

Een positievere gastvrijheidsbeleving door de keten Patiëntenservice



Een onderzoeks- en adviesrapport naar de tevredenheid van patiënten over de gastvrijheidsbeleving van de diensten, van de keten Patiëntenservice, van het Facilitair bedrijf Isala en op welke wijze deze diensten geoptimaliseerd kunnen worden.

Saskia Eijndhoven

Negen januari tweeduizendzeventien

Een positievere gastvrijheidsbeleving door de keten Patiëntenservice

*"They may forget your name, but they will never forget how you made them feel".
- Maya Angelou*

Een onderzoeks- en adviesrapport naar de tevredenheid van patiënten over de gastvrijheidsbeleving van de diensten, van de keten Patiëntenservice, van het Facilitair bedrijf Isala en op welke wijze deze diensten geoptimaliseerd kunnen worden.

Auteur: Saskia Eijndhoven
Studentnummer: 343534

Opleiding: Saxion
 Hospitality Business School
Apeldoorn
Hotelmanagement
Veltijd

Opdrachtgever: Hilde van Wilsum, Ketenmanager patiëntenservice
 Hidde Barneveld, Operationeel leidinggevende keten patiëntenservice
Facilitair bedrijf Isala
Dr. Van Heesweg 2
8025 AB Zwolle

Eerste examiner: Mw. D. Logger
Tweede examiner: Mw. B. de Vries

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis 'een positievere gastvrijheidsbeleving door de keten Patiëntenservice'. Dit onderzoeks- en adviesrapport is in opdracht van het Facilitair bedrijf van Isala te Zwolle geschreven. Teven is dit mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Hotelmanagement aan het Saxion te Apeldoorn.

Het onderzoek is specifiek gericht op de drie diensten van de keten Patiëntenservice. Namelijk de brancardiers, facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers. In de periode van 5 september 2016 tot en met 9 januari 2017 heb ik mijn thesis op het kantoor van de keten patiëntenservice geschreven. Het onderzoek heb ik uitgevoerd op verschillende verpleegafdelingen in het ziekenhuis.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleider Hidde Barneveld, voor alle evaluatiegesprekken waarin feedback werd gegeven op mijn gemaakte stukken en het beantwoorden van al mijn vragen. Dit geldt ook voor de andere operationele leidinggevendenden van de keten Patiëntenservice. Iedereen stond open voor vragen, nogmaals dank hiervoor. Tevens wil ik Hilde van Wilsum bedanken voor de mogelijkheid om te kunnen afstuderen bij Isala.

Mevrouw Desiree Logger, mijn eerste examinerator mag ook zeker niet ontbreken. Ik wil u via deze weg ook erg bedanken voor uw geduld en uw tijd. Tijdens onze gesprekken heb ik steeds veel nieuwe inzichten gekregen, ook al was ik soms het spoor even bijster.

Tot slot wil ik de patiënten bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek en alle medewerkers waarmee ik ben meegelopen.

Saskia Eijndhoven.

Zwolle, 8 januari 2016.

Samenvatting

Isala wil in 2017 groeien naar het beste ziekenhuis van Nederland. Het Facilitair bedrijf beweert 'de zorg te ontzorgen' en kan hierin een grote bijdrage leveren. De thesis bestaat uit een onderzoeks- en adviesrapport hoe de keten Patiëntenservice een positievere gastvrijheidsbeleving kan verlenen.

Onder de keten vallen de diensten:

- Brancardiers (intern patiëntenvervoer);
- Facilitaire assistenten (schoonmaak op de verpleegafdelingen);
- Zorgvrijwilligers (contact met patiënten op de verpleegafdelingen).

In het adviesgedeelte is antwoord gegeven op het managementvraagstuk dat centraal stond in de thesis:

Op welke wijze kunnen de diensten van de keten Patiëntenservice geoptimaliseerd worden, zodat deze bijdraagt aan een positieve gastvrijheidsbeleving?

De volgende onderzoeksvragen hebben hieraan bijgedragen:

1. Hoe ziet de customer journey eruit van de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
2. Hoe beleeft de patiënt de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
3. Toetsende onderzoeksvraag: Is er verschil in de tevredenheid over de gastvrijheidsbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice onder patiënten tot 65 jaar of 65 jaar en ouder?

De patiëntbeleving is in kaart gebracht middels het creëren van persona's en het visueel in kaart brengen van de touchpoints. Dit zijn belangrijke interacties tussen de medewerker en patiënt tijdens het dienstverleningsproces. Samen met het theoretisch kader is dit de input geweest voor de enquête. Van de belangrijkste touchpoints is er aan de patiënt gevraagd of deze ook allemaal voorkwamen tijdens het dienstverleningsproces. In totaal zijn er 172 patiënten geënquêteerd.

Het belangrijkste resultaat uit het veldonderzoek is dat de patiënt weinig verwachtingen heeft over de drie diensten. De patiënt verwacht eerder goede zorg en hoopt snel weer naar huis te kunnen. Verder is naar voren gekomen dat niet elke touchpoints plaatsvindt in de beleving van de patiënt. Dit komt omdat de medewerkers de diensten niet op dezelfde wijze uitvoeren, er is dus sprake van heterogeniteit. Tevens is de hypothese getoetst op de algemene tevredenheid en deze is verworpen.

Het overkoepeld advies luidt om te werken met een gastvrijheidskader, gebaseerd op de HEPT-criteria waarmee het fertiliteitscentrum van het Isala reeds werkt. Overige adviezen zijn patiënten beter te informeren over de mogelijkheden van een zorgvrijwilliger, betere communicatie tussen zorgvrijwilligers en verpleegkundigen, borden plaatsen bij de lift voor bezoekers dat patiënten voorrang hebben en het veraangename van de wachttijd van patiënten op de afdeling röntgen/echo, welke wachten op een brancardier om terug vervoerd te worden naar de verpleegafdeling.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	10
1.1 Achtergrondinformatie	10
1.2 Aanleiding.....	10
1.3 Relevantie	11
1.4 Doelstellingen	11
1.5 Managementvraagstuk.....	11
1.6 Resultaten thesis	11
1.7 Onderzoeksvragen en kernbegrippen	12
1.7.1 Onderzoeksvragen	12
1.7.2 Kernbegrippen	12
1.8 Leeswijzer	12
2. Theoretisch kader.....	13
2.1 Patiënttevredenheid.....	13
2.2 Meten van de patiënttevredenheid	14
2.3 Patiëntbeleving.....	14
2.4 Meten van de patiëntbeleving	16
2.5 Patiënttevredenheid en patiëntbeleving.....	16
2.6 Customer journey mapping	16
2.6.1 Persona's	17
2.6.2 Touchpoints.....	17
2.6.3 Beleving	17
2.6.4.....	17
2.7 Gastvrijheid.....	17
2.8 Rol gastvrijheid in beleving.....	18
2.8.1 De gast	18
2.8.2 De gastheer.....	18
2.8.3 De dienst	18
2.8.4 Het bedrijf.....	18
2.9 Gastvrijheid in de zorg	18
2.10 S.H.A.R.E.	20
2.11 HEPT-gedragskader door Isala.....	20

3. Methodologische verantwoording	21
3.1 Persona's	21
3.1.1 Onderzoeksstrategie	21
3.1.2 Waarnemingsmethoden	21
3.1.3 Selectie onderzoekseenheden.....	21
3.1.4 Analysemethoden.....	21
3.2 Touchpoints	22
3.2.1 Onderzoeksstrategie	22
3.2.2 Waarnemingsmethoden	22
3.2.3 Selectie onderzoekseenheden.....	22
3.2.4 Analysemethoden.....	22
3.3 Beleving	22
3.3.1 Onderzoeksstrategie	22
3.3.2 Waarnemingsmethoden	23
3.3.3 Selectie onderzoekseenheden.....	23
3.3.4 Analysemethode.....	23
3.4 Conceptueel model.....	24
4. Resultaten	25
4.1 Persona's	25
4.2 Touchpoints	25
4.3 Beleving enquête.....	25
4.3.1 Univariate analyse	26
4.3.2 Bivariate analyse.....	29
4.4 Toetsen hypothese	30
5. Conclusie	31
6. Discussie.....	33
6.1 Interne validiteit	33
6.2 Externe validiteit	33
6.3 Begripsvaliditeit.....	33
6.4 Betrouwbaarheid	33

7. Advies	34
7.1 Doelstelling en managementvraagstuk.....	34
7.2 Opbouw advies.....	34
7.2.1 Gastgerichtheid – Process.....	34
7.2.2 Gastheerschap – People.....	35
7.2.3 GINK-model	35
7.2.4 PDCA-cyclus	35
7.3 Multicriteria-analyse.....	36
7.4 Overkoepelend advies – Gastheerschap	37
7.4.1 Analyse en onderbouwing.....	37
7.4.2 Implementatie	38
7.4.3 Financiële consequenties	40
7.4 Brancardiers – Gastgerichtheid	41
7.4.1 Analyse en onderbouwing.....	42
7.4.2 Implementatie	43
7.4.3 Financiële consequenties	43
7.5 Facilitaire assistenten – Gastgerichtheid.....	44
7.5.1 Analyse en onderbouwing.....	45
7.5.2 Implementatie	45
7.6 Zorgvrijwilligers – Gastgerichtheid	46
7.6.1 Analyse en onderbouwing.....	46
7.6.2 Implementatie	46
7.6.3 Financiële consequenties	47
7.7 Conclusie advies.....	48
7.8 Vervolgonderzoek	48
Nawoord	49
Literatuurlijst.....	50
Bijlage I: Gevonden theorie voor het theoretisch kader	55
Bijlage II: Verschillende meetinstrumenten die de patiëntbeleving meten	61
Bijlage III: Stappenplan customer journey mapping	63
Bijlage IV: Mood maker – model	64

Bijlage V: Gedragsskader Fertilitieitsentrum Isala	66
Bijlage VI: Operationalisering kernbegrippen	67
Bijlage VII: Steekproefcalculator	68
Bijlage VIII: Analysemethoden uitkomsten enquête in SPSS	69
Bijlage IX: Toetsenmethode hypothese in SPSS	73
Bijlage X: Persona's.....	74
Bijlage XI: Visualisatie touchpoints	76
Bijlage XII: Enquête	80
Bijlage XIII: Logboek Enquête	85
Bijlage XIV: Uitkomsten toetsen hypothese SPSS	89
Bijlage XV: Toetsen mondelinge motivaties patiënten	90
Bijlage XVI: Uitleg GINK– en PDCA–model.....	91
Bijlage XVII: Gastvrijheidskaders	92

Figuren- en tabellenlijst

Figuren

Figuur 2.1	De Mood Maker–Gastvrijheidsformule	15
Figuur 2.2	PGOBD–gastvrijheidsmodel	15
Figuur 2.3	Totstandkoming van tevredenheid	16
Figuur 2.4	Totstandkoming van gastvrijheidsbeleving	17
Figuur 2.5	4P–model gastvrijheid in de zorg	19
Figuur 2.6	SHARE–model	20
Figuur 3.1	Bivariate relatie	24
Figuur 3.2	Trivariate relatie	24
Figuur 6.1	Combinatie definities gastvrijheid en gebruikte aspecten 4P–model	34

Tabellen

Tabel 2.1	Uitleg aspecten 4P–model	19
Tabel 2.2	HEPT–criteria, definities en synoniemen	20
Tabel 4.1	Uitkomsten belevingen brancardiers	27
Tabel 4.2	Uitkomsten negatieve belevingen brancardiers	27
Tabel 4.3	Uitkomsten belevingen facilitaire assistenten	27
Tabel 4.4	Uitkomsten negatieve belevingen facilitaire assistenten	28
Tabel 4.5	Uitkomsten belevingen zorgvrijwilligers	28
Tabel 4.6	Uitkomsten negatieve belevingen zorgvrijwilligers	28
Tabel 6.1	Puntensamenstelling multicriteria–analyse	36
Tabel 6.2	Analyse en onderbouwing overkoepelend advies	37
Tabel 6.3	Kosten analyse overkoepeld advies	40
Tabel 6.4	Analyse en onderbouwing advies brancardiers	42
Tabel 6.5	Kostenanalyse brancardiers	43
Tabel 6.6	Analyse en onderbouwing advies facilitaire assistenten	45
Tabel 6.7	Analyse en onderbouwing advies zorgvrijwilligers	46
Tabel 6.8	Kostenanalyse ontwikkelingsfase advies zorgvrijwilligers	47

Afkortingen- en begrippenlijst

HCK	Hartkatheterisatiekamers
OK	Operatiekamer
SEH	Spoed Eisende Hulp

ARTA:	Software, wordt gebruikt door de brancardiers op een PDA (Personal Digital Assistant).
Cardiologie:	Hier liggen patiënten onder behandeling van hartziekten.
Chirurgie:	Verpleegafdeling waar patiënten worden opgenomen na operatie.
Echo:	Methode om in het lichaam te kunnen kijken door middel van hoge geluidsfrequenties.
Fertiliteitcentrum:	Afdeling in het ziekenhuis voor diverse vruchtbaarheidsbehandelingen.
Orthopedie:	Operatieve bandelingen aan spieren, pezen, gewrichten en botten
Traumatologie:	Verwondingen door ongevallen of trauma
Röntgen:	Door middel van röntgenstraling een foto laten maken van gewrichten en botten

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrondinformatie van de opdrachtgever en de aanleiding van de thesis. Hierna volgt de doelstelling van het onderzoek en van het advies. Wat centraal staat in de thesis is het managementvraagstuk, welke wordt beantwoord door middel van de conclusies op de verschillende onderzoeksvragen. Tot slot volgt er een leeswijzer, welke dit hoofdstuk afsluit met een overzicht van de andere hoofdstukken in de thesis.

1.1 Achtergrondinformatie

De naam Isala is Latijn voor IJssel en is de vroegere benaming voor deze rivier, gelegen aan deze rivier is de stad Zwolle. Het ziekenhuis behoort tot de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Bovendien is het ziekenhuis met 978 bedden en 6.247 medewerkers in dienst, het vijfde grootste ziekenhuis van Nederland. Voor het jaar 2017 heeft Isala de volgende missie, visie en kernwaarden geformuleerd (Isala, 2016):

- Missie: “Het optimaal herstellen, handhaven en versterken van de kwaliteit van leven van de mensen die aan haar zorg zijn toevertrouwd”.
- Kernwaarden: “Dit doen wij professioneel, open en transparant, met hart en ziel”.
- Visie: “Wij willen groeien naar het beste ziekenhuis in 2017. Om de visie van Isala vanuit onze kernwaarden waar te maken, zitten deze eigenschappen in het DNA van alle Isala-medewerkers”:
 - “We nemen onze verantwoordelijkheid”;
 - “We willen de beste zijn in ons werk”;
 - “We blijven leren”;
 - “We werken samen en verbeteren elke dag”.

Het Facilitair bedrijf is onderdeel van Isala en draagt bij aan de visie van Isala, door maximaal aan te sluiten aan het zorgproces. Voor het jaar 2017 heeft het Facilitair bedrijf een missie en visie geformuleerd welke aansluit bij de missie en visie van Isala (externe vergadering facilitair bedrijf, Berends & Jonker, persoonlijke communicatie, 6 oktober 2016):

- Missie: “Zorgdragen voor een veilige en gastvrije omgeving voor patiënt, bezoeker en medewerker, waarin continuïteit van de zorgprocessen gewaarborgd is”.
- Visie: “We worden het beste Facilitair bedrijf voor Isala door maximaal aan te sluiten bij het Isala zorgproces.

1.2 Aanleiding

De keten Patiëntenservice, van het Facilitair bedrijf, biedt drie diensten aan welke plaats vinden op de verpleegafdelingen. Dit is intern patiëntenvervoer door de brancardiers, schoonmaak door de facilitaire assistenten op de verpleegafdelingen en zorgvrijwilligers, die aandacht geven aan patiënten ook op de verpleegafdelingen. In totaal zijn dit 252 medewerkers welke worden aangestuurd door zeven operationele leidinggevers. Een nulmeting naar wat patiënten vinden van deze drie diensten is nooit eerder uitgevoerd. Deze diensten zijn eigenlijk patiëntgericht, maar niet daadwerkelijk patiëntgericht ontwikkeld.

1.3 Relevantie

Het inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt is essentieel om een hoge patiënttevredenheid te krijgen. Om het beste ziekenhuis te kunnen worden in 2017 moet er kritisch naar eigen producten en diensten gekeken worden, om deze te kunnen optimaliseren. Het management van het Facilitair bedrijf is tevreden met deze drie diensten, maar zijn patiënten dit ook?

1.4 Doelstellingen

Het doel van het adviesgedeelte is om op basis van de resultaten uit het onderzoek verbeterpunten te formuleren. Met deze resultaten is het duidelijk welke aspecten van de diensten van de keten Patiëntenservice geoptimaliseerd dienen te worden voor een gastvrijere patiëntbeleving.

Het doel van het onderzoeksgedeelte is om inzicht te verkrijgen hoe diensten geoptimaliseerd kunnen worden, hoe de patiëntbeleving van de drie diensten is in de huidige situatie en in welke mate patiënten hierover tevreden zijn. Op basis van de verkregen resultaten kunnen aanbevelingen worden geformuleerd over verbeterpunten gericht op de drie diensten van de keten Patiëntenservice.

1.5 Managementvraagstuk

Op welke wijze kunnen de diensten van de keten Patiëntenservice geoptimaliseerd worden, zodat deze bijdraagt aan een positieve gastvrijheidsbeleving?

1.6 Resultaten thesis

De opdrachtgever wil inzicht verkrijgen in de huidige situatie en hoe de drie diensten kunnen worden geoptimaliseerd, zodat deze patiëntgericht zijn ontwikkeld.

Met het onderzoeksgedeelte wordt het volgende bereikt:

- De opdrachtgever krijgt inzicht in de huidige situatie (de touchpoints met de patiënt);
- De opdrachtgever krijgt inzicht hoe diensten kunnen worden geoptimaliseerd;
- De opdrachtgever krijgt inzicht in hoe de patiënttevredenheid kan worden gemeten.

