredenheid?*
- *Welk aspect van de dienstverlening is voor de patiënt het belangrijkste bij het bepalen van de tevredenheid?*
- *Welke ontwikkelingen die van invloed zijn op de dienstverlening spelen op dit moment binnen de gezondheidszorg?*
- *Welke recente ontwikkelingen spelen in op een patiëntgerichte aanpak?*

2.1 Zoekmethoden

Het theoretisch kader komt tot stand door te zoeken naar bruikbare informatie over de kernbegrippen uit het thesisproject. De wijze waarop naar bestaande literatuur wordt gezocht, wordt de zoekmethode genoemd. In de beschrijving van de zoekmethode wordt aandacht besteed aan de gebruikte zoekmachines, zoektermen en criteria die gebruikt zijn om de zoekresultaten te beoordelen.

Als belangrijkste zoekmachine wordt de bibliotheek van Saxion en Isala gebruikt. Zowel DISC (medische bibliotheek binnen Isala) als Saxion Bibliotheek is abonnee van een aantal relevante databanken. DISC is voornamelijk ingezet bij het raadplegen van databanken met een medische achtergrond, zoals Kwaliteitskoepel en UpToDate. Bij het raadplegen van het internet als zoekmachine worden sites gebruikt die vooral wetenschappelijke artikelen uitgeven. Enkele veelgebruikte zoekmachines op het internet zijn Google Scholar, Scirus en Pubmed. In de literatuurlijst worden de bronnen weergegeven die gebruikt zijn voor het schrijven van dit rapport. Daarnaast zijn de bronnen beoordeeld op relevantie aan de hand van de AAOCC-criteria. In bijlage II is voor enkele auteurs de uitwerking van deze AAOCC-criteria te vinden. De AAOCC-criteria bekijkt of de context van de gevonden informatie te vergelijken is met de context waarin de thesis geschreven wordt. Bij een vergelijkbare context wordt de informatie als relevant gezien.

Het verzamelen van informatie gebeurt aan de hand van de sneeuwbalmethode. Op basis van gevonden data worden nieuwe zoektermen en zoekfuncties bepaald. Belangrijke gebruikte zoektermen zijn gezondheidszorg, klanttevredenheid, patiënttevredenheid, tevredenheid, tevredenheidsmodel, kwaliteit, polikliniek, neurologie, neurologische ziektebeelden, polikliniek neurologie.

De uitwerking van de kernbegrippen uit het theoretisch kader wordt geoperationaliseerd, te vinden in bijlage I. De operationalisering is een opdeling van de kernbegrippen in dimensies en aspecten. Het is een eerste stap naar het ontwikkelen van de enquêtes die gebruikt worden tijdens het veldonderzoek. Om duidelijk te maken dat de gezochte literatuur van belang is voor de thesis is de samenhang per literatuuronderdeel weergegeven. De samenhang is te vinden in bijlage III.

2.1 Verandering in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg is continu in verandering. Het verkrijgen van meer kennis, veranderingen in de politiek en het veranderen van de doelgroep, zorgt ervoor dat de gezondheidszorg zich continu aanpast aan haar omgeving. Eliens et al. (2002) spreken van het mondiger worden van de cliënt. De cliënt wil meer als individu worden gezien en vraagt om een persoonsgerichte aanpak. Verbeek (2010) stelt dat de cliënt centraal komt te staan. Dit brengt een kanteling binnen de zorg met zich mee. Zij ziet een ontwikkeling van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. In het geval van

vraaggestuurde zorg wordt het aanbod aangestuurd door de zorgvrager. De zorgvrager is verantwoordelijk voor het bepalen van belangrijke beslissingen over wat er wordt geboden en op welke wijze dat gebeurt. Dit betekent ook dat de zorgvrager kan kiezen van welke zorgaanbieder hij gebruikmaakt. Onderstaand zijn enkele belangrijke veranderingen binnen de zorg beschreven. Per thema is beschreven wat de invloed van deze ontwikkelingen is op de tevredenheid van de patiënt.

Marktwerking binnen de zorg

Wanneer zorgvragers zelf kiezen welke zorg zij willen ontvangen, dan ontstaat marktwerking in de zorgsector (Varkevisser & Schut, 2010). De marktwerking is tevens een gevolg van het ontmantelen van Nederland als verzorgingsstaat eind jaren tachtig. De nadelen van de verzorgingsstaat kwamen aan het licht, de overheid regelde te veel, kon de kosten voor de zorg niet meer opbrengen en burgers werden vaak gemakzuchtig en te afhankelijk van de aangeboden voorzieningen. Als gevolg hiervan werd van zorgorganisaties verwacht dat zij zich als marktspelers gingen opstellen (Verhagen, 2012). Dit nieuwe systeem van marktwerking is erop gericht de vraag van de patiënt sturend te laten zijn en aanbieders scherp te houden door onderlinge concurrentie. In dit geval hebben zorgverzekeraars regie over de zorginkoop. Zorgaanbieders concurreren om de gunst van patiënt, verwijzer en zorgverzekeraar. De marktwerking moet op basis van de gezondheidsresultaten zorgen voor concurrentie onder de zorgaanbieders. De consequentie voor zorgaanbieders is dat de omslag gemaakt moet worden van 'alles willen aanbieden voor iedereen' naar totaalconcepten voor specifieke aandoeningen of situaties (Engelsen den, Beek van & Blijham, 2007).

Uit onderzoek van het NIVEL van de gezondheidszorg (2011) blijkt dat de CQ-index is uitgegroeid tot hét instrument in Nederland om ervaringen van patiënten in de zorg op een systematische manier te meten. De informatie uit de CQ-index is essentieel voor de marktwerking in de zorg. Patiënten kunnen deze informatie gebruiken bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars gebruiken de informatie om efficiënter zorg in te kopen en zorgaanbieders kunnen hiermee hun zorg verbeteren. De CQ-index neemt naast medisch-technische en zorginhoudelijke indicatoren ook de beleving van de patiënt mee. Het Zorginstituut Nederland heeft voor diverse onderdelen in de zorg CQI-vragenlijsten ontwikkeld. Poliklinische zorg heeft een eigen vragenlijst; de onderwerpen die hierin zijn opgenomen zijn te vinden in bijlage IV (ARGO, 2015).

Onderzoek van Myrthe Heerink (2009) wijst uit dat er een relatie bestaat tussen een marktgerichte aanpak en de tevredenheid van patiënten. Marktgerichtheid leidt tot een patiëntgerichte aanpak binnen het ziekenhuis, dit om patiënten niet kwijt te raken aan concurrenten. Indirect heeft marktwerking daardoor het gevolg dat de patiënt zich betrokken en serieus genomen voelt. Beide punten zijn voor de patiënt belangrijk bij het bepalen van de tevredenheid. Hoewel een marktgerichte aanpak de tevredenheid van patiënten kan beïnvloeden, is het niet geheel bepalend voor de tevredenheid. Het conceptueel model in figuur 1 schetst de relatie tussen marktwerking en tevredenheid met patiëntgerichtheid als interveniërende variabele.



Figuur 1. Conceptueel model marktwerking – Patiënttevredenheid (2017)

Onderzoek wijst uit dat basiswaarden van de zorg zoals hygiëne, rust en duidelijke informatie gezien worden als belangrijkste punten voor de tevredenheid van de patiënt. Een zorginstelling moet allereerst voldoen aan deze basiswaarden. Vervolgens kan het verschil gemaakt worden met een patiëntgerichte aanpak.

Dit komt overeen met de motivatietheorie van Maslow (1943), ook wel de piramide van Maslow genoemd. Deze theorie verklaart de behoeften van consumenten, of in dit geval patiënten. De theorie gaat uit van het idee dat ieder mens bepaalde basisbehoeften heeft. Met behulp van de piramide van Maslow kan achterhaald worden wat patiënten het belangrijkste vinden. In de theorie wordt ervan uitgegaan dat de patiënt pas behoefte heeft aan de volgende stap uit het model als aan de stap ervoor voldaan is. Het heeft als ziekenhuis daardoor geen zin om te voldoen aan de behoefte van de patiënt om te begrijpen en te ontdekken, als niet is voldaan aan de fysiologische basisbehoeften. De piramide van Maslow is te vinden in figuur 2.



Figuur 2. Piramide van Maslow (1943)

Patiëntgerichte zorg

Patiëntgerichte zorg heeft zich ontwikkeld van een opkomende trend in de gezondheidszorg tot een essentieel kenmerk van kwalitatief goede zorg in een steeds groter aantal landen in de wereld. Deze verschuiving is het resultaat van een samenloop van verschillende sociale en economische ontwikkelingen (Frampton & Charmel, 2009). De introductie van marktwerking in de zorg moet leiden tot een omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Bij zorgverlening die gestuurd is op het aanbod, spelen wensen, mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt een ondergeschikte rol. Bij vraaggestuurde zorg staan de wensen en behoeften van de patiënt centraal en levert de patiënt een actieve bijdrage aan het zorgproces.

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2014) stelt dat patiënten onvoldoende participeren in de zorg, terwijl zij dit wel graag zouden willen. Het achterblijven van patiëntparticipatie is een probleem voor de individuele patiënt. Het maakt dat het niet zeker is dat de patiënt de zorg krijgt die aansluit op zijn persoonlijke situatie. Meurs (2016) pleit voor situationele gelijkheid, waarbij gekeken wordt naar de context, de individuele omstandigheden en het te bereiken resultaat. Essentieel daarbij is het versterken van de zeggenschap van de patiënt. Wanneer de zorgverlener goed luistert en ruimte geeft voor vragen en overleg, dan kan de patiënt actief betrokken worden bij het zorgplan (Rapport Meldactie Zelfmanagement, 2010). Patiënten geven daarnaast aan dat de zorgverlener voldoende informatie moet geven om gezamenlijk tot de beste behandeling te komen. Meurs vindt het van belang dat altijd goede en passende zorg aangeboden wordt. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving streeft naar pluriformiteit binnen de zorg; dit in plaats van verdere standaardisering van de zorg. Dit

kan door patiënten en zorgverleners weer eigenaar te maken van wat zij goede kwaliteitszorg vinden. Voorheen lag de verantwoordelijkheid voor het borgen van de kwaliteit van zorg bij de overheid (2016). De Raad heeft patiëntparticipatie geanalyseerd en constateert problemen op de volgende onderdelen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013):

- de relatie tussen patiënt en zorgverlener:
- de organisatie van de zorgverlening:
- de financiering van de zorg:
- de juridische regeling van verantwoordelijkheden van zorgverlener en patiënt:

Een uitwerking van de problemen is te vinden in bijlage V.

Wanneer patiëntperspectief een plek krijgt binnen de organisatie, dan betekent dit er een relatie met de patiënt wordt opgebouwd en dat gezamenlijk naar een bepaald doel gewerkt wordt. Een valkuil hiervan is dat het proces stilvalt zodra het doel bereikt is (Vossen, z.d.). Mits de relatie tussen patiënt en zorgverlener goed is, kan patiëntgerichtheid een positieve invloed hebben op de patiënttevredenheid. Het plots stoppen van de samenwerking of het niet gehoord voelen van de patiënt, heeft een negatieve uitwerking op de tevredenheid. Instrumenten om de patiënt te betrekken bij de zorg zijn het houden van ontslaggesprekken, spiegelbijeenkomsten en het betrekken van patiënten in werkgroepen en commissies. De informatie die voortkomt uit de benoemde instrumenten moeten vervolgens benut worden in een vervolgtraject. Laat de patiënt niet vallen, maar betrek hem bij het vervolgtraject (Veenendaal, 2016).

Healing environment

Isala probeert het genezingsproces van patiënten te versnellen door een organische bouwstijl en een groene omgeving te handhaven. Het ziekenhuis is volgens het principe 'healing environment' gebouwd. Dit is een begrip uit de zorgsector dat verwijst naar een omgeving die erop gericht is het fysieke en emotionele welzijn van de patiënt te verbeteren (Van Dijk, 2014). Het gebruik van planten en warme kleuren heeft een positieve uitwerking op medewerkers, bezoekers en patiënten. Esthetiek speelt een steeds belangrijkere factor in zorginstellingen. Het Martini Ziekenhuis in Groningen en het Academisch Ziekenhuis in Gent maken net als Isala gebruik van een kleurconcept speciaal ontwikkeld voor de gezondheidssector. Dit kleurconcept moet de koude en formele ziekenhuissfeer van vroeger plaats laten maken voor een meer kleurrijke, vriendelijke en gevarieerde omgeving (Kranefeld, 2013). In bijlage VII is een moodboard te vinden die de uitstraling van bovengenoemde esthetiek weergeeft. Er is tal van onderzoek gedaan naar het effect van healing environment op gezondheid. Agnes van den Berg (2005) concludeert dat meer onderzoek nodig is om de relatie tussen omgeving en gezondheid te snappen. Zo bestaat bijvoorbeeld onvoldoende bewijs dat de aanwezigheid van planten, daglicht en binnentuinen tot een betere gezondheid leidt. Wel is er wetenschappelijk bewijs dat deze aspecten positief bijdragen aan de beleving van de patiënt.

Een model dat de zorg vanuit het perspectief van de cliënt verbetert, is Planetree. Planetree staat voor de best mogelijke mensgerichte zorg. Het model heeft een integrale aanpak waarbij de geleverde zorg, de omgeving waarin de zorg wordt verleend én de vitaliteit van de organisatie elkaar versterken. Het Planetree model bestaat uit twaalf componenten die laten zien wat mensen belangrijk vinden. De visie van Planetree is om gezondheidszorg te leveren waarin mensen voorop staan, iedere medewerker zorgverlener is, persoonlijke aandacht wordt gegeven, informatie toegankelijk is en de sociale kring vitaal is voor het herstel of de kwaliteit van leven. Daarnaast is een veilige, toegankelijke en

vakbekwame zorg essentieel en wordt de fysieke omgeving zo ingericht dat stress gereduceerd en het welbevinden verhoogd wordt (Planetree, 2016). Het volledige Planetree Model is te vinden in bijlage VI. Vastgoed wordt vaak gezien als belangrijke toegevoegde waarde voor ziekenhuizen (Zwart & Voordt van der, 2012). Mogelijke toegevoegde waarden van vastgoed zijn innovatie stimuleren, gebruikerstevredenheid verhogen, cultuur verbeteren, imago ondersteunen en flexibiliteit optimaliseren. Zwart en Van Der Voordt stellen dat patiënttevredenheid in de top drie van belangrijkste waarden wordt geplaatst. Deze waarde heeft betrekking op het gebruik en de beleving van het gebouw en probeert met name sturing te geven aan de communicatie en interactie tussen de mensen in het gebouw. Daarbij wordt patiënttevredenheid veelal gekoppeld aan gastvrijheid, healing environment en het planetree-concept.

Kwaliteitsverbetering van zorg

Het beginsel van het leveren van kwaliteit is gelegd door iedere zorgaanbieder verplicht verantwoorde zorg te laten leveren. Verantwoorde zorg is zorg die in ieder geval doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend (De Bekker, 1995). Om zichtbaar te maken in welke mate deze zorg verantwoord is, gaf de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in de periode voor 2017 transparantie binnen de zorg als aandachtspunt. Onder transparantie wordt verstaan: het verschaffen van inzicht in voor de patiënt relevante leveringsvoorwaarden en kwaliteitsaspecten (Bakkers & Meertens, 2014). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft met het themarapport 'Kwaliteit op de kaart' de ontwikkeling op het gebied van kwaliteit binnen ziekenhuizen zichtbaar gemaakt (Van Rooy, 2013). Kwaliteitsinformatie is belangrijk voor ziekenhuizen, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid. Met het rapport wil de vereniging ziekenhuizen stimuleren om door te gaan met het zichtbaar maken van kwaliteit. Uit het rapport komt naar voren dat patiënten over het algemeen goede ervaringen hebben met ziekenhuizen. Patiënten geven de zorg die artsen en verpleegkundigen aan de patiënt bieden een 8. In 2016 ligt dit gemiddelde nog steeds ruim boven een 7. Het cijfer stijgt naar een 8 als er persoonlijk contact is geweest met een ziekenhuismedewerker (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2016). Twee verbeterpunten worden gegeven: de patiënt wil meer inbreng krijgen in het zorgproces en een inhoudelijk beter opnamegesprek. Op de polikliniek wil de patiënt een betere uitleg over de zorgverlening en het gebruik en de bijwerkingen van medicijnen.

Het kwaliteitsniveau van een zorginstelling wordt daarnaast afgeleid uit certificaten en keurmerken. Deze gegevens zijn openbaar sinds de jaarverslagen van organisaties gepubliceerd worden. Deze gegevens geven echter geen inzicht in de kwaliteit van de zorg op het niveau van de patiënt. De mate van herstel of de tevredenheid van de patiënt zou gezien moeten worden als een directe indicator voor de kwaliteit van zorg (Sluijs, Van Beek, Mouthaan, De Neef & Wagner, 2002). Het NFU heeft voor de komende jaren kwaliteitsverbetering van de zorg centraal staan. Met behulp van klantgerichtheid, preventie van fouten en procesbeheersing moet de kwaliteit verbeterd worden (De Bekker & Claessens, 1993). Ook hier geldt dat de kwaliteit niet voor de patiënt, maar samen met de patiënt bepaald wordt. Zoals eerder genoemd, is de CQ-index een meetinstrument om op verschillende gebieden de kwaliteit van zorg te meten. Het doel van de CQ-index is om transparantie te bevorderen en zorgverleners informatie te verlenen voor het opzetten van verbetertrajecten (Delnoij & Hendriks, 2008). De CQ-index wordt bijgehouden aan de hand van uitkomsten van vragenlijsten. Deze vragenlijsten zijn gespecificeerd op bepaalde zorgonderdelen, zoals bijvoorbeeld de Poliklinische Zorg. In 2016 scoort Isala een gemiddelde van 8.2. Het nadeel van een dergelijk rapportcijfer is dat het een algemene indruk

geeft van de ervaring van de patiënt met het ziekenhuis. Het geeft geen specifieke informatie over de verschillende onderdelen binnen het ziekenhuis. Daarnaast wordt niet duidelijk gemaakt waar het gemiddelde cijfer op wordt gebaseerd (CQI, 2015). Op de Zorgkaart Nederland (2017) beveelt 67% van de gebruikers van de site Isala aan als zorginstelling. Het gemiddelde cijfer dat Isala op Zorgkaart Nederland krijgt, was in 2015 een 7.8 en in 2016 een 6.9.

Gastvrijheid in de zorg

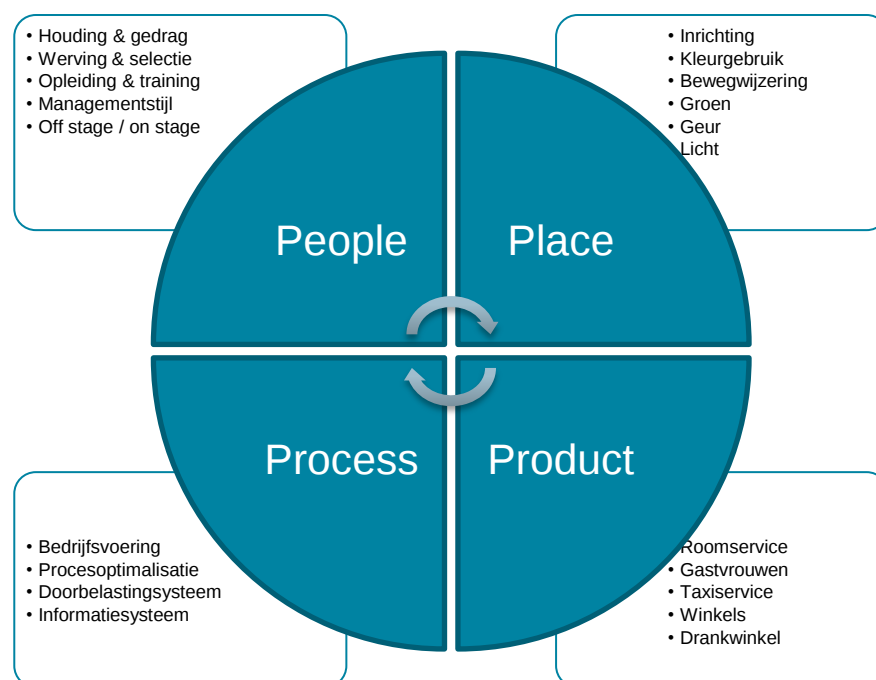
Bovenstaande ontwikkelingen in de zorg dragen bij aan het belang van gastvrijheid in de zorg. Invulling van gastvrijheidsconcepten voegen waarde toe aan de zorg en dragen bij aan het gevoel van patiënten dat zij in goede handen zijn. Volgens de Van Dale (2016) is gastvrijheid:

‘Hartelijkheid voor gasten, gulheid in het onthalen of herbergen van gasten’

Belangrijke elementen binnen gastvrijheid in de zorg zijn:

- welkom voelen;
- menselijk benaderd worden, ook wel bejegening genoemd;
- regisseur zijn over het eigen leven, ook wel autonomie genoemd;
- eigen verantwoordelijkheid hebben;
- over keuzevrijheid beschikken.

Gastvrijheid heeft in dit geval niet te maken met medische aspecten, maar met een algemeen gevoel van welbehagen. Gastvrijheid is een beleving die voor ieder mens anders is. Gastvrijheid maakt het verschil in de beleving van de patiënt, draagt bij aan een sneller herstel, een veiligere omgeving, een prettiger verblijf en aan de keuzevrijheid en autonomie van de patiënt. Op de eerste plaats moet de zorgverlener een goed medisch product bieden. Op de tweede plaats kan de zorgverlener zich onderscheiden door zich op de beleving van de gast te richten (Alflen, 2008). Planetree is een filosofie die gaat over gastvrijheid in de zorg. Gastvrijheid in de zorg kan ook op een zakelijke manier worden bekeken met het 4 P-model van Claudia Alflen van Twynstra Gudde (2008). Dit model geeft vorm aan gastvrijheidsconcepten aan de hand van 4 P's; people, place, product en process. Het model is te zien in figuur 3. In bijlage VIII is de beschrijving van de 4 P's geciteerd uit een artikel van Claudia Alflen (2008).



Figuur 3. 4 P-model van Claudia Alflen (2008)

Om gastvrijheid binnen de zorg meetbaar te maken, is Gastvrijheidszorg met Sterren ontwikkeld. Dit is een waarderingssysteem voor zorginstellingen. Het doel van Gastvrijheidszorg met Sterren is om management, medewerkers en cliënten inzicht te geven in het gastvrijheidsbeleid en de praktische uitvoering daarvan. In 2016 namen 150 zorgaanbieders deel aan de audit, waarvan 110 instellingen kozen om publiekelijk mee te dingen naar de awards (Bernhoven, 2014). Isala is aangesloten bij Gastvrijheidszorg met Sterren en heeft een waardering van 4 uit 5 gekregen voor haar prestaties. Het ziekenhuis wordt met name geprezen om het gastvrijheidsbeleid waarin de vormgeving van het ziekenhuis opvalt. Isala is ontworpen en gebouwd vanuit een organische vormgeving. Dit houdt in dat er geen rechte gangen zijn, daarnaast zijn er veel planten en zijn de gebruikte kleuren gebaseerd op de antroposofische gedachte. De grote omvang van het ziekenhuis valt weg door de kleinschalige indeling. Daarnaast past Isala haar faciliteiten aan op haar bezoekers. Het winkelaanbod is divers en een golfkar op de begane grond verplaatst patiënten van en naar afdelingen. Bijzonder is het drie kilometer lange wandelpad dat door het ziekenhuis loopt.

2.2 Polikliniek Neurologie

Neurologie is een medisch specialisme dat zich richt op de diagnostiek en behandeling van aandoeningen van het zenuwstelsel, hersenen, ruggenmerg, zenuwen en spieren (Hijdra, Koudstaal & Roos, 2003). De Hersenstichting (2015) heeft onderzoek gedaan naar de hoeveelheid patiënten met een hersen- of neurologische aandoening. De aantallen mensen met een neurologische aandoening zijn te vinden in figuur 4.

Van Dale (2016) stelt dat een polikliniek een

Neurologische aandoening	Aantallen
Hoofdpijn	2.400.000
Hersenletsel (NAH)	650.000
Dementie	260.000
Beroerte/CVA	174.000
Epilepsie	120.000
Ziekte van Parkinson	44.000
Multiple sclerose	17.000
Hersentumoren	5.000
Huntington	1.700

Figuur 4. Aantallen neurologische aandoeningen

inrichting voor geneeskundige hulp aan niet-bedlegerige patiënten is. Het Academisch Medisch Centrum (z.d.) breidt dit uit en heeft het over het deel van het ziekenhuis waar ambulante (= niet gehospitaliseerde) patiënten worden behandeld. Patiënten die wel gehospitaliseerd zijn en dus blijven slapen, worden in het hospitaal behandeld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen klinische en poliklinische zorg. Klinische zorg betekent kortgezegd dat er een opname plaatsvindt in het ziekenhuis, bij poliklinisch gebeurt dit niet.

Binnen dit onderzoek wordt een polikliniek als volgt gedefinieerd:

'Een polikliniek is een afdeling binnen een ziekenhuis waar ambulante zorg wordt verleend. Dit wil zeggen dat patiënten voor een consult of kleine behandeling terecht kunnen op de poli. Patiënten worden niet opgenomen in het ziekenhuis bij een bezoek aan de poli. Patiënten bezoeken in wisselende frequentie de polikliniek voor controle.'

Bovenstaande definitie neemt mee dat patiënten niet worden opgenomen wanneer ze een polikliniek bezoeken. De definitie houdt er rekening mee dat de patiënt in aanraking komt met het ziekenhuis en de desbetreffende poli in wisselende frequentie kan bezoeken.

Binnen Isala is zowel een polikliniek Neurologie als een verpleegafdeling Neurologie. De polikliniek is in dit geval bedoeld voor ambulante zorg en de verpleegafdelingen voor opnames in het ziekenhuis. Neurologie is volgens Isala (z.d.) het specialisme dat zich bezighoudt met onderzoek en behandeling van ziektes van het zenuwstelsel en het spierstelsel. Binnen Isala bestaan speciale spreekuren voor multiple sclerose, de ziekte van Parkinson en hoofdpijn. Een korte introductie van deze ziektebeelden is te vinden in bijlage IX. De polikliniek biedt daarnaast consulten en korte behandelingen aan. Zoals hierboven benoemd, kan het dus zijn dat een patiënt langskomt met klachten zonder bekend te zijn met het bijpassende ziektebeeld. Het kan ook zijn dat de patiënt wel al op de hoogte is van zijn neurologische aandoening en alleen voor een behandeling komt. In beide gevallen vindt bij het eerste bezoek aan de polikliniek een consult of kennismakingsgesprek plaats. Isala werkt met patiënttoewijzing, dit wil zeggen dat de patiënt een vaste verpleegkundige toegewezen krijgt waar hij met vragen of opmerkingen terecht kan.

Een bezoek aan de polikliniek, spreekuren daarbij meegenomen, gaat altijd vooraf aan het maken van een afspraak. Tijdens het polikliniekbezoek doorloopt de patiënt de volgende stappen (Isala, 2015):

1. Aanmelding van de patiënt bij een digitale aanmeldzuil. Op het scherm verschijnt vervolgens op welk tijdstip de polikliniek de patiënt verwacht en of er een eventuele wachttijd is. Daarnaast worden de afspraakgegevens op een persoonlijk afsprakenticket geprint.
2. Het wachten op de afspraak kan in de centrale hal of in de passage. Kort voor het tijdstip van de afspraak moet de patiënt bij de polikliniek zijn, daar houdt hij het afsprakenticket voor een aanmeldzuil en neemt plaats in de aangewezen wachtruimte. Op de afgesproken tijd meldt de patiënt zich bij de aanwezige secretaresse.
3. De verpleegkundige of neuroloog haalt de patiënt zo spoedig mogelijk op uit de wachtkamer.
4. Het consult of de behandeling vindt plaats in een behandel- of spreekkamer.
5. Indien nodig maakt de patiënt bij de secretaresse een afspraak voor een volgend bezoek aan de polikliniek. Op die manier kunnen het ziekteverloop en de resultaten van de behandeling in de gaten gehouden worden.