Op basis van het onderzoek wordt het volgende bereikt in het adviesgedeelte:

- Het advies is gebaseerd op de resultaten uit het onderzoek;
- Het advies voldoet aan de vooraf gestelde criteria;
- Het advies zorgt ervoor dat de diensten worden geoptimaliseerd en patiëntgericht zijn (beantwoording managementvraagstuk);
- Het advies is direct implementeerbaar.

1.7 Onderzoeksvragen en kernbegrippen

1.7.1 Onderzoeksvragen

1. Hoe ziet de customer journey eruit van de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
 - A. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een brancardier?
 - B. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een facilitair assistent?
 - C. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een zorgvrijwilliger?
2. Hoe beleeft de patiënt de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
3. Is er verschil in de tevredenheid over de gastvrijheidsbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice onder patiënten tot 65 jaar of 65 jaar en ouder?

1.7.2 Kernbegrippen

De volgende kernbegrippen kunnen herleid worden uit de onderzoeksvragen:

1. Patiënttevredenheid
2. Patiëntbeleving
3. Gastvrijheid

1.8 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 is het theoretisch kader en zorgt via de theorie voor een afbakening van het onderzoek. De drie kernbegrippen worden uitgelegd aan de hand van verschillende definities, welke elk afzonderlijk en in samenhang met elkaar worden geanalyseerd. Het theoretisch kader eindigt met een boomdiagram waarin de kernbegrippen zijn geoperationaliseerd. Verschillende modellen die passen in het onderzoek worden uitgelicht en gemotiveerd. Hoofdstuk 3 gaat in op de methodologie van het onderzoek. Dit is de opzet van het onderzoek, waarnemingsmethoden, selectie onderzoekseenheden en analysemethoden. In hoofdstuk 4 worden alle resultaten van het veldonderzoek besproken. In hoofdstuk 5 worden er conclusies getrokken met betrekking tot de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 6 is de discussie en worden de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 7 wordt aan de hand van de resultaten en de conclusie een passend advies geformuleerd.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader is de zogeheten ‘fundering’ van de thesis. In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de drie kernbegrippen die centraal staan in dit onderzoek; patiënttevredenheid, patiëntbeleving en gastvrijheid. De kernbegrippen zijn afzonderlijk gedefinieerd en de samenhang tussen de kernbegrippen is beschreven.

Verschillende theorieën en modellen, passend bij de kernbegrippen zijn uitgelegd en de samenhang hiervan is tevens beschreven. Uiteindelijk zijn er twee modellen gekozen die bij de thesis passen. Keuzes zijn gemaakt om het onderzoek af te bakenen, zodat deze richting geeft aan het veldonderzoek en bij het formuleren van het advies. Tot slot wordt het theoretisch kader afgesloten met een operationalisering van de kernbegrippen in een boomdiagram. Voor de zoekmethodes, zoektermen en beoordelingscriteria wordt er verwezen naar bijlage I.

2.1 Patiënttevredenheid

In het kernbegrip patiënttevredenheid komt naar voren dat het gaat over hoe tevreden de patiënt is. Patiënttevredenheid laat zien of de patiënt tevreden is over de feitelijke geleverde gezondheidszorg (Brouwer & Delnoij, 2004, p. 9). Patiënttevredenheid is een dynamisch concept, de ene patiënt kan tevredener zijn dan de andere patiënt. (Aspinal, Addington-Hall, Hughes & Higginson, 2003, p. 334). Een hoge patiënttevredenheid komt meestal tot stand wanneer het kwaliteitsniveau van een dienst hoog is (Jafar & Muayyad, 2003, geciteerd in De-La-Cueva-Ariza et al., 2014, p. 202). Aspinal et al. (2003) beweren weer wat anders: “Een hoge patiënttevredenheid betekent niet meteen dat de dienst van hoge kwaliteit is”.

Het kwaliteitsniveau bij een dienst is moeilijk te meten. Iets kan kwalitatief goed zijn, omdat het voldoet aan de vooraf opgestelde eisen van de organisatie (Crosby, 1979, geciteerd in, Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985, p. 41). Een dienst is enkel niet altijd van constante kwaliteit. Diensten worden door medewerkers op verschillende wijze uitgevoerd, dus is er sprake van heterogeniteit (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985, p. 41). Een dienstverlener kan een dienst anders verlenen dan hoe een organisatie dit voor ogen had. Wanneer de patiënt nog steeds tevreden is met deze dienst, is de kwaliteitsperceptie weer anders. In dit geval is een dienst kwalitatief goed als deze tegemoet komt in de verwachting van de patiënt (Lewis & Booms, 1983, geciteerd in Cheng Lim, Tang, 2000, p. 291). Het kwaliteitsniveau van een dienst wordt bepaald wanneer de verwachtingen overeenkomen met de daadwerkelijke beleving, of dat verwachtingen zelfs worden overtroffen (Grönroos, 1984, geciteerd in, Marinković, Senić, Kocić & Šapić, 2013, p. 185).

Patiënttevredenheid is een moeilijk te definiëren begrip, omdat dit vaak gepaard gaat met een hoge beoordeling van de kwaliteit van een dienst. Een hoge patiënttevredenheid gaat dus vaak gepaard met een kwalitatieve goede dienstverlening (Chanthong, Abrishami, Wong, Herrera & Chung, 2009, P. 1066). De tweede genoemde definitie, die van Aspinal et al. (2003) spreekt dit eigenlijk weer tegen, want misschien verleent de dienstverlener niet de dienst volgens de eisen van de organisatie. Dan is eigenlijk de kwaliteit van de dienst, in de ogen van een organisatie niet hoog. Bovendien is er verschil in tevredenheid over een dienst per patiënt. Het kwaliteitsniveau van een dienst en de mate van tevredenheid, gaat gepaard met de verwachtingen die worden waargemaakt, of zelfs worden overtroffen. De definities van Lewis & Boom (1983) en Grönroos (1984) sluiten hier het beste bij aan, en passen ook het beste bij dit onderzoek.

2.2 Meten van de patiënttevredenheid

Het meten van de patiënttevredenheid geeft een goede indicatie weer over hoe patiënten denken over de dienstverlening (Chanthong et al., 2009, p. 1061). Abramowitz et al., 1995 geciteerd in Sitzia & Wood, 1997, p. 1829 zeggen: “Een ziekenhuis behoudt haar patiëntenbestand bij een hoge patiënttevredenheid”. Bovendien kan het patiëntenbestand dan ook groter worden. Tevreden patiënten zullen hun belevingen doorvertellen aan familie en vrienden.

In ziekenhuizen draait het tegenwoordig enkel niet meer om het aanbieden van de beste zorg, maar om een zo groot mogelijk patiëntenbestand op te bouwen. Bij een groot patiëntenbestand, wordt er natuurlijk ook meer geld verdiend. Dit is de reden dat veel ziekenhuizen zich specialiseren in bepaalde afdelingen, door ergens in uit te blinken kiest de patiënt voor het desbetreffende ziekenhuis (Alflen, 2008, p. 20). In ziekenhuizen is het niet zo zeer het geval dat patiënten terugkomen. De patiënt deelt de beleving, positief of negatief met familie en vrienden. Dit resulteert in meer (positieve) naamsbekendheid en dus een groter patiëntenbestand (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 66).

De patiënttevredenheid wordt vooral gemeten middels een enquête. Dit zijn vaak onbegeleide en schriftelijke enquêtes die na ontslag worden opgestuurd naar de patiënt. In deze ‘standaard’ enquêtes is de vraagstelling vaak gesloten en komen er geen verbeterpunten naar voren. 75 – 90% van de respondenten beoordelen de ontvangen zorg dan ook met een ‘goed’ op een Likert-vijfpuntsschaal (Nathorst-Böös, Munck, Eckerlund & Ekfeldt-Sandberg, 2001, p. 257). Onder ontvangen zorg wordt verstaan; medische zorg, contact, behandeling en vaardigheden met/van de arts, wachttijd, behandeling door verpleegkundigen, informatie, participatie, omgeving en toegankelijkheid (Nathorst-Böös et al., 2001, p. 258).

Voorafgaand het opstellen van de vragenlijst wordt er een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan (Nathorst-Böös et al., 2001, p. 260). Op basis van het literatuuronderzoek worden de vragen voor de enquête geformuleerd (Cheng, Yang & Chiang, 2003, p. 347).

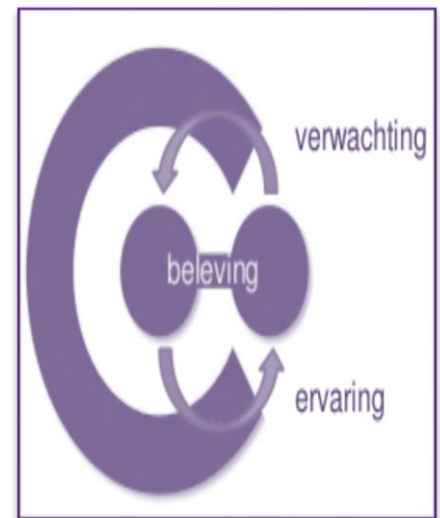
Hokkeling & De la Mar, 2012 zeggen: “De mening van een gast is goud waard. Maar meet je daadwerkelijk de beleving? De meeste enquêtes en tevredenheidsonderzoeken meten om een goede score te krijgen, niet om een beeld van de werkelijkheid te krijgen. Hoe meet jij de beleving van je gasten? Waarom doe je dat op die manier? Meet je met gesloten vragen via een enquête of diepte-interview? Wil je meten om te showen of meten om te verbeteren?” (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 63). Voor dit onderzoek wordt de tevredenheid bij patiënten over de keten Patiëntenservice in kaart gebracht. Patiënttevredenheid wordt gedefinieerd als de mate waarin patiënten tevreden zijn over de ontvangen zorg. De diensten van de keten Patiëntenservice vallen volgens Nathorst-Böös et al. (2001) niet onder de ‘ontvangen zorg’. Bovendien komen er ook geen verbeterpunten naar voren bij de gemiddelde enquête die de patiënttevredenheid meet. Volgens Hokkeling & De la Mar, 2012, moet de beleving dus gemeten worden.

2.3 Patiëntbeleving

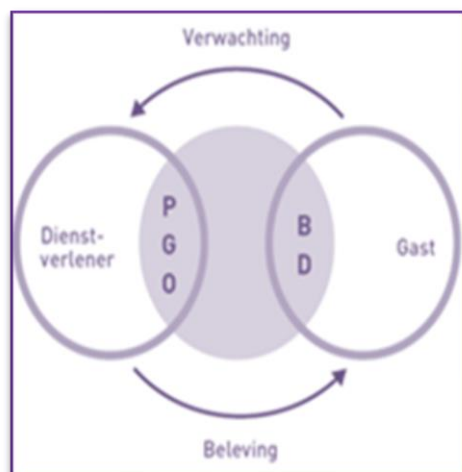
Een beleving vindt plaats wanneer een patiënt interactie heeft met een dienstverlener. De momenten waarop een patiënt in contact komt met de dienstverlener heten touchpoints (Pullmann & groos, 2004, geciteerd in, Zomerdijk & Voss, 2010, p. 67). Een beleving kan positief of negatief ervaren worden door de patiënt, wanneer een touchpoint de doorslaggevende factor is voor een positieve of negatieve beleving is er sprake van een kritisch belevingsmoment. Bij patiëntbeleving spelen dan ook gedachten, gevoelens en uitingen van de patiënt een rol (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 60). Zoals al eerder is vermeld, is het kwaliteitsniveau van een dienst moeilijk te meten. De patiënt heeft een hogere

kwaliteitsperceptie wanneer de verwachtingen van de patiënt, worden waargemaakt, of zelfs worden overtroffen (Grönroos, 1984, p. 36).

De gastvrijheidsformule van Hokkeling & De la Mar (2012) zegt eigenlijk precies hetzelfde als Grönroos. De term 'kwaliteitsperceptie' is vervangen door beleving; $\text{Beleving (B)} = \text{Ervaring (E)} - \text{Verwachting (V)}$. Een gast heeft een doel en een bepaalde behoefte voordat deze in contact komt met een dienstverlener. "Er wordt hierdoor een bepaalde verwachting gecreëerd. De patiënt komt in contact met de dienstverlener en er ontstaat een ervaring. Als deze beter of gelijk is aan de verwachting ontstaat er een positieve beleving, er is sprake van gastvrijheid. Is de ervaring minder dan de verwachting, dan ontstaat er een negatieve beleving, wat ongastvrij is. Wanneer de verwachting wordt overtroffen, kan er een zeer positieve beleving ontstaan, een gastvrij, memorabel moment" (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 45). Deze hele term is eigenlijk een passende definitie voor het kernbegrip (patiënt)beleving en past dan ook het beste bij dit onderzoek.



Figuur 2.1: De Mood Maker–
Gastvrijheidsformule
(Hokkeling & De la Mar, 2012).



Figuur 2.2: PGOBD–gastvrijheidsmodel
(Daan Bolier, 1980).

In 1988 heeft Daan Bolier het eerste gastvrijheidsmodel ontworpen. Dit model laat schematisch de relatie zien tussen een gast en een dienstverlener. Dit model laat zien dat een gast bepaalde behoeften en doelen heeft, die worden omgezet in een verwachting. De dienstverlener heeft drie elementen in handen om hier positief aan tegemoet te komen namelijk; product, gedrag en omgeving. De uitkomst hiervan is een positieve of negatieve beleving, wat aansluit bij de gastvrijheidsformule van Hokkeling & De la Mar. Door als organisatie inzichten te verkrijgen in de behoeften en doelen van een gast, of in dit geval een patiënt kan er ingespeeld worden op het waarmaken van de verwachting, of kan deze zelfs worden overtroffen (Gastvrijheid in bedrijf, 2015).

Patiënten hebben dus al een bepaalde verwachting van een dienst, terwijl ze de dienst nog helemaal niet beleefd hebben (Johston & Clark, 2001, geciteerd in Goldstein, Johnston, Duffy & Rao, 2002, p. 122). Verwachtingen worden niet alleen gecreëerd, doordat patiënten bepaalde doelen of behoeften hebben, maar ook door ervaringen van andere mensen. Het is dus belangrijk om als organisatie ervoor te zorgen dat er diensten geleverd worden die tegemoetkomen in de verwachtingen van de patiënt. Hoe positiever de patiëntbeleving, des te hoger de patiënttevredenheid, wat weer resulteert in een groter patiëntenbestand door een hogere patiënten loyaliteit (Zomerdijk & Voss, 2010, p. 9).

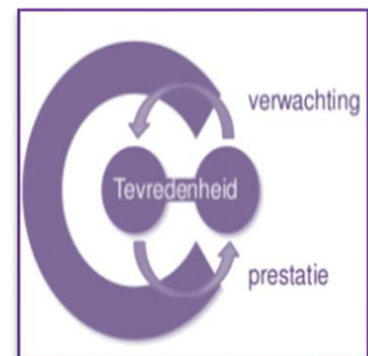
2.4 Meten van de patiëntbeleving

Net zoals bij het meten van de patiënttevredenheid kan de patiëntbeleving ook gemeten worden middels een enquête. Voorafgaand aan het opstellen van de vragen vindt er kwalitatief onderzoek plaats. Voorbeelden van kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn: interviews, focusgroepen, patiënten dagboeken, observaties en customer journey mapping (Coulter, Fitzpatrick & Cornwel, 2009, p. 6).

Met het doen van kwalitatief vooronderzoek kan er nagegaan worden welke belevingen plaats vinden in het dienstverleningsproces. Op basis hiervan wordt de enquête ontworpen. Middels stellingen wordt gevraagd of bepaalde belevingen hebben plaats gevonden. Er wordt dus niet gevraagd hoe respondenten bepaalde belevingen beoordelen. Als afsluiting volgt wel de vraag hoe de respondenten de dienstverlening beoordelen. Dit laat zien dat patiëntbeleving degelijk wel samenhangt met patiënttevredenheid (Cleary et al., 1998, geciteerd in, Coulter et al., 2009, p. 8). Bij het meten van de patiëntbeleving gaat het vooral om emotionele support van de dienstverlener, fysieke comfort, betrekking van familie en vrienden en informatie en communicatie (Coulter, et al, 2009, p. 8). In *bijlage II* is een uitleg te vinden over de meest gebruikte meetinstrumenten in verschillende zorgorganisaties.

2.5 Patiënttevredenheid en patiëntbeleving

Het verschil in deze twee kernbegrippen is dat bij een belevingsonderzoek de vraagstelling is vanuit het oogpunt van de patiënt. Bij een tevredenheidsonderzoek is de vraagstelling vooral vanuit de organisatie. Voorbeelden zijn vragen die beginnen met 'hoe beoordeeld u' en er is weinig vooronderzoek gedaan naar welke vragen belangrijk zijn om te stellen. Bij een belevingsonderzoek wordt er eerst onderzocht wat er gevraagd moet worden en dan wordt er gevraagd hoe vaak de beleving is voor gekomen tijdens het verblijf van de patiënt. Dit gaat middels de antwoorden 'ja vaak', 'ja soms' en 'nee'. Tevens wordt er bij een tevredenheidsonderzoek al verwacht dat bepaalde belevingen voor zijn gekomen. Bij een belevingsonderzoek wordt er gevraagd óf dit is voorgekomen. Vaak zijn de uitkomsten van een tevredenheidsonderzoek ook erg hoog, uit deze resultaten kunnen geen harde conclusies worden getrokken (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards & Chandola, 2002, p. 339). Wanneer de patiënt een positieve gastvrijheidsbeleving ervaart, ofwel de verwachtingen van de patiënt komen overeen met de beleving, is de patiënt zeer tevreden.



Figuur 2.3: Totstandkoming van tevredenheid (Hokkeling & De la Mar, 2012).