De stappen die de patiënt doorloopt, worden ook wel de klantreis genoemd. Tijdens de klantreis zijn bepaalde momenten belangrijker dan andere. Dit worden ook wel standaardmomenten en momenten van de waarheid genoemd. Standaardmomenten zijn minder van invloed op de tevredenheid dan momenten van de waarheid. Vladimir den Baars (2012) geeft aan dat persoonlijke contactmomenten tijdens de klantreis een relatief grote impact hebben op de tevredenheid. De impact van deze persoonlijke contactmomenten wordt groter op het moment dat deze face-to-face zijn. De Bruin (2015) stelt dat het verbeteren van de momenten van de waarheid een organisatie de kans geeft zich te onderscheiden van andere organisaties. Francois Kroes (2015) voegt hieraan toe dat de eerste indruk bij klantcontact cruciaal is.

Zoals hierboven blijkt, is de doelgroep van de polikliniek Neurologie erg divers. De patiënten verschillen op demografisch gebied en hebben te maken met verschillende ziektebeelden. Dit maakt het lastig om de patiënten onder één generaliseerbare doelgroep weg te zetten, de ene patiënt is namelijk de andere niet is. Echter, de weg die de patiënten afleggen voor een bezoek aan de poli is voor iedereen gelijk. Tijdens dit proces wordt de groep opgesplitst in patiënten die voor een eerste afspraak komen en patiënten die voor een controleafspraak komen. De patiënt maakt met zijn doorverwijzing een eerste afspraak op de polikliniek. Komt de patiënt voor een controleafspraak, dan maakt hij de afspraak rechtstreeks met het secretariaat van de poli. De groep patiënten die voor het eerst komt, heeft een verwachting gebaseerd op de ervaring van anderen, persoonlijke behoeften en marketing en PR. Bij de groep die voor een herhaalbezoek komt, wordt daar de ervaring met de poli in het verleden aan toegevoegd.

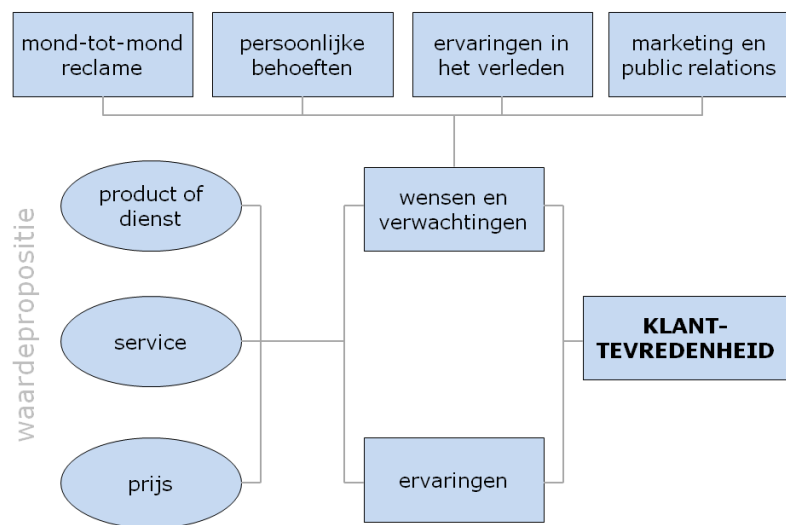
2.3 Patiënttevredenheid

Klanttevredenheid gaat vaak vooraf aan een bewust gekozen afname van een dienst of product. Op dat moment ontstaat een relatie tussen klant en dienstverlener. Daartegenover staat de patiënttevredenheid, voor de patiënt is het immers vaak geen bewuste keuze om gebruik te maken van de dienst van de zorgverlener. De patiënt heeft, bijvoorbeeld door ziekte, geen keus om de zorg af te nemen. Voor beide groepen geldt echter wel dat zij voorafgaand aan het gebruik van een dienst of product verwachtingen hebben. Dit zijn de wensen en behoeften ten aanzien van de dienst. Deze dienen als referentiekader waartegen de dienst wordt beoordeeld (De Vries Jr. & Van Helsdingen, 2009). Verwachtingen worden bepaald door het individu zelf maar zijn ook afhankelijk van referentiegroepen, externe omstandigheden, normen, waarden, de tijd en de dienstverlener. De Vries (2009) zegt dat frequente gebruikers vaak een hogere kwaliteitsverwachting hebben en meer accurate evaluaties van de dienstenkwaliteit maken dan minder actieve gebruikers. De kwaliteit van een dienstverlening is te meten door inzicht te krijgen in de tevredenheid van de gebruiker. In het geval van kwaliteit binnen de zorg wordt deze bepaald door een aantal factoren waarbij de gebruikerstevredenheid, kritische blik van toezichthoudende organisaties en wetgeving op het gebied van zorg van groot belang zijn. Tegenwoordig zijn veel gegevens bekend over de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsonderzoeken worden openbaar gepubliceerd en ervaringen van patiënten met bepaalde diensten zijn overal te vinden (Kedzierski & Vlemmix, 2001). De hoeveelheid openbare informatie maakt dat de zorgverleners te maken hebben met mondige patiënten. Dit zijn patiënten met het vermogen om zelfstandig te beslissen en oordelen over de eigen zorg en die dit ook kunnen verwoorden (Nivel, 2003).

Klanttevredenheid wordt beschreven als een kwaliteitsbeoordeling gebaseerd op de ervaring met een product of dienst in relatie tot de verwachting daarvan (Indora, z.d.). De redactie van Ensie (2010) schrijft dat klanttevredenheid aangeeft in hoeverre de klant in positieve zin te spreken is over een bepaalde onderneming. Zaken

als de productprijs, vriendelijkheid van het personeel of het adequaat reageren op problemen, spelen hierbij een belangrijke rol.

Figuur 5 geeft een schematische weergave van het ontstaan van klanttevredenheid.



Figuur 5. Het ontstaan van klanttevredenheid (Thomassen, Veld & Winthorst, 1994)

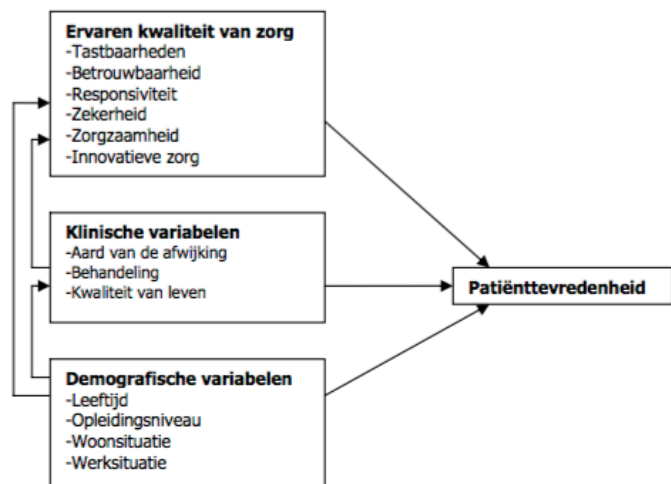
Een duidelijk verschil tussen patiënt- en klanttevredenheid wordt niet gegeven. De patiënt en de klant hebben echter wel een ander perspectief. Voor de patiënt betekent dit perspectief: informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden hebben, wederzijds respect genieten, kunnen rekenen op continuïteit van de zorg en vakbekwaam geholpen worden. Dit houdt onder meer in dat de zorgnemer inzicht verwerft in zijn werkelijke vraag en daardoor de positie van klant moet aannemen. De positie van klant komt goed tot zijn recht binnen de marktwerking van de zorg (Raad voor de volksgezondheid, 2003). Met de komst van vraaggerichte zorg wordt beter ingespeeld op wat de patiënt wenst en belangrijk vindt. Zorgverlening komt tot stand binnen de samenwerking tussen vraag en aanbod. Dit vraagt om samenwerking tussen zorgverlener en zorgnemer.

In dit onderzoek wordt patiënttevredenheid als volgt gedefinieerd:

Patiënttevredenheid geeft aan in hoeverre de patiënt positief te spreken is over de gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener en in hoeverre de geboden hulp tegemoetkomt aan zijn wensen en verwachtingen ten opzichte van de zorg.

Om de kwaliteit van een dienst waarbij patiënttevredenheid leidend is voor de kwaliteit te meten, moet het verschil tussen de verwachting en de waarneming van de dienst bepaald worden. Het SERVQUAL-model van Zeithaml & Berry (2003) meet de kwaliteit van diensten op basis van het verschil tussen de ervaring en de verwachting van de kwaliteit van de dienst. De kwaliteit van een dienst wordt door klanten niet als een eendimensionaal begrip ervaren (Boomsma & Van Dorrendam, 2003). Onderzoek van Heskett en Kotter (1995) wijst uit dat er vijf belangrijke dienstendimensies zijn, namelijk: betrouwbaarheid, responsiviteit, zekerheid, empathie en tastbare elementen. Deze dimensies spelen een belangrijke rol bij het bepalen van de kwaliteit.

Het originele SERVQUAL-model (samentrekking van service en quality) meet de kwaliteit van de dienstverlening aan de hand van vijf dimensies. Daartoe wordt de ondervraagde gevraagd aan te geven hoe belangrijk een dimensie is, wat ervan wordt verwacht en in hoeverre deze verwachting is uitgekomen. Babakus & Mangold (1991) hebben de dimensies toepasbaar gemaakt voor de kwaliteitsbepaling van zorg. De dimensies zijn afgebeeld in figuur 6. In het model zijn de dimensies uitgezet tegen patiëntgerelateerde variabelen. Dit geeft



Figuur 6. Dimensies van het SERVQUAL-model

extra diepte aan het onderzoek doordat dit uitwijst in hoeverre de variabelen van invloed zijn op de patiënttevredenheid. De dimensies die onder 'ervaren kwaliteit van zorg' vallen, zijn abstract en worden per dimensie verduidelijkt in bijlage X.

Onderzoek van Groen (2012) benoemt bejegening en informatieverstrekking als de belangrijkste dimensies voor patiënttevredenheid. Beide dimensies worden onderstaand vanuit de literatuur verduidelijkt.

- Bejegening

Met bejegening wordt de wijze waarop iemand zich tegenover een ander gedraagt bedoeld. Het is een abstract begrip dat ook wel omschreven wordt als omgangsvormen. Vaak wordt gesproken van respectvolle bejegening, het op een gelijkwaardige manier met elkaar omgaan (Barten & Janssen, 2008). In de zorg wordt bejegening gerelateerd aan visie, professioneel gedrag en reflectie op het eigen gedrag. Het is belangrijk dat zorgverleners in hun houding en gedrag laten merken dat zij de keuzes en wensen van de patiënt respecteren (Bosch, 1998). Er moet gelijkheid tussen beide partijen zijn en de autonomie van de patiënt moet in acht genomen worden. Respectvol handelen is erop gericht dat de patiënt verantwoord en zelfstandig leert handelen en dat zijn mening meegenomen wordt bij beslissingen die hem aangaan (Perloff, 2003).

Onderzoek van Welling (2012) wijst uit dat naast communicatie de relatie tussen arts en patiënt de meeste invloed heeft op de patiënttevredenheid. Daarom is het belangrijk dat door de zorgverlener geïnvesteerd wordt in een goede omgang en een prettige communicatie met de patiënt. Een persoonlijke aanpak, actief luisteren en het tonen van empathie heeft doorgaans een positief effect. Nivel (2012) voegt hieraan toe dat het van belang is dat de patiënt zich serieus genomen voelt en dat hij met respect behandeld wordt.

- Informatie

Binnen de CQ-index is het van belang dat informatie op een begrijpelijke manier wordt gegeven; de informatie moet aansluiten bij het niveau van de patiënt. De mate waarin de informatie op een begrijpelijke manier gegeven wordt, is van invloed op de patiënttevredenheid (Nivel, 2013). Daarnaast is het van belang om de patiënt op de hoogte houden van het verloop van de behandeling en om hem volledige informatie over het behandelplan te geven. Daarbij moet ruimte zijn om vragen te stellen en de patiënt moet zich gehoord voelen. De communicatie tussen beide partijen moet evenwichtig zijn en

de patiënt moet vrijuit kunnen praten (NPCF, 2006). Met name voor patiënten die voor het eerst op de poli komen, is het belangrijk dat voorlichtingsmateriaal aanwezig is. Door spanningen is het voor de patiënt vaak moeilijk om alle informatie in een keer te verwerken. Het aanreiken van schriftelijke informatie of bronnen die zij kunnen raadplegen, kan hierbij helpen.

3. Methodologie

De onderzoeksmethodologie wordt ook wel de aanpak van het onderzoek genoemd. In dit onderdeel wordt beschreven welke methode gebruikt wordt om de hoofd- en deelvragen van het onderzoek te beantwoorden. Om de onderzoeksmethodologie te ontwikkelen, is de theorie van Verhoeven (2011) gebruikt. Wanneer er andere bronnen zijn gebruikt, dan staan deze apart vermeld in de tekst.

3.1 Onderzoeksstrategie

Naar aanleiding van de probleem- en vraagstelling kan de strategie voor het onderzoek worden bepaald. Daarbij speelt de populatie, het budget en het tijdsplan een rol. In dit onderzoek is door middel van rafelen en rasteren de centrale vraag nader belicht (Verschuren & Doorewaard, 2007). Dat wil zeggen dat er een brede algemene hoofdvraag gegeven is die gevolgd wordt door deelvragen die ingaan op specifieke aspecten van de hoofdvraag. De hoofdvraag wordt door zowel het literatuuronderzoek als het veldonderzoek beantwoord. De deelvragen worden of door het literatuuronderzoek of door het veldonderzoek beantwoord.

Om te beginnen wordt de mening van de patiënten van de polikliniek Neurologie over bepaalde aspecten van de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek Neurologie gemeten. Het onderzoek moet in een relatief kort tijdsbestek de mening van een relatief grote onderzoeksgroep meten. De onderzoeksgroep bestaat uit alle patiënten die voor het eerst of in verband met een controleafspraak gebruikmaken van de diensten van de polikliniek. Naar schatting ziet de polikliniek wekelijks 130 nieuwe patiënten, het aantal controlepatiënten ligt hier ver boven. Om de tevredenheid van de grote groep patiënten te meten, wordt een kwantitatief onderzoek gehouden. Daarnaast is binnen de onderzoeksgroep sprake van een hoge diversiteit. Dit is van invloed op de uitkomst van het onderzoek. De patiënten verschillen op de volgende gebieden: demografie, ziektebeeld en reden van het polibezoek. Voor de opdrachtgever is het interessant om erachter te komen of deze verschillen van invloed zijn op de tevredenheid van de patiënt.

Kwantitatief onderzoek wordt gebruikt om zowel beschrijvende als verklarende onderzoeksvragen te beantwoorden. In dit onderzoek gaat het om beschrijvende hoofd- en deelvragen. Een nadeel van dit type onderzoek is echter dat de context waarbinnen de antwoorden worden gegeven onbekend blijft. Het kwantitatieve onderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode waarbij de vraagstelling van tevoren vaststaat en waarbij een klein aantal antwoordmogelijkheden gegeven wordt waaruit de ondervraagde kan kiezen. De kwantitatieve methode maakt gebruik van cijfermatige informatie. In het geval van een tevredenheidsonderzoek gaat het om waarderingscijfers die met elkaar vergeleken worden.

Het onderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek. Dat wil zeggen dat het onderzoek op meerdere momenten in de tijd herhaald gaat worden. Dit onderzoek betreft de eerste meting. Periodiek zal hetzelfde onderzoek uitgevoerd worden om erachter gekomen of de geadviseerde verbeteringen

daadwerkelijk de tevredenheid verhogen. De kwantitatieve methode is voordelig voor longitudinaal onderzoek omdat de uitkomsten van de onderzoeken gemakkelijk met elkaar vergeleken kunnen worden. Omdat dit het eerste onderzoek is en er nog geen vergelijking plaats kan vinden met andere uitgevoerde onderzoeken, wordt gesproken van een cross-sectioneel onderzoek. Er is nog niet gekeken naar veranderingen maar naar de situatie op één moment.

Het onderzoek vindt plaats binnen de empirisch-analytische stroming. Deze stroming is interessant voor dit onderzoek omdat het vormgeeft aan een controleerbaar en herhaalbaar onderzoek (Verhoeven, 2011). Het zorgt ervoor dat in de toekomst, als het onderzoek in dezelfde setting wordt uitgevoerd, dit tot vergelijkbare resultaten zal leiden. De empirisch-analytische stroming is daarnaast kritisch en objectief; het probeert de onderzoekseenheden tijdens het onderzoek zo min mogelijk te beïnvloeden. De enquête die voor het onderzoek gebruikt wordt, geeft een cijfermatige analyse van de kenmerken van de patiënten en gaat in mindere mate in op de achterliggende ideeën van de patiënten. Het type vragen moet over een paar jaar nog steeds relevant en herhaalbaar zijn.

Het onderzoek wordt onafhankelijk uitgevoerd, dit betekent dat het los van voorkeuren en meningen van betrokkenen staat. Een eerste stap naar onafhankelijkheid is dat de opdrachtgever het onderzoek heeft uitbesteed aan een onderzoeksstudent met weinig medische achtergrond. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker objectief naar de organisatie kan kijken en zonder vooroordelen het tevredenheidsonderzoek kan uitvoeren. De gebruikte informatie bestaat niet uit de mening van de onderzoeker maar uit de uit het literatuuronderzoek verkregen informatie.

3.2 Onderzoeksmethoden

Om de vastgestelde vragen voor te leggen aan de respondenten wordt gebruikgemaakt van enquêtes, ook wel surveyonderzoek genoemd. Binnen de survey bestaan een aantal mogelijkheden om de enquête af te nemen, namelijk: schriftelijke-, telefonische-, face-to-face-, internet- en panelenquêtes (Verhoeven, 2007). In het geval van dit onderzoek worden enkel schriftelijke enquêtes gebruikt. Dit houdt in dat er schriftelijke vragenlijsten worden voorgelegd aan de respondenten en dat zij er zelf voor kunnen kiezen of zij de enquête invullen of niet. Het nadeel hiervan is dat er geen invloed is op het gegeven of de respondent ervoor kiest om de vragenlijst in te vullen en te retourneren aan de onderzoeker. Om privacyredenen is gekozen voor schriftelijke enquêtes. De privacy van de patiënt wordt beschermd doordat hij de vragenlijst anoniem in kan vullen.

De respons, dat deel van de uitgezette vragenlijsten dat ingevuld terugkomt en informatie oplevert, wordt door veel factoren beïnvloed. De vragenlijsten of delen van de vragenlijsten die niet worden ingevuld, heten non-respons. Door non-respons wordt de kans vergroot dat het onderzoek niet betrouwbaar is of dat het niet generaliseerbaar is voor de gehele doelgroep. In dit onderzoek wordt non-respons op de volgende manieren tegengehouden:

- Introductie: bij het aanspreken van de patiënten wordt in de vragenlijsten gebruikgemaakt van een korte persoonlijke introductie. In de introductie wordt het doel van het onderzoek beschreven en worden de voordelen van het onderzoek voor de respondent zelf benoemd. De voordelen zijn dat de resultaten gebruikt worden om de dienstverlening en faciliteiten beter aan te laten sluiten op de wensen en behoeften van de patiënt.

- Vertrouwelijkheid: voor het onderzoek is het niet belangrijk dat de identiteit van de respondent bekend is. Het moet voor de respondent duidelijk zijn dat het onderzoek anoniem wordt afgenomen en dat de resultaten van de enquêtes enkel worden gebruikt voor dit onderzoek.
- Aanspreken: tijdens de periode van het veldonderzoek is de onderzoeker aanwezig om (eventuele) respondenten bij binnenkomst van de poli te verwelkomen. Hierbij wordt aan de patiënten een korte introductie van het onderzoek gegeven en gevraagd of zij de vragenlijst willen invullen.
- Visuele stimulans: de patiënten worden met behulp van opvallende posters op het tevredenheidsonderzoek gewezen, zie bijlage XI. Daarnaast worden de vragenlijsten bij de ingang van de poli gepresenteerd, zodat ze door alle patiënten worden gezien.

De dataverzamelingsperiode is van 21 november tot en met 9 december 2016. In deze periode worden dagelijks, met uitzondering van de weekenden, van 08:30 uur tot 16:30 uur vragenlijsten verspreid. Dit tijdsbestek is gekozen om een zo divers mogelijke onderzoeksgroep te benaderen. Wanneer onderzoek enkel in de ochtenden plaatsvindt, dan kan het zijn dat met name 65-plussers bereikt worden en geen jongeren. Uit het literatuuronderzoek komt de verwachting naar voren dat de verschillende typen patiënten een andere mate van tevredenheid hebben. Daarnaast verwacht de opdrachtgever dat bepaalde aspecten van invloed zijn op de mate van tevredenheid. Om deze relatie inzichtelijk te maken is in de enquête ruimte gemaakt voor de verschillen tussen de patiënten. Met het onderzoek wordt gekeken of de hypothesen beschreven in de inleiding aangenomen of verworpen worden.

Om de steekproefgrootte te berekenen, is inzicht nodig in de onderzoekspopulatie. De polikliniek mag geen informatie vrijgeven over haar patiënten. Bovendien is er geen data beschikbaar die een weergave geeft van de populatie. Om de steekproef te berekenen, wordt daarom uitgegaan van een populatiegrootte van 20.000 personen. De steekproefgrootte verandert niet veel bij populaties groter dan dat. Met de steekproefcalculator (2016) is vervolgens de aanbevolen steekproefomvang berekend. Verhoeven (2011) stelt dat de respons vaak niet hoger ligt dan 40% van de totale steekproef. Volgens de steekproefcalculator (2017) is de aanbevolen steekproefomvang 377. Vult 40% van de 377 respondenten de enquête in, dan is er een respons van 150. Uitgaande van deze berekening moet de enquête door 150 respondenten worden ingevuld om de resultaten van het onderzoek te generaliseren voor de populatie.

De typen antwoordmogelijkheden die gebruikt worden om de vragenlijst op te stellen zijn:

- Enkelvoudig: hier wordt antwoord gegeven op de demografische gegevens van de patiënt en de reden voor het bezoek aan de poli.
- (Likert)schaal: vragen over de mening van de patiënt worden met de vijfpunts-Likertschaal opgesteld. Daarbij staat 1 voor 'sterk mee oneens' en 5 voor 'sterk mee eens'. Er is gekozen voor een oneven aantal omdat dit de respondent de mogelijkheid geeft om een antwoord in het midden te kiezen.
- Open antwoord: het open antwoord wordt gebruikt om de wensen en behoeften van de patiënt ten opzichte van de beoordeelde aspecten te achterhalen. Deze vorm van antwoord geven wordt in mindere mate gebruikt, omdat het lastiger meetbaar is in een kwantitatief onderzoek.

De onderzoeksvragen zijn opgesteld met behulp van de CQ-index van NIVEL (2011) en het 4-P-model van Claudia Alflen (2008). Vervolgens zijn ze in overleg met de opdrachtgevers passend gemaakt voor

de polikliniek Neurologie van Isala. Voor de opdrachtgevers is het interessant om de tevredenheid te meten wat betreft alle facetten die de polikliniek patiënten biedt. De volgende onderwerpen worden meegenomen in de vragenlijsten; algemeen, bereikbaarheid van de poli, ontvangst op de poli, inrichting, wachttijden, informatie en communicatie door de dienstverlener en tot slot bejegening door de dienstverlener. De vragenlijst is te vinden in bijlage XII.

3.3 Selectie van respondenten

Voor de opdrachtgever is het van belang dat de onderzoeksgroep representatief is voor de populatie. De doelgroep van de poli is erg divers. De doelgroep heeft diverse ziektebeelden en verschillende demografische achtergronden. Daarnaast is de leeftijdsgroep erg breed en komen patiënten zowel voor het eerst als voor herhaalbezoeken. De patiënt kan een afspraak hebben met de neuroloog, verpleegkundig consulent of de klinische neurofysiologie laborant. In het onderzoek wordt met een aantal van deze verschillen rekening gehouden. De verwachting is dat de verschillen bijdragen aan de mate van tevredenheid. Babakus en Mangold (1991) maken met het SERVQUAL-model duidelijk dat de demografische achtergrond en het ziektebeeld van de patiënt bepalen op welke wijze de patiënt de kwaliteit van zorg ervaart. Indirect spelen deze aspecten een rol bij het bepalen van de tevredenheid. Onderzoek van Van Gosselt (2007) wijst uit dat leeftijd van invloed kan zijn op de tevredenheid van de patiënt wat betreft de geboden dienstverlening. Uit het onderzoek komt naar voren dat jongere patiënten over het algemeen minder tevreden zijn dan oudere patiënten. De reden hiervoor kan zijn dat oudere mensen diagnoses makkelijker accepteren en dat jongeren kritischer zijn op dit gebied. Onderzoek van Raadhuis (2008) wijst op eenzelfde conclusie. Thomassen et al (1994) stellen dat tevredenheid ontstaat uit de verwachting en de ervaring ten opzichte van de dienstverlening van de patiënt. Een patiënt die voor het eerst naar de poli komt, heeft nog geen ervaring en baseert zijn verwachting enkel op beïnvloedingsfactoren van buitenaf. Patiënten die voor een herhaalbezoek komen, nemen een eerdere ervaring met de polikliniek mee in het bepalen van de tevredenheid. De verwachting is daardoor dat de tevredenheid door patiënten die komen voor een herhaalbezoek anders beoordeeld wordt dan door patiënten die voor het eerst komen. Meerdere bronnen laten zien dat het ziektebeeld een rol kan spelen bij het bepalen van de tevredenheid. De polikliniek Neurologie behandelt echter een groot aantal ziektebeelden, deze zijn buiten beschouwing gelaten in het onderzoek. Het meenemen van de ziektebeelden maakt het onderzoek te complex.

Voor dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van een getrapte steekproef, een combinatie van een aselechte steekproef met de clustersteekproef. Het is daarom niet mogelijk om een blinde steekproef te houden. Daarom is gekozen voor de combinatie met de clustersteekproef. Bij een clustersteekproef wordt een hele groep van de populatie onderzocht. In dit geval is dat de groep patiënten die tijdens de onderzoeksperiode fysiek op de polikliniek aanwezig is. Onder deze groep patiënten wordt een aselechte steekproef gehouden.

3.4 Analysetechniek

Het gaat hier om een kwantitatief onderzoek. Om de kwantitatieve gegevens van het onderzoek te analyseren, wordt gebruikgemaakt van het softwareprogramma SPSS. De gegevens worden verkregen uit enquêtes die handmatig in SPSS worden gezet. De enquêtevragen zijn vertaald naar variabelen en verzameld in een codeboek. Dit codeboek is een lijst met afspraken waarin wordt vastgelegd hoe de enquêtevragen worden vertaald in variabelen en hoe de antwoorden worden gecodeerd. Daarnaast

wordt aangegeven welk meetniveau de variabele heeft (Smits & Edens, 2016). Per enquêtevraag kan in SPSS één variabele worden gebruikt. Het codeboek voor de enquêtevragen gebruikt is te vinden in bijlage XIII.

De vragen 16 tot en met 21 geven de respondent drie verschillende antwoordopties die elk vijf antwoordmogelijkheden hebben. Als voorbeeld is hieronder vraag 16 weergegeven.

“16. Bent u tevreden over de informatie die de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant voorafgaand aan de afspraak geeft over wat er van u verwacht wordt tijdens de afspraak?”