2.6 Customer journey mapping

Het ontwerpen van een customer journey is een kwalitatieve onderzoeksmethode die de wensen en behoeften (verwachtingen), door de ogen van de patiënt in kaart kan brengen. Het is een onderdeel van de vele onderzoeksmethoden die horen tot de kwalitatieve onderzoeksmethode 'servicedesign'. Dit is een vorm van onderzoek waarbij de gast, klant of patiënt altijd centraal staat (user centered). Door het visualiseren van de totale patiëntbeleving kan een dienstverlening tastbaar worden gemaakt (Stickdorn & Zehrer, 2009, geciteerd in, Trischler & Zehrer, 2012 p. 59). Voorafgaand aan het creëren van een customer journey zijn er nog een aantal stappen die doorlopen zouden moeten worden. In *bijlage III* is het stappenplan te vinden.

2.6.1 Persona's

Aangezien er verschillende patiënten zijn, met verschillende wensen en behoeften, kunnen er persona's ontworpen worden. Door kleine, korte interviews te houden met de doelgroep of deze te observeren, kunnen de wensen, behoeften en emoties in kaart worden gebracht (Stickdorn & Schneider, 2010, geciteerd in, Trischler & Zehrer, 2012 p. 61). Zolang de persona's een deel van de populatie vertegenwoordigd hoeven er niet veel persona's te worden ontworpen (Lidwell et al., 2010 geciteerd in, Trischler & Zehrer, 2012 p. 61). Elke persona wordt gevisualiseerd door middel van een foto, naam, beschrijving waarom de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen en details over interesses en gedrag. Dit alles bij elkaar geeft inzichten in houding, gewoontes en interesses van de verschillende patiëntengroepen (Burdon, 2006, geciteerd in, 2010 geciteerd in, Trischler & Zehrer, 2012 p. 61).

2.6.2 Touchpoints

Door het observeren van de verschillende patiëntengroepen, ontworpen door de persona's, kunnen de touchpoints in kaart worden gebracht. De touchpoints zijn de punten wanneer een patiënt contact heeft met de dienstverlener in het totale dienstverleningsproces. Een kritisch belevingsmoment is het moment in de dienstverlening waarbij de patiënt besluit tevreden of ontevreden te zijn. De observaties moeten worden ingevuld voor elke persona, omdat elke persona staat voor een andere patiënt (Stickdorn & Zehrer, 2009, geciteerd in, Trischler & Zehrer, 2012 p. 61).

2.6.3 Beleving

De volgende stap is om na het in kaart brengen van de touchpoints patiënten kort te interviewen over hun beleving en emoties. Dit is nodig om te kijken of de touchpoints goed in kaart zijn gebracht. Tevens kunnen er door de patiënt nog toevoegingen gedaan worden over wat binnen een touchpoint ontbrak of juist heel goed was.

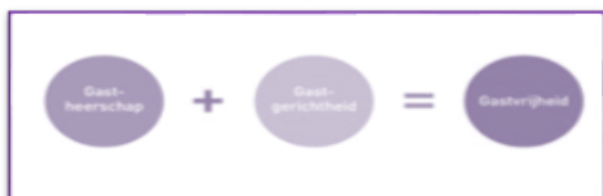
2.6.4 Visualisatie – Customer journey map

Een customer journey map is ontwikkeld om het hele dienstverleningsproces per persona visueel in kaart te brengen. Dit gaat vooral om het hele proces voor, tijdens en na de dienstverlening. In dit onderzoek wordt deze stap niet meegenomen, omdat bij de diensten van de keten Patiëntenservice er geen 'voor' proces is.

2.7 Gastvrijheid

Gastvrijheid is het creëren van memorabele momenten bij de gast, of in dit geval de patiënt. Deze momenten zijn belevingen die de verwachtingen overtreffen van de gast (Hemmingtong, 2007, geciteerd in Kelly, Losekoot & Wright-StClair, 2016, p. 115). Bij niet gastvrije diensten worden ook belevingen gecreëerd, welke ook niet worden vergeten. Deze negatieve belevingen worden doorverteld en deze patiënt zal op zoek gaan naar een ander ziekenhuis. Gastvrijheid draagt dus bij aan de kwaliteitsperceptie van de patiënt en resulteert in een positieve of memorabele beleving. Lugosi, 2008 zegt: "Gastvrijheid is niet alleen de wijze waarop een dienst wordt verleend, maar ook het creëren van een emotionele band met de gast". Iedereen definieert gastvrijheid anders, maar iedereen ervaart gastvrijheid ook anders. De definitie van gastvrijheid is volgens Hokkeling & De la Mar een combinatie van twee verschillende begrippen:

1. "Gastheerschap is naar beste kunnen, vanuit je hart, een gast oprechte aandacht, veiligheid en comfort bieden" (Hokkeling & De la Mar, 2012).
2. "Gastgerichtheid is de tastbare en registreerbare wijze waarop een dienst geleverd wordt aan een gast (Hokkeling & De la Mar, 2012)".



Figuur 2.4: Totstandkoming van Gastvrijheidsbeleving (Hokkeling & De la Mar, 2012).

Beide woordcombinaties vormen de definitie voor gastvrijheid. Het is de manier hoe je als persoon omgaat met patiënten, maar ook de wijze waarop een dienst wordt geleverd (voldoet deze aan de verwachtingen). Het is dus de totale beleving. De combinatie zoals Hokkeling & De la Mar die hebben bedacht van de definities 'gastheerschap' en 'gastgerichtheid' is een passende definitie voor dit onderzoek.

2.8 Rol gastvrijheid in beleving

Het mood maker–gastvrijheidsmodel van Hokkeling & De la Mar (2012) gaat dieper in op de theorie van het PGOBD–model van Daan Bolier. Centraal in dit model is de gastheer die de dienst verleent aan de gast. De gast kan positieve of negatieve belevingen ervaren. Al met al komen deze door gastvrijheid. Daaromheen is de dienst die wordt aangeboden en het bedrijf waarin deze dienst wordt verleend (Hokkeling & De la Mar, 2012). In *bijlage IV* laat dit model de rol van gastvrijheid zien in belevingen.

2.8.1 De gast

Elke gast is anders, dit is ook precies wat het PGOBD–model beschrijft. Een gast heeft bepaalde behoeften en doelen en deze is voor ieder persoon weer anders. Op basis hiervan heeft een gast een bepaalde verwachting en vertoont bepaald gedrag. Deze verwachting wordt gecreëerd door vier kenmerken volgens het model; doel van het bezoek, behoefte van de gast, eerdere ervaringen en persoonlijke kenmerken.

2.8.2 De gastheer

De perfecte gastheer is het visitekaartje van het bedrijf. De tevredenheid van een gast wordt vooral bepaald door hoe een gastheer de dienst verleent. Minder belangrijk is hoe een organisatie de dienst heeft ingericht. De aspecten kennis, motivatie, vaardigheden en persoonlijke kenmerken (zijn) beïnvloeden het gedrag van de gastheer.

2.8.3 De dienst

Net zoals in het PGOBD–model beschreven is kan een organisatie inspelen op de verwachtingen van gasten door onderstaande aspecten gastgericht in te richten:

- Het product (service);
- Het proces (dienstverlening);
- De omgeving (ambiance);
- Het gedrag van de medewerkers (gastheerschap).

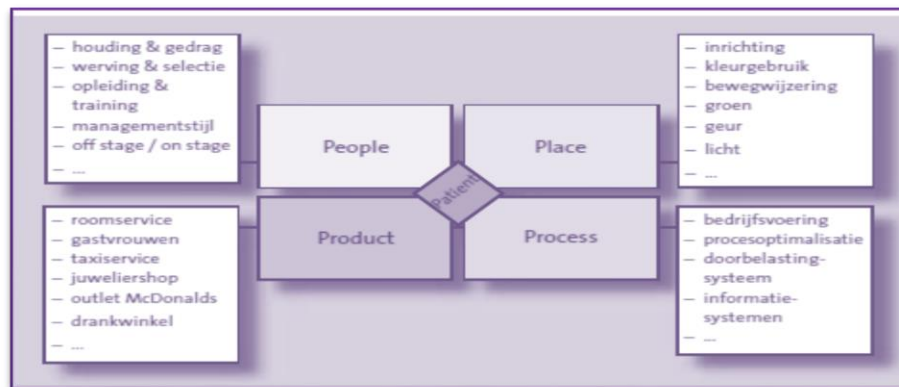
2.8.4 Het bedrijf

“Medewerkers werken voor een leidinggevende, niet voor een organisatie. Ik durf ook te stellen dat een teamcultuur meer invloed heeft dan een bedrijfscultuur. Operationeel leidinggevend zijn daarmee de belangrijkste cultuurdragers” (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 103). Niet alleen de stijl van leidinggeven draagt bij aan gastvrije medewerkers, maar ook de teamcultuur. Wanneer deze niet optimaal is, draagt dit niet bij aan positieve gastvrijheidsbeleving. Al deze aspecten zorgen er dus voor dat een gast of patiënt een positieve gastvrijheidsbeleving heeft.

2.9 Gastvrijheid in de zorg

“Het gaat om een algemeen gevoel van welbehagen en dat is nadrukkelijk niet beperkt tot de medische aspecten. Gastvrijheid heeft te maken met beleving en die is voor ieder mens anders” (Alflen, 2008, p. 20). Door gebruik te maken van het 4P–model van Twynstra & Gudde kan de bedrijfsvoering gastvrij worden. Het gaat om de totale beleving en die is opgesplitst in vier aspecten. De functionele aspecten zoals 'place', 'process' en 'product' gaan in op de gastgerichtheid. Het aspect 'people' gaat in op

gastheerschap. De theorie en het model van Hokkeling & De la Mar heeft veel overeenkomsten met het 4P-model. Voornamelijk het aspect 'dienst' in het mood maker-gastvrijheidsmodel komt overeen. Toch staat het 4P-model centraal in het onderzoek, omdat in dit model de patiënt centraal staat en niet de gast. Tevens laat dit model ook voorbeelden zien bij elk aspect waarin of wat een zorgorganisatie kan verbeteren.



Figuur 2.5: 4P-model gastvrijheid in de zorg (Twynn & Gudde, 2008).

Door te kijken door de ogen van de patiënt, naar de vier aspecten kan dit een hulpmiddel zijn bij het optimaliseren van de gastvrijheid in een zorgorganisatie:

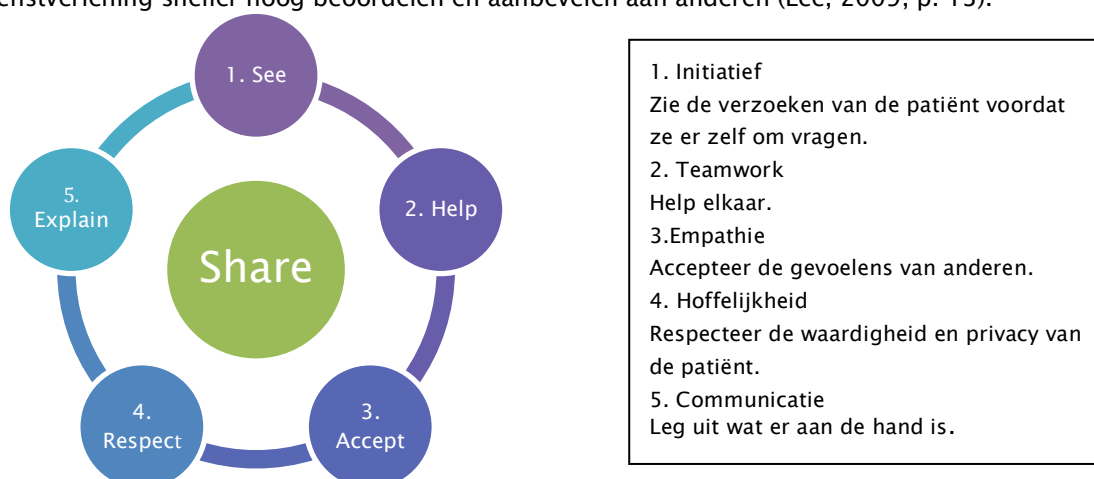
Tabel 2.1: Uitleg aspecten 4P-model.

People	Place
Bij dit aspect wordt er gekeken hoe diensten gastvrij ingericht kunnen worden. Leidinggevend en managers moeten medewerkers stimuleren om de juiste houding te hebben. Door competentieprofielen aan te passen, kunnen ook diensten gastvrij worden ingericht.	Dit aspect focust zich op veiligheid, beleving en sfeer door rekening te houden met verschillende aspecten waarmee een ziekenhuis het beste ingericht kan worden. Denk hierbij aan gebruik van kleuren, de geur, het klimaat en gebruik van licht. Rondom het bed van de patiënt zijn dit comfortabele stoelen, tafels, groenvoorziening en mogelijkheden tot wat privacy.
Product	Process
Dit aspect gaat over het aanbieden van diensten die in de ogen van de patiënt toegevoegde waarde hebben. Denk hierbij aan het hebben van een kapsalon of kerkzaal. Verder gaat het ook om keuzemogelijkheden. Dit kunnen keuzes zijn voor verschillende maaltijden of verschillende dagbladen.	Bij dit aspect draait het om het optimaliseren van de huidige diensten en systemen zodat de patiëntbeleving optimaal is.

Het aspect people laat zien dat gastvrijheid niet alleen komt door vriendelijke medewerkers, maar ook dat de stijl van leidinggeven resulteert in een gastvrijere organisatie. Net zoals het mood maker-gastvrijheidsmodel dit beaamt. De stijl van leidinggeven en/of het type organisatiecultuur is bepalend hoe gastvrij de dienstverlener is. Door als organisatie te kiezen voor een 'vrije' organisatiecultuur en stijl van leidinggeven, zullen medewerkers zich op hun gemak voelen en gemotiveerd zijn. Door het hebben van een vrije organisatiecultuur voelen medewerkers zich gehoord en dus belangrijk in een organisatie. Dit resulteert in tevreden medewerkers, welke zich meer gastvrij en vrolijk opstellen naar de patiënt. Het is een feit dat tevreden medewerkers resulteren in tevreden patiënten (Lee, 2009, p. 13). Voor dit onderzoek ligt de focus op het aspect people en het aspect process. De aspecten place en product worden buiten beschouwing gelaten. Dit model wordt alleen gebruikt om het advies in te richten. In het veldonderzoek zal er geen gebruik worden gemaakt van het 4P-model.

2.10 S.H.A.R.E.

Het SHARE-model van Fred Lee kan gebruikt worden als richtlijn bij het verlenen van diensten. De vijf punten uit het model kunnen geformuleerd worden in gedragsregels, waar medewerkers op moeten letten. Al deze punten zijn de vijf meest belangrijke punten waarop een patiënt de dienstverlening beoordeelt. Dit is bevestigd door 10.000 patiënttevredenheidsonderzoeken van verschillende onderzoeksbureaus. Deze punten zouden dus verwerkt moeten worden in de competentieprofielen van verschillende diensten. Wanneer deze vijf punten terugkomen in een dienst zullen patiënten de dienstverlening sneller hoog beoordelen en aanbevelen aan anderen (Lee, 2009, p. 13).



Figuur 2.6: Het begrip 'SHARE' schematisch weergegeven (Saskia Eijndhoven, 2016).

2.11 HEPT-gedragskader door Isala

Vanuit de kernwaarden met Hart & Ziel is het HEPT-criteria bedacht door verschillende medewerkers, van verschillende afdelingen binnen Isala (Iris, 2013). Het HEPT-criteria is een gedragskader waaraan medewerkers moeten voldoen om gastvrij te zijn naar patiënten. Bovendien worden diensten hierdoor meer homogeen, omdat iedere medewerker dezelfde gedragingen vertoont. Het HEPT-criteria is afgeleid van het SHARE-model van Fred Lee en staat voor:

Tabel 2.2: HEPT-criteria, definities en synoniemen.

Criteria	Definities (www.encyclo.nl)	Synoniemen (www.synoniemen.net)
Hoffelijk	Met zorg en aandacht voor anderen	Attent, behulpzaam, beleefd en hulpvaardig
Empathisch	Met inlevingsvermogen	Medeleven
Proactief	Iets doen voordat er om wordt gevraagd	Anticiperend, ondernemend
Teamgedachte	Samenwerking	Meewerken, samendoen

Tot nu toe wordt dit gedragskader alleen toegepast in het Fertiliteitscentrum van Isala (Iris, 2013). De gedragingen die bij deze vier woorden horen zijn te vinden in *bijlage V*.

De operationalisering van de kernbegrippen is te vinden in *bijlage VI*.

3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Er wordt uitgelegd hoe het onderzoek is uitgevoerd en toegelicht waarom het onderzoek op deze wijze is uitgevoerd. Dit wordt uitgelegd middels het stappenplan voor de customer journey methodiek. Elk paragraaf in dit hoofdstuk beschrijft een stap. Per paragraaf wordt ingegaan op de onderzoeksstrategie, de waarnemingsmethoden, selectie van de onderzoekseenheden en de analysemethoden.

Het doel van het onderzoeksgedeelte is om inzicht te verkrijgen hoe diensten geoptimaliseerd kunnen worden, hoe de patiëntbeleving van de drie diensten is in de huidige situatie en in welke mate patiënten hierover tevreden zijn. Op basis van de verkregen resultaten kunnen aanbevelingen worden geformuleerd over verbeterpunten gericht op de drie diensten van de keten Patiëntenservice.

De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord in het onderzoek:

1. Hoe ziet de customer journey eruit van de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
 - A. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een brancardier?
 - B. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een facilitair assistent?
 - C. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een zorgvrijwilliger?
2. Hoe beleeft de patiënt de drie diensten van de keten Patiëntenservice?
3. Is er verschil in de tevredenheid over de gastvrijheidsbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice onder patiënten tot 65 jaar of 65 jaar en ouder?

3.1 Persona's

3.1.1 Onderzoeksstrategie

Het maken van persona's is het visueel in kaart brengen van de verschillende groepen populaties. Door middel van observaties of korte interviews kunnen de verschillende typen patiënten in kaart worden gebracht. Elke persona staat voor een gedeelte van de totale patiëntengroep van Isala.

3.1.2 Waarnemingsmethoden

De verschillende typen patiëntengroepen zijn visueel in kaart gebracht door middel van observatieonderzoek. Verhoeven (2014) zegt: "Als in wetenschappelijk onderzoek gebruikt wordt gemaakt van observatiemethoden, dan duidt dat op de systematische waarneming van bepaalde gedragingen van personen. Het gaat daarbij alleen om die aspecten van het gedrag die voor het onderzoek interessant zijn. Bij observatieonderzoek kunnen kleine groepen (mensen) worden onderzocht, bijvoorbeeld in hun eigen omgeving".

3.1.3 Selectie onderzoekseenheden

De patiënten zijn in alledaagse situaties in het ziekenhuis geobserveerd. Dit is niet gedaan middels een checklist, maar door middel van ongestructureerde observaties. Er zijn participerende observaties uitgevoerd als medewerker van de drie diensten van de keten Patiëntenservice. Hiervoor is er op verschillende momenten contact geweest met verschillende typen patiënten. Deze patiënten zijn niet van tevoren geselecteerd. Wel is direct geobserveerd, maar is enkel bij medewerkers bekend gemaakt dat het ging om observaties.

3.1.4 Analysemethoden

In dit onderzoek is het gedrag van telkens één patiënt geobserveerd en niet de interacties tussen personen. Alle emoties en eigenschappen van de patiënten zijn met elkaar vergeleken. Degene die het meest voorkwamen zijn verwerkt in de resultaten van het observatieonderzoek.

3.2 Touchpoints

3.2.1 Onderzoeksstrategie

De persona's uit het eerste observatieonderzoek zijn gebruikt om de verschillende touchpoints met de drie diensten visueel in kaart te brengen.

3.2.2 Waarnemingsmethoden

Wederom zijn er participerende observaties uitgevoerd, als medewerker van de drie diensten.

3.2.3 Selectie onderzoekseenheden

Er is een checklist gehanteerd die gebaseerd is op de HEPT-criteria van het Fertiliteitscentrum van Isala. De touchpoints en kritische belevingsmomenten zijn ingedeeld volgens de HEPT-criteria, positief en negatief. Er is gestructureerd en direct geobserveerd. De observaties zijn alleen bij medewerkers bekend gemaakt. De patiënten zijn niet van tevoren geselecteerd.

Verhoeven zegt: "Bij kwalitatieve dataverzamelmethode, zoals observaties en open interviews, staat de beleving door de onderzochte centraal, ook wel subjectieve betekenisverlening genoemd. Bij observaties worden gedragen bestudeerd van de onderzochte populatie". Bij patiëntbeleving draait het vooral om het bestuderen van de verschillende gedragingen, en hoe vaak deze voorkomen in het dienstverleningsproces.

3.2.4 Analysemethoden

De uitkomsten zijn geanalyseerd op basis van de checklist. Alle touchpoints en kritische belevingsmomenten zijn ingedeeld middels de HEPT-criteria (positief en negatief). Per persona zijn er drie schema's (drie diensten) ontworpen die de touchpoints en kritische belevingsmomenten visueel in kaart brengen.

3.3 Beleving

3.3.1 Onderzoeksstrategie

Voorafgaand het ontwerpen van de enquête is middels het theoretisch kader in kaart gebracht hoe de patiëntbeleving kan worden gemeten en welke meetinstrumenten reeds worden gebruikt. Op basis hiervan en de touchpoints zijn de vragen voor de enquête ontworpen.

Voor dit onderzoek is de patiënttevredenheid over de patiëntbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice in kaart gebracht middels een surveyonderzoek. Verhoeven (2014) zegt: "Een surveyonderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode. Een nadeel bij een surveyonderzoek zijn de vastgestelde vragen lijsten, waardoor de motivatie voor een bepaald antwoord door een respondent onbekend is. Open vragen kunnen lastiger geanalyseerd worden en passen dan ook meer bij kwalitatief onderzoek".

Met een surveyonderzoek beschikt men over meer tijd en ruimte om een grote groep respondenten te enquêteren. Bovendien wordt hierdoor de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Verder is het eenvoudiger conclusies te trekken met betrekking tot het conceptueel model bij kwantitatief onderzoek, omdat numerieke gegevens zijn verzameld (Verhoeven, 2014). De respondenten zijn patiënten van Isala, deze mensen zijn ziek en houden een diepte/interview niet vol. Dit is ook de reden geweest om een surveyonderzoek uit te voeren.

3.3.2 Waarnemingsmethoden

De enquête is afgenomen middels een face-to-face enquête, in de rol van zorgvrijwilliger. Dit houdt in dat er rondgelopen werd in een groene blouse met de bedrijfsnaam Isala erop. Hierdoor was de onderzoek rol voor medisch personeel duidelijk herkenbaar.

Een andere reden dat enquête face-to-face is gehouden, was om oudere en zwakke patiënten te begeleiden bij het invullen van de enquête. Hierdoor konden ook motivaties bevestigd worden aan patiënten, bij beantwoorden van de vragen. De enquête is begeleidend en offline ingevuld op een tablet. De voornaamste reden hiervoor was het verkleinen van besmettingsgevaar. De vragenlijst is ingevoerd en afgenomen in het programma 'Qualtrics'.

3.3.3 Selectie onderzoekseenheden

De populatie bestond uit patiënten van Isala met een opnameduur van gemiddeld drie dagen. Een steekproef is een deelverzameling van de populatie, dat representatief is voor de totale populatie (Verhoeven, 2014). Wanneer gebruik wordt gemaakt van een steekproefcalculator, beschrijft deze dat bij een populatie boven de 20.000 er geen verschil meer is in het aantal respondenten, dat representatief staat voor de totale populatie.

Het surveyonderzoek is uitgevoerd op drie van de 20 afdelingen. Deze afdelingen waren cardiologie, chirurgie en orthopedie/ traumatologie. Op deze afdelingen liggen alle patiënten gemiddeld drie dagen. Bij een opnameduur van drie dagen, of langer, hebben patiënten vaak een duidelijke mening over de verschillende belevingen die plaats vinden tijdens een opname. Verder was er ook genoeg diversiteit in leeftijd op deze drie genoemde afdelingen. Voortslopen continue meerdere onderzoeken binnen Isala. Meerdere onderzoeken zijn erg storend voor de patiënt.

De gemiddelde opnameduur van een patiënt is drie dagen, per jaar zijn er 44.000 opnames (Isala, 2015). In een halfjaar zijn dit 22.000 opnames (duur van de thesisperiode). Van de 20 afdelingen zijn er drie afdelingen meegenomen in het onderzoek. Dit is ongeveer een/zevende deel. $22.000 / 7 \approx 3143$. De onderzoekspopulatie bestaat uit 3.143 patiënten.

Bij een betrouwbaarheidspercentage van 95%, een foutenmarge van 5% en een spreidingsmarge van 50% zijn het aantal respondenten 343. Er is een gelijk aantal aan patiënten boven en onder de leeftijdsgrens van 65 jaar geënkquêteerd. Zie *bijlage VII* voor de steekproefcalculator.

Er is een 'quota' steekproef getrokken, zoals eerder is vernoemd is er een gelijk aantal aan patiënten geënkquêteerd boven en onder de leeftijdsgrens van 65 jaar. In principe komt elke patiënt in contact met een facilitair assistent en een zorgvrijwilliger. Bij de dienstverlening van de brancardiers is dit anders. Hierdoor is gewerkt met een overzicht van de ritten van brancardiers die patiënten hebben vervoerd van de afdelingen waarop werd geënkquêteerd. Dit waren dan ritten van de dag ervoor. Bij een non-response is het kamernummer genoteerd en is deze patiënt overgeslagen.

3.3.4 Analysemethode

De uitkomsten van de enquête zijn geanalyseerd door middel van univariate (enkelvoudige) en bivariate (meervoudige) analyses in het statistische computerprogramma SPSS. Tevens is ook de toetsende onderzoeksvraag beoordeeld. Voor een overzicht van de analysemethoden en het toetsen van de hypothese wordt er verwezen naar *bijlage VIII*.

3.4 Conceptueel model

Door het vaststellen van hypothesen en conceptuele modellen kan er een passender advies gegeven worden, doordat er dieper wordt ingegaan op relaties. (Verhoeven, 2014).

Hoe beleeft de patiënt de drie diensten van de keten patiëntenservice?

Uit deze onderzoeksvraag kan het kernbegrip tevredenheid (over de beleving) herleid worden. De tevredenheid over de beleving van de diensten is een variabele uit de onderzoeksvraag. Dit is ook de enige (afhankelijke) variabele. Veel onderzoekers beweren dat oudere mensen over het algemeen tevredener zijn met de dienstverlening in de zorg in vergelijking met jonge mensen (Houts et al., 1986, Blanchard et al., 1990, Zabr et al., 1991, geciteerd in Sitzia & Wood, 1997, p. 1829–1843). Voor dit onderzoek worden oudere mensen gedefinieerd vanaf de leeftijd van 65 jaar, want dit is de gemiddelde pensioenleeftijd in Nederland.

Toetsende onderzoeksvraag: Is er verschil in de tevredenheid over de gastvrijheidsbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice onder patiënten tot 65 jaar of 65 jaar en ouder?

Onafhankelijke variabele: Leeftijd.

Afhankelijke variabele: Tevredenheid over de beleving



Figuur 3.1: Bivariate relatie.

Dit is een bivariate relatie met de volgende hypothese:

“Oudere mensen vanaf de leeftijdsgrens van 65 jaar zijn over het algemeen tevredener in vergelijking tot mensen onder de leeftijdsgrens van 65 jaar”.

Verschillende onderzoeken beweren tevens dat laagopgeleiden tevredener zijn in vergelijking tot hoger opgeleiden, deze kijken kritischer naar de diensten (Hall & Dornan, 1990, Anderson & Zimmerman, 1993, Schutz et al., 1994 geciteerd in Sitzia & Wood, 1997, p. 1829–1843). Volgens het Centraal Bureau van de Statistiek (2016) is er vanaf 1999 een stijgende lijn met afgestudeerden in het hoger onderwijs. Hier is sprake van een interveniërende variabele. Het opleidingsniveau van jongere en oudere mensen bepalen dus het verschil in tevredenheid. Over het algemeen zijn oudere mensen lager geschoold als jongere mensen.



Figuur 3.2: Trivariate relatie.

Dit is een trivariate relatie met de volgende hypothese:

“Jongere mensen zijn in vergelijking oudere mensen minder tevreden over de beleving van een dienstverlening, omdat zij hoger opgeleid zijn en dus kritischer zijn”.

Doering, 1983, Delgado et al., 1993, Hopton et al., 1993, geciteerd in geciteerd in Sitzia & Wood, 1997 zeggen: “Het is onderzocht dat het geslacht van een patiënt niet in relatie staat tot patiënttevredenheid”.

4. Resultaten

4.1 Persona's

De participerende observaties als medewerker, om de verschillende patiëntengroepen in kaart te kunnen brengen zijn uitgevoerd op de volgende dagen:

- Dinsdag 6 september 2016 & woensdag 7 september 2016 met de facilitair assistenten;
- Donderdag 8 september 2016 met de brancardiers;
- Dinsdag 13 september 2016 met een zorgvrijwilliger.

De participerende observatie als zorgvrijwilliger is in dit geval het meest nuttig geweest. Van deze drie diensten komt de zorgvrijwilliger het meeste in contact met patiënten. Zorgvrijwilligers lopen elke ochtend van 09:00 – 12:00 uur rond op de verpleegafdelingen om met patiënten te praten. Brancardiers hebben contact met patiënten tijdens het vervoer van A naar B. Facilitaire assistenten komen in contact met patiënten bij het schoonmaken van de kamers.

De volgende aspecten kwamen naar voren:

- Veel patiënten boven de 65 jaar;
- Veel patiënten tussen de 35 en 55 jaar;
- Ze komen allemaal uit de regio;
- Verschil in patiënten met veel bezoek en weinig bezoek, grotere families en/of vriendenkring.

Aan de hand van deze aspecten zijn er vier persona's gecreëerd. Deze zijn een man en vrouw onder de pensioenleeftijd van 65 jaar en een man en een vrouw boven de pensioenleeftijd van 65 jaar. Bij beide leeftijdscategorieën is rekening gehouden met voldoende diversiteit en de verschillende aspecten. Wel is dit zoveel mogelijk naar waarheid ingevuld. Deze vier persona's weergeven namelijk alle patiëntengroepen van Isala. Zie *bijlage X* voor de persona's.

4.2 Touchpoints

Bij dit onderzoek hebben nogmaals participerende observaties als medewerker plaats gevonden. Met behulp van de persona's is geanalyseerd welke touchpoints en kritische belevingsmomenten er plaats vinden tussen de verschillende dienstverleners en patiëntengroepen. Deze participerende observaties hebben op onderstaande dagen plaatsgevonden:

- Dinsdag 18 oktober als facilitair assistent;
- Woensdag 19 oktober als brancardier;
- Donderdag 20 oktober als zorgvrijwilliger.

De visualisatie van de touchpoints en kritische belevingsmomenten, positief en negatief, ingedeeld middels de HEPT-criteria zijn te vinden in *bijlage XI*.

4.3 Beleving enquête

In de periode van 8 november 2016 tot en met 29 november 2016 is er geëncquêteerd. De vragenlijst is te vinden in *bijlage XII*. De precieze data en aantal responses per dag is te vinden in *bijlage XIII*. In deze periode zijn patiënten ondervraagd van de volgende afdelingen:

- Cardiologie
- Chirurgie
- Orthopedie/ Traumatologie

De enquête is ontworpen op basis van de operationalisering van de kernbegrippen in het boomdiagram, welke compleet is gemaakt door het kwalitatieve vooronderzoek. De enquête is opgedeeld in de drie diensten. Er zijn vragen geformuleerd volgens de werkwijze van the Picker Institute en is aan de patiënt gevraagd welke touchpoints belangrijk zijn voor een positieve gastvrijheidsbeleving. Elk onderdeel is afgesloten met een algemene tevredenheidsvraag waarop patiënten de dienst konden beoordelen op een schaal van 1 tot 10, net zoals de Netto Promotor Score (NPS).

Elke afdeling heeft 48 bedden tot haar beschikking. Het doel was dan ook om alle 344 respondenten te ondervragen. Voorafgaand is er niet goed nagedacht over eventuele belemmeringen. De volgende belemmeringen hebben dan ook plaatsgevonden:

- In de uitvoerperiode was er een lagere bezetting qua patiënten op de afdeling cardiologie, dit resulteerde in minder ondervraagde patiënten op deze afdeling;
- Op de afdelingen cardiologie en chirurgie verbleven patiënten langer dan de gemiddelde opnameduur van 3 dagen, dit resulteerde weer in minder patiënten welke ondervraagd konden worden.
- Niet elke patiënt is in contact geweest met een brancardier, elke dag werd er gewerkt met een lijst van het systeem ARTA, om zo in kaart te kunnen brengen welke patiënten de dag ervoor vervoerd zijn geweest door een brancardier.
- Niet elke patiënt is in contact geweest met een zorgvrijwilliger, dit was op zich niet erg omdat sommige patiënten hier ook geen behoefte aan hadden en dit geen betaalde dienst is van de keten Patiëntenservice.
- Een aantal patiënten waren fysiek en/ of emotioneel niet in staat om de vragen van de onderzoeker te beantwoorden. Dit was vooral bij oudere patiënten.
- Patiënten slapen na de lunch, deze begint vanaf 11:45 – 12:45.
- Na het dutje is er bezoeker vanaf 14:30 uur.

Met uitzondering van twee patiënten, hebben alle benaderde patiënten deelgenomen aan de enquête. Het aantal eventuele respondenten volgens de lijsten van ARTA waren in totaal 344 patiënten, dit klopt dan ook met de uitkomsten van de steekproefcalculator. In totaal zijn er 127 patiënten ondervraagd (50% van de totale steekproef).

4.3.1 Univariante analyse

In deze paragraaf worden de gegevens univariate, oftewel enkelvoudig geanalyseerd. Van de verschillende vragen zijn in SPSS-frequentietabellen gecreëerd en bij de stellingen (belangrijkheid touchpoints) is het gemiddelde vastgesteld.

Algemeen

Er zijn in totaal 172 patiënten ondervraagd. Van dit aantal waren er 93 man en 78 vrouw (bij één patiënt is deze vraag niet ingevuld). Evenveel patiënten van boven de leeftijdsgrens van 65 jaar zijn ondervraagd als onder deze leeftijdsgrens. De meeste respondenten onder de 65 jaar oud zaten in leeftijdscategorie 56 – 65 jaar oud (24.4%). Het overgrote deel van de respondenten (73 respondenten, 24.4%) heeft een opleiding gedaan aan de vakschool (Its) of de huishoudschool (lhno). Het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) volgt hierna met 50 respondenten (29.1%). De gemiddelde opnameduur van 3 dagen wordt ook bevestigd met de enquête, aangezien het overgrote deel van de patiënten (70 respondenten, 40.7%) drie dagen was opgenomen in het ziekenhuis. De meeste patiënten (74 respondenten, 43%) zijn ondervraagd op de afdeling orthopedie/traumatologie.

Brancardiers

Het overgrote deel van de respondenten (99 respondenten, 57.6%) is in contact gekomen met een brancardier door beddentransport van de afdeling naar de afdeling röntgen/echo of de HCK. In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten bepaalde belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.1: Uitkomsten belevingen brancardiers.