<i>Neuroloog</i>	<i>VPK-Consulent</i>	<i>KNF-laborant</i>
☐ <i>Zeer ontevreden</i>	☐ <i>Zeer ontevreden</i>	☐ <i>Zeer ontevreden</i>
☐ <i>Ontevreden</i>	☐ <i>Ontevreden</i>	☐ <i>Ontevreden</i>
☐ <i>Neutraal</i>	☐ <i>Neutraal</i>	☐ <i>Neutraal</i>
☐ <i>Tevreden</i>	☐ <i>Tevreden</i>	☐ <i>Tevreden</i>
☐ <i>Zeer tevreden</i>	☐ <i>Zeer tevreden</i>	☐ <i>Zeer tevreden”</i>

In het codeboek is vraag 16 opgesplitst in drie vragen, waardoor elke antwoordoptie een eigen vraag is geworden. Daarnaast is vraag 22 is niet opgenomen in het codeboek; dit betreft een open vraag die kwalitatief zal worden geanalyseerd. Het is mogelijk om open vragen te analyseren in SPSS. In dat geval krijgt elk open antwoord een eigen code in het codeboek. Het zou zo kunnen zijn dat er tweehonderd antwoorden gegeven worden op vraag 22. Als dit het geval is, dan kost het te veel tijd om deze te verwerken en analyseren in SPSS. Alle uit open antwoorden verkregen gegevens zijn weergegeven in bijlage XIX.

De resultaten uit het surveyonderzoek worden op verschillende manieren gemeten. De algemene gegevens over het type en de reden van het bezoek zijn van een nominaal meetniveau. Dit geldt tevens voor de vraag of de patiënt binnen de afgesproken tijd geholpen is. Het nominale meetniveau geeft geen waarde maar een kwantitatieve code aan de variabele. Aan de resultaten van vragen gebaseerd op de Likertschaal worden variabelen met een scale meetniveau toegekend. Dit gebeurt om binnen de analyse de verhouding tussen de waarden van de Likertschaal te kunnen berekenen.

De respondent hoeft niet altijd alle vragen van de enquête te beantwoorden. Dit komt omdat het voor een aantal vragen per respondent verschilt of deze vraag van toepassing is. Een voorbeeld hiervan is vraag 11.

“11. Werd u binnen de afgesproken tijd geholpen?”

- ☐ *Ja → Ga naar vraag 14*
- ☐ *Nee”*

Wordt er ‘Ja’ geantwoord op deze vraag, dan wordt de respondent gevraagd twee vragen uit de enquête over te slaan, omdat deze niet van toepassing zijn op de situatie van de respondent. Op deze manier ontstaat er een zogenoemde ontbrekende waarde of missing value (Tilburg University, z.d.). Om onderscheid te kunnen maken tussen ontbrekende waarden, wordt hier in SPSS een user missing value aan toegekend. Er wordt onderscheid gemaakt tussen ontbrekende waarden die niet van toepassing zijn voor de respondent en ontbrekende waarden die de respondent om een onbekende reden niet heeft ingevuld. In de analyse van dit onderzoek wordt de ‘pairwise deletion of missing values’ methode toegepast (Tubbing, 2016). Dit betekent dat wanneer een onderzoekseenheid op een van de variabelen een ontbrekende waarde heeft, deze niet wordt meegenomen bij de berekening van het onderdeel waar

die variabele in voorkomt. Echter, de scores van de onderzoekseenheid op de andere variabelen worden wel meegenomen. Voor deze optie is gekozen omdat op die manier niet veel onderzoekseenheden verloren gaan door de hoeveelheid aan ontbrekende waardes. De missing values worden in SPSS de waarde '9' en '99' toegekend. De waarde 9 staat voor de missing values die ontstaan doordat vragen voor de respondent niet van toepassing waren. De waarde 99 is toegekend aan de missing values die ontstaan doordat vragen zijn vergeten of om andere onbekende redenen niet zijn ingevuld.

De resultaten op de variabelen uit het onderzoek zijn in SPSS aan verschillende analyses onderworpen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen het analyseren van de antwoorden op één enquêtevraag of van de antwoorden op meerdere enquêtevragen. Daarbij gelden univariate analyses voor een enkele variabele en bivariate en multivariate analyses voor meerdere variabelen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de verkregen data uit het veldonderzoek beschreven. Voor de belangrijkste vragen uit de enquête wordt apart het resultaat gegeven. Bij deze vragen wordt gekeken naar de samenstelling van de respondenten en naar de algemene tevredenheid per deelonderwerp. In de tekst wordt verwezen naar grafieken. Deze zijn te vinden in het grafiekenboek die apart bij dit rapport geleverd is.

4.1 Respondent

Het onderzoek maakt onderscheid tussen vier leeftijdsgroepen. Jongeren onder de 25 jaar, de groep tussen de 25 en 50 jaar, 51-plussers en de groep die ouder is dan 75. In figuur 1 is te zien dat de leeftijd tussen de 25 en 50 jaar het meest vertegenwoordigd is. De groep jongeren onder de 25 jaar is het minst vertegenwoordigd. Deze verdeling komt overeen met de verwachting voorafgaand aan het onderzoek. De patiëntenpopulatie omvat alle leeftijdsgroepen. Een aantal veel voorkomende neurologische ziektebeelden zoals MS, Parkinson en dementie komen met name voor bij de oudere doelgroep. (OOR, z.d.). Leeftijd is een interveniërende variabele, het is daarom van belang om de invloed van leeftijd op andere variabelen te meten.

In grafiek II is de verdeling van de leeftijdsgroep per type afspraak te zien. De groep patiënten die voor controle komt is binnen alle leeftijdsgroepen de grootste groep. Een groot aantal neurologische ziektes is chronisch, dit betekent dat uitbehandeling (bijna) niet voorkomt. Patiënten zullen dus voor een langere tijd onder behandeling staan en veelvuldig voor controle komen.

Grafiek III geeft de reden van het bezoek van de respondent afgezet tegen het type afspraak. De grootste groep is de groep die een afspraak met de neuroloog heeft. Van die groep patiënten komen de meeste voor een controleafspraak. De neurologen zijn het meest vertegenwoordigd op de poli en zijn verantwoordelijk voor het grootste gedeelte van de afspraken. Tegenover een twintigtal neurologen staan twee verpleegkundige consulenten en vier KNF-laboranten. De samenstelling van de respondenten is van belang voor de resultaten omdat het de verschillen tussen de respondenten laat zien. De verwachting is dat de mate van tevredenheid afhankelijk is van het feit of de patiënt voor het eerst, of voor een herhaalafspraak komt.

4.2 Bereikbaarheid van de poli

In figuur IV en V zijn de grafieken te zien die de tevredenheid over de bereikbaarheid van de poli weergeven. Bij de bereikbaarheid horen de vragen over de aanmeldzuilen en de bereikbaarheid per e-mail en telefoon. Daarnaast is een vergelijking gemaakt tussen het type afspraak en de leeftijd van de patiënt.

Bij het verwerken van de data zijn per antwoordoptie de waarden 1 tot en met 5 toegekend. Daarbij staat 5 voor zeer tevreden en 1 voor zeer ontevreden. Op deze manier kan de gemiddelde waardering per deelonderwerp berekend worden. Voor de aanmeldzuilen is dit een gemiddelde van 3.95, ingevuld door 146 respondenten. De bereikbaarheid per telefoon krijgt een gemiddelde van 3.97, ingevuld door 137 respondenten. De bereikbaarheid per e-mail krijgt een gemiddelde waardering van 3.82, ingevuld door 117 personen. Het verschil in het aantal respondenten per vraag ligt aan het feit dat niet alle vragen op de respondent van toepassing zijn. Het kan voorkomen dat de patiënt nog nooit per e-mail of telefoon contact heeft gehad met het secretariaat en dat er daardoor geen mening over deze dienst is. Uit de grafiek komt naar voren dat de respondent bij een controleafspraak tevredener is over de bereikbaarheid per telefoon en de aanmeldzuilen. Uit de opmerkingen uit de vragenlijsten komt naar voren dat de ontevredenheid over de aanmeldzuilen een gevolg is van het onpersoonlijke karakter van de zuilen. Teven kan de leeftijd van de patiënt een rol spelen bij het beoordelen van de bereikbaarheid van de poli. Uit de grafiek is af te lezen dat de groep onder de vijftig jaar tevredener is dan de groep van 50+. Deze groep is echter minder tevreden over de bereikbaarheid per e-mail. Dit kan het gevolg zijn van het gebruik van nieuwe moderne technologieën of door het verminderde persoonlijke contact.

4.3 Dienstverlening secretariaat

De onderwerpen die horen bij de tevredenheid over de dienstverlening van het secretariaat zijn de persoonlijke aandacht, de behulpzaamheid van de secretaresse en of de patiënt zich welkom voelt. De waardering per deelonderwerp gerelateerd aan de leeftijd en het type afspraak van de patiënt, is te vinden in grafiek V en VI. De persoonlijke aandacht die door het secretariaat gegeven wordt krijgt een gemiddelde beoordeling van 4.03, ingevuld door 137 respondenten. Ongeveer 30 procent van de respondenten is zeer tevreden over de persoonlijke aandacht. De behulpzaamheid van de secretaresse wordt met een gemiddelde van 4.12 beoordeeld, 140 respondenten hebben dit ingevuld. Bijna 85 procent van de respondenten is tevreden of zeer tevreden over de behulpzaamheid. De groep die hier neutraal of negatief geantwoord heeft, is klein. Het welkomstgevoel op de poli is meer verdeeld en scoort een gemiddelde van 3.92. De groep respondenten die neutraal en zeer tevreden geantwoord heeft is even groot, 20 procent. De groep die tevreden is haalt het gemiddelde omhoog, meer dan 50 procent geeft aan tevreden te zijn. Uit de open opmerkingen komt naar voren dat de patiënt zich minder welkom voelt omdat door het gebruik van de aanmeldzuilen het directe contact met het secretariaat wegvalt. Bij aankomst op de afdeling kan de patiënt direct doorlopen naar de wachtruimte en hoeft hij zich niet meer aan te melden bij het secretariaat. Door enkele respondenten wordt dit gemist. Omdat er minder persoonlijke aandacht is, voelen zij zich minder welkom. De grafieken tonen een verschil tussen de tevredenheid over het secretariaat bij een eerste afspraak en een controleafspraak. In alle gevallen geven de respondenten die voor controle komen de dienstverlening een hogere beoordeling dan de respondenten die voor het eerst komen. Een oorzaak hiervan kan zijn dat de verwachting bij de groep die voor het eerst komt hoger ligt dan de ervaring. Daarnaast kan een eerste afspraak in het ziekenhuis spannend zijn, of kan iemands gemoedstoestand veranderen bij het krijgen van slecht nieuws tijdens een eerste afspraak.

4.4 Wachtruimtes

De grafieken van de inrichting en aankleding lijken gelijk, de gemiddelde waardering ligt dan ook erg dicht bij elkaar. De inrichting en aankleding krijgt een gemiddelde van 3.71, de aangeboden voorzieningen een waardering van 3.75. Daarbij komt dat de groep die voor het eerst komt een lager gemiddeld cijfer geeft dan de groep die voor controle komt. Kijkend naar de leeftijd valt op dat de groep ouderen de voorzieningen duidelijk beter beoordeelt. De open antwoorden geven inzicht in de mening over de aangeboden voorzieningen. Een aantal respondenten geeft aan het aanwezige leesmateriaal niet interessant te vinden. Daarnaast is de inrichting op de afdeling niet herkenbaar waardoor een aantal respondenten het richtingsgevoel op de afdeling kwijtraakt. Met name de ouderen spreken over herkenning op de afdeling. Bij de groep jongeren komt naar voren dat zij zich niet aangesproken voelen door de voorzieningen. Dit kan komen doordat zij het leesmateriaal niet interessant vinden, of doordat er weinig tot geen gebruik wordt gemaakt van audiovisuele middelen.

In grafiek X zijn de voorzieningen van de wachtruimtes afgezet tegen de tijd dat de patiënt moest wachten op zijn afspraak. Hieruit zijn geen gekke dingen af te lezen, het is zelfs zo dat de groep die het kortst moest wachten het minst tevreden is. Bij het aanmelden op de aanmeldzuil krijgt de patiënt de verwachte wachttijd tot de afspraak te zien. Door de wachttijd direct te melden, kan dit bijdragen aan de verwachting van de patiënt. Doordat de wachttijd bekend is, kan de patiënt zijn eigen tijd indelen en hoeft hij niet onnodig stil te zitten. Dit kan bijdragen aan de tevredenheid van de patiënt.

4.5 Behandeling zorgverleners

De beoordeling van de zorgverleners zijn in drie grafieken verwerkt. De zorgverleners zijn beoordeeld op zes onderdelen: de informatie die voorafgaand aan de afspraak gegeven worden, de duidelijkheid van de uitleg, de mogelijkheid die de patiënt heeft om vragen te stellen, of de zorgverlener de persoonlijke situatie van de patiënt meeneemt in zijn behandelwijze, de tijd die genomen wordt voor de afspraak en of de zorgverlener aandacht luistert. De grafieken geven het gemiddelde per onderdeel weer. Het gemiddelde cijfer ligt bij alle zorgverleners en voor alle onderdelen hoger dan 3.5. De vragen over de neuroloog zijn door de grootste groep respondenten ingevuld.

Neuroloog

De gemiddelde beoordeling van de neuroloog ligt tussen de 4.15 en 4.35. Het aandachtig luisteren en de mogelijkheid om vragen te stellen, krijgt de hoogste beoordeling. Daaropvolgend gaan de tijd die voor de afspraak genomen wordt en of de afspraak is aangepast aan de persoonlijke situatie van de patiënt gelijk op. De duidelijkheid van de uitleg en de informatie voorafgaand aan de afspraak krijgen de laagste beoordeling.

De polikliniek Neurologie verwacht dat een verschil tussen de beoordeling van patiënten die komen voor een eerste afspraak en patiënten die komen voor een controleafspraak. Uit het lijndiagram is het verschil tussen de beoordeling van de twee verschillende typen patiënten duidelijk te zien. Patiënten die voor controle komen, scoren enkel beter op de duidelijkheid van de uitleg en de informatie die voorafgaand aan de afspraak gegeven wordt. Patiënten die voor het eerst komen, geven een lager gemiddeld cijfer aan deze twee onderdelen. Bij de patiënten die voor het eerst komen, scoort de polikliniek beter op het aandachtig luisteren, de genomen tijd, de persoonlijke situatie en de mogelijkheid voor vragen. De cijfers komen overeen met de verwachting van de polikliniek. De

patiënten die komen voor controle zijn kritischer omdat zij een verwachtingspatroon hebben. Ze komen voor de tweede keer en letten daardoor meer op aspecten die met hun persoonlijke situatie te maken hebben. Bij patiënten die voor het eerst komen, speelt dit persoonlijke nog een kleinere rol. Zij hebben meer behoefte aan duidelijkheid en informatie. De vragen gericht op de neuroloog zijn gemiddeld door 140 respondenten ingevuld, dit is 95% van het totaal aantal respondenten.

Verpleegkundig consulent

De gemiddelde beoordeling van de VPK-consulent ligt tussen de 3.90 en 4.40. De duidelijkheid van de uitleg en de mogelijkheid om vragen te stellen, krijgt de hoogste beoordeling. De beoordeling van het aandachtig luisteren ligt in het midden. Het laagste gemiddelde gaat naar of de afspraak is aangepast op de persoonlijke situatie van de patiënt. Daarnaast scoren de genomen tijd en de gegeven informatie voorafgaand aan de afspraak lager. De beoordeling van de VPK-consulent is tevens afgezet tegen het type afspraak. Uit het lijndiagram valt af te lezen dat de patiënt die voor het eerst komt het aandachtig luisteren en de mogelijkheid om vragen te stellen beter beoordeelt dan de patiënt die voor een controleafspraak komt. De beoordeling van de genomen tijd en de duidelijkheid van de uitleg ligt voor beide groepen redelijk gelijk. Daarentegen geeft de groep die voor de eerste keer komt de tijd die genomen wordt voor de afspraak en de informatie die voorafgaand gegeven wordt een hogere score dan de groep die voor controle komt. De specifieke vragen voor de verpleegkundig consulent zijn gemiddeld door 25 respondenten ingevuld. Dit is ongeveer 15 procent van het totale aantal respondenten.

KNF-laborant

De gemiddelde beoordeling van de KNF-laborant ligt tussen de 3.80 en 4.20. In het geval van de KNF-laborant worden de mogelijkheid voor vragen, het aandachtig luisteren en de genomen tijd het best beoordeeld. De beoordeling van de duidelijkheid van de uitleg ligt in het midden. Over de informatie die voorafgaand aan de afspraak gegeven wordt en of de afspraak is aangepast op de persoonlijke situatie van de patiënt is men minder tevreden. De vergelijking van controle- en eerste afspraak wijst uit dat de patiënt die komt voor een controleafspraak op twee punten een hogere score geeft dan de patiënt die voor het eerst komt. Dit geldt voor het aandachtig luisteren en de genomen tijd. De patiënt die voor het eerst komt, geeft op de resterende punten een hogere beoordeling. De gemiddelde respons voor de KNF-laborant ligt net zo hoog als voor de verpleegkundigen, rond de 25.

4.6 Invloed van type afspraak op de tevredenheid

De chikwadraattoets wordt gebruikt om samenhang tussen twee nominale variabelen te meten. Bij het analyseren van de resultaten zijn chi-kwadraatkruistabellen uitgevoerd die uitwijzen of er daadwerkelijk een significant verschil is tussen de beoordeling van beide groepen patiënten. In de gemaakte histogrammen en lijngrafieken kan een samenhang worden geconstateerd. Om na te gaan of deze samenhang significant is, wordt de chi-kwadraatkruistabeltoets toegepast. Met deze toets kunnen gestelde hypothesen aangenomen of verworpen worden. De uitgevoerde chi-kwadraatkruistabeltoetsen zijn te vinden in het grafiekenboek na Figuur XIII. Bij het uitvoeren van de toets zijn enkel de algemene vragen en de neuroloogspecifieke vragen meegenomen. De toets is uitgevoerd voor de verpleegkundigen en laboranten; hier viel echter geen significante samenhang te ontdekken. Oftewel, het gevonden verschil is afhankelijk van toeval. Om de chi-kwadraattoets uit te voeren, moet aan een aantal eisen voldaan worden. Deze zijn als volgt: de waarnemingen zijn

onafhankelijk, de steekproef is random getrokken, van de verwachte frequenties moet 80% groter zijn dan 5 en geen enkele verwachte frequentie mag kleiner zijn dan 1. De toets is significant als de waarde kleiner is dan 0.05, dit wordt in SPSS berekend en wordt gemarkeerd met een * als dit zo is. De vragen over de laboranten en verpleegkundigen zijn door een klein aantal respondenten ingevuld. Enkele vragen zijn daardoor niet ingevuld, de frequentie is dan kleiner dan 1.

De hypothesen die gelden voor de chi-kwadraatkruistabellen tussen het type afspraak en de tevredenheid zijn:

H₀: In de populatie is geen samenhang tussen het betreffende aspect en het type afspraak van de patiënt.

H₁: In de populatie is wel samenhang tussen het betreffende aspect en het type afspraak van de patiënt.

Het uitvoeren van de toets wijst uit dat voor de volgende aspecten H₀ verworpen kan worden. Er is een significante samenhang tussen de tevredenheid over het betreffende aspect en het type afspraak:

- de bereikbaarheid per telefoon van het secretariaat;
- de behulpzaamheid van de secretaresse;
- de inrichting en aankleding van de wachtruimte van de poli;
- de informatie die voorafgaand door de neuroloog aan de patiënt gegeven wordt;
- de mate waarin de afspraak is aangepast op de persoonlijke situatie van de patiënt door de neuroloog.

De chi-kwadraattoets geeft geen samenhang weer tussen het type afspraak en de aspecten horende bij de tevredenheid over de dienstverlening van de VPK-consulent en de KNF-laborant.

4.7 Invloed van leeftijd op de tevredenheid

De hypothesen die gelden voor de chi-kwadraatkruistabellen tussen de leeftijd en de tevredenheid zijn:

H₀: In de populatie is geen samenhang tussen het betreffende aspect en de leeftijd van de patiënt.

H₁: In de populatie is wel samenhang tussen het betreffende aspect en de leeftijd van de patiënt.

Het uitvoeren van de toets wijst uit dat voor de volgende aspecten H₀ verworpen kan worden. Er is een significante samenhang tussen de tevredenheid over het betreffende aspect en de leeftijd van de respondent:

- het gebruik van de aanmeldzuilen binnen Isala;
- het vinden van de weg binnen Isala;
- de aangeboden voorzieningen binnen de wachtruimte van de poli;
- de inrichting en aankleding van de wachtruimte van de poli.

De toets geeft geen samenhang weer tussen de leeftijd van de respondent en de aspecten horende bij de bereikbaarheid van de poli en de dienstverlening van het secretariaat.

4.8 Invloed van wachttijd op de tevredenheid

De hypothesen die gelden voor de chi-kwadraatkruistabellen tussen de wachttijd en de tevredenheid zijn:

H₀: In de populatie is geen samenhang tussen het betreffende aspect en of de respondent moest wachten op zijn afspraak.

H₁: In de populatie is wel samenhang tussen het betreffende aspect en of de respondent moest wachten op zijn afspraak.

Het uitvoeren van de toets wijst uit dat voor de volgende aspecten H_0 verworpen kan worden. Er is een significante samenhang tussen de tevredenheid over het betreffende aspect en of de respondent moest wachten op zijn afspraak:

- communicatie over de wachttijd;
- de aangeboden voorzieningen binnen de wachtruimte van de poli;
- de inrichting en aankleding van de wachtruimte van de poli.

5. Conclusies

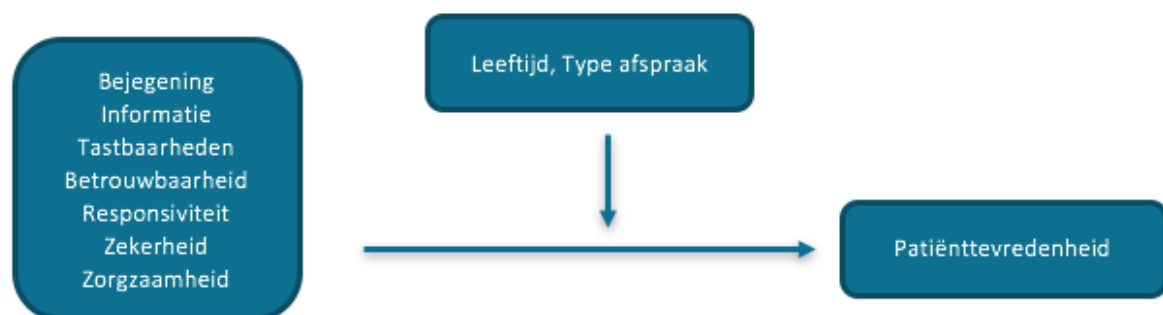
In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten uit zowel het literatuur- als het veldonderzoek conclusies getrokken. In de conclusie worden allereerst de deelvragen beantwoord, daarna volgt het antwoord op de hoofdvraag.

5.1 Wat is patiënttevredenheid?

Het literatuuronderzoek geeft onderstaande definitie van patiënttevredenheid:

Patiënttevredenheid geeft aan in hoeverre de patiënt positief te spreken is over de gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener en in hoeverre de geboden hulp tegemoetkomt aan zijn wensen en verwachtingen ten opzichte van de zorg.

Patiënttevredenheid wordt in dit onderzoek gebaseerd op klanttevredenheid. Klanttevredenheid geeft aan in hoeverre de klant in positieve zin te spreken is over een bepaalde onderneming. De productprijs, de vriendelijkheid van het personeel en het adequaat reageren op problemen, speelt bij klanttevredenheid een belangrijke rol. Daarnaast zorgt de hoeveelheid openbare informatie over de zorgverlening ervoor dat de patiënt mondiger wordt. Hij heeft het vermogen om zelfstandig te beslissen en oordelen over de zorg en kan dat ook verantwoorden. De literatuur wijst op twee belangrijke dimensies die van invloed zijn op patiënttevredenheid: bejegening en informatie. In de zorg wordt bejegening gerelateerd aan visie, professioneel gedrag en reflectie op eigen gedrag. Het is belangrijk dat zorgverleners in hun houding en gedrag laten merken dat zij de keuzes en wensen van de patiënt respecteren. Daarnaast moet er ruimte zijn om vragen te stellen en de patiënt moet zich gehoord voelen. De communicatie tussen beide partijen moet evenwichtig zijn en de patiënt moet vrijuit kunnen praten (NPCF, 2006). Onderstaand conceptueel model geeft weer welke factoren van invloed zijn op patiënttevredenheid.



Figuur 8. Conceptueel model

5.2 Wat is de huidige tevredenheid van de patiënten van de polikliniek Neurologie over haar dienstverlening en faciliteiten?

Om deze deelvraag te beantwoorden, worden de dienstverdeling en faciliteiten van de poli opgedeeld in een aantal deelonderwerpen:

- Bereikbaarheid van de polikliniek

Onder de bereikbaarheid van de poli vallen de bereikbaarheid van het secretariaat per e-mail en/of telefoon, het gebruik van de aanmeldzuilen en het vinden van de weg naar de poli binnen Isala. Het veldonderzoek heeft een lage respons op de vragen over de bereikbaarheid van het secretariaat. Dit is te wijten aan het feit dat niet alle patiënten contact opnemen met het secretariaat en de bereikbaarheid ervan daardoor niet van toepassing is. Bij beide opties geeft ongeveer 20 procent van de groep respondenten aan neutraal tegenover de bereikbaarheid te staan. Het gebruik van de aanmeldzuilen heeft een verdeelde tevredenheid; een grote groep is tevreden maar daar staat een aantal respondenten tegenover die zeer ontevreden is over het gebruik van de aanmeldzuilen. De zuilen worden onpersoonlijk en ongebruiksvriendelijk genoemd. De significantieanalyse wijst uit dat een samenhang bestaat tussen de leeftijd van de patiënt en de tevredenheid over de zuilen.

- Dienstverlening secretariaat

Onder de dienstverlening van het secretariaat vallen het welkom voelen op de poli en de behulpzaamheid en persoonlijke aandacht van de secretaresse. Over de behulpzaamheid en de persoonlijke aandacht is de patiënt gemiddeld tevreden, ongeveer 30 procent is in beide gevallen zeer tevreden. Respondenten die niet tevreden zijn, geven aan dat er door de aanmeldzuilen geen persoonlijk contact is met het secretariaat. Hierdoor voelen de respondenten zich niet gezien en geholpen. Het gebruik van de aanmeldzuilen is tevens van invloed op het welkomstgevoel. Voorheen kwam de patiënt zich aanmelden bij de secretaresse waardoor hij automatisch in contact kwam met het secretariaat. Het aanmelden gebeurt nu op de aanmeldzuil en de patiënt kan direct doorlopen naar de wachtruimte.

- Wachten op de polikliniek

Het wachten op de polikliniek wordt beoordeeld aan de hand van aangeboden voorzieningen, inrichting, aankleding en of de patiënt tevreden is over de wijze waarop gecommuniceerd wordt over de wachttijd. Het gemiddelde van de aangeboden voorzieningen en de inrichting en aankleding ligt het laagst, beide rond de 3.75. De significantieanalyse laat zien dat zowel de leeftijd, het type afspraak als de wachttijd van invloed is op de tevredenheid over de aangeboden voorzieningen en inrichting en aankleding van de poli. De inrichting en aankleding zorgt in enkele gevallen voor een verstoord richtingsgevoel en een gebrek aan herkenning. Anderen geven aan het leesmateriaal niet interessant of niet recent te vinden. Echter, de groep die aangeeft tevreden of zeer tevreden te zijn, is groter dan de groep die negatief is. De aanmeldzuilen hebben een positieve invloed op de communicatie over de wachttijd. Bij het scannen van het afsprakenticket wordt direct aangegeven of er op dat moment een wachttijd is. De transparantie over de wachttijd zorgt voor een lage ontevredenheid. De patiënt weet waar hij aan toe is en kan zich eventueel voorbereiden op een lange wachttijd.