De brancardier..	Ja, altijd	Ja, soms	Nee	
Gaf een hand	75,0%	22,7%	1,7%	
Deed dit ook bij mijn gezelschap	13,4%	2,9%	3,5%	Ik was alleen 79,7%
Vertelde over de route	55,2%	34,3%	9,9%	
Maakte een praatje	68,6%	29,7%	0,6%	
Stuurde bezoekers uit de lift	33,1%	12,2%	24,4%	

Van alle touchpoints welke de patiënt graag terugziet in de dienstverlening is alleen het voorstellen middels een naam en het praatje maken tijdens het transport gemiddeld beoordeeld met 'redelijk belangrijk'. De overige touchpoints zijn gemiddeld beoordeeld met 'belangrijk'. Het overgrote deel van de respondenten, 46,5% beoordeeld de dienstverlening met het cijfer '8'. Maar zeven keer is het cijfer '6' ingevuld. In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten negatieve belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.2: Uitkomsten negatieve belevingen brancardiers.

De brancardier..	Aantal	Anders..	Frequentie
Geeft geen handdruk	4,1%	De brancardier was gehaast en gestrest	1
Gaf geen hand aan mijn gezelschap	1,7%	Lange wachttijd	2
Vertelt niet over de routing	2,3%	Brancardiers zien praten, terwijl patiënt wacht nog steeds wacht op een brancardier	1
Sprak niet	1,7%	De hand schudden (infectiegevaar)	1
Stuurde bezoekers niet de lift uit	11,6%	Gezicht richting de spiegel in de lift	7
		Patiëntenvervoer niet duidelijk bij bezoekers	1

Facilitaire assistenten

In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten bepaalde belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.3: Uitkomsten belevingen facilitaire assistenten.

De facilitair assistent..	Ja, altijd	Ja, soms	Nee	
Vertelt naam en dat de kamer wordt schoongemaakt	65,4%	35,5%	7,6%	
Sprak terug / met mij	33,1%	49,4%	7,0%	N.V.T. 9,9%
Maakte schoon tijdens het slapen	–	17,4%	81,4%	
Maakte schoon tijdens bezoeken	0,6%	14,5%	82%	
Maakte de kamer goed schoon	87,8%	9,3%	2,3%	

Van alle touchpoints welke een patiënt graag terugziet in de dienstverlening is alleen het goed schoonmaken van de kamer gemiddeld beoordeeld met 'redelijk belangrijk', de overige gemiddeld met 'belangrijk'. Het overgrote deel van de respondenten hebben de dienstverlening beoordeeld met het cijfer '7', maar er is ook één '5' gegeven en 25 keer het cijfer '6' ingevuld. In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten negatieve belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.4: Uitkomsten negatieve belevingen facilitaire assistenten.

De facilitaire assistent..	Aantal	Anders..	Frequentie
Stelde zicht niet voor	13,4%	De vloer wordt niet gedweild	3
Maakte geen praatje	1,2%	De kamer is niet goed schoon	3
Maakte de kamer schoon wanneer de patiënt sliep	2,3%	In het weekend wordt er niet goed schoongemaakt	1
Maakte de kamer schoon tijdens bezoeken	9,3%	Het toilet is smerig	1
Stuurde bezoekers niet de lift uit	11,6%	De facilitair assistent spreekt bijna geen Nederlands	1
		Gebruik van hoog stoffer terwijl ik in bed lag	6

Zorgvrijwilligers

In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten bepaalde belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.5: Uitkomsten belevingen zorgvrijwilligers.

De zorgvrijwilliger..	Ja, altijd	Ja, soms	Nee	
Brengt de krant	48,3%	36%	15,1%	
Gaat in op een kleine gunst	7,6%	12,2%	2,9%	N.V.T. 76,7%
Klopt op de deur en vraagt of ik wil praten	12,8%	37,8%	18%	N.V.T. 13,8%
Stelt zich voor	20,9%	45,9%	13,4%	N.V.T. 19,2%
Ik kan aangeven dat ik wil praten	4,7%	1,7%	10,5%	N.V.T. 82,6%
Ik kan aangeven dat ik graag naar buiten wil	1,7%	2,9%	5,8%	N.V.T. 88,4%

Van alle touchpoints welke een patiënt graag terugziet in de dienstverlening zijn alle stellingen gemiddeld beoordeeld met 'belangrijk'. De meeste patiënten geven de dienstverlening het cijfer '7' (58,1%). In onderstaand tabel is te zien bij hoeveel procent van de respondenten negatieve belevingen zijn voorgekomen:

Tabel 4.6: Uitkomsten negatieve belevingen zorgvrijwilligers.

De zorgvrijwilliger	Aantal	Anders..	Frequentie
Brengt geen krant	9,3%	Maakt geen praatje, terwijl ik dit wel graag wil	2
Gaat niet in (vergeten van) op verzoeken	2,3%	Ik heb geen zorgvrijwilliger gezien	2
Stelt zich niet voor	3,5%	Ik ben niet op de hoogte van de mogelijkheden	6
Komt niet meer terug	2,9%	Brengt niet elke dag de krant	1
		Ze zijn erg druk	1

4.3.2 Bivariate analyse

In deze paragraaf worden de gegevens bivariate, oftewel meervoudig met meerdere variabelen geanalyseerd. Bijna alle variabelen waren ordinaal en nominaal, hierdoor zijn er voornamelijk kruistabellen geanalyseerd in SPSS en is de Cramer 's V vastgesteld.

Kruistabellen

43 respondenten boven de leeftijdsgrens van 65 jaar hebben de brancardiers een 7 gegeven, dit waren maar 37 respondenten onder de leeftijdsgrens van 65 jaar. Wat opvalt is dat twee respondenten onder deze leeftijdsgrens een 10 hebben gegeven. Bij de facilitaire assistenten liggen deze beoordelingen ongeveer gelijk. Ditzelfde geldt voor de zorgvrijwilligers.

Wel zijn de meeste mensen boven de leeftijdsgrens van 65 jaar lager opgeleid, in totaal waren dit 59 respondenten van de 86 respondenten boven deze leeftijdsgrens. Van de respondenten onder de leeftijdsgrens van 65 jaar waren er maar acht respondenten met een afgeronde Wetenschappelijke opleiding (wo). 22 respondenten hadden een diploma op hoger beroepsonderwijs (hbo) afgerond. De overige respondenten waren vooral mensen met een afgeronde mbo-opleiding. Er kan geconcludeerd worden dat over het algemeen oudere mensen lager opgeleid zijn.

Over het algemeen is te zien bij elke dienst dat wanneer een beleving niet is voorgekomen in het dienstverleningsproces, patiënten dit wel erg belangrijk vinden en dus graag terug willen zien in het dienstverleningsproces. Verder is ook duidelijk te zien in de kruistabellen dat wanneer een bepaalde beleving niet is voorgekomen in de dienstverlening, patiënten dit niet zo zeer zien als een negatieve ervaring. Dit komt vooral omdat patiënten geen verwachting hebben over deze diensten, het gaat er voornamelijk om dat de behandeling voorspoedig loopt en ontslag snel plaats vindt.

Cramer's V

De Cramer's V toont aan of er een sterk verband is tussen twee of meerdere variabelen (Te Grotenhuis & Mathijssen, 2013):

- Cramers V tussen 0 en 0,25: zeer zwak verband;
- Cramers V tussen 0,25 en 0,5: zwak verband;
- Cramers V tussen 0,5 en 0,75: sterk verband;
- Cramers V tussen 0,75 en 1: zeer sterk verband;

Brancardiers

Een Cramer's V van 0,59 is geconstateerd bij de beoordeling van de stelling "maakt een praatje tijdens het transport" op een vijf-puntenschaal en het aangeven van de negatieve beleving "niet praten tijdens het transport".

Facilitaire assistenten

Een Cramer's V van 0,77 is geconstateerd bij de beoordeling van de stelling "maakt mijn kamer alleen schoon wanneer ik geen bezoek heb" en het aangegeven van de negatieve beleving "schoonmaken van de kamer wanneer er bezoek aanwezig was".

Een Cramer's V van 0,62 is geconstateerd bij de beoordeling van de stelling "maakt mijn kamer schoon alleen als ik wakker ben" en het aangeven van de negatieve beleving "schoonmaken van de kamer terwijl ik lag te slapen". Deze laatstgenoemde werd vooral beaamt door patiënten onder de leeftijdsgrens van 65 jaar.

Zorgvrijwilligers

Een Cramer's V van 0,67 is geconstateerd bij de beoordeling van de stelling "gaat in op mijn verzoeken" en het aangeven van de negatieve beleving "niet ingaan op verzoeken/ vergeten van verzoeken".

4.4 Toetsen hypothese

De nulhypothese (H0) welke centraal staat in dit onderzoek is: Er is geen verschil in de gastvrijheidsbeleving tussen patiënten onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar.

De alternatieve hypothese (HA) die centraal staat in dit onderzoek is: Er is een verschil in de gastvrijheidsbeleving tussen patiënten onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar.

De trivariate relatie is bevestigd met de gegevens uit de kruistabellen. Mensen boven de 65 jaar oud zijn vaker lager opgeleid als mensen onder deze leeftijdsgrens. Deze relatie is dan ook niet nog een keer trivariate getoetst in SPSS.

De hypothese is getoetst met het significantieniveau 0,05 (5%). Per dienst is de leeftijd (ordinaal) getoetst met de algemene beoordeling van de drie diensten (scale). De hypothese is dan ook getoetst met de 'T-toets'. In *bijlage XIV* zijn de uitkomsten te vinden.

Brancardiers

In de statistiek is $P = 0,454$ (45,4%)

Significatieniveau = 0,05 (5%)

De gevonden P-waarde is groter dan de gekozen grens van 5%, er bestaat dus geen significant verschil tussen mensen onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar.

Facilitaire assistenten

In de statistiek is $P = 0,208$ (20,8%)

Significatieniveau = 0,05 (5%)

De gevonden P-waarde is groter dan de gekozen grens van 5%, er bestaat dus geen significant verschil tussen mensen onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar.

Zorgvrijwilligers

In de statistiek is $P = 0,949$ (94,9%)

Significatieniveau = 0,05 (5%)

De gevonden P-waarde is groter dan de gekozen grens van 5%, er bestaat dus geen significant verschil tussen mensen onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar.

Kortom, na alle variabelen te hebben getoetst kan er geconcludeerd dat de nulhypothese niet opnieuw verworpen hoeft te worden en dat alle variabelen welke getoetst zijn géén significant verschil tussen mensen onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar is.

Ondanks dit gegeven zijn twee andere variabelen getoetst met de variabele leeftijd. Patiënten gaven tijdens het afnemen van de enquête de volgende motivaties:

- Oudere mensen vonden het niet erg als de kamer werd schoongemaakt tijdens het slapen;
- Oudere mensen wilden geen krant, dit komt door zicht dat steeds verslechterd met de jaren.

In *bijlage XV* is deze toetsing te vinden.

Bij de eerste toetsing was de gevonden P-waarde ,027 (0,027%) Deze P-waarde is lager als het gekozen significantieniveau van 5%.

Bij de tweede toetsing was de gevonden P-waarde ,003 (0,03%) deze P-waarde is ook lager als het gekozen significantieniveau.

5. Conclusie

1. Hoe ziet de customer journey eruit van de drie diensten van de keten Patiëntenservice?

- A. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een brancardier?
- Een brancardier kan een patiënt in een rolstoel of per bed vervoeren. Rolstoeltransport vindt plaats vanaf de SEH naar de afdeling röntgen/echo, of bij ontslag vanaf de afdeling naar de centrale hal. Beddentransport vindt plaats vanaf de afdeling naar de OK of naar de afdeling röntgen/echo of de HCK en vice versa. Tevens vindt soms een overplaatsing van afdeling plaats. Bij de eerste touchpoint met de patiënt geeft de brancardier een hand en stelt zich voor. Verteld wordt hoe de route door het ziekenhuis is naar de bestemming en er wordt wat gepraat. Bij gebruik van de lift worden op dat moment aanwezige bezoekers soms wel en soms niet weggestuurd. De patiënt is op de bestemming, het bed wordt weer gekoppeld en de brancardier wens de patiënt een voorspoedig herstel. Positieve kritische belevingsmomenten zijn: het geven van een hand, een praatje maken en andere bezoekers de lift uit sturen. Negatieve kritische belevingsmomenten zijn: het niet geven van een hand aan patiënt, niet vertellen over de routing, geen praatje maken, niet andere bezoekers de lift uit sturen.
- B. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een facilitair assistent?
- De facilitaire assistenten komen in principe in elke patiëntenkamer en kunnen dus ook veel contact zoeken met patiënten. De facilitair assistent komt binnen middels een “goedemorgen”, maakt de kamer schoon, praat wat en vertrekt weer. Sommige diensten beginnen al om 07:00 uur en het komt weleens voor dat de lichten aan worden gedaan en dat de kamer wordt schoongemaakt, terwijl de patiënt nog slaapt. Daarbij worden patiëntenkamers tijdens het bezoeken ook schoongemaakt. Positieve kritische belevingsmomenten zijn: voorstellen en vertellen dat de kamer wordt schoongemaakt, het maken van een praatje en de kamer niet schoonmaken wanneer de patiënt bezoek ontvangt. Negatieve kritische belevingsmomenten zijn: De patiënt negeren, het schoonmaken van de kamer te vroeg op de dag en het schoonmaken van de kamer tijdens bezoek.
- C. Wat zijn de touchpoints en kritische belevingsmomenten van een zorgvrijwilliger?
- Een zorgvrijwilliger is er voor de patiënt. Taken zijn het verzorgen van de bloemen op alle patiëntenkamers, ingaan op verzoeken van de patiënt, de metro verspreiden op de afdelingen en vooral het praten en steunen van de patiënt. Positieve kritische belevingsmomenten zijn: het brengen van de krant, ingaan op verzoeken en dit niet vergeten, praten met patiënten die hier daadwerkelijk behoefte aan hebben. Negatieve kritische belevingsmomenten zijn: het niet ingaan/ vergeten van verzoeken, het niet brengen van de krant, te druk zijn om met elke patiënt te praten, het praten met patiënten die er eigenlijk geen behoefte aan hebben en niet meer terugkomen naar de patiënt door drukte.

2. Hoe beleeft de patiënt de drie diensten van de keten Patiëntenservice?

Uit de univariate analyse is te concluderen dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de diensten van de keten Patiëntenservice. Wel is de dienstverlening van de facilitaire assistenten het meest kritisch beoordeeld. Patiënten hebben deze dienst vaker beoordeeld met een '6' en ook met één '5'. Tevens vinden alle belevingen niet altijd plaats. Een mogelijke verklaring is dat diensten door verschillende medewerkers op verschillende wijzen worden verleend. Dit houdt in dat er veel heterogeniteit is in het verlenen van de diensten.

Brancardiers

Bij de brancardiers ging het voornamelijk om de wachttijd van de afdeling röntgen/echo naar de afdeling, niet altijd voorrang krijgen bij de lift (beddentransport) en patiënten zouden graag andersom de lift in worden gereden (in verband met de spiegel).

Facilitaire assistenten

Aangezien patiënten al weinig privacy hebben, doordat iedereen steeds in en uit loopt, zouden patiënten graag willen dat facilitaire assistenten vertellen dat de kamer wordt schoongemaakt.

Zorgvrijwilligers

Veel patiënten gaven aan niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van een zorgvrijwilliger. Bovendien vonden patiënten ook dat zorgvrijwilligers niet gericht te werk gaan. De meeste respondenten gaven aan het praten wel gezellig te vinden, maar hier niet zozeer behoefte aan te hebben. Het is beter wanneer een zorgvrijwilliger een praatje maakt met een patiënt die hier misschien wel behoefte aan heeft, omdat deze patiënt bijvoorbeeld weinig bezoek ontvangt.

3. Is er verschil in de tevredenheid over de gastvrijheidsbeleving van de diensten van de keten Patiëntenservice onder patiënten tot 65 jaar of 65 jaar en ouder?

Kijken naar de algemene beoordeling is er geen significante samenhang vastgesteld tussen de twee patiëntengroepen. Tijdens de analyse is steeds gekeken of er een significante samenhang aanwezig was tussen de leeftijd en de tevredenheid van de respondenten. Een P-waarde van 5% is gekozen, zodat er geen foute aannames gedaan konden worden. Uit deze analyse is gebleken dat er geen significante samenhang aanwezig is tussen deze twee variabelen.

Wel is vastgesteld dat mensen boven de leeftijdsgrens van 65 jaar niet zozeer de krant willen ontvangen van een zorgvrijwilliger. Dit heeft vooral de reden dat bij ouderen hun zicht is verslechterd. Mensen onder de leeftijdsgrens van 65 jaar vinden het vervelend als de kamer wordt schoongemaakt terwijl de patiënt nog ligt te slapen.

6. Discussie

6.1 Interne validiteit

Baarda, 2014 zegt: “Zowel bij kwantitatief als bij kwalitatief onderzoek geldt dat je moet kunnen aangeven wat je met je onderzoeksopzet wilt aantonen, maar ook wat je met je onderzoek niet kunt aantonen. In het theoretisch kader en het literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat bij het meten van de patiëntbeleving eerst in kaart moet worden gebracht wat gemeten moet worden. In beide hoofdstukken beaamt de theorie dat dit het beste kan door middel van kwalitatief onderzoek. Dit is de reden geweest dat er participerende observaties hebben plaatsgevonden voor het creëren van de persona's en het visueel in kaart brengen van de touchpoints. Dit vooronderzoek heeft het boomdiagram compleet gemaakt, welke zorg heeft gedragen voor de enquête.

6.2 Externe validiteit

Wanneer de steekproef een juiste afspiegeling vormt van de populatie leidt dit tot een hoge externe validiteit. Dit houdt in dat de resultaten gelden voor de gehele populatie (Verhoeven, 2014, p. 210). Volgens de steekproefcalculator waren 344 respondenten nodig om te kunnen vast te stellen dat de steekproef representatief is voor de totale populatie. Maar dit was zeker geen reëel doel, om dit aantal respondent te kunnen ondervragen. In verband met de deadline van het inleveren van de thesis moest gewerkt worden met behulp van een tijdschema. Hierdoor waren drie weken beschikbaar gesteld om respondenten te enquêteren. Indien de enquête door twee onderzoekers was uitgevoerd, op meerdere afdelingen zou dit wel haalbaar zijn geweest. Zoals eerder is genoemd, in hoofdstuk 4 paragraaf 4.3, waren er een aantal belemmeringen tijdens het afnemen van de enquêtes.

6.3 Begripsvaliditeit

Verhoeven, 2014 zegt: “Begripsvaliditeit heeft betrekking op de meetinstrumenten welke vaak in een enquête-onderzoek worden gebruikt. Over het algemeen komt het erop neer dat je bekijkt of je ‘meet wat je meten wilt’ Wanneer het meetinstrument alle begrippen uit de operationalisering meet, is de begripsvaliditeit hoog.

Het boomdiagram is gebaseerd op de operationalisering van de kernbegrippen in het theoretisch kader. Door de participerende observaties is deze boomdiagram compleet gemaakt. Door deze participaties zijn de positieve en negatieve belevingen (touchpoints) in kaart gebracht. De vragen in de enquête zijn hierop gebaseerd. Geconcludeerd kan worden dat goed vooronderzoek heeft plaats gevonden welke belevingen kunnen voorkomen. Het meetinstrument dekt dus alle begrippen uit de operationalisering. Een probleem qua vraagstelling zit in vraag 16; “de facilitair assistent verteld zijn/haar naam en vertelt dat de kamer wordt schoongemaakt”. Veel respondenten vatte deze vraag op als; “de facilitair assistent zegt ‘goedemorgen’ bij binnenkomst van de kamer. Bij vraag 21 over de belangrijke contactmomenten, geven veel patiënten wel aan dat ze het prettig vinden dat verteld wordt wat de persoon komt doen. Een mondelinge toevoeging was het feit dat patiënten weinig privacy hebben. Hierdoor hoeft deze vraag niet buiten beschouwing gelaten te worden.

6.4 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten geeft aan in hoeverre deze vrij zijn van toevallige fouten (Verhoeven, 2014, p. 205). Qua steekproefgrootte is het aantal respondenten niet 344 patiënten, maar juist de helft. Wel is een duidelijk onderscheid tussen respondenten boven en onder de leeftijdsgrens van 65 jaar, in verband met de hypothese. Aangezien veel patiënten toch wel dezelfde responses hadden kan gesuggereerd worden dat dit geldt voor de hele populatie. Het probleem is nu wel dat de facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers vast op de afdeling werken, hierdoor zijn alleen deze medewerkers beoordeeld door de patiënten. Bij de brancardier is dit niet het geval.

7. Advies

In dit hoofdstuk wordt het advies onderverdeeld in de twee definities van gastvrijheid, welke een koppeling hebben met het 4P-model. Een overkoepeld advies is geformuleerd voor alle drie de diensten. Verder zijn per dienst ook verschillende aanbevelingen geformuleerd en met elkaar afgewogen in de multicriteria-analyse. Het advies komt voort uit de resultaten uit het veldonderzoek. Per advies zijn concrete acties voor implementatie geformuleerd middels de PDCA-cyclus van Deming. Bovendien zijn de kosten in de ontwikkel- en uitvoerfase berekend en is er nagegaan wat de exacte baten zijn van implementatie. Tot slot volgt dit hoofdstuk met een conclusie welke antwoord geeft op het managementvraagstuk.

7.1 Doelstelling en managementvraagstuk

Het doel van het adviesgedeelte is om op basis van de resultaten uit het onderzoek verbeterpunten te formuleren. Met deze resultaten is het duidelijk welke aspecten van de diensten van de keten Patiëntenservice geoptimaliseerd dienen te worden voor een gastvrijere patiëntbeleving.

Het managementvraagstuk dat aan het eind van dit hoofdstuk wordt beantwoord luidt: *Op welke wijze kunnen de diensten van de keten Patiëntenservice geoptimaliseerd worden, zodat deze bijdraagt aan een positieve gastvrijheidsbeleving?*

7.2 Opbouw advies

Het advies is niet alleen onderverdeeld per dienst, maar is onderverdeeld in de twee definities van gastvrijheid; gastheerschap en gastgerichtheid. In vergelijking tot het 4P-model valt gastgerichtheid onder het aspect proces en gastheerschap onder het aspect people.



Figuur 6.1: Combinatie definities gastvrijheid en gebruikte aspecten 4P-model (Saskia Eijndhoven, 2016).

7.2.1 Gastgerichtheid – Process

In het 4P-model staan per aspect voorbeelden weergegeven welke aspecten hierop van invloed zijn. Bij het aspect proces is dit; de bedrijfsvoering, procesoptimalisatie, informatiesystemen en doorbelastingsystemen. Het gaat hier om de verschillende diensten van de keten patiëntenservice en niet ‘processen’. Afgezien daarvan zijn er methoden welke ook gebruikt kunnen worden bij het optimaliseren van de dienstverlening. De gebruikte methode in dit onderzoek is het gebruik van customer journey methodiek, welke is toegelicht in het theoretisch kader. Het in kaart brengen van de klant, oftewel wie zijn de patiënten? Dit is gebeurd middels de persona's. Het daadwerkelijk vastleggen van de stem van de klant is door middel van het meten van de patiëntbeleving en niet het meten van de patiënttevredenheid. Hierdoor wordt diepgang gecreëerd en zijn de uitkomsten beter bruikbaar. De laatste stap is het koppelen van processen aan de verwachtingen van de patiënten, zodat een positievere gastvrijheidsbeleving wordt gecreëerd. Door het vaststellen SMART geformuleerde doelstellingen, welke bijdragen aan de verandering, kan het proces meetbaar worden gemaakt en worden gewaarborgd door de organisatie.

7.2.2 Gastheerschap – People

Wanneer in het aspect people dingen veranderen, kan dit ook veranderen in het aspect process. Door het hanteren van een gedragskader (people) draagt deze zorg voor de verandering in de dienstverlening (process).

Gastvrijheid komt niet alleen uit het hart, maar kan ook zeker gestimuleerd worden door de organisatie. Denk hierbij niet alleen aan de stijl van leidinggeven, maar ook het hanteren van een gedragskader. Voorbeelden hiervan zijn het 'SHARE'-model van Fred Lee en het HEPT-gedragskader dat reeds gebruikt wordt door het Fertiliteitscentrum van Isala. Door dit te hanteren kan een andere houding en ander gedrag gestimuleerd worden bij de medewerkers. In het 4P-model is dit gedragskader ook terug te vinden; houding en gedrag, werving en selectie, opleiding en training en managementstijl.).

7.2.3 GINK-model

Bij het optimaliseren van een dienst hoort een managementmodel om het optimalisatieproces te kunnen waarborgen. Een geschikt model is het GINK-managementmodel dat tevens ook gericht is op het implementeren van gastvrijheid binnen grote organisaties (Hokkeling & De la Mar, 2012). Het GINK-model (Gastvrijheid INK-model) is een variatie op het INK-model. Dit model is ontwikkeld door Hokkeling en De la Mar, 2012 om te laten zien dat het implementeren van gastvrijheid in grote organisaties een cyclisch proces is. De vorm van het model is namelijk af te leiden van de PDCA-cyclus. In grote lijnen werkt het model hetzelfde als het INK-model. Door de huidige situatie in kaart te brengen kan een organisatie deze inzichten vertalen in doelstellingen om de gewenste situatie (tegemoetkomen aan de verwachtingen) te kunnen bereiken.

7.2.4 PDCA-cyclus

Plan, Do, Check en Act oftewel het PDCA-cyclus model. Dit model wordt ook wel de 'Cirkel van Deming' genoemd, vernoemd naar de bedenker van dit model. Het model zorgt ervoor dat verbeteringen binnen in een organisatie cyclisch worden geborgd. Voorafgaand wordt de huidige situatie in kaart gebracht, met de inzichten wordt een plan gemaakt (voorbereiding), dit wordt uitgevoerd en vervolgens gemeten, geregistreerd en geëvalueerd. Vervolgens worden correcties doorgevoerd, het plan wordt bijgesteld en bijgestuurd en het proces begint weer opnieuw (Hokkeling & De la Mar, 2012). Voor de theorie en overeenkomsten van het GINK-model en de PDCA-cyclus wordt er verwezen naar *bijlage XVI*.

7.3 Multicriteria-analyse

Wikipedia, 2013 zegt: "Multicriteria-analyse is een wetenschappelijke evaluatiemethode om tussen diverse discrete alternatieven een rationele keuze te maken op basis van meer dan één onderscheidingscriterium". Dit wordt ook vaak gebruikt om risico's te bepalen. In dit geval worden de aanbevelingen beoordeeld op het feit of deze passen bij de volgende criteria:

1. De aanbeveling sluit aan op de missie en visie van het facilitair bedrijf:

De missie en visie zijn erg belangrijk voor het facilitair bedrijf. Deze sluiten namelijk aan, bij de missie, visie en kernwaarden van Isala. Het doel van het facilitair bedrijf is het 'ontzorgen van de zorg' en dus optimaal aan te sluiten bij het zorgproces. Samen met het facilitair bedrijf kan het Isala het beste ziekenhuis worden van Nederland in 2017.

2. De aanbeveling brengt consistentie met zich mee:

Doordat diensten worden verleend door verschillende medewerkers is niet altijd sprake van constante kwaliteit; diensten zijn heterogeen. Bij genoeg consistentie kan de kwaliteit ook beter gewaarborgd worden.

3. De aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid en sluit aan op de HEPT-criteria:

Het woord gastvrijheid is terug te vinden in de missie van het facilitair bedrijf. Door diensten gastvrij te verlenen, kunnen memorabele momenten gecreëerd worden. Deze dragen bij aan een positieve gastvrijheidsbeleving. Dit resulteert weer in tevreden patiënten, welke deze belevingen delen met anderen. Hierdoor kan er een groter patiëntenbestand ontstaan.

4. De aanbeveling brengt relatief weinig kosten met zich mee:

Elk bedrijf, ook bedrijven in de zorg zien graag lage kosten. Het doel is om met weinig kosten maximaal rendement te behalen. Dit is de reden dat dit criterium is meegenomen in de overweging.

5. De aanbeveling is direct implementeerbaar/ haalbaar.

Om tijd te besparen is het noodzakelijk dat de aanbeveling direct in het nieuwe jaar (2017) geïmplementeerd kan worden. De haalbaarheid is het aantal mensen, materialen, middelen en tijd welke nodig zijn om de aanbeveling te kunnen implementeren. Deze twee criteria liggen dicht bij elkaar en is hierdoor samengevoegd tot een criterium.

In onderstaand tabel zijn de punten toegelicht welke per criterium kunnen worden gegeven:

Tabel 6.1: Puntensamenstelling multicriteria-analyse.

1	Nee, zeker niet
2	Nee, waarschijnlijk niet
3	Neutraal
4	Ja, waarschijnlijk wel
5	Ja, zeker wel

7.4 Overkoepelend advies – Gastheerschap

De resultaten uit de enquête concluderen dat een aantal touchpoints, welke naar voren kwamen uit de participerende observaties erg belangrijk zijn voor de patiënt. Sommige touchpoints vinden niet altijd plaats zoals enquête dit uitwees. Geadviseerd wordt om te werken met het HEPT-gedragskader bij elke dienst. Dit zorgt voor meer consistentie en draagt zeker bij aan een positievere gastvrijheidsbeleving.

In het Fertiliteitscentrum van Isala wordt reeds gewerkt met het HEPT-gedragskader, gebaseerd op het 'SHARE' model van Fred Lee. Middels de PDCA-cyclus is het HEPT-gedragskader geïmplementeerd in het fertiliteitscentrum. De leidinggevende op de afdeling heeft samen met het team invulling gegeven aan het HEPT-gedragskader. Door medewerkers te stimuleren, coachen en inspireren wordt draagvlak gecreëerd. Dit is een voorbeeld van management by example, gastvrijheid begint namelijk bovenin de organisatie. In de check fase is de Netto Promotor Score (NPS) opnieuw gemeten en deze was gestegen ten opzichte van voor het hanteren van het HEPT-gedragskader (Uitslag, 2015). Raadzaam is de naam veranderen naar gastvrijheidskader in plaats van gedragskader.

7.4.1 Analyse en onderbouwing

In de multicriteria-analyse is het invoeren van een HEPT-gastvrijheidskader vergeleken met het niet hanteren van een HEPT-gastvrijheidskader, wat nu de huidige situatie is.

Aanbeveling 1: Het creëren en hanteren van het HEPT-gastvrijheidskader voor de diensten brancardiërs, facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers.

Of

Aanbeveling 2: Het niet hanteren van het HEPT-gastvrijheidskader voor de diensten brancardiërs, facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers.

Tabel 6.2: Analyse en onderbouwing overkoepeld advies.

Aanbevelingen Criteria	Aanbeveling 1 Het creëren en hanteren van het HEPT-gedragskader	Aanbeveling 2 Het <u>niet</u> hanteren van het HEPT-gedragskader
De aanbeveling sluit aan op de missie en visie van het facilitair bedrijf	4	2
	Ja, het gastvrijheidskader kan indirect bijdragen aan de missie en visie van het facilitair bedrijf en dus ook aan die van Isala.	Nee, dan blijft de keten patiëntenservice in de huidige situatie hangen.
De aanbeveling brengt consistentie met zich mee	5	2
	Ja, hierdoor zullen medewerkers de diensten sneller op dezelfde wijze uitvoeren	Nee.
De aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid en sluit aan op de HEPT-criteria	5	3
	Ja, het gastvrijheidskader stimuleert dit.	Neutraal
De aanbeveling brengt relatief weinig kosten met zich mee	3	3
	Neutraal	Neutraal
De aanbeveling is direct implementeerbaar/ haalbaar	4	3
	Ja	Neutraal, dit is de huidige situatie.
Totaal	21	13

Fred Lee, 2009 zegt: “Het ontwikkelen van een script (gastvrijheidskader) vertoont dus overeenkomsten met het ontwerpen en documenteren van ziekenhuisprocessen. De gewenste uitkomsten (belevissen) bepalen welke gebeurtenissen (scenes) moeten plaatsvinden, in welke omgeving (toneel) en met welke mensen (spelers). Op basis van deze uitkomsten wordt er geadviseerd het HEPT-gedragskader te introduceren voor elke dienst. Met de uitkomsten van de enquête kunnen de verschillende gedragskaders worden ontworpen per dienst. Lee, 2009, geciteerd in, Hokkeling & De la Mar, 2012, P. 49 zegt: “Sturen op hoffelijkheid (gastvrijheid) is uiteindelijk effectiever voor een goed bedrijfsresultaat dan sturen op efficiëntie”

7.4.2 Implementatie

Plan

In deze fase wordt het ‘plan’ vastgesteld door de organisatie. De huidige situatie is in kaart gebracht en aan de hand van deze inzichten worden verbeterpunten geformuleerd, welke geïmplementeerd moeten worden in de huidige diensten. De koppeling met het GINK-managementmodel is dat hier de organisatie duidelijk de richting van de doelstelling in kaart brengt bij medewerkers. Door het hanteren van een gastvrijheidskader bij elke dienst, kan consistentie en gastvrijheid gewaarborgd worden. Wanneer iedereen bijdraagt aan een creëren van een positievere gastvrijheidsbeleving bij de patiënt, kan ook de keten patiëntenservice bijdragen aan de visie van Isala; het beste ziekenhuis van Nederland worden in 2017. Bij het implementeren van het gastvrijheidskader is het aan te raden gastvrijheidstrainingen te geven aan de facilitaire assistenten. Deze dienstverlening is door de respondenten het meest kritisch beoordeeld.

Doelstellingen

- Binnen een maand vanaf de startdatum worden er verschillende bijeenkomsten gehouden door de desbetreffende operationele leidinggevenden om het gastvrijheidskader te introduceren en te bespreken, dit geldt alleen voor de brancardiërs en facilitaire assistenten;
- In deze maand worden het gastvrijheidskader verspreid onder de zorgvrijwilligers per e-mail en de gastvrijheidskaders worden uitgedeeld.
- Binnen twee weken na de laatste bijeenkomst kunnen medewerkers eventuele toevoegingen doorgeven aan de desbetreffende operationele leidinggevende;
- Binnen twee weken na de einddatum van bovengenoemde doelstelling moeten de gastvrijheidskaders voor elke dienst compleet zijn gemaakt door de operationele leidinggevenden;
- Ondertussen wordt aan de werkgroep gastvrijheid van de facilitaire assistenten (10 medewerkers) wordt er de training excellent gastheerschap gegeven
- Na het compleet maken van de gastvrijheidskaders moeten deze binnen een week worden verspreid door de leidinggevenden, niet alleen via de mail, maar ook op de afdelingen;
- Operationele leidinggevende borgen gastvrijheid, dit is altijd het terugkoppelen van de gedragingen en het delen van memorabele momenten. Deze medewerkers zijn ambassadeurs van gastvrijheid en inspireren en motiveren collega's;
- Na drie maanden wordt opnieuw een meting gedaan of er sprake is van een positievere gastvrijheidsbeleving.

Do

1. De operationele leidinggevenden van de keten Patiëntenservice organiseren verschillende bijeenkomsten voor alle medewerkers om het gastvrijheidskader te introduceren. De operationele leidinggevende van de brancardiërs organiseert twee bijeenkomsten voor in totaal 32 medewerkers. De zes operationele leidinggevende van de facilitaire assistenten organiseren tien bijeenkomsten voor in totaal 130 medewerkers. Alle zorgvrijwilligers worden

geïnformeerd door middel van een bijeenkomst in het auditorium voor alle 90 zorgvrijwilligers. Dit wordt allemaal binnen een maand georganiseerd.