- Dienstverlening van zorgverleners

De zorgverleners worden in het onderzoek opgedeeld in de neuroloog, VPK-consulent en KNF-laborant. De tevredenheid over de neuroloog is door de meeste respondenten ingevuld. De groep die een mening heeft gegeven over de VPK-consulent en KNF-laborant is in vergelijking klein. Gemiddeld scoort zowel de VPK-consulent als KNF-laborant goed op alle aspecten. Daarbij heeft het aanpassen van de afspraak op de persoonlijke situatie van de patiënt in beide gevallen gemiddeld de laagste score. Voor beide zorgverleners kunnen geen significantieanalyses worden uitgevoerd omdat er niet genoeg data aanwezig is. De neuroloog scoort op alle aspecten gemiddeld boven een score van 4. Dit betekent dat de gemiddelde mening tussen tevreden en zeer

tevreden ligt. In het geval van de neuroloog krijgt de duidelijkheid van de uitleg de laagste score. Deze is echter nog steeds hoger dan 4. Significantieanalyses wijzen uit dat er een samenhang is tussen het type afspraak en de tevredenheid over:

- de informatie die voorafgaand door de neuroloog aan de patiënt gegeven wordt;
- de mate waarin de afspraak is aangepast op de persoonlijke situatie van de patiënt door de neuroloog.

In het geval van de informatie die voorafgaand aan de afspraak aan de patiënt gegeven wordt, geeft een controleafspraak een hogere waardering dan de eerste afspraak. Dit kan betekenen dat de patiënt op een controleafspraak door zijn eerdere ervaring met de poli minder informatie nodig heeft. Op de eerste afspraak heeft de patiënt nog geen ervaring en daardoor meer behoefte aan duidelijkheid en uitleg. In het geval van het aanpassen op de persoonlijke situatie van de patiënt, geeft de patiënt die voor het eerst komt een hogere waardering dan degene die voor een controleafspraak komt. Isala werkt met patiënttoewijzing. Dit wil zeggen dat iedere patiënt een vaste zorgverlener heeft waar hij met vragen terecht kan. Het kan zijn dat de patiënt die voor controle komt, verwacht dat er meer rekening gehouden wordt met zijn persoonlijke situatie.

5.3 Welke aspecten spelen een rol bij het bepalen van patiënttevredenheid en hoe belangrijk zijn de aspecten ten opzichte van elkaar?

Vanuit de theorie van Maslow komen de belangrijkste punten bij het bepalen van de tevredenheid voort uit de basisbehoeften van de mens. De lagen van de piramide zijn heringericht. Per laag worden aspecten gegeven die de tevredenheid bepalen. Wordt voldaan aan de onderste laag, dan kan een volgende laag verbeterd worden. De basisbehoeften in de zorg zijn hygiëne, rust en duidelijke informatie. Wordt aan deze basisbehoeften niet voldaan, dan zal de patiënt niet tevreden zijn, ook niet als hij volledige autonomie heeft over de verkregen zorg. Met duidelijke informatie wordt bedoeld dat de informatie aansluit bij het niveau van de patiënt. In de praktijk is er sprake van problemen bij het aanbieden van begrijpelijke informatie. De zorgverlener geeft zonder overleg informatie aan de patiënt, op deze manier stelt hij zich boven de patiënt. Dit zorgt voor een onevenwichtige relatie waarbij de patiënt zich onveilig kan voelen. De vormgeving van de ruimtes draagt bij aan het gevoel van veiligheid. De wachtruimtes en behandelkamers moeten privacy bieden. Daarnaast kan een antroposofische inrichting bijdragen aan het 'thuisgevoel'. Naast de basisbehoeften zijn er bepaalde momenten tijdens een bezoek aan de poli die een grote impact hebben op de tevredenheid. Dit zijn de momenten van de waarheid. Deze vinden voornamelijk plaats bij persoonlijk contact. Het persoonlijk contact is het grootst tijdens de behandeling of het consult. Tijdens de behandeling wordt voldaan aan laag 3, 4 en 5 uit de Maslow-piramide. Het secretariaat laat een prettige eerste indruk achter, zij moet de patiënt zich welkom laten voelen. Tijdens het contact tussen patiënt en zorgverlener zijn een persoonlijke aanpak, communicatie en bejegening van groot belang. Door als zorgverlener elke patiënt als een individu met een eigen kijk op de zorg te zien, kan voldaan worden aan zelfactualisatie. Autonomie kan pas plaatsvinden als wordt voldaan aan alle lagen uit de piramide. Een patiënt zal bijvoorbeeld niet in staat zijn samen met zijn arts te beslissen over de zorg als hij zich niet veilig voelt of de verkeerde informatie krijgt.

5.4 Welke trends in de gezondheidszorg dragen positief of negatief bij aan de patiënttevredenheid?

Literatuuronderzoek wijst uit dat de volgende trends bijdragen aan de patiënttevredenheid:

- Marktwerking binnen de zorg:

Marktwerving in de zorg betekent dat zorgvragers zelf kiezen welke zorg zij willen ontvangen. Dit zorgt voor concurrentie onder zorgaanbieders op basis van gezondheidsresultaten. De zorgaanbieder die de beste resultaten heeft, wint de concurrentiestrijd. Patiënten kunnen informatie over de resultaten van zorgaanbieders halen uit de CQ-index. Deze index neemt onder andere medisch-technische en zorginhoudelijke indicatoren en de beleving van de patiënt mee.

- Healing environment:

Healing environment is een begrip uit de zorgsector dat verwijst naar een omgeving die erop gericht is het fysieke en emotionele welzijn van de patiënt te verbeteren. Isala probeert dit door het ziekenhuis met een organische bouwstijl en een groene omgeving vorm te geven. Hiermee wil Isala bijdragen aan de beleving van de patiënt. Beleving wordt veelal weer gekoppeld aan tevredenheid. Er is tal van onderzoek gedaan naar het effect van een healing environment op de gezondheid. Geconcludeerd wordt dat meer onderzoek nodig is om de relatie tussen omgeving en gezondheid te snappen. Zo bestaat bijvoorbeeld onvoldoende bewijs om te stellen dat de aanwezigheid van planten, daglicht en binnentuinen leiden tot een verbeterde gezondheid. Wel is wetenschappelijk bewijs aanwezig dat deze aspecten positief bijdragen aan de beleving van de patiënt.

- Patiëntgerichte zorg:

Patiëntgerichte zorg zorgt vanuit het perspectief van de cliënt voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Planetree is een bekend model dat uitgaat van een integrale aanpak waarbij de geleverde zorg, de omgeving waarin de zorg wordt verleend en de vitaliteit van de organisatie elkaar versterken. Het achterblijven van patiëntparticipatie maakt dat het niet zeker is of de patiënt de zorg krijgt die aansluit bij zijn persoonlijke situatie. De literatuur pleit voor situationele gelijkheid, waarbij gekeken wordt naar de context, individuele omstandigheden en het te bereiken resultaat. Essentieel daarbij is het versterken van de zeggenschap van de patiënt. Door als zorgverlener goed te luisteren en door ruimte te geven voor vragen en overleg, kan de patiënt actief betrokken worden bij het zorgplan. Patiënten geven daarnaast aan dat de zorgverlener voldoende informatie moet geven om gezamenlijk tot de beste behandeling te komen.

- Kwaliteitsverbetering van de zorg:

De zorgaanbieder wordt verplicht verantwoorde zorg te leveren. Dit is het beginsel van het leveren van kwaliteit. Om zichtbaar te maken in welke mate de zorg verantwoord is, is in de periode voor 2017 transparantie binnen de zorg als aandachtspunt gegeven. Met behulp van klantgerichtheid, preventie van fouten, en procesbeheersing, moet de kwaliteit van de zorg verbeterd worden. De laatste tijd wordt de kwaliteit niet voor de patiënt bepaald maar samen met de patiënt. Tevredenheid over de dienstverlening wordt een steeds groter onderdeel van de kwaliteit.

- Gastvrijheid in de zorg:

Invulling van gastvrijheidsconcepten voegen waarde toe aan de zorg en dragen bij aan het gevoel van het in goede handen zijn. Belangrijke elementen van gastvrijheid zijn: welkom voelen, menselijk benaderd worden, bejegening, autonomie over het eigen leven, eigen verantwoordelijkheid hebben en beschikken over keuzevrijheid. Gastvrijheid heeft niet te maken met medische aspecten, maar gaat om een algemeen gevoel van welbehagen. Met het 4 P-model van Claudia Alflen wordt vormgegeven aan gastvrijheidsconcepten. De 4 P's staan voor: people, place, product en process.

5.5 Hoofdvraag: In welke mate zijn de patiënten van de polikliniek Neurologie van Isala tevreden over de dienstverlening en faciliteiten van de polikliniek en welke aanbevelingen voor eventuele verbetering kunnen worden gedaan?

De patiënt van de polikliniek Neurologie is tevreden over de dienstverlening en faciliteiten van de poli. De dienstverlening van de zorgverlener krijgt de hoogste beoordeling, gemiddeld 4.20. De faciliteiten van de wachtruimtes krijgen een iets lagere score, gemiddeld 3.70. De patiënt geeft in sommige gevallen aan persoonlijk contact bij binnenkomst op de poli te missen. Daarnaast zijn de aangeboden voorzieningen niet voor iedereen relevant. Het gaat dan met name om voorzieningen die gebruikt worden tijdens het wachten.

Isala heeft als doel dat 50 procent van haar patiënten zeer tevreden is over de dienstverlening van het ziekenhuis. In het geval van de polikliniek Neurologie is het percentage zeer tevreden patiënten als volgt:

- 10% is zeer tevreden over de aangeboden voorzieningen en inrichting en aankleding op de poli;
- 15% is zeer tevreden over de bereikbaarheid per e-mail;
- 20% is zeer tevreden over de bereikbaarheid per telefoon, het gebruik van de aanmeldzuilen en het welkomstgevoel op de poli;
- 30% is zeer tevreden over de persoonlijke aandacht en de behulpzaamheid van het secretariaat;
- 35% is zeer tevreden over de informatie die voorafgaand aan de afspraak door de neuroloog gegeven wordt;
- 40% is zeer tevreden over de duidelijkheid van de uitleg die door de neuroloog gegeven wordt;

Over de mogelijkheid om vragen te stellen tijdens de afspraak, het aanpassen van de afspraak op de persoonlijke situatie van de patiënt en het aandachtig luisteren is 50% van de patiënten van de neuroloog zeer tevreden. In deze gevallen is de doelstelling van Isala behaald.

Om het organisatiebrede doel van 50 procent zeer tevreden patiënten te behalen, moeten wel aanbevelingen gedaan worden.

De tevredenheid over de aangeboden voorzieningen kan verbeterd worden door deze voorzieningen beter aan te laten sluiten op de patiënt van de poli. Het is wenselijk rekening te houden met de leeftijd en het geslacht van de patiënten en met het type afspraak waar de patiënten voor komen. De patiënt die voor het eerst op de afdeling komt, heeft behoefte aan duidelijke uitleg en informatie over het verloop van zijn afspraak. Posters en informatiefolders kunnen in dit geval een uitweg bieden. De poli kan audiovisuele middelen inzetten om informatie over de polikliniek Neurologie te geven. De inrichting en aankleding zal herkenbaar gemaakt moeten worden, passend bij de organische stijl van Isala. Het gebruik van planten in de wachtruimtes en gangen naar de behandelkamers draagt bij aan de herkenbaarheid en het vinden van de weg op de afdeling.

Door het gebruik van aanmeldzuilen missen de patiënten persoonlijk contact en een welkomgevoel op de poli. Het secretariaat kan hier een grote rol spelen. Momenteel voelt de patiënt zich niet gezien bij binnenkomst op de poli. Het is aan te bevelen dat het secretariaat een actieve rol gaat spelen bij het verwelkomen en op weg helpen van patiënten. De drempel om naar het secretariaat toe te stappen, moet verlaagd worden. Dit kan door een open werkplek of open balie te creëren. Isala werkt in het ziekenhuis met gastvrouwen en -heren om patiënten te ontvangen en te begeleiden. Het is van belang

dat de rol van de gastvrouw die gestationeerd is bij de aanmeldzuil voor de polikliniek Neurologie verandert. Zij helpt niet langer enkel bij het scannen van het afsprakenticket, maar geeft tegelijkertijd uitleg over de werkwijze op de afdeling. Op die manier wordt het voor patiënten die voor het eerst op de afdeling komen duidelijk dat zij direct plaats kunnen nemen in de desbetreffende wachtruimte.

Om de groep patiënten die zeer tevreden is over de dienstverlening van de neuroloog te vergroten, zal het type afspraak bij de aanpak van de neuroloog een grotere rol moeten spelen. Patiënten die voor het eerst bij de neuroloog komen, hebben behoefte aan duidelijke uitleg en informatie voorafgaand aan de afspraak. Patiënten die voor controle komen, hebben meer behoefte aan een persoonlijke aanpak. De neuroloog moet daar in zijn behandeling op inspelen.

6. Discussie en aanbevelingen

De onderwerpen besproken in hoofdstuk 3 zijn bedoeld om de kwaliteit van het thesisproject te waarborgen. In dit hoofdstuk wordt aangegeven of de getroffen maatregelen voldoende zijn geweest om de gewenste kwaliteit te leveren. Tot slot worden aanbevelingen gedaan om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen.

6.1 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het thesisproject te borgen, zijn de volgende maatregelen getroffen:

- Het creëren van een neutrale omgeving bij het uitvoeren van het veldonderzoek om op deze manier de antwoorden van de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden.
- Uitgebreid inzicht geven in de gehanteerde methode en analyse tijdens het onderzoek.
- De gebruikte meetinstrumenten zijn opgenomen in de bijlage zodat deze als naslagwerk gebruikt kunnen worden.
- De vraagstelling in de enquête is zo open mogelijk gehouden, zodat een objectief beeld ontstaat van de mening van de respondent.

De beschikbaarheid van informatie over de methodologie en de gebruikte meetinstrumenten dragen bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het is duidelijk welke keuzes en waarom deze tijdens het onderzoek gemaakt zijn. Het creëren van een neutrale omgeving om een zo objectief mogelijk beeld te verkrijgen, is deels gelukt. Door patiënten bij binnenkomst te vragen of zij mee willen doen aan het onderzoek is de respons vergroot. Daarentegen is de omgeving minder neutraal. Het kan zijn dat de patiënt zich verplicht voelt de vragenlijst in te vullen. Daarnaast is de respondent bij deelname aan het onderzoek net klaar met de afspraak op de poli. Het schaadt wellicht de betrouwbaarheid van het onderzoek dat de patiënt nog niet bekoeld is van zijn afspraak. Zijn antwoorden kunnen een vertekend beeld geven.

De gebruikte methode en vraagstelling zorgt ervoor dat enkel de tevredenheid van de respondent gemeten wordt. De tevredenheid wordt gemeten met behulp van een 5-punts Likertschaal. Door de Likertschaal kan er een waarde in de vorm van een cijfer aan de verschillende onderdelen gegeven worden. Dit geeft het gemiddelde cijfer per onderdeel van de dienstverlening. Bij de significantieanalyse in SPSS bleek het gebruik van de Likertschaal minder geschikt. Om een betrouwbare significantieanalyse uit te voeren, moet van de verwachte frequenties 80% groter zijn dan 5 en geen enkele verwachte frequentie mag kleiner zijn dan 1. De vragen over de laboranten en verpleegkundigen zijn door een klein aantal respondenten ingevuld. Enkele vragen zijn daardoor niet

ingevuld, de frequentie is dan kleiner dan 1. Door een kleinere Likertschaal te gebruiken, wordt de kans groter dat de frequenties niet kleiner zijn dan 1. De betrouwbaarheid van de significantieanalyse wordt hierdoor vergroot. Daarnaast geeft de kwantitatieve vraagstelling geen inzicht in het achterliggende gevoel van de respondent. Kortom, waarom hij wel of niet tevreden is.

6.2 Validiteit

Om de validiteit van het thesisproject te borgen, zijn de volgende maatregelen getroffen:

- De enquête die in het veldonderzoek is gebruikt, is opgesteld aan de hand van de uitkomsten van het literatuuronderzoek. Dit draagt bij aan de begripsvaliditeit.
- Om de interne validiteit te verhogen, is bij het schrijven van de thesis veelvuldig gebruikgemaakt van relevante literatuur. Hiertoe behoren bijvoorbeeld Verhoeven (2011) en Verschuren en Doorewaard (2007).
- Daarnaast is het gebruik van het statistiekprogramma SPSS ingezet om data te analyseren. De Handleiding SPSS van Smits en Edens (2016) fungeerde hierbij als hulpmiddel.
- Binnen de thesis is veelvuldig gebruikgemaakt van de expertise van Gina van Vemde en Ester van der Weide. Met het regelmatige contact is geprobeerd de interne validiteit te verhogen.
- De externe validiteit is verhoogd door een representatieve steekproef te trekken. Dit is getracht door gedurende drie weken tijdens de openingstijden van de polikliniek het veldonderzoek uit te voeren.

De begripsvaliditeit binnen dit thesisproject is voldoende. In het literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van een groot aantal bronnen. De bronnen zijn beoordeeld aan de hand van AAOCC-criteria. De criteria tonen aan dat de gebruikte bronnen passend en valide zijn binnen dit onderzoek. Om systematisch literatuur te zoeken, is de sneeuwbalmethode gebruikt. Over de sneeuwbal wordt gezegd dat het de minst systematische maar meest effectieve methode is om relevante literatuur te vinden. Een nadeel van de sneeuwbalmethode is dat de gevonden informatie steeds minder actueel is. Dit komt doordat wordt doorgezocht op de bronnen van de gevonden literatuur. Uitwerking van de AAOCC-criteria in bijlage II wijst uit dat de gebruikte bronnen valide en betrouwbaar zijn. De relevantie is in enkele gevallen discutabel, de gebruikte bronnen waren in dit geval verouderd. Door de sneeuwbalmethode omgekeerd toe te passen, had dit probleem verholpen kunnen worden. De methode wordt dan citatiezoeken genoemd. Bij deze vorm van zoeken wordt naar bronnen gezocht waarin het gevonden artikel geciteerd wordt. Hierdoor wordt de informatie actueler. Het inlezen in SPSS zorgt voor een verhoging van de affiniteit met het statistiekprogramma. Bij het analyseren van de data heeft dit tot de gewenste verhoging van de interne validiteit gezorgd. Dit geldt tevens voor het gebruik van relevante literatuur.

De maatregelen die getroffen zijn om de externe validiteit te verhogen, zijn niet optimaal. Overleg met de opdrachtgevers laat zien dat de steekproef overeenkomt met hun verwachting van de samenstelling van de populatie. Tijdens het onderzoek komt echter naar voren dat de groep die een mening kan geven over de VPK-consulent en de KNF-laborant te klein is. De onderzoeksresultaten van deze groep zijn daardoor niet te generaliseren. Daarnaast is het door het gebrek aan kwantitatieve gegevens over de populatie is het lastig de steekproef met de populatie te vergelijken.

Zoals hierboven beschreven, is de validiteit van de thesis niet optimaal. Daardoor zijn de resultaten niet voor de gehele populatie te generaliseren. Daarnaast geeft het onderzoek geen inzicht in de mening van de respondent. Kortom, waarom is de respondent tevreden.

6.3 Kwaliteit

Naast het treffen van maatregelen om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen, is gestreefd naar een hoge kwaliteit van het thesisproject. Dit gebeurde door voortdurend terug te koppelen naar de opdrachtgevers en de eerste examiner. In het geval met de opdrachtgevers is dit gelukt door eenmaal per twee weken in gesprek te gaan. Tijdens deze gesprekken werd de voortgang van het onderzoek gesproken. Met de eerste examiner is in mindere mate contact gehouden. Dit had met name in de eindfase van het project meer gekund.

7. Advies

De onderzoeksvragen beschreven in de inleiding van dit rapport zijn leidend geweest voor de uitwerking van het onderzoek. Het onderzoek geeft inzicht in trends en ontwikkelingen binnen de zorg die van invloed zijn op de tevredenheid van de patiënt, instrumenten om patiënttevredenheid te meten, de werkwijze op de polikliniek Neurologie en de algemene tevredenheid van de patiënt over de polikliniek Neurologie. Deze inzichten hebben geholpen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen, oftewel de conclusie. Het advies helpt de polikliniek de kwaliteit van haar dienstverlening continu te verbeteren en deze dienstverlening aan te laten sluiten op de koers die Isala volgt.

7.1 Inleiding van alternatieven

De resultaten en conclusies geven inzicht in welke trends de tevredenheid van de patiënt positief dan wel negatief beïnvloeden. Daarnaast geeft het een beeld van de huidige tevredenheid onder de patiënt van de polikliniek. De koers van de polikliniek zal bepaald worden door de huidige tevredenheid en door de trends die op dit moment in de gezondheidszorg spelen. Met de gekozen richting moet de tevredenheid op de poli hoger worden dan deze nu is. Het doel van Isala is dat 50% van de patiënten over alle onderdelen van het ziekenhuis zeer tevreden is. De polikliniek scoort op dit moment tussen de 10% en 40%, afhankelijk van het onderdeel, zeer tevreden. De wijze waarop de polikliniek haar dienstverlening moet verbeteren, is een antwoord op de volgende adviesvraag:

‘Hoe kan de polikliniek de kwaliteit van haar dienstverlening continu verbeteren en aan laten sluiten op de koers die Isala voor ogen heeft op het gebied van klanttevredenheid.’

Het literatuuronderzoek geeft inzicht in welke ontwikkelingen bijdragen aan de tevredenheid van de patiënt. De ontwikkeling naar marktwerking en kwaliteitsverbetering binnen de zorg heeft een duidelijke focus op het medische en economische aspect. Dat de patiënt een rol speelt bij het bepalen van de kwaliteit en de wijze waarop het ziekenhuis haar dienstverlening organiseert, is een ontwikkeling van de laatste jaren. Velthuis & Koop (2017) stellen dat een op winst beluste markt ten koste gaat van de patiënt. Het overlaten van het zorgrecht aan de markt resulteert in een gevecht tussen zorgverzekeraars die de nadruk op kosten leggen en zorgverleners die focussen op kwaliteit. Het belang van beide partijen is niet op één lijn. Door de marktwerking heeft de patiënt keuzevrijheid. De keuzevrijheid maakt het makkelijker om zorgverleners waar de patiënt ontevreden over is aan de kant te zetten. Dit heeft een positieve invloed op de patiënttevredenheid. Echter, als door de marktwerking de prioriteit niet meer ligt bij hoogwaardige zorg, dan kan de patiënttevredenheid dalen.

Om dit te voorkomen, verplicht de overheid dat de zorg effectief, veilig en op tijd is (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017). Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt de mogelijkheid heeft om zorgaanbieders te vergelijken en zelf te kiezen voor de zorg die bij hem past. De marktwerking is tevens een gevolg van het veranderen van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. In het kort wil dit zeggen dat er een omslag is van voor de burger zorgen naar de burger zorgt voor zichzelf (en anderen). Deze verandering gaat langzaam en gedoseerd en is in 2013 begonnen. Dit betekent dat de eigen bijdrage in de zorg en het onderwijs hoger wordt, dat pensioenen omlaag gaan, dat uitkeringen lager worden en dat zorgkosten niet meer aftrekbaar zijn bij de belastingdienst (Bibiana, 2017). Healing environment en gastvrijheid binnen de zorg zijn ontwikkelingen die de nadruk leggen op de beleving van de patiënt. De ontwikkelingen richten zich op de wensen en behoeften van de patiënt. Op basis van al uitgevoerde onderzoeken zal bepaald worden op welke wijze de ontwikkelingen uitgevoerd gaan worden. In het geval van healing environment is het niet wetenschappelijk bewezen dat dit een positief effect heeft op het emotionele en fysieke welbevinden van de patiënt. Wel is bewezen dat het een positieve invloed heeft op de beleving van de patiënt. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat de beleving en ervaring van de dienst van groot belang is bij het bepalen van de tevredenheid. Healing environment kan daardoor de tevredenheid verhogen. Gastvrijheid speelt in op bejegening en een gevoel van welbehagen bij de patiënt. Groen (2012) noemt bejegening als één van de twee belangrijkste dimensies bij patiënttevredenheid. De genoemde ontwikkelingen vormen ieder een andere oplossingsrichting van de adviesvraag. Ontwikkeling en oplossingsrichting zijn in figuur 9 naast elkaar gezet.

Zorgontwikkeling	Oplossingsrichting
Healing environment	Focus op beleving
Gastvrijheid	Focus op bejegening
Patiëntgericht	Focus op participatie

Figuur 9. Ontwikkeling versus oplossingsrichting

De alternatieven gevormd door de oplossingsrichting per zorgontwikkeling zijn in figuur 10 samenvattend weergegeven.

Focus op beleving	Focus op bejegening	Focus op participatie
• Organische bouwstijl • Omgeving draagt bij aan herstel/gestel van patiënt • Inspelen op beleving van de patiënt • Healing Environment	• Gevoel van welbehagen • Bejegening naar de patiënt • Menselijke benadering • Oog voor een ander • Gastvrijheid in de zorg	• Evenwichtige relatie • Patiëntgerichte communicatie • Meebeslissen over de te krijgen zorg • Autonomieit • Patiëntenperspectief

Figuur 10. Samenvatting alternatieven.

Om erachter te komen welk alternatief het meest geschikt is, is een multicriteria-analyse toegepast (Mulders, 2010). Voor Isala is het van belang dat het advies past bij datgene wat Isala uitdraagt, oftewel of het alternatief bij de organisatie past. Isala beschrijft in haar visie dat zij de beste wil zijn en blijven in haar vakgebied. Dit betekent dat Isala de zorg blijvend verbetert en openstaat voor innovatie. Om continu te verbeteren, moet vooruit worden gekeken en moeten plannen toekomstbestendig zijn. Om innovatie een belangrijke plek binnen het ziekenhuis te geven, is Isala partner van het Health Innovation Park (HIP). HIP richt zich op de ontwikkeling van innovatieve producten en diensten op het gebied van zorg in de regio Zwolle (Isala, 2017). Passendheid en toekomstbestendigheid zijn belangrijke criteria die meegenomen worden bij de multi criteria-analyse. Dit rapport is geschreven om antwoord te geven op het managementvraagstuk. Het is tevens van belang dat het advies antwoord geeft op dit vraagstuk. Het criterium relevantie houdt bij of het alternatief bijdraagt aan het oplossen van het managementvraagstuk. Voor de polikliniek is dit het belangrijkste criterium. Daarnaast is Isala drie jaar geleden verhuisd naar haar huidige locatie. Toentertijd zijn veel aanpassingen gedaan aan de fysieke aspecten van het ziekenhuis. Het is voor de organisatie daarom niet wenselijk dat het gekozen advies veel aanpassingen vraagt in de fysieke uitstraling van het ziekenhuis. In de analyse worden de alternatieven beoordeeld op de mate van fysieke aanpassingen die gemaakt dienen te worden. Isala stelt in haar strategie dat verbeteringen vanaf de werkvloer worden doorgevoerd. Binnen de organisatie zijn verbeterteams actief die alle processen doorlichten en die per afdeling verbeteringen doorvoeren. Het verbeterteam van de polikliniek bestaat uit de operationeel leidinggevende, een secretaresse, een specialistisch verpleegkundige en zorgprofessionals. Voor Isala is het belangrijk dat het advies door het verbeterteam van de betreffende afdeling te implementeren is. De gedachte hierachter is dat dit leidt tot meer samenwerking en een kwaliteitsimpuls die gedragen wordt door de werkvloer. De alternatieven zijn aan de hand van vijf bovengenoemde criteria getoetst. De criteria zijn in figuur 11 samenvattend weergegeven.

Criterium	Toelichting
Beperkte fysieke aanpassingen	In 2013 is Isala verhuisd naar een nieuw gebouw, op maat gemaakt naar haar wensen. Voor Isala is het niet wenselijk dat er aanpassingen gedaan worden aan fysieke aspecten van het gebouw.
Implementatie door verbeterteam	Is het advies gemakkelijk te implementeren door het verbeterteam of zijn er andere organisaties, medewerkers voor nodig?
Relevantie	Draagt het alternatief bij aan het oplossen van het managementvraagstuk?
Passend bij organisatie	Past het alternatief bij de koers die Isala volgt, sluit het aan bij de gestelde doelen van de organisatie?
Toekomstbestendig	Is het gegeven alternatief toekomstbestendig, vernieuwend en blijft het relevant over een periode van minstens tien jaar.