2. Vanaf de laatste bijeenkomst hebben medewerkers nog twee weken de tijd om eventuele toevoegingen door te geven aan de desbetreffende operationele leidinggevende. De einddatum wordt bepaald door de operationele leidinggevers van de keten patiëntenservice.
3. De operationele leidinggevende van de brancardiers past het gastvrijheidskader aan voor de brancardiers. Van de overige zes operationele leidinggevers passen er drie het gastvrijheidskader aan voor de facilitaire assistenten. De andere drie operationele leidinggevers passen het gastvrijheidskader aan voor de zorgvrijwilligers.
4. Ondertussen wordt aan de werkgroep gastvrijheid de training excellent gastheerschap gegeven, welke plaats zal vinden in een van de vergaderfaciliteiten van het ziekenhuis. Door ambassadeurs of zogeheten 'mood challengers' aan te wijzen in de organisatie kunnen andere medewerkers worden geïnspireerd (Hokkeling & De la Mar, 2012, p. 150).
5. De gastvrijheidskaders worden door de operationele leidinggevers verspreid onder de medewerkers. Dit wordt gedaan via e-mail, maar deze worden ook verspreid op de afdelingen. Twee gastvrijheidskaders worden opgehangen in het kantoor van de brancardiers en 24 gastvrijheidskaders worden opgehangen in de werkkasten van de facilitaire assistenten.
6. Operationele leidinggevers borgen gastvrijheid door medewerkers te bezoeken tijdens het werk. De operationele leidinggevers bezoeken de brancardiers op hun kantoor op V3.2 en de overige zes operationele leidinggevers bezoeken de facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers op de afdelingen. Hierbij is het belangrijk dat de visie herhaald wordt bij medewerkers en de medewerkers aan hun taak als gastheer gewezen worden. Wat geen aandacht krijgt ebt namelijk weg (Hokkeling & De la Mar, 2012). Op deze manier kunnen medewerkers ook geobserveerd en aangesproken worden op gedrag dat afwijkt van het gastvrijheidskader. Ook kan bij het zien van excellent gastheerschap kan de medewerker worden gecomplementeerd.

Check

Het ziekenhuis zal gebruik maken van de gastvrijheidsbarometer. Dit is een bedrijf dat eenvoudig enquêtes op stelt welke door middel van een tablet afgenomen kunnen worden bij patiënten. Zolang de gastvrijheidsbarometer aansluit bij de enquête welke is uitgevoerd in deze thesis, kan er nagegaan worden of het implementeren van een gastvrijheidskader daadwerkelijk heeft gezorgd voor een positievere gastvrijheidsbeleving.

Act

Reflecteren betekent de tijd nemen om terug te kijken op de resultaten die zijn behaald en de manier waarop dat is gebeurd. Het doel is om op basis daarvan te leren. Reflecteren omvat ook het spiegelen met anderen. De tijd nemen om met elkaar te overdenken en te bespreken waar het nu eigenlijk allemaal om ging, waar het goed gaat, waar de zorgen zitten, wat er mogelijk of moeilijk was of zal worden. Dit wordt gedaan door hetzelfde aantal bijeenkomsten te plannen als voor het introduceren van de gastvrijheidskaders.

7.4.3 Financiële consequenties

Tabel 6.3: Kostenanalyse overkoepeld advies.

Kosten – Ontwikkelingsfase					
Brancardiers		Facilitaire assistenten		Zorgvrijwilligers	
Product	Prijs	Product	Prijs	Product	Prijs
Twee bijeenkomsten van een uur voor het introduceren van het gastvrijheidskader.	€14.85 per uur x 32 medewerkers = €475.20 (cao–ziekenhuizen, 2016).	Tien bijeenkomsten van een uur voor het introduceren van het gastvrijheidskader.	€14.05 per uur x 130 medewerkers = €1826.50 (Cao–ziekenhuizen, 2016)	Gastvrijheidskader laten uitprinten op A4 papier door de afdeling Repro.	90 medewerkers x €0.25 = €22,50 (Prijslijst Repro).
Gastvrijheidskader laten uitprinten op A3 papier door de afdeling Repro	2 x €0.50 = €1.00 (Prijslijst Repro).	Gastvrijheidskader laten uitprinten op A3 papier door de afdeling Repro.	24 x €0.50 = €12.00 (Prijslijst Repro).		
Kosten – Uitvoerfase					
Twee bijeenkomsten van een uur voor het reflecteren van het werken met het gastvrijheidskader en bespreken van de resultaten.	€14.85 per uur x 32 medewerkers = €475.20	Tien bijeenkomsten van een uur voor het reflecteren van het werken met het gastvrijheidskader en bespreken van de resultaten.	€14.05 per uur x 130 medewerkers = €1826.50		
		Tien medewerkers van de werkgroep gastvrijheid de training ‘excellent gastheerschap’ laten volgen in het ziekenhuis	10 medewerkers x trainingskosten van €590 = €5900 (Gastvrijheid in bedrijf, 2016) De training duurt 6 uur. 6 x €14.05 = €84.30 10 medewerkers x €84.30 = €843 Huur vergaderzaal met catering (alleen voor de catering moet betaald worden x 11 personen (inclusief trainer) x €7.64 = €84.04 (Prijslijst servicebureau)		
Totaal					
€951.10 + €10.492.10 + €22.50 = €11.465.70					

Baten

Het facilitair bedrijf genereert geen daadwerkelijke omzet vanuit de patiënten, maar het ziekenhuis betaald voor het afnemen van de diensten van de keten patiëntenservice. Door het hanteren van het gastvrijheidskader voldoet de keten patiëntenservice aan de missie en visie van het facilitair bedrijf. Deze draagt weer bij aan de visie van Isala; het beste ziekenhuis van Nederland te worden in 2017. De koppeling met het theoretisch kader wordt hier gemaakt. Wanneer de patiënt een positievere gastvrijheidsbeleving ervaart zal de tevredenheid stijgen, dit kan resulteren in een hoger patiëntenbestand. Hierdoor zal sneller de visie van Isala behaald worden. Hierdoor zal het ziekenhuis ook meer diensten afnemen bij het facilitair bedrijf.

7.4 Brancardiers – Gastgerichtheid

1. **Patiënten zouden graag andersom de lift in worden gereden, zodat de patiënten zichzelf niet in de spiegel hoeven aan te kijken;**
 - 1.1. In het gastvrijheidskader verwerken dat patiënten andersom de lift in gereden moeten worden
Dit is een simpele gedragsregel dat uitgevoerd kan worden door elke brancardier en snel implementeerbaar is.
 - 1.2. Het verwijderen van de spiegels in de liften.
Door het verwijderen van de spiegels in de liften voorkom je eventuele klachten wanneer een brancardier de patiënt verkeerd de lift inrijdt.
2. **Bezoekers beter informeren dat patiënten voorrang hebben;**
 - 2.1. Borden bij de lift plaatsen dat patiënten voorrang hebben
Bij het eerste contact is het eigenlijk een ongeschreven regel dat men elkaar de hand schudt. Tevens is dit voor veel patiënten ook een stukje veiligheid; ze zijn in vertrouwde handen.
 - 2.2. In elke lift een bord plaatsen dat patiënten voorrang hebben
Dit schept meer duidelijkheid bij bezoekers
3. **Patiënten gaven aan lang te moeten wachten voordat een brancardier de patiënten weer ophaalde, dit was voornamelijk op de afdeling röntgen/echo. De brancardiers kunnen hier niks aan doen, maar worden hierop wel op aangekeken. Raadzaam is om de wachttijd te veraangename. Patiënten worden in een aparte ruimte gezet, met geen voorzieningen om de wachttijd aangenaam te maken. Mensen willen kennis vernemen dat hun wachttijd 'gemanaged' wordt (Enklaar, 2008).**
 - 3.1. Het plaatsen van een rek met tijdschriften
Het gevoel van wachten kan verkleind worden bij de patiënt.
 - 3.2. Het plaatsen van een wachtruimte televisie, waarop het nieuws en dergelijke is weergegeven
Het gevoel van wachten kan verkleind worden bij de patiënt.

7.4.1 Analyse en onderbouwing

Tabel 6.4: Analyse en onderbouwing advies brancardiers.

Aanbevelingen Criteria	1.1	1. 2	2. 1	2.2	2. 1	2.2
De aanbeveling sluit aan op de missie en visie van het facilitair bedrijf.	4 De aanbeveling is het inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt. Indirect draagt deze weer bij aan de visie van Isala.	2 Nauwelijks link met de missie en visie van het facilitair bedrijf.	3 Neutraal.	3 Neutraal.	3 Nee patiënten liggen in bed en kunnen er misschien net niet bij. Dit hoort niet bij het 'ontzorgen van de zorg'. Een patiënt zal hulp moeten vragen aan het personeel van de afdeling.	5 Ja, medewerkers hebben hier geen omkijken na en er is dus sprake van het 'ontzorgen van de zorg'
De aanbeveling brengt consistentie met zich mee	5 Het gastvrijheidskader zorgt ervoor dat medewerkers diensten verlenen op dezelfde wijze.	4 Wanneer alle spiegels weg worden gehaald draagt dit ook bij aan consistentie.	5 Ja, het zorgt voor een duidelijke informatievoorziening voor de bezoekers.	5 Ja, het zorgt voor een duidelijke informatievoorziening voor de bezoekers.	2 Nee patiënten zouden tijdschriften mee kunnen nemen.	4 Ja, het zal altijd aanwezig zijn de wachtruimte.
De aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid en sluit aan op het HEPT-criteria	4 Deze aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid (het inspelen op) en valt onder de criteria 'empathisch'.	3 Speelt wel in op de wensen en behoeften van de patiënt, maar past niet in de HEPT-criteria	3 Neutraal.	3 Neutraal.	3 Neutraal.	4 Ja, het veraangenaamt het wachten en valt onder de criteria 'proactief'.
De aanbeveling brengt relatief weinig kosten met zich mee	5 Ja, dit is een gedragsregel welke verwerkt kan worden in het gastvrijheidskader.	1 Nee, het kost erg veel geld om een bedrijf hiervoor in te huren, daarbij zijn er in totaal 64 liften te vinden in het hoofdgebouw van het ziekenhuis.	4 Ja, dit zijn in totaal 4 vlinders x 4 verdiepingen = 16 borden.	2 Nee, dit zijn 4 vlinders x 4 verdiepingen x 4 liften per verdiepingen = 64 borden.	3 Maandelijkse kosten vallen redelijk mee.	2 Aanschaf kosten en maandelijkse kosten voor software.
De aanbeveling is direct implementeerbaar / haalbaar	4 Ja, in het gastvrijheidskader.	2 Nee, er gaat relatief veel tijd in zitten in het vinden van een geschikte offerte en het verwijderen van de liften.	3 Neutraal, de borden moeten eerst besteld worden en dan worden opgehangen. Dit kan daarentegen wel door een medewerker.	3 Neutraal, de borden moeten eerst besteld worden en dan worden opgehangen. Dit kan daarentegen wel door een medewerker.	4 Ja, de tijdschriften kunnen besteld worden en neergelegd worden op de afdeling.	4 Ja, na bestelling kunnen medewerkers de wachttijd televisie installeren.
Totaal	22	12	18	16	15	19

7.4.2 Implementatie

Aanbeveling 1.1 kan zonder enige moeite verwerkt worden in het gastvrijheidskader. Voor aanbeveling 2.1 en 3.2 is er wel een actieplan gemaakt aan de hand van de PDCA-cyclus.

Plan

De leidinggevende van de brancardiers zou in principe de borden en het tv-scherm met software in de eerste week vanaf de startdatum kunnen bestellen. Binnen een maand zou alles klaar moeten zijn.

Doelstellingen

- De benodigde producten worden door de operationele leidinggevenden van de brancardiers besteld in de eerste week na de startdatum
- In de eerste week wordt ook met de afdeling logistiek overlegd dat er over twee weken de hulp nodig is van een logistiek medewerker om alles op te hangen.
- Binnen een week na ontvangst van de laatste goederen plaats een logistieke medewerkers alles op de goede plek.

Do

1. Binnen een week worden beide producten door de operationele leidinggevende besteld.
2. Binnen een week na levering van de producten kan een logistieke medewerker de producten ophangen.
3. Er wordt geschat dat de logistiek medewerker per vlinder een uur bezig is.
4. De ICT-er zal ongeveer een uur bezig zijn met het installeren van de televisie.

Check

Wanneer de vragen over het liftvervoer en wachttijd ook verwerkt worden in de gastvrijheidsbarometer, bij het opnieuw meten van de gastvrijheidsbeleving kan nagegaan worden of beide implementaties hebben bijgedragen aan het verbeteren van beide punten.

Act

Met de uitkomsten kan er nagegaan worden of deze actiepunten daadwerkelijk hebben bijgedragen aan een positievere gastvrijheidsbeleving op deze twee punten.

7.4.3 Financiële consequenties

Tabel 6.5: Kostenanalyse brancardiers.

Ontwikkelingsfase		Uitvoerfase	
Product	Prijs	Product	Prijs
4 verdiepen x 4 vlinders = 16 plastic borden via Bordenmax.nl	$€11,00 \times 16 = €176 + €3,00$ verzendkosten = €179,00	Uren logistiek medewerker	$4 \times €16,95$ per uur = €67,80 (Cao-ziekenhuizen, 2016)
Samsung televisie via Mediamarkt.nl	€276	Uren ICT-er	$1 \times 17,80$ per uur = €17,80 (cao-ziekenhuizen, 2016)
Pakket wachttijdtelevisie Maandelijks €24 + eenmalige aanschaf google Chrome bit via Senseview.nl	$12 \times €24,00 = €288$ + €250 = €538		
Totaal €1078,60			

Baten

De brancardier hoeft niet meer aan te geven bij bezoekers dat de patiënt voorrang heeft. Dit voorkomt ongemakkelijke situaties en leidt tot duidelijke informatieverschaffing voor de bezoeker. Tevens wordt

de brancardier niet meer aangekeken op het feit dat de patiënt lang heeft moeten wachten, omdat er nu vermaak is voor de patiënt.

7.5 Facilitaire assistenten – Gastgerichtheid

1. **Patiënten gaven aan weinig privacy te hebben op de kamers, dit in verband het continu binnen lopen van artsen, verpleegkundigen en serviceassistenten. Wanneer de facilitair assistent zichzelf voorstelt en aankondigt de kamer schoon te maken, wordt deze beleving eerder positiever als negatiever ervaren;**
 - 1.1. In het gastvrijheidskader verwerken dat de facilitair assistent zich moet voorstellen en vertellen dat de kamer wordt schoongemaakt;
Dit is een simpele gedragsregel dat uitgevoerd kan worden door elke facilitair assistent en snel implementeerbaar is.
 - 1.2. De facilitair assistent op de deur laten kloppen bij binnenkomst van de kamer en dit verwerken in het gastvrijheidskader;
Door op de deur te kloppen voordat men binnenkomt kan dit voor een groter privacy gevoel zorgen bij de patiënt.
2. **Patiënten gaven aan dat kamers weleens worden schoongemaakt tijdens het bezoeken;**
 - 2.1. In het gastvrijheidskader verwerken dat de kamers tijdens het bezoeken niet mogen worden schoongemaakt, mits de patiënt geen bezoek heeft.
Tijdens het bezoeken kunnen openbare ruimtes en kantoren op de afdeling worden schoongemaakt.
 - 2.2. Dit gegeven niet in het gastvrijheidskader verwerken.
Aangezien het bezoeken ander halfuur is, wordt dit gegeven genegeerd. Wanneer moeten de kamers dan worden schoongemaakt?
3. **Patiënten ervaren het gebruik van de hoog stoffer op de gordijnrails (afstoffen van stof op hoge meubelen), terwijl ze in bed liggen als zeer vervelend.**
 - 3.1. In het gastvrijheidskader verwerken dat de hoog stoffer alleen gebruikt mag worden bij een leeg bed.
Er wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt, alleen het beddenteam zal dan gebruik maken van de hoog stoffer.
 - 3.2. Dit gegeven niet in het gastvrijheidskader verwerken.
Het gebruik van de hoog stoffer is nodig, ook al ligt de patiënt in bed.

7.5.1 Analyse en onderbouwing

Tabel 6.6: Analyse en onderbouwing advies facilitaire assistenten.

Aanbevelingen Criteria	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.1
De aanbeveling sluit aan op de missie en visie van het facilitair bedrijf.	4 De aanbeveling is het inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt. Indirect draagt deze weer bij aan de visie van Isala.	4 De aanbeveling is het inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt. Indirect draagt deze weer bij aan de visie van Isala.	4 De aanbeveling is het inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt. Indirect draagt deze weer bij aan de visie van Isala.	2 Er wordt niks gedaan met de resultaten uit het onderzoek.	3 Neutraal.	3 Neutraal.
De aanbeveling brengt consistentie met zich mee	5 Het gastvrijheidskader zorgt ervoor dat medewerkers diensten verlenen op dezelfde wijze.	5 Het gastvrijheidskader zorgt ervoor dat medewerkers diensten verlenen op dezelfde wijze.	5 Het gastvrijheidskader zorgt ervoor dat medewerkers diensten verlenen op dezelfde wijze.	3 Neutraal.	5 Ja, iedereen moet het gastvrijheidskader hanteren.	3 Neutraal.
De aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid en sluit aan op het HEPT-criteria	4 Deze aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid (het inspelen op) en valt onder de criteria 'hoffelijk'	4 Deze aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid (het inspelen op) en valt onder de criteria 'hoffelijk'	5 Deze aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid (het inspelen op) en valt onder de criteria 'empathisch'.	1 Nee.	5 Ja, het speelt in op de wensen en behoeften van de patiënt. Val niet direct onder de HEPT-criteria.	2 Nee, aangezien sommige patiënten aangeven dit niet prettig te vinden.
De aanbeveling brengt relatief weinig kosten met zich mee	5 Ja, dit is een gedragsregel welke verwerkt kan worden in het gastvrijheidskader.	4 Ja, dit is een gedragsregel welke verwerkt kan worden in het gastvrijheidskader. Wel vergt het kloppen meer tijd voor een medewerker.	5 Ja, dit is een gedragsregel welke verwerkt kan worden in het gastvrijheidskader.	5 Ja, dit is momenteel de huidige situatie.	3 Neutraal	3 Neutraal
De aanbeveling is direct implementeerbaar/haalbaar	5 Ja, in het gastvrijheidskader	5 Ja, in het gastvrijheidskader	4 Ja, in het gastvrijheidskader.	5 Momenteel de huidige situatie.	4 Ja, in het gastvrijheidskader	5 Momenteel de huidige situatie.
Totaal	23	22	23	16	20	16

7.5.2 Implementatie

De aanbevelingen 1.1, 2.1 en 3.1 kunnen verwerkt worden in het gastvrijheidskader, waardoor geen apart implementatieplan noodzakelijk is.