Figuur 11. Toelichting criteria

De alternatieven zijn met behulp van een 3-puntsschaal getoetst op bovengenoemde criteria. De drie punten zijn als volgt verdeeld: 0 – irrelevant, 1 – neutraal, 2 – relevant. Bij het bepalen van de score per

criterium zijn eerder beschreven resultaten uit het onderzoek gebruikt. De uitwerking van de multicriteria-analyse is te vinden in Bijlage XV.

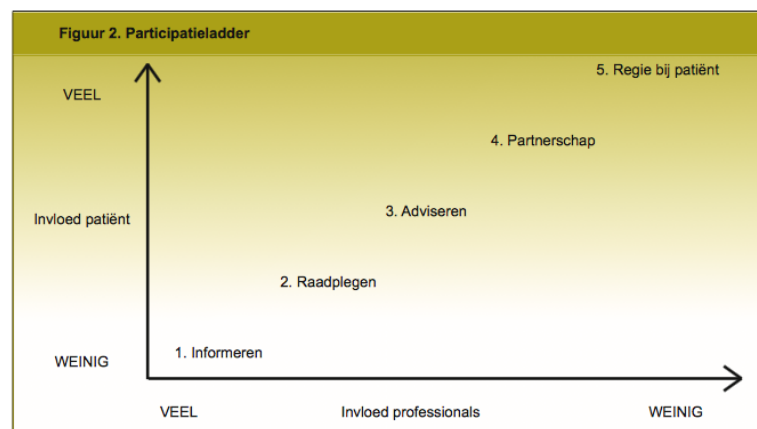
Het logische gevolg van de multicriteria-analyse is dat er gekozen is voor het alternatief dat zich richt op patiëntparticipatie. De focus op gastvrijheid en patiëntparticipatie verschillen op één punt van elkaar. Verder hebben beide oplossingsrichtingen op meerdere gebieden raakvlakken. Bij de uitwerking van het advies zijn daarom aspecten uit de oplossingsrichting 'focus op gastvrijheid' meegenomen. De polikliniek Neurologie wordt geadviseerd binnen de patiëntgerichte zorg in te spelen op relevante trends, wensen, behoeften, het beleid van Isala en de opgedane inzichten. Dit betekent voor de poli dat zij voortzet wat al goed gaat en aanpakt wat beter kan. In de volgende paragraaf wordt beschreven op welke wijze de polikliniek invulling kan geven aan het voorgestelde alternatief.

7.2 Advies

Voor de patiënten van de polikliniek Neurologie zijn de aspecten uit de lagen van de Maslow-piramide belangrijk voor het vormen van de tevredenheid. Daarnaast spelen persoonlijke contactmomenten tijdens de patiëntreis een belangrijke rol. Deze momenten zijn opgedeeld in de bereikbaarheid van de poli, de ontvangst op de poli, het wachten op de afspraak en de behandeling van de zorgverlener. De uitwerking van de aanbevelingen ten aanzien van de verschillende aspecten van de polikliniek zijn omgezet in een implementeerbaar advies.

7.2.1 Aanbevelingen bij focus op participatie

Het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (2009) stelt dat de vorm van patiëntparticipatie afhankelijk is van de wijze waarop de patiënt wordt betrokken. Om de meest geschikte vorm van participatie te kiezen, is de participatieladder ontwikkeld, te vinden in figuur 12 (Edelenbos & Monnikhof, 1998). De

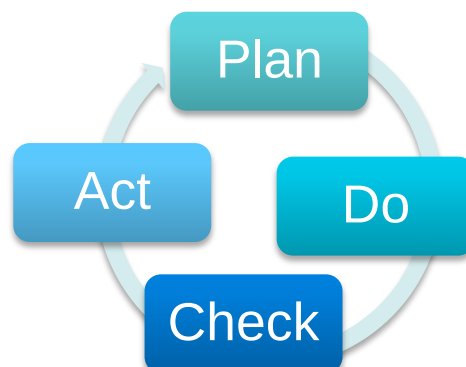


Figuur 12. Participatieladder (Raats, van den Brink & de Wit, 2013)

participatieladder is vertaald naar de gezondheidszorg en onderscheidt vijf vormen van participatie. De eerste drie treden worden samengevat als het consulteren van patiënten. Dit weerspiegelt de ouderwetse situatie waarbij de zorgverlener vertelt en de patiënt luistert. Bij de laatste drie treden heeft de patiënt een actieve inbreng en neemt zelf initiatief. Partnership past het beste bij datgene wat de polikliniek wil bereiken. Bij partnership ontstaat een gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de hulpverleners. De reden dat er is gekozen voor partnership, is omdat dit het beste bij het niveau binnen de organisatie van dit onderzoek past. Het onderzoek geeft een advies op individueel niveau en op procesniveau. Het gaat in op het contact tussen de hulpverlener en patiënt en verandert het zorgproces van één organisatieonderdeel. De keuze voor regie bij de patiënt brengt veranderingen voor de gehele organisatie met zich mee, omdat deze manier van werken (nog) niet wordt ondersteund door het ziekenhuis. De rol van adviseur wordt op dit moment deels behaald en zal niet het gewenste positieve effect hebben op de patiënttevredenheid.

7.2.2 Aanbevelingen per contactmoment

Per onderdeel dat de patiënt in de polikliniek doorloopt, aanbevelingen gedaan. Daarbij is extra aandacht besteed aan de behandeling van de zorgverlener. Patiëntparticipatie is het meest van invloed op dat onderdeel. De aanbevelingen zijn te vinden in bijlage XVI.



Figuur 13. PDCA-cyclus

7.2.3 Implementeerbaar advies

Het is voor de polikliniek met name van belang om een oplossing te zoeken die aandacht schenkt aan de verschillen tussen patiënten. Uit het veldonderzoek blijkt dat er een samenhang is tussen bijvoorbeeld het type afspraak waarvoor de patiënt komt en de mate van tevredenheid. Voor het schrijven van het advies wordt aangenomen dat er door deze samenhang tevens samenhang is tussen de verschillende types patiënten en de wensen van de patiënt ten opzichte van de dienstverlening. Oftewel, een patiënt die voor het eerst komt, heeft andere behoeften dan de patiënt die voor controle komt. Typerend is ook de samenhang tussen de leeftijd van de patiënt en of hij tevreden is over de aangeboden voorzieningen. De voorbeelden laten een diversiteit tussen de patiënten zien en tonen aan dat deze diversiteit van invloed is op hoe zij de polikliniek beoordelen. Het vergt creatieve oplossingen om in de wensen en behoeften van een diverse doelgroep te voorzien. Voor de hand liggende oplossingen voldoen vaak niet aan de tegengestelde wensen. Daarnaast wordt de polikliniek Neurologie geadviseerd om haar dienstverlening te vormen vanuit de focus op patiëntparticipatie. Het laten participeren van de patiënt moet aan de basis staan van het verbeteren van de polikliniek. In bijlage XVI wordt puntsgewijs beschreven waaraan de polikliniek moet voldoen om patiëntparticipatie te kunnen implementeren.

7.3 Implementatieplan

Het implementatieplan is een geschreven plan om patiëntparticipatie binnen de polikliniek Neurologie te implementeren. Het biedt de poli een kant-en-klaar plan inclusief instrumenten en methodes om patiëntparticipatie zo goed mogelijk binnen de organisatie op te nemen. De kwaliteitscirkel van Deming van Mulders (2010) is gebruikt om vorm te geven aan het implementatieplan.

7.3.1 Uitwerking kwaliteitscirkel van Deming

De kwaliteitscirkel biedt mogelijkheden voor het continu verbeteren van de kwaliteit van een dienstverlening. De cirkel bestaat uit de volgende stappen: plan, do, check en act. De kwaliteitscirkel is gebruikt voor het uitwerken van het invoeren van patiëntparticipatie op het niveau van partnerschap. De uitwerking per stap is als volgt:

Plan:

- Partnerschap tussen patiënt en zorgverlener vraagt om een evenwichtige relatie tussen beide partijen. 65% van de patiënten moet aangeven zich veilig te voelen bij de zorgverlener en er moet sprake zijn van een vertrouwensband. De zorgverlener moet in alle gevallen haar dienstverlening aanpassen op de patiënt die zij voor zich heeft.
- Zelfmanagement is binnen de polikliniek nog geen gangbare term. Het is wenselijk dat binnen drie jaar ten minste 30% van de patiënten gezamenlijke besluitvorming met de zorgverlener heeft over de te krijgen zorg.

- Door in te spelen op wensen en behoeften van de patiënt zal binnen drie jaar 50 procent zeer tevreden zijn over de dienstverlening van de polikliniek.

Do:

- De zorgverlener moet werken aan een vertrouwensband met de patiënt. Dit kan door iedere patiënt één aanspreekpunt op de poli aan te wijzen die hem informeert, adviseert en begeleidt. Bij het aanwijzen van een aanspreekpunt moet rekening gehouden worden met de persoonlijkheid van zowel patiënt als zorgverlener. Zorgverleners moeten getraind worden op het aangaan van een dialoog met patiënten. De zorgverleners werken met leidinggevend en aan een persoonlijk ontwikkelingsplan gericht op patiëntparticipatie. Voorbeelden van trainingen zijn 'Bejegening in de dagelijkse praktijk' en 'Dialogische vaardigheden' (Seneca, 2016).
- Het stimuleren van zelfmanagement en de autonomie van de patiënt kan door openheid te geven over de verschillende behandelmogelijkheden. De zorgverlener moet niet aansturen op een bepaalde behandeling, maar dient in overleg met de patiënt tot een besluit te komen. In het geval van patiënten die langdurig gebruikmaken van de diensten van de poli, kan gekozen worden voor een individueel zorgplan. Daarnaast zijn een eigen–kracht–conferentie en hulpvraagverduidelijking instrumenten die de zorgverlener kan gebruiken om op individueel niveau de aangeboden zorg aan te laten sluiten bij de wens van de patiënt. Met de eigen–kracht–conferentie wordt de behandeling georganiseerd met behulp van familieleden en vrienden. Dit is een handig instrument wanneer de patiënt zelf niet in staat is weloverwogen keuzes te maken over zijn zorg. De hulpvraagverduidelijking is een methode om gezamenlijk met een onafhankelijke consulent en de patiënt een plan op te stellen en het gepaste aanbod hierbij te zoeken.
- Met behulp van shadowing en participatie van patiënten in werkgroepen/commissies kan worden ingespeeld op wensen en behoeften van de patiënt. Shadowing is het volgen van het proces dat een patiënt doorloopt om tot concrete verbeteracties te komen. Met participatie aan werkgroepen nemen patiënten deel aan werkgroepen waar ook zorgverleners inzitten. Op die manier kunnen ze meebeslissen over de organisatie van de zorg.

Check:

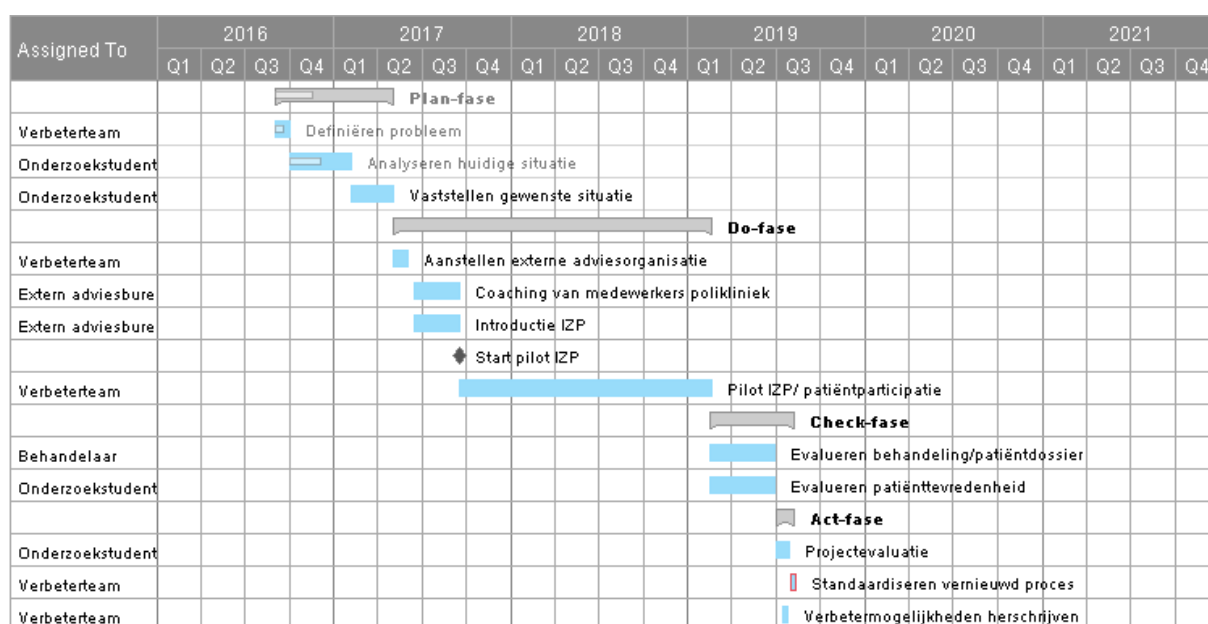
- Met behulp van een instant interview kan na de behandeling door bijvoorbeeld de behandelaar of secretaresse een kort vraaggesprek gehouden worden met de patiënt. Dit is een methode om de tevredenheid en eventuele verbeterpunten van de patiënt te achterhalen. Daarnaast kan de patiënt die herhaaldelijk een bezoek brengt aan de poli gevraagd worden een patiëntendagboek bij te houden. Het dagboek geeft per bezoek inzicht in de ervaring van de patiënt. Door verkregen gegevens met elkaar te vergelijken, wordt gemeten of bepaalde doelen behaald worden.
- Het meten van het verhogen van zelfmanagement kan door observatie van behandelingen en inzage van dossiers en het IZP.
- Of de tevredenheid verhoogd is, kan gemeten worden door een vervolgonderzoek van dit onderzoek uit te voeren. De resultaten worden met elkaar vergeleken om erachter te komen of er daadwerkelijk een groep van 50 procent zeer tevreden patiënten is. Daarnaast kan de enquête worden uitgebreid met vragen die over zelfmanagement gaan. Gegevens uit deze vragen kunnen gebruikt worden om de mate van zelfmanagement binnen de polikliniek te meten.

Act:

- De check-fase leidt tot nieuwe gegevens over de invoering van patiëntparticipatie. Het is belangrijk dat deze gegevens leiden tot verbeteringen. Om verdere verbetermogelijkheden in kaart te brengen, moet de patiënt betrokken worden bij de evaluatie van de aanbevolen verandering. Brinkhorst (2009) geeft een aantal simpele regels bij vormgeving van patiëntparticipatie. Eén daarvan is op zoek te gaan naar een goede patiënt om bij de werkgroep te betrekken. De polikliniek werkt met een verbeterteam, maar de patiënten worden hier niet bij betrokken. Brinkhorst stelt dat het betrekken van de patiënt in een verbeterteam en bij de sollicitatiecommissie goede instrument is om vorm te geven aan participatie op procesniveau. Het evalueren en blijvend verbeteren van patiëntparticipatie moet standaard op de agenda van het verbeterteam staan.

7.3.2 Tijd en mensen

Bij het uitvoeren van de stappen uit de kwaliteitscirkel is het belangrijk om de juiste personen op de juiste actie in te zetten. Per fase is beschreven wie nodig is om de implementatie goed te laten verlopen, de beschrijving is te vinden in bijlage XVII. Van de fases uit de PDCA-cyclus is een Gantt Chart gemaakt, figuur 13. De Chart is opgemaakt uit de hoofdfasen met daaronder de behorende subfasen. Per subfase is aangeduid welke betrokkene hiervoor verantwoordelijk is. De Gantt Chart laat zien dat de plan-fase met het beëindigen van dit onderzoek afgerond is. Het adviesgedeelte van dit onderzoek is de start van de do-fase. Deze neemt tevens het grootste gedeelte van de tijd in beslag.



Figuur 13. Gantt Chart

7.3.3 Kosten en baten

De acties en betrokkenen die nodig zijn om patiëntparticipatie te implementeren, brengen kosten met zich mee voor de organisatie. Tabel 1 weergeeft de projectbegroting, de totale kosten voor de opdrachtgever bedragen €33.544,84. De uitwerking van de kosten en batenanalyse is te vinden in bijlage XVIII.

Fase	Onderwerp	Specificatie	Kosten
Plan	Afstudeeronderzoek	5 * maandelijkse stagevergoeding	5 * €233,93 = €1169,65
Plan	Begeleiding afstudeerder	2 * 1 uur begeleiding per maand	(2 * €33,00) * 5 = €330,00
Do	Verbeterteamoverleg	2 * 1 uur overleg per maand	2 * (21 * €280,00) = €11.760,00
Do	Reiskostenvergoeding voor twee patiëntvertegenwoordigers	2 * (aantal bijeenkomsten * 35 km * €0,19)	2 * (21 * 35 * 0,19) = €279,30
Do	Training Vilans – persoonsgericht werken in beweging	Eenmalige investering voor 6 maanden	€12.500,00
Do	Training Cynergy – Coaching secretariaat	4 * sessie van 90 minuten voor 2 of meer personen	4 * €190,00 = €760,00
Check	Projectevaluatie door het verbeterteam	1 * 2 uur overleg	2 * €280,00 = €560,00
Check	Instant interview secretariaat	1* uurloon per week	4 * €24,96 = €99,84
Act	Afstudeeronderzoek	5 * maandelijkse stagevergoeding	5 * €233,93 = €1169,65
Act	Begeleiding afstudeerder	2 * 1 uur begeleiding per maand	(2 * €33,00) * 5 = €330,00
	Totale kosten		€33.544,84

Tabel 1. Projectbegroting

Nawoord

Het nawoord is een reflectie op het eigen handelen van de onderzoeker tijdens de uitvoering van het thesisproject. Hierin wordt aandacht besteed aan wat goed ging en wat minder goed ging. Daarnaast wordt beschreven wat de waarde van de thesis is voor de branche. De thesis is een schriftelijke afsluiting van de afgelopen periode waarin ik mij intensief bezig heb gehouden met de tevredenheid op de polikliniek Neurologie. Het begrip tevredenheid is erg breed, waardoor ik mijn thesis goed heb moeten afbakenen. Daarbij moest de vraag gesteld worden welke aspecten van tevredenheid moesten worden onderzocht en welke wijze van onderzoeken gewenst was. Deze aspecten kwamen naar voren in het thesisvoorstel dat geschreven is voor dit project. Echter, in het thesisvoorstel had ik meer aandacht moeten besteden aan het uiteindelijke resultaat van de thesis. Wat wilde ik precies weten over de tevredenheid. Had ik hier aan de start van het project beter over nagedacht, dan had ik gekozen voor twee onderzoeksmethodes. Allereerst het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek om de tevredenheid van de patiënt te meten en vervolgens een kwalitatief onderzoek om de mening van de patiënt te achterhalen.

De afgelopen periode heeft tevens mijn kennis over statistiek en kwantitatief onderzoek opgefrist. Ik merkte dat mijn kennis over deze onderwerpen niet meer zo aanwezig was als tijdens de opleiding. Het bijwonen van een cursus SPSS en het intensief doornemen van literatuur op dit gebied, hebben mij geholpen de materie wederom goed te begrijpen. Het heeft echter een onnodig actieve inspanning van mij gevraagd. Het was handiger geweest om mij ook gedurende de periode dat ik niet bezig was met mijn studie mij toch te verdiepen in deze stof. Het had mij de afgelopen periode veel moeite en tijd in het doornemen van literatuur gescheeld.

Een knelpunt blijft het feit dat ik het lastig vind tijd te nemen voor het schrijven van een dergelijk groot project. Het is voor mij lastig om continu bezig te gaan met een project waar ik zelf tijd voor vrij moet maken. Vaak betrapte ik mij erop dat ik toch weer aan het werk ging bij mijn bijbaan of dat ik gezelligheid verkoos boven productiviteit. Bij de start van de thesis heb ik een ruime tijdsplanning gemaakt met globale actiepunten. Nu zie ik in dat ik een strakkere planning had moeten maken die mij gericht wekelijks een aantal deadlines had gegeven. Dit zorgt ervoor dat ik actief bezig blijf en zaken niet uitstel tot latere momenten. Wel heb ik gemerkt dat het mij erg heeft geholpen om tijdens het veldonderzoek aanwezig te zijn op de polikliniek. Het werken in een serieuze setting houdt je bij de les en zorgt voor weinig afleiding. Daarnaast vond ik de reacties op het onderzoek vanuit de omgeving leuk om te zien.

Het is mij tevens duidelijk geworden dat communicatie van groot belang is tijdens het schrijven van het onderzoek. De tweewekelijkse consulten met mijn opdrachtgevers hebben mij geholpen om koers te houden. Daarnaast hebben deze overleggen vaak gezorgd voor nieuwe relevante inzichten, waardoor het onderzoek een betere kwaliteit kreeg. Het vaststellen van deze vaste momenten hielp bij het onderhouden van het contact. Nu ik terugkijk op deze periode, was het vaststellen van contactmomenten met mijn begeleider vanuit Saxion geen slecht idee geweest. Op deze wijze had ik meer uit de begeleiding vanuit Saxion kunnen halen dan ik nu gedaan heb. Tijdens het schrijven van mijn thesis heb ik veel gehad aan het feit dat ik een grote interesse heb voor de zorg. Hierdoor kon ik met enthousiasme aan mijn thesis werken.

Met het ontmantelen van de zorgstaat eind jaren 80 ontstond binnen de zorg een nieuw systeem dat berust is op marktwerving (Verhagen, 2012). Dit betekent dat er concurrentie onder de zorgaanbieders ontstaat en dat de vraag van de patiënt sturend is voor de wijze waarop zorgaanbieders te werk gaan.

Doordat de patiëntvraag sturend is, worden zorgorganisaties heringericht. De organisaties gaan patiëntgerichter te werk. Over het algemeen betekent dit dat de zorg vriendelijker en aantrekkelijker wordt. Het ouderwetse ziekenhuis met lange witte gangen moet plaatsmaken voor het ziekenhuis met veel licht en groen. De laatste jaren ligt de focus op de tevredenheid van de patiënt. Er zijn speciale zorgkaarten ontwikkeld waarop de tevredenheid per organisatie en zorgonderdeel inzichtelijk wordt gemaakt. Deze gegevens helpen patiënten om een juiste zorgverlener te kiezen. Dit onderzoek biedt Isala een werkwijze die kan helpen het doel van 50% tevreden patiënten te behalen. Patiëntparticipatie is in ontwikkeling. De mate waarin de patiënt in de zorg participeert, is vaak nog laag. Er is sprake van informeren, raadplegen en adviseren. In weinig gevallen is sprake van partnerschap tussen de patiënt en behandelaar of ligt de regie volledig bij de patiënt. Het belang van de thesis voor de branche is dat het door andere poliklinieken gebruikt kan worden om een beeld te krijgen van het effect van patiëntparticipatie op de tevredenheid van de patiënt. Daarnaast kan het veldonderzoek gebruikt worden als benchmark. Poliklinieken kunnen zichzelf vergelijken met de polikliniek Neurologie van Isala.

Literatuurlijst

Academisch Medisch Centrum. (z.d.). *Wat gebeurt er bij een bezoek aan de polikliniek?* Gevonden op 20 september 2016 op

[https://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Afspraak-op-de-polikliniek/Polikliniek-
PLEKLATER/Veelgestelde-vragen/Wat-gebeurt-er-bij-een-bezoek-aan-de-polikliniek.htm](https://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Afspraak-op-de-polikliniek/Polikliniek-
PLEKLATER/Veelgestelde-vragen/Wat-gebeurt-er-bij-een-bezoek-aan-de-polikliniek.htm)

Alflen, C. (2008). *Gastvrijheid in de zorg: Facility Management zorgt voor hét verschil*. Gevonden op 13 oktober 2016 op

<http://facto.nl/wp-content/uploads/2014/03/Gastvrijheid%20in%20de%20zorg.pdf>

ARGO Rijksuniversiteit Groningen Bv. (2015). *Vragenlijst poliklinische ziekenhuiszorg*. Gevonden op 12 oktober 2016 op

[https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/cqi-
vragenlijsten#CQIPoliklinischeZorg](https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/cqi-
vragenlijsten#CQIPoliklinischeZorg)

Baars den, V. (2012). *Relatie of contactmoment. Zinvol klantonderzoek voor dienstverleners*. Gevonden op 10 juni 2017 op

[http://signature.moaweb.nl/MIE/mie2012/presentaties/dag_2/Ronde%205/relatie%20of%20contactmo-
ment.pdf](http://signature.moaweb.nl/MIE/mie2012/presentaties/dag_2/Ronde%205/relatie%20of%20contactmo-
ment.pdf)

Berg van den, A. E. (2005). *Health Impacts of Healing Environments. A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air and quiet in healthcare settings*. Gevonden op 1 december 2016 op

http://www.intogreen.nl/shared/files/health_impacts_of_healing.pdf

Bernhoven. (2016). *Bernhoven opnieuw meest gastvrije ziekenhuis van Nederland*. Gevonden op 30 november 2016 op

[http://www.bernhoven.nl/actueel/nieuwsoverzicht/nieuwsarchief/2016/algemeen/bernhoven-
opnieuw-meest-gastvrije-ziekenhuis-van-nederland/](http://www.bernhoven.nl/actueel/nieuwsoverzicht/nieuwsarchief/2016/algemeen/bernhoven-
opnieuw-meest-gastvrije-ziekenhuis-van-nederland/)

Bevlogen. (2015). *Belangrijke redenen om te wandelen tijdens werktijd*. Gevonden op 2 mei 2017 van,

<http://www.bureaubevlogen.nl/belangrijke-redenen-om-te-wandelen-tijdens-werktijd/>

Berekenhet.nl. (2016). *Loonkosten werkgever*. Gevonden op 14 mei 2017 op

<https://www.berekenhet.nl/ondernemen/loonkosten-werkgever.html>

Boer de, D. Dr. (2012). *Communicatie en meebeslissen maken zorg patiëntgericht*. Gevonden op 08

januari 2017 op [http://www.nivel.nl/nl/nieuws/communicatie-en-meebeslissen-maken-zorg-
patientgericht](http://www.nivel.nl/nl/nieuws/communicatie-en-meebeslissen-maken-zorg-
patientgericht)

Bosch, E. (1998). *Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten*. Amsterdam: Nelissen.

Broersma, S. (2012). *'Zie de patiënt als gast van je ziekenhuis'*. Gevonden op 28 februari 2016 op

<https://www.skipr.nl/actueel/id13001-zie-de-patient-als-gast-van-je-ziekenhuis.html>

Bruggink, J.W. (2008). *Ruim 10 procent Nederlanders heeft hoge bloeddruk of migraine*. Gevonden op 26 september, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/41/ruim-10-procent-nederlanders-heeft-hoge-bloeddruk-of-migraine>

CBS (2014). *Arbeid kost in Nederland gemiddeld 33 euro per uur*. Gevonden op 8 januari 2017 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/49/arbeid-kost-in-nederland-gemiddeld-33-euro-per-uur>

Cynergy. (2017). *Gastvrijheid: Wie maakt het verschil*. Gevonden op 10 mei 2017 op <https://www.slideshare.net/kellyadegeest/cenergy-gastvrijheid-wie-maakt-het-verschil>

Cynergy. (2017). *Zakelijke tarieven*. Gevonden op 14 mei 2017 op <http://cynergy.nu/zakelijk/tarieven/>

Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). *De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg*. Gevonden op 20 september, van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03082141>

Dijk van, J. (2014). *Evidence based design en healing environments*. Gevonden op 1 december 2016 op <http://www.intogreen.nl/nl/themas/zorg/onderzoek/evidence-based-design-en-de-healing-environments-wat-is-er-nu-eigenlijk-evident-genezend>

Eliens, A.M., Francke, A.L., Geschiere, H.K., Kruijswijk Jansen, J.H., Kruyt, J.E., Pool, A., & Strijbol, N.C.M. (2002). *Zorginnovatie en transmuralisering. De rol van de verpleegkundige bij vernieuwing en ontwikkeling van zorg*. Dwingeloo: KAVANAH.

Engelsen den, B., Beek van, C., & Blijham, G. (2007). *Marketing voor zorgverleners. Marktwerving, concurrentie en zorgmarketing*. Gevonden op 20 september 2016 op http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-6380-3_2/fulltext.html

Ensie. (2010). *Klanttevredenheid*. Gevonden op 22 september 2016 op <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/klanttevredenheid>

For Conference. (2017). *Wat kost een vergadering*. Gevonden op 14 mei 2017 op <http://forconference.nl/conferencing-nieuws/wat-kost-een-vergadering>

Havers, J. (2017). *Train-de-trainer- Coaching interne projectleider*. Gevonden op 10 mei 2017 op <http://www.vilans.nl/thema-persoonsgerichte-zorg-coaching-projectleider.html>

Hersenstichting. (2015). *Cijfers over patiënten*. Gevonden op 6 oktober 2016 op <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/cijfers-over-patienten?gclid=Clfv8amqws8CFdMV0wodqMQFsw>

Hijdra, A., Koudstaal, P.J., & Roos, R.A.C. (2013). *Neurologie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Hoek, M. (z.d.). *Sociale waarde in kaart. Een verkenning door vier koplopers*. Gevonden op 8 januari 2017 op [White-Paper_Sociale-Waarde-in-Kaart.pdf](#)

Hofhuis, C. (2015). *Ziekenhuizen herinneren patiënten met sms'je aan afspraak*. Gevonden op 24 april 2017 op <http://www.rtvoost.nl/nieuws/default.aspx?nid=230613>

Holthuis, A. (2012). *Gastvrijheid in de zorg: Facility Management zorgt voor het verschil*. Gevonden op 13 september 2016 op <http://prosos.nl/gastvrijheid-in-de-zorg-facility-management-zorgt-voor-het-verschil/>

Huber, M., Vliet van, M. (2016). *Positieve Gezondheid*. Gevonden op 20 september 2016 op <http://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/nieuw-concept-gezondheid>

Huber, M., Vliet van, M., & Boers, I. (2016). *Zorg. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'*. Gevonden op 20 september 2016 op <http://www.ipositivehealth.com/media/1053/ntvg.pdf>

Indora. (z.d.). *De zin en onzin over klanttevredenheid, klantbehoud, klantenbinding en klantloyaliteit*. Gevonden op 22 september 2016 op <http://www.indora.nl/zin-en-onzin-over-klanttevredenheid-klantbehoud-klantenbinding-en-klantloyaliteit/>

Isala. (2013). *Patiëntenfolder. Multiple Sclerose-polikliniek (MS-poli). Wat kunt u verwachten?* Gevonden op 26 september 2016 op <http://www.isala.nl/patienten/folders/5373-multiple-sclerose>

Isala. (2015). *Patiëntenfolder. Hoofdpijnpolikliniek*. Gevonden op 26 september 2016 op <http://www.isala.nl/patienten/folders/5306-hoofdpijnpolikliniek>

Isala. (2015). *Patiëntenfolder. Parkinsonpolikliniek. Algemene afdelingsinformatie*. Gevonden op 26 september 2016 op <http://www.isala.nl/patienten/folders/5426-parkinsonpolikliniek>

Isala. (2016). *Isala, dat zijn wij! Maak kennis met Isala*. [PowerPoint]. Gevonden op 13 september 2016 op [http://iris.isala.nl/werk/doccorncom/Corporate presentatie/Corporate presentatie Nederlands aug 2016 def.ppt](http://iris.isala.nl/werk/doccorncom/Corporate%20presentatie/Corporate%20presentatie%20Nederlands%20aug%202016%20def.ppt)

Isala. (2016). *Neurologie: Over de afdeling*. Gevonden op 13 september 2016 op <http://www.isala.nl/patienten/specialismen-centra/neurologie/over-afdeling>

Isala. (2013). *Met Hart & Ziel: Integrale gastvrijheid: Beter leven met een gastvrij Isala*. Zwolle: Auteur.

- JLL. (2015). *Zorg van de toekomst in gebouw van de toekomst*. Gevonden op 24 april 2017 op <https://www.fmm.nl/case/zorg-van-de-toekomst-gebouw-van-de-toekomst>
- Jonker, J. (2013). *De zeven kenmerken van nieuwe businessmodellen*. Gevonden op 9 januari 2017 op <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:byVO7qXSANKJ:www.managementexecutive.nl/downloaden/12979/De-zeven-kenmerken-van-nieuwe-businessmodellen+&cd=2&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Jonker, J. (z.d.). *Wat kunnen we leren van Isala?* [Interview]. Gevonden op 13 september 2016 op <https://welkombijwelkom.nl/artikel-wat-kunnen-we-leren-van-isala>
- Jonker, J. & Zijlstra, M. (2017). *Gastvrijheidszorg met Sterren*. Gevonden op 10 mei 2017 op <http://gastvrijheidsziekenhuis.blogspot.nl>
- Kedzierski, H., & Vlemmix, M. (2001). *Instrumenten voor de manager in de zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koop, S., & Velthuis, J. (2017). *Meneer Nationaal Zorgfonds en Mevrouw Marktwerving, op weg naar verkiezingen*. Gevonden op 3 april 2017 op <https://www.eiffel.nl/over/nieuws/2017/meneer-nationaal-zorgfonds-en-mevrouw-marktwerving-op-weg-naar-de-verkiezingen/>
- Kwaliteitsventer. (2016). *Hoe ervaren patiënten Isala?* Gevonden op 27 november 2016 op <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/zorginstellingen/ziekenhuizen/9219/algemeen/patientwaardering/>
- Leeuwen van, A. (2016). *Metten maakt patiënt beter*. Gevonden op 10 juni 2017 op <http://www.elsevierweekblad.nl/kennis/achtergrond/2016/11/metten-maakt-patienten-beter-2917708W/>
- Meurs, P. Prof. Dr. (2016). *Maatwerk en willekeur*. Gevonden op 5 maart 2017 op https://www.divosa.nl/sites/default/files/sprank_bestanden/sprank_062016_burgers_zetten_zich_schrap_aan_de_keukentafel.pdf
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2014). *Eigen inbreng patiënt bevorderen met het Individueel Zorgplan (IZP)*. Gevonden op 10 mei 2017 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/eigen-inbreng-patient-bevorderen-met-het-individueel-zorgplan-izp>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2017). *Cao ziekenhuizen*. Gevonden op 14 mei 2017 op <http://ambtenarensalaris.nl/wp-content/uploads/2016/03/cao-ziekenhuizen-2014-2016.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2016). *Tevredenheid ziekenhuiszorg onveranderd hoog*. Gevonden op 9 maart 2017 op <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/huidig-artikel/3017-tevredenheid-ziekenhuiszorg-onveranderd-hoog>

NIVEL. (2003). *Mondige Patiënt*. Gevonden op 22 september 2016 op <https://www.nivel.nl/nl/mondige-client>

NIVEL: Hopman, P., Boer de, D., & Rademakers, J. *Kennisvraag: Wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?* Gevonden op 20 september 2016 op <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&prire=1002043>

OOR. (z.d.). *Neurologie*. Gevonden op 16 maart 2017 van, <http://oornon.umcg.nl/nl/vervolgopleidingen/MS/Paginas/Neuro.aspx>

OZG. (2013). *Projectleiders over ervaringen met patiëntenpas, aanmeldzuilen en KCC*. Gevonden op 24 april 2017 op <https://www.ommelandenziekenhuis.nl/over-ozg/ozg-nieuws/titel-nog-invullen>

Perloff, R.M. (2003). *The dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.

Pickereurope. (z.d.). *Principles of patient centred care*. Gevonden op 20 september 2016 op <http://www.pickereurope.org/about-us/principles-of-patient-centred-care/>

Planetree. (2016). *Visie en de 12 componenten*. Gevonden op 20 september 2016 van, <http://www.planetree.nl/backup/over-planetree/de-12-componenten/>

Pluim van der, E. (2016). *Innoveren in zorginstellingen: design thinking*. Gevonden op 24 april 2017 op <http://www.gastvrijezorg.nl/beleid/artikel/2016/11/innoveren-in-zorginstellingen-design-thinking-10118176>

Polderman, J. & Sirre, W. (2009). *Werken met de verbetermanager. Handleiding oor het werken met De Verbetermanager*. Rotterdam: XQ Education.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2016). *Kwaliteit in meervoud*. Gevonden op 5 maart 2017 op https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Kwaliteit_in_meervoud.pdf

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *De participerende patiënt*. Gevonden op 6 maart 2017 op http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/De%20participerende%20patient_Rvz_2013.pdf

Seneca. (2016). *Trainingen, moreel beraad & intervisie*. Gevonden op 5 mei 2017 op <http://senecabegeleiding.nl/trainingen/>

Schenkel, A. (2014). *Patiëntgerichtheid of efficiëntie? Als de patiënt maar het startpunt is*. Gevonden op 8 januari 2017 op <https://www.pragus.nl/patientgerichtheid-efficientie-als-patient-startpunt-is/>

Sluijs, E., Beek van, S., Mouthaan, I., Neef de, M., & Wagner, C. (2002). *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg*. Gevonden op 26 september 2016 op <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/transparantie-kwaliteit-zorg.pdf>

Smits, J. & Edens, R. (2016). *Handleiding SPSS. 2^e Editie*. Amsterdam: Pearson Benelux.

Stichting Parkinsonfonds. (z.d.). *Wat is de ziekte van Parkinson?* Gevonden op 26 september 2016 op <https://www.parkinsonfonds.nl/over-de-ziekte-van-parkinson/wat-is-de-ziekte-van-parkinson>

Schumacher, J. (2016). *Thema: Zorgmedewerker in verandering: Persoonsgericht werken in beweging*. Gevonden op 14 mei 2017 op <http://www.vilans.nl/thema-zorgmedewerker-in-verandering-persoonsgericht-werken-beweging.html>

Tilburg University. (z.d.). *Missing Values*. Gevonden op 27 november 2016 op <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/misvalue/>

Tubbing, L. (2016). *Missing values in SPSS*. Gevonden op 27 november 2016 op <http://deafstudeerconsultant.nl/statistiek-met-spss/de-spss-omgeving/missing-values-spss/>

UMC Utrecht. (2016). *Relatie patient-zorgverlener op z'n kop bij campagne UMC Utrecht*. Gevonden op 28 april 2017 op <https://www.werf-en.nl/relatie-patient-zorgverlener-op-zn-kop-umc-utrecht/>

Van Dale. (2016). *Betekenis 'Polikliniek'*. Gevonden op 20 september 2016 op <http://vandale.nl/opzoeken?pattern=polikliniek&lang=nn>

Varkevisser, M., & Schut, E. (2010). *Ziekenhuisfusies en concurrentie in het Nederlandse zorgstelsel*. Meppel: Drukkerij HooibergHaasbeek.

Veenendaal van, H. (2016). *Patiëntgerichtheid toen en nu*. Gevonden op 9 maart 2017 van, <http://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2016/08/patientgerichtheid-toen-en-nu/>

Verbeek, G. (2010). *De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Verhagen, P. (2012). *Ondernemen en innoveren in zorg en welzijn. Van signaal naar succesverhaal*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Verwey-Jonker Instituut. (2015). *Betere wisselwerking formele en informele cliëntenparticipatie noodzakelijk*. Gevonden op 1 mei 2017 op <http://www.invoorzorg.nl/ivz/nieuws-Betere-wisselwerking-formele-en-informele-clientenparticipatie-noodzakelijk.html>

Vossen, C. (z.d.). *Een 10 voor patiëntenparticipatie*. Gevonden op 5 maart 2017 op http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/ZonMw_Een_10_voor_patiëntenparticipatie.pdf

Wuite-Harmsma, H. E., & Braaksma, J. (1995). *Methodisch literatuur zoeken*. Enschede: Universiteitsbibliotheek.

Zichtbare Zorg. (2010). *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*. Gevonden op 6 april 2017 van, http://www.btsq.nl/downloads/Kwaliteitskader_Verantwoorde_zorg_VV&T_april_2010.pdf

Zonneveld, B. (1998). *Het neurologisch onderzoek*. Maarssen: Elsevier/ Bunge.

Zorgkaart Nederland (2017) . *Isala – Zwolle*. Gevonden op 9 maart 2017 van, <https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/ziekenhuis-isala-zwolle-243862/waardering>

Zwart van der, J. & Voordt van der, T. (2012). *Sturen op toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed*. Gevonden op 1 december 2016 op http://www.bk.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/BK/Over_de_faculteit/Afdelingen/Real_Estate_and_Housing/Organisatie/Medewerkers_RE_H/Personal_pages/VanderVoordt/General_list/2012_REM80_VanderZwart-VanderVoordt_ToegevoegdeWaardeZiekenhuisvastgoed.pdf

Bijlage I; Operationalisering kernbegrippen

Veranderingen gezondheidszorg	Marktwerving	Keuzevrijheid voor de zorgvrager
		Concurrentie onder de zorgverleners
		Transparantie van de kwaliteit van de dienstverlening
	Patiëntgerichte zorg	Patiënt staat voorop
		Persoonlijke aandacht
		Informatie is toegankelijk
		Fysieke omgeving draagt bij aan het welbevinden
	Positieve gezondheid	Nadruk op gezondheid
		Preventie van zorg
		Patiënt heeft de regie over eigen welbevinden
	Kwaliteitsverbetering	Verplichting van verantwoorde zorg
		Transparantie binnen de zorg
		Tevredenheid van patiënt als indicator voor kwaliteit van zorg
		Klantgerichtheid, preventie en procesbeheersing

Patiënttevredenheid

Verwachtingen

Mond-tot-mond reclame

Persoonlijke behoeften

Ervaringen in het verleden

Marketing en PR

Kwaliteitsbeoordeling

Ervaring van de klant met een product in relatie met de verwachting

SERVQUAL-model

Ervaren van kwaliteit

Tastbaarheden
Betrouwbaarheid
Responsiviteit
Zekerheid
Zorgzaamheid
Innovatieve zorg
Aard van afwijking

Klinische variabelen

Behandeling
Kwaliteit van leven

Demografische variabelen

Leeftijd
Opleidingsniveau
Woon- werksituatie

**Polikliniek
Neurologie**

Neurologie als
medisch specialisme
en behandeling van
aandoeningen van

zenuwstelsel

hersenen

ruggenmerg

zenuwen

spieren

Ambulante zorg

Niet-bedlegerige patiënten

Consulten of kleine behandelingen

Geen sprake van opname

Wisselende frequentie van patiënten

Specialistische
spreekuren

MS-patiënten

Ziekte van Parkinson

Hoofdpijn

Bezoek aan de poli

1. Aanmelding bij digitale aanmeldzuil

2. Wachten in centrale hal of passages

3. Afpsrakenticket voor aanmeldzuil bij poli houden en plaats
nemen in wachtkamer

4. Verpleegkundige of Neuroloog haalt patiënt op uit de
wachtkamer

5. Consult of behandeling in behandel- of spreekkamer

6. Eventueel vervolgspraak maken bij secretaresse

Bijlage II; AAOCC-criteria

Criterium	Uitwerking
Authority	Tot in hoeverre zijn de auteur en/of de uitgever geloofwaardig en betrouwbaar?
Accuracy	Wat zijn de validiteit en de betrouwbaarheid van de informatie in de publicatie?
Objectivity	Heeft de auteur enige vorm van belang (zakelijk of persoonlijk) bij de kerninformatie uit de publicatie en bestaat de publicatie uit feiten of opinies?
Currency	Is de informatie volledig up-to-date en bruikbaar?
Coverage	Is de informatie compleet, uniek en relevant?

Criteria	Beoordeling per auteur	
	Alflen, C. (2008)	Bruggink, J.W. (2008)
Authority		
- <i>Geloofwaardig</i>	Ja.	Ja.
- <i>Betrouwbaar</i>	Ja, adviseur bij Twynstra Gudde.	Ja. Uitgevoerd door het CBS.
Accuracy		
- <i>Validiteit</i>	Ja.	Ja.
- <i>Betrouwbaarheid</i>	Ja, uitgegeven door meerdere facilitaire vakbladen.	Ja, gebruikt als bron in meerdere rapporten.
- <i>Bronnenlijst</i>	Ja, maakt gebruik van referenties en bronnenlijsten in tekst.	Ja, geeft inzicht in op welke wijze de gegevens verkregen zijn.
Objectivity		
- <i>Belang auteur(s)</i>	Geen.	Geen.
- <i>Feiten/opinies</i>	Gaat in op een bestaand, veel gebruikt model.	Eigen uitgevoerd onderzoek gebaseerd op uitkomsten van enquêtes.
Currency		
- <i>Actueel</i>	Ja. Het model waar het artikel op in gaat is nog steeds veel gebruikt en niet vernieuwd.	Nee. Het model gaat over percentages van de volksgezondheid, deze kunnen in de voorgaande jaren sterk veranderd zijn. Er is geen actueel onderzoek van beschikbaar.
Coverage		
- <i>Compleet</i>	Ja.	Ja.
- <i>Uniek</i>	Nee, onderwerp is door velen beschreven.	Ja.
- <i>Relevant</i>	Ja.	Ja.
Hersenstichting. (2015)		Huber, M., Vliet van, M., &

Boers, I. (2016)			
Authority			
- <i>Geloofwaardig</i>	Ja.	Ja.	
- <i>Betrouwbaar</i>	Ja, stichting maakt gebruik van wetenschappelijk onderzoek en gekwalificeerde onderzoekers.	Ja, geen belangenconflict of financiële ondersteuning gemeld.	
Accuracy			
- <i>Validiteit</i>	Ja.	Ja.	
- <i>Betrouwbaarheid</i>	Ja, informatie wordt gebruikt door meerdere medische vakbladen.	Ja, gebruikt als artikel in een geneeskundig tijdschrift.	
- <i>Bronnenlijst</i>	Nee.	Ja, bronnenlijst en verwijzingen in tekst.	
Objectivity			
- <i>Belang auteur(s)</i>	Geschreven door de hersenstichting zelf.	Geen.	
- <i>Feiten/opinies</i>	Het artikel maakt gebruik van schattingen.	Gebaseerd op diverse opvattingen van het onderwerp, discussie in het artikel zelf.	
Currency			
- <i>Actueel</i>	Ja. Het model waar het artikel op in gaat wordt jaarlijks vernieuwd.	Ja. Nieuwe informatie en geschreven in 2016.	
Coverage			
- <i>Compleet</i>	Ja.	Ja.	
- <i>Uniek</i>	Nee, onderwerp is door velen beschreven.	Nee. Veel gebruik van citaten en bronnen.	
- <i>Relevant</i>	Ja.	Ja.	
		Hijdra, A., Koudstaal, P.J., & Roos, R.A.C. (2013)	Hopman, P., Boer de, D., Rademakers, J. (2011)
Authority			
- <i>Geloofwaardig</i>	Ja.	Ja.	
- <i>Betrouwbaar</i>	Ja, uitgegeven door Elsevier.	Ja, auteurs gekozen door het NIVEL.	
Accuracy			
- <i>Validiteit</i>	Ja, gebruik van wetenschappelijk onderbouwde informatie.	Ja.	
- <i>Betrouwbaarheid</i>	Ja, veel gebruikt binnen medische studies en als	Ja. Onderzoek door het NIVEL, gesteund door het ministerie	

	naslagwerk.	van volksgezondheid.
- Bronnenlijst	Ja, citaten en bronnenlijst in tekst.	Deels, geen bronnenlijst wel verwijzingen in de tekst.
Objectivity		
- Belang auteur(s)	Geen.	Geen.
- Feiten/opinies	Wetenschappelijk onderbouwde feiten.	Feiten op basis van onderzoek.
Currency		
- Actueel	Deels, nieuwere Neurologie boeken zijn gemaakt maar veel informatie is nog actueel en wordt nog steeds gebruikt.	Deels, onderzoek gericht op de eerste vijf jaar van een product, geen vervolgonderzoek aanwezig.
Coverage		
- Compleet	Ja, omvat alle onderdelen van Neurologie.	Ja.
- Uniek	Nee, maakt gebruik van bestaande informatie	Deels, veel verwijzingen in tekst.
- Relevant	Ja.	Ja.
Indora. (z.d.) Varkevisser, M., & Schut, E. (2010).		
Authority		
- Geloofwaardig	Ja, geschreven door een adviesbureau.	Ja, werkzaam voor Erasmus University Groningen en is aangesloten bij gezondheidsinstituten.
- Betrouwbaar	Ja.	Ja.
Accuracy		
- Validiteit	Ja.	
- Betrouwbaarheid	Ja.	
- Bronnenlijst	Ja, bronnenlijst en gebruik van verwijzingen naar betrouwbare onderzoeken in tekst.	Ja, zowel een bronnenlijst als verwijzingen.
Objectivity		
- Belang auteur(s)	Wel belang, geschreven door een medewerker geen onafhankelijke auteur.	Geen.
- Feiten/opinies	Enkel gebruik van eerder onderzochte informatie.	Ja.
Currency		
- Actueel	Deels, veel gebruik van	Deels, de informatie beschrijft

	relevante informatie maar de datum van het artikel is niet bekend.	een toekomstige situatie die nu in werking is.
Coverage		
- <i>Compleet</i>	Ja.	Ja.
- <i>Uniek</i>	Nee, enkel verwijzingen en conclusies uit eerdere onderzoeken.	Deels, eigen bevindingen en verwijzingen.
- <i>Relevant</i>	Ja.	Ja.

Bijlage III. Samenhang literatuuronderzoek

Samenhang verandering in de gezondheidszorg

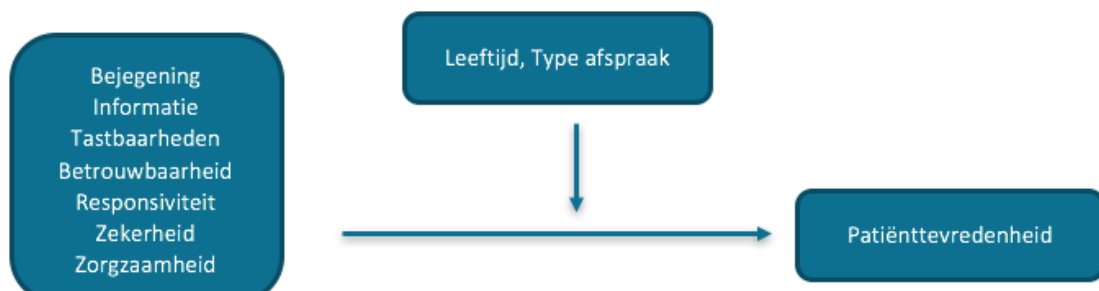
Het literatuuronderzoek naar de trends binnen de gezondheidszorg geeft inzicht in aspecten die de tevredenheid van de patiënt beïnvloeden. Allereerst is het belangrijk dat de geleverde zorg verantwoord, doelmatig en doeltreffend is. De motivatietheorie van Maslow ligt ten grondslag aan de belangrijkste aspecten bij het bepalen van de tevredenheid. De aspecten die voortkomen uit deze theorie zijn hygiëne, rust en duidelijke informatie. Kwaliteitsverbetering van de zorg verplicht zorgorganisaties om aan een bepaald basisniveau te voldoen. Dit basisniveau wordt gehandhaafd met behulp van keurmerken. Voldoet het ziekenhuis aan de basiswaarden, dan kan de organisatie zich richten op het verbeteren van niet-zorginhoudelijke aspecten. Een voorbeeld van een niet-zorginhoudelijk aspect is patiëntgerichtheid. Door marktwerking in de zorg komt de patiënt centraler te staan. De mate van patiëntgerichtheid is van invloed op de hoogte van de patiënttevredenheid. Daarnaast krijgt de patiënt meer inzicht in documenten en cijfers over de kwaliteit die de zorgverlener levert. Deze transparantie van gegevens maakt dat de patiënt een hoger verwachtingspatroon heeft. Gastvrije en patiëntgerichte zorg spelen in op de verwachting van de patiënt voor wie beleving een grote rol speelt. Het gaat in mindere mate over de kwaliteit van de zorg en meer over de kwaliteit van de gehele dienstverlening. Een positieve beleving zoals het welkom voelen en een menselijke benadering draagt bij aan de algehele tevredenheid. Om de kwaliteit van de zorg op verschillende gebieden te meten, is de CQ-index ontwikkeld. Dit is een meetinstrument waarin de mening van de patiënt centraal staat. De opbouw van de CQ-vragenlijsten worden gebruikt om de vragenlijst van dit onderzoek vorm te geven. Onderwerpen

Samenhang polikliniek neurologie

Voor het onderzoek is het van belang informatie op te doen over de polikliniek Neurologie om op die manier inzicht te krijgen in de doelgroep van de polikliniek. Het onderzoek richt zich op de tevredenheid van patiënten van de poli. De informatie die is verkregen uit het literatuuronderzoek is bepalend voor het bepalen van de vragen in de enquête en de wijze waarop het veldonderzoek wordt uitgevoerd. De stappen die de patiënt doorloopt, geven inzicht in de contactmomenten van de patiënt met de poli. De belangrijkste contactmomenten die meegenomen worden in het onderzoek zijn: de bereikbaarheid van de poli per e-mail/telefoon, gebruik van aanmeldzuilen, bewegwijzering in het ziekenhuis, ontvangst op de poli, de behandeling en bejegening door de dienstverlener. Het ene contactmoment is belangrijker dan het ander. Het onderscheidt tussen de contactmomenten wordt gemaakt op basis van de mate van persoonlijk contact tussen patiënt en zorgverlener. Contactmomenten met een hoog face-to-face gehalte zijn voor de patiënt het meest bepalend voor zijn tevredenheid. Voor de poli is het consult of de behandeling het belangrijkste contactmoment. De eerste indruk van de poli wordt gevormd bij binnenkomst. Het secretariaat speelt hierbij een grote rol, daar worden de patiënten immers op de poli ontvangen. Tevens is het van belang om de patiënten in het veldonderzoek op te splitsen in de groep die voor het eerst komt en de groep die voor een

Samenhang patiënttevredenheid

Het literatuuronderzoek naar patiënttevredenheid geeft inzicht in de onderwerpen die bepalend zijn voor de tevredenheid van een patiënt of klant. Het SERVQUAL-model meet de kwaliteit van de dienstverlening aan de hand van vijf dimensies. Het model wordt veel gebruikt bij tevredenheidsonderzoeken. Het model is betrouwbaar en de dimensies binnen het model zijn relevant. In dit onderzoek worden de dimensies gebruikt bij het opstellen van de enquête. Bij een respons die wijst op een grote mate van tevredenheid, wordt ervan uitgegaan dat er ingespeeld wordt op de wensen en behoeften van de patiënt. Een respons die wijst op ontevredenheid, stelt het tegenovergestelde. In dat geval zal gekeken moeten worden wat op welk gebied verbeterd kan worden. Daarnaast stellen De Vries Jr. & Van Helsdingen dat de verwachting een belangrijke factor is bij het bepalen van de tevredenheid. Het is interessant om te onderzoeken of de tevredenheid van patiënten die voor het eerst op de poli komen, verschilt van patiënten die voor een controleafspraak komen. Dit kan wijzen op een verschillend verwachtingspatroon van de patiëntgroepen. Voor de factoren die van invloed zijn op de patiënttevredenheid is een conceptueel model gemaakt.



Bijlage IV; CQ-index poliklinische zorg

CQ-index Poliklinische zorg	
Bereikbaarheid	Telefonisch
	Wachttijd tussen maken afspraak en plaatsvinden afspraak
	Bereikbaarheid binnen ziekenhuis
Ontvangst polikliniek	Welkom voelen
	Behulpzaamheid secretariaat
	Persoonlijke uitleg
Inrichting en wachttijden polikliniek	Binnen 15 minuten na afgesproken tijd geholpen
	Communicatie over wachttijd
	Voorzieningen wachtruimte
	Hygiëne polikliniek
Bejegening	Privacy
	Serieus nemen
	Aandachtig luisteren
	Genoeg tijd nemen
Informatie en communicatie	Deskundigheid
	Voorafgaande informatie
	Informatie over behandelingswijze
	Informatie over resultaten, bijwerkingen van de behandeling
	Informatie afgestemd op persoonlijke situatie
Samenwerking	Mogelijkheid tot vragen stellen
	Verloop van de verwijzing
Inspraak patiënt	Informatie over rechten als patiënt
	Meebeslissen in behandeling
	Betrekken van eventuele begeleider (partner/familie/mantelzorger)
Nazorg	Voldoende informatie over nazorg
	Duidelijkheid over bij wie u terecht kunt met vragen over behandeling of eventuele tweede afspraak
Totaaloordeel	Algemeen cijfer
	Aanbevelen van polikliniek
	Tip of top

Bijlage V. Uitwerking problemen op onderdelen van patiëntparticipatie

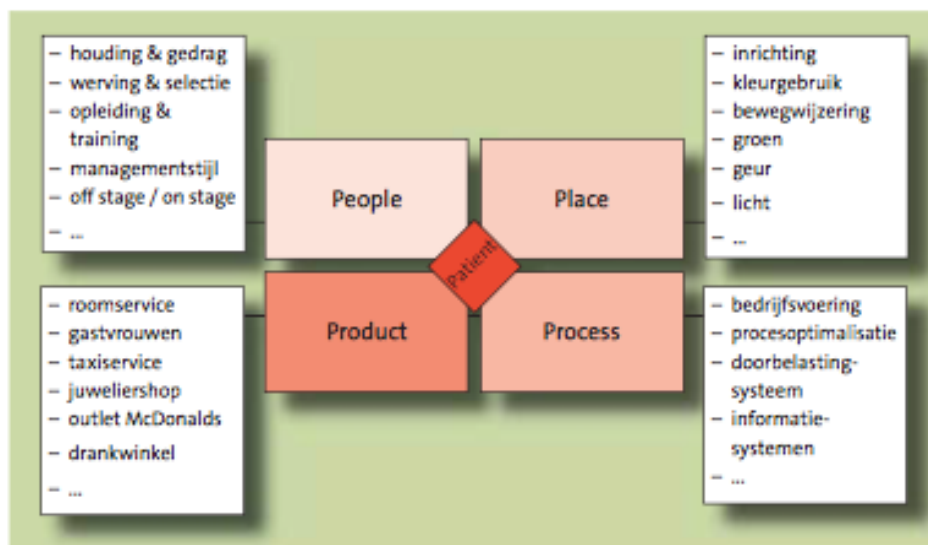
- De relatie tussen patiënt en zorgverlener:
Om gezamenlijk besluiten te nemen en tot een kwalitatief goed zorgplan te komen, is een evenwichtige relatie tussen patiënt en zorgverlener noodzakelijk. Op dit moment is er geen sprake van een evenwichtige relatie omdat de patiënt over het algemeen over minder kennis beschikt. De behoefte van de patiënt is momenteel niet leidend in het medisch model. De patiënt is door zijn afhankelijkheid kwetsbaar in zijn relatie met de zorgverlener.
- De organisatie van de zorgverlening:
Op dit moment is de zorg zo georganiseerd dat diagnostiek en behandeling bijna automatisch in elkaar overvloeien. Dit automatisme zorgt ervoor dat de patiënt geen ruimte heeft om weloverwogen keuzes te maken. Hierdoor is het voor de patiënt lastig om te kiezen voor een bepaalde behandeling, zorgaanbieder of zorgverlener. Daarnaast wordt veelal de diagnostiek als eerste gezien en wordt daarna pas gekeken naar de mens als geheel.
- De financiering van de zorg:
Binnen de zorg wordt betaald voor verrichtingen. Dit sluit niet aan bij het feit dat goede zorg soms ook bestaat uit niet behandelen, het vermijden van complicaties of het begeleiden van een patiënt bij een al gestarte behandeling. Als voorbeeld kan een neuroloog zorgvuldig overleggen met de patiënt over het wel of niet uitvoeren van een herniaoperatie. Door dit te doen, verleent hij uitstekende zorg. Mocht de patiënt echter besluiten de operatie niet te laten uitvoeren, dan mist het ziekenhuis inkomsten.
- De juridische regeling van verantwoordelijkheden van zorgverlener en patiënt:
Binnen de huidige juridische regeling is vastgelegd dat de zorgverlener in beginsel gehouden is aan de professionele standaarden, tenzij afwijking daarvan om medische redenen is toegestaan. Wanneer de patiënt mede-eigenaar van het zorgplan wordt, dan kan het voorkomen dat hij een voorkeur heeft voor minder goede zorg dan die beschikbaar is of zelfs voor zorg die in strijd is met de professionele standaard. Met de huidige regeling is de zorgverlener verantwoordelijk en aansprakelijk. Juridisch gezien zou de zorgverlener dus geen mindere zorg mogen leveren.



Bijlage VII; Moodboard healing environment



Bijlage VIII; Citaat uit 'Gastvrijheid in de zorg: Facility management zorgt voor hét verschil'



1. People

Bij *People* gaat het om bejegening en het centraal stellen van mensen. Voorbeelden zijn service belangrijker te maken dan efficiëntie, het vermogen om 'ja' te zeggen te delegeren, competentie-ontwikkeling, aanpassen van de stijl van leidinggeven en het HR-instrumentarium. Het gaat hier om het stimuleren van de gewenste houding. Bij service rondom het bed betreft dit bijvoorbeeld: gedag zeggen als een medewerker de kamer inloopt, het creëren van een 'bijzonder moment', een 'is– alles–naar–wens?'–rondje invoeren en door verantwoordelijkheid nemen om ervoor te zorgen dat verzoeken worden afgehandeld. Bij de uitwerking van de competentieprofielen en het HR-instrumentarium moet dit consequent worden doorgevoerd. Dit vraagt ook om coachend leidinggeven in plaats van taakgericht.

2. Place

Bij *Place* gaat het om de optimalisatie van huisvesting in de gebieden waar de klant komt. Voorbeelden zijn fysieke aanpassing, rekening houdend met 'healing environment–concepten' gebruik van kleur, geur, klimaat en licht. De focus ligt op het creëren van een veilige en prettige sfeer. Uitwerkingen van het voorbeeld van service rondom het bed zijn: kleurgebruik, prettige stoelen voor bezoek, groenvoorziening, huiselijke elementen, materiaalgebruik, een tafel waaraan je kunt eten, mogelijkheden om je terug te trekken en socialiseren zijn uitwerkingen van de inrichting. Afhankelijk van de keuzes die worden ge– maakt, wordt het concept uitgewerkt en vertaald naar inrichtingselementen.

3. Process

Bij *Process* gaat het om een geruisloze dienstverlening. Voorbeelden zijn procesoptimalisaties, efficiëntiematregelen, verbeteren van de bedrijfsvoering, betere informatievoorziening, opzetten of verfijnen van doorbelastingssystemen en optimalisatie van de systemen. In het voorbeeld van service rondom het bed valt te denken aan het afstemmen van de facilitaire diensten op de processen van de afdeling, het doorvoeren van maatwerk, het creëren van een aanspreekpunt voor de verpleging of taakverbreden van voedingsassistent naar gastvrouw.

4. Product

Bij *Product* gaat het om de diensten die echt in het oog van de klant toegevoegde waarde leveren. Voorbeelden zijn comfortpakketten, taxi- en internet- services. Het gaat hier om het bieden van keuzemogelijkheden. In het voorbeeld van service rondom het bed gaat het om roomserviceconcepten, keuze voor een dagblad, een automaat met kartonnen vazen of versnaperingautomaten op de afdeling en internet aan bed.

Bijlage IX; Introductie MS, Parkinson, hoofdpijn

Multiple sclerose

Multiple sclerose is een ziekte van de hersenen en het ruggenmerg die wordt veroorzaakt door ongecontroleerde ontstekingshaarden die de isolatielaag van zenuwen beschadigen. De ziekte komt vooral bij jongvolwassenen voor en verloopt bij elke patiënt anders. Veel voorkomende verschijnselen zijn echter: wazig zien, spierzwakte, tintelingen, evenwichtsstoornissen, verminderde controle over ledematen, moeheid en geheugenproblemen (Nederlandse vereniging voor Neurologie, z.d.). De verschijnselen zijn vaak in het begin van de ziekte kortdurend en weinig specifiek. Echter, tijdens het verloop van de ziekte kan het zijn dat de verschijnselen frequenter voorkomen en langer aanhouden (Hijdra et al, 2003).

Het MS-spreekuur van Isala is bedoeld als aanvulling op het gesprek dat de patiënt heeft gehad met de Neuroloog. Het spreekuur wordt gehouden door een gespecialiseerde MS-verpleegkundige die de informatie gegeven door de Neuroloog verduidelijkt en eventueel aanvult. Daarnaast bespreekt men tijdens het spreekuur onderwerpen als het sociaal, emotioneel en psychisch functioneren. Ook wordt informatie over medicatie gegeven en worden hulpmiddelen en aanpassingen in de thuissituatie besproken (Isala, 2013).

Ziekte van Parkinson

De ziekte van Parkinson is een hersenaandoening waarbij een kleine groep cellen in de hersenen beschadigt en afsterft (Stichting Parkinsonfond, z.d.). Door de beschadiging en afsterving kunnen de cellen geen dopamine aanmaken, deze stof zorgt ervoor dat men soepel kan bewegen en geeft controle over de lichaamsbewegingen. Het gevolg is dat men gaat trillen, moeilijk kan praten en stijve ledematen heeft (Hijdra et al, 2003). Het is een progressieve ziekte die met name voorkomt bij mensen boven de 50 jaar. De ontwikkeling van de ziekte verschilt per persoon. De behandeling van Parkinson is niet om de ziekte te genezen maar om symptomen te verminderen en klachten te verlichten. Tijdens het Parkinsonspreekuur wordt met name gekeken naar de voortgang van het ziekteproces en de resultaten van de behandeling (Isala, 2015). Dezelfde onderwerpen als die bij het MS-spreekuur besproken worden komen tijdens het Parkinsonspreekuur aan bod.

Hoofdpijn

In 2007 viel migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn onder de meest voorkomende langdurige aandoeningen (Bruggink, 2008). Bijna 12% van de Nederlanders gaf aan last van migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn te hebben. Het is de belangrijkste klacht op het spreekuur van de Neuroloog. De hoofdpijnpolikliniek van Isala is bedoeld voor patiënten waarbij de hoofdpijnklachten dusdanig zijn dat het het dagelijks functioneren belemmert. Voorafgaand aan de afspraak op de poli wordt de patiënt gevraagd een vragenlijst in te vullen over zijn klachten. Tijdens de afspraak wordt de vragenlijst doorgenomen en zal er een lichamelijk onderzoek plaats vinden. Op basis van deze bevindingen wordt een diagnose gesteld en wordt er advies gegeven over de behandeling van de hoofdpijn (Isala, 2015).

Bijlage X; Dimensies uit het SERVQUAL-model

	Definitie	Specifiek voor de doelgroep
Tastbaarheden	Aanwezigheid van fysieke zaken die een rol spelen binnen de dienstverlening. Mensen, materialen en gebouwen van een organisatie.	De doelgroep komt in aanraking met spreek-, behandel- en wachtkamers. Daarnaast is de aanwezigheid van bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal of het aanbieden van extra services als gratis koffie van belang. Gosselt (2007) stelt dat een patiënt stress kan ondervinden wanneer er weinig mogelijkheid tot privacy in de ruimte is. Daarnaast geven drukke en lawaaiige ruimtes de patiënt een onprettig gevoel. Onder tastbaarheden valt ook de fysieke toegankelijkheid de zorginstelling. Bijvoorbeeld het makkelijk vinden van de weg en voldoende parkeergelegenheid.
Betrouwbaarheden	Het vermogen van de organisatie om haar diensten volledig en in één keer goed uit te voeren. De mate waarin aan verwachtingen wordt voldaan, dan wel afspraken worden nagekomen.	Betrouwbaarheid voor de patiënt betekent of de zorgverlener voldoende kennis heeft en zich aan afspraken houdt. Daarnaast kan het tekortkomen aan de verwachting van de patiënt de betrouwbaarheid schaden (Harteloh & Casparie, 1998). Onder het nakomen van afspraken valt tevens het op tijd door laten gaan van de afspraak. Uit onderzoek blijkt dat patiënten minder tevreden zijn als de behandelaar het afgesproken tijdstip niet respecteert. Indien een afspraak uitloopt is communicatie hierover van groot belang (Meijer, 2011).
Responsiviteit	De bereidheid van de dienstverlener om de klant snel te helpen en het gemak	Communicatie is een belangrijke pijler voor de responsiviteit van de organisatie. Uit onderzoek

	waarmee de klant de dienstverlener kan bereiken.	blijkt dat tevredenheid over de onderlinge communicatie bijdraagt aan het verminderen van angst, betere aanpassing aan de behandeling en onzekerheid reduceert. De Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst draagt bij aan de responsiviteit, het verplicht zorgverleners om patiënten te informeren over de aard van hun ziekte, behandelingsmogelijkheden en de aard daarvan. Daarnaast speelt nazorg een grote rol.
Zekerheid	Het gevoel en de benaderingswijze die de klant vertrouwen geeft, waardoor hij zich veilig voelt bij de dienstverlener.	Zorgverleners dienen patiënten inbreng te geven bij de keuze en uitvoering van de behandeling. Daarnaast is het belangrijk dat er een veilige zorgverlener-patiëntrelatie ontstaat, een open en vriendelijke houding van de zorgverlener helpt hierbij. Het is tevens van belang dat de behandelaar situaties juist inschat en adviezen kan geven op de juiste momenten tijdens de behandeling (Goudsbloem, 2012).
Zorgzaamheid	Bij zorgzaamheid of empathie draait het om de invoelende aandacht die aan de patiënt wordt besteed. De patiënt wordt in dit geval als persoon gezien, iemand om wie je op niet enkel professioneel gebied geeft.	Het aanwijzen van een vertrouwenspersoon of een vaste verpleegkundige aan de patiënt kan de zorgzaamheid vergroten.



Patiënttevredenheidsonderzoek

- ✓ Tevredenheidsonderzoek van de **Polikliniek Neurologie**
- ✓ Meedoen is eenvoudig
- ✓ Invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten
- ✓ Het onderzoek loopt tot en met vrijdag 09-12-2016

Hartelijk dank.

Tevredenheidsonderzoek polikliniek Neurologie

Deze vragenlijst is onderdeel van een tevredenheidsonderzoek onder de patiënten van de polikliniek Neurologie. Het doel van dit onderzoek is om de tevredenheid van patiënten ten aanzien van de geboden dienstverlening van de polikliniek Neurologie te beoordelen. Alle verkregen informatie uit het onderzoek wordt strikt vertrouwelijk behandeld en de vragenlijsten worden anoniem verwerkt.

Algemeen

1. Wat is uw leeftijd?

- ☐ Jonger dan 25 jaar
- ☐ 25 tot 50 jaar
- ☐ 51 tot 75 jaar
- ☐ Ouder dan 75 jaar

2. Voor welk type afspraak komt u vandaag bij de poli?

- ☐ Eerste afspraak
- ☐ Controleafspraak

3. Wat is de reden van uw bezoek aan de polikliniek?

- ☐ Afspraak met de neuroloog
- ☐ Afspraak met de verpleegkundig consulent
- ☐ Afspraak met zowel de neuroloog als de verpleegkundig consulent
- ☐ Onderzoek bij de KNF (Klinische Neurofysiologie)

Bereikbaarheid van de polikliniek

4. Hoe tevreden bent u over de bereikbaarheid van het secretariaat per mail?

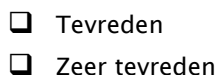
- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

5. Hoe tevreden bent u over de bereikbaarheid van het secretariaat per telefoon?

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

6. Hoe tevreden bent u over het gebruik van de aanmeldzuilen binnen de Isala kliniek?

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal



☐ Zeer makkelijk

☐ Makkelijk

☐ Neutraal

☐ Moeilijk

☐ Zeer moeilijk

8. Hoe tevreden bent u, op een schaal van 1 tot 5, over de persoonlijke aandacht die aan u gegeven werd bij het ontvangst op de poli?

Zeer

1. 2. 3. 4. 5.

Zeer

1. 2. 3. 4. 5.

Zeer welkom

1. 2. 3. 4. 5.

11. Werd u binnen de afgesproken tijd geholpen?

☐ Ja → Ga naar vraag 14

☐ Nee

- ☐ Minder dan 15 minuten
- ☐ Tussen de 15-30 minuten
- ☐ Tussen de 30-60 minuten
- ☐ Langer dan 60 minuten

☐ Zeer ontevreden

☐ Ontevreden

☐ Neutraal

☐ Tevreden

☐ Zeer tevreden

14. Bent u tevreden over de in de wachtruimte aangeboden voorzieningen?

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

15. Bent u tevreden over de inrichting en aankleding van de polikliniek?

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

Informatie en communicatie door de dienstverlener

De antwoordmogelijkheden zijn toepasbaar gemaakt voor de neuroloog/VPK-consulent en KNF-laborant.

16. Bent u tevreden over de informatie die de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant voorafgaand aan de afspraak geeft over wat er van u verwacht wordt tijdens de afspraak?

Neuroloog

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

VPK-Consulent

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

KNF-laborant

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

17. Bent u tevreden over de duidelijkheid waarop de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant uitleg geeft?

Neuroloog

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

VPK-Consulent

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

KNF-laborant

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

18. Bent u tevreden over de mogelijkheden die u kreeg om de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant vragen te stellen?

Neuroloog

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

VPK-Consulent

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

KNF-laborant

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Neutraal
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

19. In hoeverre bent u tevreden over de mate waarop informatie en communicatie door de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant is afgestemd op uw persoonlijke situatie?

<i>Neuroloog</i>	<i>VPK-Consulent</i>	<i>KNF-laborant</i>
☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden
☐ Ontevreden	☐ Ontevreden	☐ Ontevreden
☐ Neutraal	☐ Neutraal	☐ Neutraal
☐ Tevreden	☐ Tevreden	☐ Tevreden
☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden

Bejegening door dienstverlener

20. Bent u tevreden over de tijd die de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant nam voor uw afspraak?

<i>Neuroloog</i>	<i>VPK-Consulent</i>	<i>KNF-laborant</i>
☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden
☐ Ontevreden	☐ Ontevreden	☐ Ontevreden
☐ Neutraal	☐ Neutraal	☐ Neutraal
☐ Tevreden	☐ Tevreden	☐ Tevreden
☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden

21. Hoe aandachtig werd er door de neuroloog/VPK-consulent/KNF-laborant naar u geluisterd?

<i>Neuroloog</i>	<i>VPK-Consulent</i>	<i>KNF-laborant</i>
☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden	☐ Zeer ontevreden
☐ Ontevreden	☐ Ontevreden	☐ Ontevreden
☐ Neutraal	☐ Neutraal	☐ Neutraal
☐ Tevreden	☐ Tevreden	☐ Tevreden
☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden	☐ Zeer tevreden

22. Zijn er nog opmerkingen en/of suggesties die u met ons zou willen delen?

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage XIII; Codeboek

Vraag	Naam variabele <i>Name</i>	Omschrijving variabele <i>Label</i>	Codering <i>Value</i>	Meetniveau <i>Measure</i>
	Respnum	Respondentnummer	–	Nominaal
1	Algemeen1	Leeftijd	1 = < 25 2 = 25 – 50 3 = 51 – 75 4 = > 75	Ordinaal
2	Algemeen2	Type afspraak	1 = Eerste afspraak 2 = Controleafspraak	Nominaal
3	Algemeen3	Reden bezoek	1 = Neuroloog 2 = VPK-consulent 3 = Neuroloog en VPK-consulent 4 = KNF	Nominaal
4	Bereikbaarheid1	Bereikbaarheid per mail	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
5	Bereikbaarheid2	Bereikbaarheid per telefoon	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
6	Bereikbaarheid3	Aanmeldzuilen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
7	Bereikbaarheid4	Vinden van de weg	1 = Zeer moeilijk 2 = Moeilijk 3 = Neutraal 4 = Makkelijk 5 = Zeer makkelijk	Scale
8	Ontvangst1	Persoonlijke aandacht	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal	Scale

			4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	
9	Ontvangst2	Behulpzaamheid secretaresse	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
10	Ontvangst3	Welkom voelen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
11	Inrichting1	Geholpen binnen afgesproken tijd	1 = Ja 2 = Nee	Nominaal
12	Inrichting2	Wachttijd	1 = < 15 2 = 15 - 30 3 = 30 - 60 4 = > 60	Ordinaal
13	Inrichting3	Communicatie wachttijd	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
14	Inrichting4	Aangeboden voorzieningen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
15	Inrichting5	Inrichting en aankleding	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
16	Neuroloog1	Informatie afspraak	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden	Scale

			5 = Zeer tevreden	
17	VPKconsulent1	Informatie afspraak	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
18	KNFlaborant1	Informatie afspraak	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
19	Neuroloog2	Duidelijkheid uitleg	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
20	VPKconsulent2	Duidelijkheid uitleg	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
21	KNFlaborant2	Duidelijkheid uitleg	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
22	Neuroloog3	Mogelijkheid voor vragen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
23	VPKconsulent3	Mogelijkheid voor vragen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale

24	KNFlaborant3	Mogelijkheid voor vragen	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
25	Neuroloog4	Persoonlijke situatie	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
26	VPKconsulent4	Persoonlijke situatie	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
27	KNFlaborant4	Persoonlijke situatie	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
28	Neuroloog5	Genomen tijd	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
29	VPKconsulent5	Genomen tijd	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
30	KNFlaborant5	Genomen tijd	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
31	Neuroloog6	Aandachtig luisteren	1 = Zeer	Scale

			ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	
32	VPKconsulent6	Aandachtig luisteren	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale
33	KNFlaborant6	Aandachtig luisteren	1 = Zeer ontevreden 2 = Ontevreden 3 = Neutraal 4 = Tevreden 5 = Zeer tevreden	Scale

Bijlage XIV. Voorwaarden implementeren patiëntparticipatie

De volgende punten beschrijven waaraan de polikliniek moet voldoen bij de focus op patiëntparticipatie:

- Zorgaanbieders zijn verplicht om verantwoorde zorg te verlenen. Met verantwoorde zorg wordt bedoeld dat de zorg in ieder geval **doelmatig**, **doeltreffend** en patiëntgericht wordt verleend. Uit certificaten, keurmerken en de uitkomst van kwaliteitssystemen kan het **kwaliteitsniveau** van een zorginstelling worden afgeleid. Daarnaast is de mate van herstel of de tevredenheid van de patiënt een directe indicator voor de kwaliteit van zorg.
- De Boer (2012) stelt dat patiëntgerichte zorg gekenmerkt wordt door een goede communicatie met de verschillende zorgverleners en door het gegeven dat de patiënt meebeslist over de behandeling. Het gevoel dat er niet over het hoofd van patiënt wordt besloten, speelt een grote rol. Dit hangt samen met de **actieve rol** die de overheid voor patiënten voor ogen heeft.
- Efficiëntie en patiëntgerichtheid kunnen volgens Schenkel (2014) prima hand in hand gaan. Hij stelt dat een **efficiënt ziekenhuis** óók nadenkt over de positie van de patiënt, waarbij er balans is tussen de kosten die patiëntgerichtheid met zich meebrengt. De behoeften van de patiënt moeten volgens hem het startpunt zijn van het handelen. De dienstverlening wordt ingericht rondom de patiënt door processen te combineren of aan te vullen met nieuwe inzichten. Overbodige activiteiten kunnen worden geschrapt waardoor efficiëntie ontstaat.
- Het is van belang dat zorgverleners een eigen identiteit kunnen geven aan de wijze waarop zij patiëntgericht te werk gaan. **Flexibiliteit** en **veranderbaarheid** spelen een grote rol bij het aanpassen van de dienstverlening aan de persoonlijke situatie van de patiënt. Elke patiënt is anders en heeft een eigen persoonlijke behoefte ten aanzien van de wijze waarop hij behandeld wil worden.
- Bij patiëntgerichte of **patiëntgestuurde** zorg heeft de patiënt invloed op de aangeboden zorg. Deze vorm van zorg ontstaat bij de behoeften en verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de zorg. De organisatie beantwoordt deze behoeften door de voorkeuren van de patiënt af te stemmen op die van het beleid van de organisatie en de medewerkers. Dit leidt tot aangepaste zorgprogramma's. Op die manier ontstaat **mede-beslissing** bij de patiënt. De focus van de zorgverlener ligt op de patiënt en de aanbieder houdt de zorg dicht bij de patiënt.

Bijlage XV. Uitwerking multicriteria-analyse

	Focus op beleving	Focus op bejegening	Focus op participatie
	0	2	1
Beperkte fysieke aanpassingen	Door de focus op beleving te leggen, wordt de nadruk op de omgeving en de bouwstijl van het ziekenhuis gelegd. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de omgeving direct en indirect de beleving van de patiënt positief beïnvloedt. Met dit alternatief worden veel aanpassingen gedaan aan de uitstraling van de afdeling. Onder andere zou de herkenbaarheid op de afdeling door kleurgebruik en het plaatsen van fysiek aantrekkelijke objecten verbeterd moeten worden. In het geval van dit alternatief worden de fysieke aanpassingen niet beperkt.	Bejegening gaat met name om de gedragscodes tussen zorgverlener en patiënt. De relatie tussen patiënt en arts staat centraal. De relatie moet vertrouwelijk en evenwichtig zijn en de patiënt moet zich op zijn gemak voelen. Een organisatie kan bejegening ondersteunen door competente zorgverleners in dienst te hebben. Om meer de focus op bejegening te leggen, moeten vertrouwensrelaties met de patiënt opgebouwd worden. Dit kan door per patiënt een vaste zorgverlener aan te stellen. Daarnaast moet de zorgverlener werken vanuit een gevoel en interesse voor het wel en wee van de cliënt. De cliënt is kwetsbaar in zijn afhankelijkheid. Daarom is het nodig dat zorgverleners actief betrokken zijn bij het leven van de cliënt (Zichtbare Zorg, 2010). Om bovenstaande situatie te creëren, zijn geen tot weinig fysieke aanpassingen nodig. Wel zijn aanpassingen nodig in de werkwijze en omgang met de patiënt.	Bij de focus op participatie gaat het tevens om de relatie tussen patiënt en zorgverlener en de wijze waarop de zorgverlener te werk gaat. De verhouding tussen patiënt en zorgverlener verandert, er wordt meer samengewerkt. Waar bij bejegening een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd, wordt bij participatie gekeken hoe arts en patiënt gezamenlijk tot een oplossing kunnen komen. Daarbij wordt een gepaste verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd en bestaat de mogelijkheid om zelf weloverwogen keuzes te maken. Veranderingen liggen zowel bij patiënt als zorgverlener; beiden moeten zich aanpassen aan de nieuwe rol van de patiënt. In de behandelruimtes kunnen fysieke aanpassingen gedaan worden. Door een andere setting te creëren, kan de patiënt gestimuleerd worden om mee te participeren in de zorg.
	0	2	2

Implementatie door verbeterteam	Het implementeren van een healing environment en de fysieke aanpassingen kunnen niet door het verbeterteam gedaan worden. Het verbeterteam binnen de polikliniek bestaat immers voornamelijk uit zorgprofessionals die niet gespecialiseerd zijn in het doen van fysieke aanpassingen. Om het alternatief te implementeren, zijn naast het verbeterteam afdelingen als Facilitair en Inkoop nodig.	Het implementeren van de focus op bejegening kan opgepakt worden door het verbeterteam. De operationele leidinggevende hoort bij het verbeterteam, zij is tevens verantwoordelijk voor het aannemen van nieuwe zorgprofessionals op de afdeling. Een eerste stap is om tijdens de werving bejegening als een belangrijke factor mee te nemen. Het moet in de natuur van de zorgverlener zitten om betrokken te zijn. Daarnaast kan vanuit het verbeterteam inzichtelijk worden gemaakt op welke punten in de afdeling momenteel een gebrek aan bejegening is. Het verbeterteam bestaat uit medewerkers van alle lagen van de polikliniek. Daardoor kan gemakkelijk een schets van de huidige situatie worden gemaakt. Wederom vanuit de leidinggevende kan een verbeterplan of persoonlijk ontwikkelingsplan gestart worden om de bejegening op de afdeling te vergroten.	Om de focus op participatie te implementeren is een omslag van de werkwijze van de polikliniek nodig. Deze omslag moet met name plaats vinden bij de zorgprofessionals. Zij verlenen de zorg aan de patiënt en zijn verantwoordelijk voor de mate waarin de patiënt participeert. Net als bij bejegening moet tijdens de werving rekening gehouden worden met deze nieuwe werkwijze. Is de zorgverlener competent genoeg om in samenwerking met de patiënt tot kwaliteitszorg te komen, of bekijkt hij het enkel vanuit het zorgverlenersperspectief? Vanuit het verbeterteam kunnen aanpassingen aangedragen worden die het patiëntperspectief meenemen. De fysieke aanpassingen die de nieuwe verhouding tussen patiënt en zorgverlener stimuleren, worden in overleg met het facilitair team gedaan.
	1	1	2

Relevantie	Onderzoek wijst uit dat een healing environment een positieve invloed heeft op de beleving van de patiënt. Het is echter niet wetenschappelijk bewezen dat door de focus op beleving te leggen ook op welzijnsgebied positieve effecten worden behaald. Op het gebied van herkenbaarheid en bereikbaarheid kan het alternatief bijdragen aan de tevredenheid van de patiënt. Uit de resultaten komt naar voren dat de polikliniek op deze punten minder scoort. Echter, het is niet bewezen dat beleving bijdraagt aan medische aspecten en de behandeling van de arts. Binnen de polikliniek zal het alternatief daardoor gedeeltelijk bijdragen aan de patiënttevredenheid.	Bejegening of gastvrijheid wordt vaak in samenhang met klanttevredenheid gezien. Het is een indicator in de CQ-index om de patiënttevredenheid te meten. Een hoge gastvrijheid zorgt voor een hogere tevredenheid. Met bejegening ontstaat een mensgerichte benadering en een natuurlijke hartelijkheid. De zorg die verleend wordt is persoonlijk en sluit aan bij de competentie van Isala dat zij patiëntgericht is.	Onderzoek van Welling (2012) wijst uit dat naast communicatie de relatie tussen de arts en de patiënt de meest belangrijke factor is voor de patiënttevredenheid. Daarom is het belangrijk dat door de zorgverlener geïnvesteerd wordt in een goede omgang en een prettige communicatie met de patiënt. Een persoonlijke aanpak, actief luisteren en het tonen van empathie heeft doorgaans een positief effect. Nivel (2012) voegt hieraan toe dat het van belang is dat de patiënt zich serieus genomen voelt en dat hij met respect behandeld wordt.
	2	2	2

Passend bij organisatie	Isala is gebouwd in een organische bouwstijl. healing environment is een concept dat aandacht besteedt aan de beleving van de patiënt. De focus op beleving past daardoor goed bij de bouwstijl van de organisatie. Echter, healing environment en een organische bouwstijl zijn al onderdeel van het beleid dat Isala voert. Het is niet vernieuwend en kan daardoor minder tot verbeteringen leiden. Dit past niet bij de strategie die Isala hanteert om de organisatie continu te verbeteren en innoveren.	Het doel van Isala is om het meest gastvrije ziekenhuis van Nederland te worden. Om dit te bewerkstelligen, participeert zij in het traject Gastvrijheidszorg met Sterren. Door de focus op bejegening te leggen, wordt uitgegaan van natuurlijke gastvrijheid. Daarbij is sprake van een menselijke benadering en focus op bejegening. Beide passen bij gastvrijheid. Het antroposofische gedachtegoed achter de vormgeving draagt bij aan de gastvrijheid binnen het ziekenhuis.	Door aan de wensen en behoeften van patiënten te voldoen en door de patiënt te betrekken bij veranderingen wordt een groter draagvlak gecreëerd. Dit betekent in veel gevallen dat de patiënt achter de werkwijze van de organisatie staat. Veranderingen vinden plaats in overleg met de patiënt en daarbij wordt geluisterd naar zijn mening. Patiënttevredenheid wordt deels bepaald door de verwachting van de patiënt. Kan de patiënt meebeslissen in hoe de organisatie te werk gaat, dan zal zijn ervaring beter aansluiten bij zijn verwachting. Dit maakt dat de tevredenheid omhoog gaat. Patiëntparticipatie staat bij Isala hoog in het vaandel; de organisatie hecht veel waarde aan de mening van de patiënten.
	1	1	2

Toekomstbestendig	healing environment is een trend die al geruime tijd een rol speelt binnen de gezondheidszorg. Het is een veelbelovende ontwikkeling geweest. Echter, tot nu toe bestaan geen wetenschappelijke bewijzen van de positieve effecten van healing environment op de gezondheid van patiënten. De positieve effecten op de beleving en het gevoel van de patiënt zijn wel wetenschappelijk onderbouwd.	Gastvrijheid binnen de zorg is volop in ontwikkeling. Gastvrijheid wordt gezien als een belangrijke toepassing om meerwaarde te creëren voor de patiënt (Van der Pijl, 2016). Op het gebied van gastvrijheid valt in ziekenhuizen veel te verbeteren. Op dit moment wordt met name gesproken over het tonen van de menselijke maat binnen de organisatie. Dit zijn organisaties die medewerkers hebben die vanuit vertrouwen, samenwerking en trots de zorg aan patiënten doorgeven. De uitstraling van de patiënt creëert een prettige gastvrijheidsbeleving die van strategische waarde is voor het bedrijf.	Patiëntgerichtheid speelt sinds de jaren '80 een rol. Tot nu toe is het altijd relevant gebleken. De ontwikkeling wordt gedreven door de wensen en behoeften van de patiënt. Binnen de trend doen zich nieuwe ontwikkelingen voor. De verschuiving naar een evenwichtige relatie waarin het belang van de patiënt en zijn wensen voorop staat, is nog niet lang gaande.
	4	8	9

Bijlage XVI. Aanbevelingen per contactmoment

Bereikbaarheid

- Met de bereikbaarheid wordt bedoeld dat de patiënt de polikliniek per e-mail of telefoon kan bereiken bij onduidelijkheden over de afspraak. Het veldonderzoek wijst uit dat de jongere groep patiënten met name gebruikmaakt van de bereikbaarheid per e-mail en de ouderen van de bereikbaarheid per telefoon. Per 2015 verstuurt Isala per e-mail of sms herinneringsberichten van de afspraak naar haar patiënten (Hoffhuis, 2015). Om de **responsiviteit** te verhogen, kan in dit bericht weergegeven worden op welke wijze de polikliniek bereikbaar is. Om het bericht patiëntgericht te maken, kan deze **informatie** gepersonaliseerd worden. Ouderen krijgen in dat geval een ander type bericht dan jongeren. Daarnaast is het gebruik van de aanmeldzuilen, een **tastbaarheid**, een belangrijke factor bij het bepalen van de tevredenheid. Met name oudere patiënten die voor het eerst op de poli komen, zijn kritisch over de aanmeldzuilen. De zuilen worden onpersoonlijk en niet-gebruiksvriendelijk genoemd.

Ontvangst

- De gedachte achter de aanmeldzuil is dat de secretaresse zo minder tijd nodig heeft voor het aanmelden van patiënten. Zo heeft ze meer tijd over voor overige werkzaamheden en het waarborgen van de privacy van de patiënt (OZG, 2013). De technologie moet wel gebruikt worden om de **bejegening** te behouden in plaats van kwijt te raken. Dit kan bijvoorbeeld door een melding door te sturen naar de behandelaar als één van zijn patiënten zich heeft aangemeld (JLL, 2015). Deze melding kan tevens verstuurd worden naar gastvrouwen en secretaresses wanneer het een patiënt betreft die op leeftijd of slecht ter been is, of wanneer het een patiënt is die voor het eerst komt. Zij kunnen deze groep patiënten dan opvangen en waar nodig helpen. Op deze manier wordt voldaan aan de **informatiebehoefte**.

Wachttijd

- Uit het veldonderzoek blijkt dat **communicatie** over de wachttijd van groot belang is bij de tevredenheid over de wachtruimte en de wachttijd. De inrichting van het ziekenhuis is gebaseerd op de antroposofische filosofie. Binnen de openbare ruimtes van het ziekenhuis is hier veel aandacht aan besteed. Er zijn wandelpaden langs binnentuinen en de ruimtes en gangen zijn zo ingericht dat het huiselijk en open aanvoelt. Daarnaast zijn er verschillende eetgelegenheden, winkels en ontmoetingsplaatsen. De polikliniek is in vergelijking met de openbare ruimtes sober opgezet. Er is weinig natuurlijk licht, behandelkamers zijn niet herkenbaar en er zijn weinig planten. Via de aanmeldzuil krijgt de patiënt te horen wat zijn wachttijd tot de geplande afspraak is. Is de wachttijd langer dan een kwartier, dan kan hier op in worden gespeeld door de patiënt attent te maken op alternatieve wachtruimtes in het ziekenhuis. Op de achterkant van het ticket die door de aanmeldzuil wordt uitgedraaid, kan een plattegrond van het ziekenhuis, de wandelpaden en ontmoetingsplekken worden afgebeeld. Op deze manier komt de patiënt in aanraking met de positieve **fysieke aspecten** van het ziekenhuis.

Behandeling

- De behandeling van de verschillende zorgverleners nemen bij een bezoek aan de poli het grootste gedeelte van de tijd in beslag. De relatie tussen patiënt en zorgverlener en de **bejegening** naar de patiënt zijn de belangrijkste aspecten bij het bepalen van de tevredenheid. Patiënten die voor het eerst komen, hebben veel behoefte aan **informatie** en een duidelijke uitleg. Patiënten die voor een herhaalbezoek komen, vinden de persoonlijke aandacht het belangrijkste. Met de focus op patiëntparticipatie is het belangrijk dat een evenwichtige relatie tussen beide partijen ontstaat. Net als bij het UMC Utrecht (2016) blijft de zorgverlener inhoudelijk expert maar is de patiënt beter op de hoogte en specialist op het gebied van zijn eigen ziekte. De samenwerking tussen beide partijen is intensiever en **persoonlijker**. Deze verandering moet voortkomen uit de organisatie van de polikliniek. De verandering begint bij de werving van nieuwe werknemers en bij training van de werknemers die al in dienst zijn. Het KNMG (2002) beschrijft de arts van straks als iemand die bekwaam, **communicatief**, sociaal vaardig en een teamplayer is en die gemotiveerd is om te blijven leren en reflecteren. Daarnaast is het belangrijk dat de medewerkers van de polikliniek training krijgen in het aangaan van een dialoog met de patiënten. Om gesprekken tussen patiënt en zorgverlener persoonlijker en informeler te maken, kan de setting van de spreekkamers veranderd worden. In plaats van dat de zorgverlener achter zijn computer zit met de patiënt tegenover zich, kan ook een minder formele setting worden gecreëerd. Bijvoorbeeld door de zorgverlener naast de patiënt te laten zitten en zo transparantie te creëren over de werkwijze. Daarnaast is een wandeling een veelgebruikt instrument om de patiënt te laten participeren in het gesprek. De wandeling kan gebruikt worden om patiënten en zorgverleners op een informele manier positieve en negatieve ervaringen te laten bespreken (Bevlogen, 2015). Het informele overleg wint volgens het Verwey-Jonker Instituut (2015) aan belang ten opzichte van formele overleggen als cliëntenraden. Het informele overleg gaat over kwaliteit van de individuele zorg en sluit aan bij de ontwikkeling waarin waarde wordt gehecht aan persoonlijke autonomie en zeggenschap over zorg en eigen leven. Met de opkomst van patiëntparticipatie groeit het gebruik van het individuele zorgplan (IZP). Het IZP laat de patiënt invloed uitoefenen op de zorg die hij ontvangt. Volgens het NIVEL (2015) is een IZP een set van afspraken tussen patiënt en zorgverlener over zorg en zelfmanagement. De afspraken zijn gebaseerd op individuele doelen, behoeften en de situatie van de patiënt. Het zorgplan is flexibel en groeit mee met de problematiek van de patiënt. Engels (2012) beschrijft afname van ziekenhuisopnames, toegenomen kwaliteit van leven, betere klinische waarden en proactievare patiënten als de positieve effecten van het zorgplan. Wagemaker bevestigt dit door aan te geven dat het werkt om patiënten mee te laten denken over een gezonde leefwijze. Een nadeel van het IZP is dat het niet voor iedere patiënt geschikt is. Het is met name minder geschikt voor patiënten die geen of onvoldoende Nederlands spreken, onvoldoende gemotiveerd zijn, niet in staat zijn tot zelfmanagement of een beperkt cognitief vermogen hebben. Daarnaast geeft 60% van de zorgverleners die nu werken met het IZP aan dat zij het moeilijk vinden patiënten te motiveren en een plan van aanpak te maken.

Bijlage XVII. Inzet mensen per fase

Het is belangrijk dat de doelen die in de **planfase** gesteld worden realistisch en haalbaar zijn. De doelen worden opgesteld door het verbeterteam van de polikliniek in combinatie met degene die het tevredenheidsonderzoek uitvoert. Het verbeterteam is in staat in te schatten waartoe de polikliniek in staat is. Het verbeterteam heeft een goed overzicht van de mensen en middelen van de poli. Johan Jonker, klantmanager facilitair bedrijf, is de aangewezen persoon om tijdens de planfase te betrekken. Naast klantmanager is hij voorzitter van de themagroep Gastvrij en Gastgericht en zit hij in de raad van bestuur van Isala (Jonker, 2016). Johan Jonker moet om advies gevraagd worden bij het opstellen van SMART-geformuleerde doelen die aansluiten bij de koers die Isala volgt.

Tijdens de **do-fase** wordt gefocust op het trainen van de medewerkers van de polikliniek Neurologie. Een HR-manager moet in samenwerking met de medewerkers achterhalen wat zij nodig hebben om mee te kunnen gaan in de ontwikkeling naar patiëntparticipatie. De HR-manager maakt per medewerker een persoonlijk ontwikkelingsplan en schakelt verschillende coaches in om te helpen bij de transitie naar patiëntparticipatie. Daarnaast moet patiëntparticipatie tijdens de ontwikkelfase belangrijk worden gemaakt. Dit kan door patiëntparticipatie als eis op te nemen in de functieprofielen en bij de selectie van nieuwe medewerkers. Daarnaast moet patiëntparticipatie direct worden geïntroduceerd bij nieuwe werknemers. Isala werkt samen met Cenergy om de gastvrijheid binnen het ziekenhuis te verhogen (Zijlstra & Jonker, 2017). Cenergy (2017) is een adviesbureau dat bedrijven advies en opleidingen biedt op het gebied van klantgerichtheid, gastvrijheid en communicatie. De opleidingen die het bureau de polikliniek kan bieden, gaan in op klantgerichtheid, communicatie en coaching. Binnen de poli heeft het secretariaat voornamelijk behoefte aan klantgerichte trainingen. Communicatie en coaching wordt aangeboden aan de zorgverleners. Cenergy biedt een groot aantal trainingen. Het bureau is echter niet gespecialiseerd in zelfmanagement en zorggerelateerde onderwerpen. Om op de polikliniek de autonomie van de patiënt te verhogen, kan Vilans worden ingeschakeld. Vilans (2017) is een adviesbureau dat advies op maat geeft aan organisaties binnen de zorg en dat gespecialiseerd is in persoonsgerichte zorg en zelfmanagement.

Tijdens verscheidene fases van het implementatieplan wordt gesproken over het betrekken van de patiënt. Het is belangrijk te bekijken welke patiënten het meest geschikt zijn om te benaderen. Tijdens de tevredenheidsonderzoeken waarbij patiënten een vragenlijst worden voorgelegd, kunnen alle patiënten betrokken worden. Bij instrumenten als shadowing of participatie van de patiënt in werkgroepen is het belangrijk een persoon te kiezen die als vertegenwoordiger van de patiëntengroep op kan treden (Brinkhorst, 2009). De patiëntvertegenwoordiger gaat een actieve rol spelen in de ontwikkeling en uitvoering van de patiëntparticipatie. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (2015) heeft een aantal criteria ontwikkeld waaraan de vertegenwoordiger moet voldoen. De criteria zijn als volgt:

- Ervaringsdeskundig, toegang hebben tot recente concrete ervaringen van patiënten.
- In staat zijn om aan te geven welke specifieke knelpunten er in de zorg zijn.
- Breder denken dan de eigen situatie, de patiënt moet zich kunnen verplaatsen in de medepatiënt. Eigen specifieke ervaringen vertalen naar algemene verbeterpunten.
- Goed geïnformeerd zijn over actuele ontwikkelingen op het gebied van behandeling en voorlichting.
- Fysiek en emotioneel bereid en in staat zijn om aan de geplande activiteit mee te doen.

- Fysiek en emotioneel bereid en in staat zijn om vanuit patiëntperspectief te discussiëren over het onderwerp patiëntparticipatie met deelnemers van het verbeterteam van de poli.
- De patiënt moet zo veel mogelijk de doelgroep van de polikliniek vertegenwoordigen, het is een pré wanneer de patiënt relaties heeft met patiëntenorganisaties.

Wordt bij de keuze van de patiënt voldaan aan bovenstaande criteria, dan kan de inbreng van de patiënt gegeneraliseerd worden voor de gehele patiëntengroep.

De polikliniek moet daarnaast selectief omgaan met het aanbieden van het integrale zorgplan.

Heijmans, Jansen & Rijken (2015) stellen dat het IZP niet voor iedere patiënt geschikt is. Heijmans & van Puffelen (2015) geven aan dat een hoge leeftijd van de patiënt, gebrek aan motivatie, tijdgebrek en het niet in staat zijn van de patiënt om te werken met het IZP, de belangrijkste redenen voor zorgverleners zijn om niet te werken met een zorgplan. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (2014) vindt het niet nodig om voor alle patiënten een eigen IZP te maken. Echter, het IZP kan goede diensten bewijzen bij patiënten met een ingewikkelde problematiek, een chronische ziekte of wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij eenzelfde patiënt.

Het verbeterteam van de polikliniek wordt ingezet op alle facetten van de PDCA-cyclus. Het team moet de aandrijving van de verbetering zijn. Polderman en Sirre (2009) stellen dat duurzame verbeteringen worden gerealiseerd door betrokkenheid te creëren bij de mensen die dagelijks met het verbeterde proces bezig zijn. De medewerkers moeten ervaren dat zij met hun eigen ervaring veel invloed kunnen hebben op het verbeteren van de processen waar zij bij betrokken zijn. Het verbeterteam kan gedurende de verschillende fasen van het implementatieplan van samenstelling verschillen. Van belang is dat het verbeterteam niet meer dan zeven deelnemers heeft, dit om efficiënt te werk te kunnen gaan. Daarnaast hebben de projectleider, een medewerker van het secretariaat en een behandelaar een vaste rol in het verbeterteam. De overige rollen worden ingevuld met een beleidsmedewerker, een patiëntvertegenwoordiger, een vertegenwoordiger van de patiëntorganisatie, een onderzoeksstudent en een externe coach. Om de voortgang van de invoering van patiëntparticipatie te meten, kunnen onderzoeksstudenten worden ingezet. Door studenten in te zetten, wordt een win-winsituatie gecreëerd; het is financieel aantrekkelijk en de tijd wordt efficiënt besteed. Om te borgen dat de onderzoeker voldoende inzicht heeft in de onderwerpen, wordt aangeraden om derde- of vierdejaars hbo-studenten in te zetten die op zoek zijn naar een management- of afstudeerstage. Daarnaast is het belangrijk dat de student affiniteit heeft met de (ziekenhuis)zorg en op de hoogte is van actuele ontwikkelingen binnen de zorg.

Bijlage XVIII. Kosten en batenanalyse

Tijdens de plan- en act-fase worden onderzoeken uitgevoerd door afstudeerders. Een afstudeerperiode beslaat vijf maanden. Gedurende deze maanden krijgt de afstudeerder een maandelijkse vergoeding en wordt hij begeleid door een medewerker van de polikliniek Neurologie. De stagevergoeding die de polikliniek Neurologie aan studenten geeft, is netto €163,75. Het nettoloon bedraagt 70 procent van de totale werkgeverslasten. De werkgeverslasten per afstudeerder per maand bedragen €233,93. Over een periode van vijf maand bedragen de totale werkgeverslasten per afstudeerder €1169,65. Daarnaast worden de studenten begeleid door de opdrachtgevende organisatie. Gemiddeld wordt per student per maand 2 uur begeleiding vanuit de organisatie vrijgemaakt. Dit bestaat uit begeleiding van de opdrachtgever, het stagebureau en betrokkenen. Het CBS (2014) stelt dat arbeid in Nederland de werkgever gemiddeld €33,00 per uur kost. De totale kosten voor begeleiding per afstudeerder komen hiermee op €330,00.

Tijdens de do-fase wordt de voortgang van het project bijgehouden door het verbeterteam. De do-fase beslaat een periode van ongeveer 21 maanden. Het verbeterteamoverleg vindt tweemaal per maand plaats en duurt ongeveer 1 uur. Het teamoverleg is opgenomen in de begroting, omdat het een deel van de personeelskosten beslaat. De tijd dat de medewerkers aan het overleggen zijn, kunnen zij niet invullen met behandelingen. For Conference (2017) stelt dat een teamvergadering van 1 uur met vijf werknemers en 1 directe manager €280,00 kost, inclusief werkgeverslasten. Dit is gebaseerd op vijf werknemers die €3.000,- bruto verdienen en een manager die 6.000,- bruto verdient. Twee patiëntvertegenwoordigers nemen deel aan het verbeterteamoverleg. De patiënten worden tegemoetgekomen in hun participatie met een reiskostenvergoeding. Ervan uitgaande dat de patiënt in de omgeving van Zwolle woont, heeft hij recht op een vergoeding van maximaal 35 kilometer, heen- en terugweg.

Vilans biedt een training aan waarin de zorgmedewerker klaargemaakt wordt voor het patiëntgericht werken. De training beslaat zes maanden waarin in vijf stappen de transitie naar patiëntparticipatie wordt gemaakt. Vilans biedt in de trainingen creatieve werkvormen en praktische handvatten die uitnodigen om uit te proberen. De investering van deze training is €12.500,00 (Schumacher, 2016). Cynergy (2016) biedt coaching in sessies op locatie van 90 minuten voor 2 of meer personen. De kosten voor deze sessies zijn €190,00 per keer. De sessies vinden viermaal plaats over de periode van een maand.

De instant interviews tijdens de checkfase worden gehouden door het secretariaat. De ziekenhuis-cao plaatst de medisch secretaresse in salarisschaal 30 (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2017). De secretaresse verdient gemiddeld per maand bruto €1.999,00. Via berekenhet.nl (2017) zijn de loonkosten voor de werkgever berekend, deze zijn in totaal €30.580,00. De totale loonkosten zijn teruggerekend naar de loonkosten per uur. In de begroting is ervan uitgegaan dat de secretaresse over een periode van vier weken per week een uur kwijt is aan de instant interviews.

Naast Ade kosten zijn er ook baten die het invoeren van patiëntparticipatie met zich meebrengt. De belangrijkste baat is dat de patiënttevredenheid omhoog gaat. Dit komt doordat de patiënt betrokken wordt bij de organisatie van de polikliniek. Het doel van Isala is om 50% zeer tevreden patiënten binnen de gehele organisatie te hebben. Het literatuuronderzoek laat zien dat bejegening en informatie de belangrijkste factoren zijn bij het bepalen van de tevredenheid. De resultaten uit het veldonderzoek voegen hieraan toe dat het per type patiënt verschilt wat belangrijk is bij een bezoek aan de poli. Met

het invoeren van patiëntparticipatie worden niet alle patiënten over één kam geschoren. De patiënt wordt als een individu beschouwd die zelf participeert in zijn behandeling. Door het partnerschap tussen patiënt en behandelaar komt er meer vertrouwen in de behandelaar. Met name wordt de zorg als meer patiëntgericht ervaren en worden onderwerpen als informatievoorziening en communicatie hoger gewaardeerd. Het participeren van de patiënt zorgt er daarnaast voor dat de patiënt zich beter kan voorbereiden op het consult met de behandelaar. De patiënt weet wat er binnen zijn zorgplan speelt en denkt zelf na over eventuele mogelijkheden en vervolgplannen. Doordat de behandelaar en de patiënt op één lijn zitten, worden consulten efficiënter benut. Voor patiënten die langer onder behandeling zijn binnen de poli is een grotere therapietrouw tevens een voordeel. Door de verbeterde relatie tussen patiënt en arts kan de patiënt makkelijker gemotiveerd worden om bepaalde doelen te behalen.

Binnen dit onderzoek is het moeilijk de terugverdientijd van de implementatie van het advies te berekenen. Onderzoeken die de baten van patiëntparticipatie laten zien, hebben het voornamelijk over de resultaten die binnen het zorgproces geboekt worden. Er zijn geen kengetallen die aangeven wat het ziekenhuis verdient aan het participeren van de patiënt in de zorg. De twee baten die van invloed kunnen zijn op het financiële aspect zijn het efficiënter benutten van de consulten en het verhogen van de patiënttevredenheid. Doordat de consulten efficiënter benut worden, zullen afspraken in mindere mate uitlopen. Dit maakt het mogelijk om de arts meer behandelingen per dag te laten uitvoeren. Daarnaast heeft de patiënt keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgverlener. Zijn patiënten tevreden over de polikliniek Neurologie en laten zij dit merken, dan kan het zijn dat nieuwe patiënten sneller kiezen voor een behandeling binnen Isala.

Bijlage XIX; Gegevens uit open antwoorden

Respondentnummer	Open antwoord
3	Geen op- of aanmerkingen.
5	Niemand was aanwezig bij binnenkomst op de poli. Het is wat laat om over de wachttijd te communiceren op het moment dat je binnenloopt. Neuroloog erg onvriendelijk, ging niet in op klachten omdat deze niet door de huisarts waren doorgegeven. Diagnose was al door huisarts gesteld, vergelijkbaar aan die van de neuroloog. Bezoek aan neuroloog was daardoor overbodig, had ook direct naar de onderzoekafpraak kunnen gaan. Is efficiënter.
7	Iets beter leesmateriaal.
9	Niet van toepassing.
20	Bij ontvangst op de poli geen persoonlijke aandacht door de zuil, dus geen contact met secretaresse.
21	Er was geen uitloop maar moesten toch wachten.
25	Niet van toepassing.
42	Prettig onderzoek en gesprek.
43	Ga zo door.
44	Misschien meer variatie in tijdschriften in wachtruimte.
49	Niet van toepassing.
50	Wachttijd op aanmeldzuil gaf 45 minuten aan, we werden wel op tijd geholpen.
52	Niet van toepassing.
62	Op dit moment geen.
65	Onduidelijkheid op de zuil met betrekking tot het belang van het printen van de ticket.
68	Door trail regain was er een wisseling van afspraken voor 2016, behulpzaamheid secretaressen score 3.
70	De weg bij binnenkomst is wel duidelijk maar als je na de afspraak weg gaat lijkt het net een doolhof. Geen herkenningspunten op de afdeling die duidelijk de weg weer terug wijzen.
75	Aanmeldzuilen zijn weinig patiëntvriendelijk/ zeer onpersoonlijk
83	Afspraak laboratorium en neuroloog geen overeenstemming.