7.6 Zorgvrijwilligers – Gastgerichtheid

1. **Patiënten gaven aan dat de zorgvrijwilliger niet gericht op zoek is naar patiënten welke behoefte hebben aan contact;**
 - 1.1. Betere communicatie met verpleegkundige, zodat zorgvrijwilligers ook echt met patiënten praten welke hier behoefte aan hebben.
Ook kan hierdoor beter rekening worden gehouden met verzoeken van de patiënt.
 - 1.2. Betere communicatie onderling door middel van een map of schrift waar eventuele afspraken in worden gemaakt.
2. **Patiënten gaven aan niet op goed op de hoogte te zijn van de aanwezigheid en mogelijkheden van een zorgvrijwilliger.**
 - 2.1. Patiënten informeren via het welkomstpakket.
Vanaf januari 2017 krijgt elke patiënt een soort van ‘welkomstpakket’. Dit is een pakketje dat bij opname op het bed wordt geplaatst met informatie.
 - 2.2. Patiënten informeren via informatiekanaal op de televisie.
Via het informatiekanaal, dat momenteel een zwart scherm is, patiënten informeren over de aanwezigheid en mogelijkheden van de zorgvrijwilligers.

7.6.1 Analyse en onderbouwing

Tabel 6.7: Analyse en onderbouwing advies zorgvrijwilligers.

Aanbevelingen	1.1	1. 2	2. 1	2.2
Criteria				
De aanbeveling sluit aan op de missie en visie van het facilitair bedrijf.	4 Ja het optimaliseert de dienstverlening van de zorgvrijwilligers.	3 Neutraal	3 Ja het optimaliseert de dienstverlening van de zorgvrijwilligers.	3 Ja het optimaliseert de dienstverlening van de zorgvrijwilligers.
De aanbeveling brengt consistentie met zich mee	4 Ja, duidelijke communicatie onderling en tegemoetkomen in verwachting van de patiënt.	4 Ja, duidelijke communicatie onderling en tegemoetkomen in verwachtingen	4 Ja, het zorgt voor goede informatievoorziening voor patiënt	4 Ja, het zorgt voor goede informatievoorziening voor patiënt
De aanbeveling draagt bij aan gastvrijheid en sluit aan op het HEPT-criteria	3 Ja valt onder ‘teamgedachte’	4 Ja valt onder ‘teamgedachte’	3 Neutraal.	3 Neutraal.
De aanbeveling brengt relatief weinig kosten met zich mee	3 Jazeker.	3 Jazeker.	3 Jazeker.	3 Jazeker.
De aanbeveling is direct implementeerbaar/haalbaar	3 Ja na communicatie met alle afdelingen over de nieuwe werkwijze.	3 Ja, na de bijeenkomst waarbij het gastvrijheidskader wordt introduceert.	5 Ja, het welkomstpakket is al ontworpen	3 Nee, er moet eerst contact worden gezocht met patientline, de leverancier van de televisies.
Totaal	17	17	18	16

Aanbeveling 1.1 en 1.2 worden beide geadviseerd.

7.6.2 Implementatie

Plan

Om ervoor te zorgen dat de patiënten welke daadwerkelijk behoefte hebben aan gezelschap te voorzien van contact met de zorgvrijwilliger zijn er drie punten welke veranderd moeten worden.

Doelstellingen

- Bij het introduceren van het gastvrijheidskader aan de zorgvrijwilligers wordt verteld over het communiceren met de verpleegkundigen;
- Patiënten worden beter geïnformeerd over de zorgvrijwilligers; en kunnen eventueel contact of gunsten aangeven bij een verpleegkundige;
- Meer aandacht voor patiënten boven de leeftijdsgrens van 65 jaar dan voor patiënten onder deze leeftijdsgrens, want veel mensen onder deze leeftijdsgrens gaven aan hier geen behoefte aan te hebben.
- Betere communicatie onderling door middel van een map of schrift te houden op de afdeling.

Do

1. Tijdens de bijeenkomst wordt verteld over de nieuwe toevoeging in het gastvrijheidskader; communiceren met verpleegkundigen. Voor deze bijeenkomst zijn de afdelingen op de hoogte gesteld. Er zijn twee opties; 1. De zorgvrijwilliger wordt om 09:00 uur op de hoogte gebracht in de ochtendoverdracht, of wordt op de hoogte gebracht door een verpleegkundige. Dit kan elke afdeling zelf beslissing. In de bijeenkomst worden de wensen van elke afdeling door gecommuniceerd naar de zorgvrijwilligers.

2. In deze bijeenkomst worden ook schriften uitgedeeld waarin de zorgvrijwilligers kunnen aangegeven welke patiënt wel of geen behoefte heeft aan contact. Of op welke kamers het water van de bloemen ververs moet worden.

3. Medewerkers van WEZO (integratiebedrijf) maken het welkomstpakket in orde. De enige handeling die hier nog aan toe hoeft te worden is de A5 brochure over de zorgvrijwilligers toevoegingen in het welkomstpakket.

Check

Middels de gastvrijheidsbarometer (implementatie 2017) kunnen de diensten opnieuw beoordeeld worden. Zolang de gastvrijheidsbarometer aansluiten bij de enquête welke is uitgevoerd in deze thesis, kan er nagegaan worden of het implementeren van een gastvrijheidskader daadwerkelijk heeft gezorgd voor een positievere gastvrijheidsbeleving.

Act

Reflecteren betekent de tijd nemen om terug te kijken op de resultaten die zijn behaald en de manier waarop dat is gebeurd. Het doel is om op basis daarvan te leren. Reflecteren omvat ook het spiegelen met anderen. De tijd nemen om met elkaar te overdenken en te bespreken waar het nu eigenlijk allemaal om ging, waar het goed gaat, waar de zorgen zitten, wat mogelijk of moeilijk was of zal worden. Dit wordt gedaan door hetzelfde aantal bijeenkomsten te plannen als voor het introduceren van de gastvrijheidskaders.

7.6.3 Financiële consequenties

Tabel 6.8: Kostenanalyse ontwikkelingsfase advies zorgvrijwilligers.

Product	Prijs
Informatiebrief zorgvrijwilligers A5 brochure	€0.60 x 24 afdelingen x 4 = €691.20
Schriftjes op elke afdeling	24 afdelingen x €0,70 = €16,80
Totaal €708 (Geen kosten uitvoerfase)	

Baten

De invulling van de dienst wordt nu nuttig besteed, patiënten die daadwerkelijk behoefte hebben aan contact met een zorgvrijwilliger hebben dit. Patiënten die hier eigenlijk geen behoefte aan hebben, worden nu ook met rust gelaten.

7.7 Conclusie advies

Aanbevolen wordt om een gastvrijheidskader te hanteren. Dit wordt aangemoedigd door de best practice van het Fertiliteitscentrum en de resultaten uit het veldonderzoek. Doordat medewerkers een leidraad hebben, hoe de werkzaamheden gastvrij kunnen worden uitgevoerd, draagt dit zeker bij aan een positievere gastvrijheidsbeleving. Dit allemaal kan bijdragen aan de visie van Isala; groeien naar het beste ziekenhuis van Nederland in 2017. Wanneer het Isala groeit, worden er ook meer diensten ingekocht bij het Facilitair bedrijf. Hierdoor zal het facilitair bedrijf ook meegroeien.

Op welke wijze kunnen de diensten van de keten patiëntenservice geoptimaliseerd worden, zodat deze bijdraagt aan een positieve gastvrijheidsbeleving?

Door de belangrijkste adviezen in acht te nemen;

- Het hanteren van een gastvrijheidskader voor elke dienst (zie *bijlage XVII*;
 - Hierdoor worden de diensten door elke medewerker op dezelfde wijze verleend. Het gastvrijheidskader is gebaseerd op de resultaten uit het veldonderzoek en komt tegemoet in de verwachtingen van de patiënten. Hierdoor zullen patiënten sneller tevreden zijn en het ziekenhuis sneller aanbevelen bij anderen.
 - Extra trainingen geven aan de facilitaire assistenten die onderdeel zijn van de werkgroep gastvrijheid.
- Borden plaatsen bij de liften voor bezoekers, dat patiënten voorrang hebben;
 - Dit zorgt voor duidelijke informatievoorzieningen bij bezoekers en maakt het voor de brancardier ook makkelijker.
- Het veraangename van de wachttijd door een televisie te plaatsen in de wachtruimte bij de afdeling röntgen/echo.
 - De brancardier wordt niet meer slecht beoordeeld, omdat de wachttijd voor de patiënt nu is veraangenaamd.
- Duidelijke communicatie naar de patiënten over de mogelijkheden van een zorgvrijwilliger;
 - Elke patiënt is op de hoogte van de mogelijkheden en alleen patiënten die daadwerkelijk behoefte hebben aan contact zullen dit ook gaan aangeven.
- Betere communicatie tussen een verpleegkundige en een zorgvrijwilliger en tussen de zorgvrijwilligers op de afdeling onderling.
 - De wensen van patiënten worden nu bijgehouden en doorgegeven, waardoor zorgvrijwilligers zich alleen bezighouden met patiënten die hier daadwerkelijk ook behoefte aan hebben.

7.8 Vervolgonderzoek

In de discussie kwam al naar voren dat de facilitaire assistenten en zorgvrijwilligers op een vaste afdeling werken. Hierdoor zijn alleen de medewerkers van de afdelingen cardiologie, chirurgie en orthopedie/ traumatologie beoordeeld door patiënten. Aangeraden wordt om het onderzoek ook uit te laten voeren op andere afdelingen binnen Isala. Dit zou eventueel kunnen door de vragen uit van de enquête, van dit onderzoek te implementeren in de gastvrijheidsbarometer.

Sommige patiënten gaven aan dat er nooit gedweild wordt. Dit komt omdat facilitaire assistenten 'resultaatgericht' schoonmaken (schoonmaken wat daadwerkelijk vies is). Hoe kan het Facilitair bedrijf ervoor zorgen dat de schoonmaakbeleving optimaal is, ondanks dat er resultaatgericht wordt schoongemaakt?

Nawoord

Terugkijkend naar de afgelopen vier maanden is het totale proces goed verlopen. De thesis is op tijd ingeleverd en het onderzoek is goed verlopen. De eerste weken was het wel moeilijk om goed in kaart te kunnen brengen wat de thesis moest opleveren voor de organisatie. Bij herhaling van het thesisproject zou ik dit zeker anders doen, door in de eerste paar weken meer contact te leggen met de begeleider vanuit de organisatie.

Dit is ook de reden geweest dat het 'thesis proposal' de eerste keer niet was goedgekeurd vanuit school. In deze periode is er veel contact geweest met de begeleidende docent en de begeleider vanuit de organisatie. Dit heeft ervoor gezorgd dat het uiteindelijk duidelijk was, wat de thesis moest gaan opleveren. Achteraf gezien ben ik hier ook erg blij mee geweest, omdat ik veel nieuwe inzichten heb verkregen uit deze gesprekken. Waarvan ik eerst dacht dat het iets negatiefs was, heeft het uiteindelijk voor mijn thesis een positieve werking gehad.

Doordat het proces in het begin niet helemaal vlot liep, is de gemaakte tijdsplanning ook verschoven. Dit is iets wat ik bij een volgende keer zeker anders zou doen. Ik heb geleerd dat het beter is om ruim te plannen, zodat wanneer bepaalde onderdelen uitlopen er toch nog genoeg tijd voor is. De ingeschatte tijd voor het afnemen van de enquêtes was zeker niet rendabel. Bij het enquêteren is er niet nagedacht over eventuele belemmeringen en hierdoor is de tijdsplanning vergroot met een week. Door deze belemmeringen was het zeker niet rendabel geweest om individueel 344 patiënten te enquêteren. Bij herhaling van de thesis zou hier zeker rekening mee gehouden moeten worden, of zou het onderzoek uitgevoerd kunnen worden door meerdere personen.

Bij het afnemen van de enquêtes heb ik veel contact gehad met patiënten en dit liet mij inzien dat dit contact anders is als bij gasten van een hotel. Patiënten spreken hun blijf van waardering vaker uit en zij waarderen het ook echt dat je de tijd neemt voor hun. Ik heb verschillende patiënten gesproken die met verschillende redenen verbleven in het ziekenhuis. Dit waren ook erge dingen zoals ongelukken waarbij een hand of been geamputeerd moest worden. Mijn vader heeft altijd gezegd dat ik een 'zakelijke' opleiding moest gaan doen, omdat ik dingen mee zou nemen naar huis. Nu achteraf gezien denk ik toch dat hij hierin ongelijk heeft. Ik heb geleerd dat respect heel erg belangrijk is en dat patiënten alleen al blij zijn met een luisterend oor. Deze drie weken waren de leukste weken van de totale vier maanden. Op zaterdagmiddag heb ik zelfs met vier vrouwen, die op een zaal lagen, de sinterklaasintocht gekeken onder genot van koffie en koekjes.

Na het veldonderzoek is er voornamelijk veel contact geweest met de begeleidende docent. Bijna elke week, tot twee weken was er een consult gepland en was er contact via de mail. De gemaakte stukken waren de basis van elk consult en hierop werd feedback gegeven. Het vele contact met de begeleidende docent heeft er zeker aan bijgedragen dat de planning werd gewaarborgd. Bij herhaling van de thesis zou het ik dit precies hetzelfde doen. Ik vond het erg prettig om te sparen en zo nieuwe inzichten te verkrijgen.

De relevantie van de thesis voor de branche is in dit onderzoek niet zozeer relevant in zijn geheel. De thesis is voornamelijk gericht op drie diensten, waarvan niet elk ziekenhuis deze ook aanbieden. Het theoretisch kader en de resultaten zijn wat dat betreft wel relevant. De uitkomsten laten zien dat gastvrijheid in zorgorganisaties van groot belang is. Dit is iets wat andere ziekenhuizen ook zeker in acht zouden moeten nemen. Tegenwoordig is dit een veelbesproken onderwerp in ziekenhuizen en deze thesis kan de basis zijn hoe men een positieve gastvrijheidsbeleving creëert.

Literatuurlijst

Alflen, C. (2008). *Gastvrijheid in de zorg: management zorgt voor*. Facto magazine, 1 (2), p. 20 – 23.

Geraadpleegd op 22 september 2016, van

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

Aspinal, F., Addington–Hall, J., Hughes, R., Higginson, I.J. (2003). *Using satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature*. Journal of Advanced Nursing, 42 (2), p. 324–339.

Geraadpleegd op 19 september 2016, van

<http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=2&sid=9b754eac-37e6-45d2-aaf5-16f4c27ab323%40sessionmgr105&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=9698048&db=aph>

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwalitatief en kwantitatief onderzoek*.

Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Brouwer, W. & Delnoij, D.M.J. (2004). *Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid*. Utrecht: Nivel.

Cao ziekenhuizen. (2016) *Cao Ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 20 december 2016, van

<http://iris.isala.nl/werk/dochr/HR/CAO/Cao%20Ziekenhuizen%202014-2016.pdf#search=cao%20ziekenhuizen>

CBS. (2016). *Gediplomeerden en afgestudeerden; onderwijssoort, vanaf 1900*. Geraadpleegd op 23 september 2016, van

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80384ned&LA=NL>

Cheng L.im, P. & Tang, N. (2000). *A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 13 (7), p. 290–299.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860010378735>

Cheng, S., Yang, M. & Chaing, T. (2003). *Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care*. International Journal for Quality in Health Care, 15 (4), P. 345–355.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzg045>

Coulter, A., Fitzpatrick, R., Cornwell, J. (2009). *The point of care measures of patients' experiences in hospital: purpose, methods and uses*. Londen: The King's Fund. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van

https://www.researchgate.net/profile/Angela_Coulter/publication/230687403_Measures_of_patients'_experience_in_hospital_purpose_methods_and_uses/links/09e415082af673d0d5000000.pdf

De-La-Cueva-Ariza L., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Jover-Sancho, C., Ricart-Basagaña, M.T., Juandó-Prats, C. & Solà-Ribó M. (2014). *Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol*. Journal of Advanced Nursing 70, p. 201–210.
DOI: 10.1111/jan.12184

Enkelaar, J. (2008). *Wachten kun je managen*. Facto magazine, 7 (8), p. 46 – 48. Geraadpleegd op 20 december 2016, van <https://www.sparq.nl/content/download/pdf-artikelen/facto-07-08-2008.pdf>

Gastvrijheid in Bedrijf. (2015). *PGOBD Model*. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://www.gastvrijheidinbedrijf.nl/toolbox/theorie/pgobd-model/>

Goldstein, S., Johnston, R., Duffy, J. & Rao, J. (2002) *The service concept: the missing link in service design research?* Journal of Operations Management 20, p. 131 – 134.
PII: S0272-6963(01)00090-0

Grönroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing, 18 (4), p. 36 – 44. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40058051/A_Service_Quality_Model_and_its_Marketing20151116-7275-2y16t1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1475659395&Signature=Spgx33H8McbdcZvj8yIsUEipP4A%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_Service_Quality_Model_and_its_Marketing.pdf

Handy, F. & Srinivasan, N. (2004). *Valuing volunteers: An economic evaluation of the net benefits of hospital volunteers*. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 33 (1), p. 28 – 54.
DOI: 10.1177/0899764003260961

[Hokkeling](#), J. & [De la Mar](#), L. (2012) *Moodmakers: Het ontwikkelen van gastvrije organisaties*. Amsterdam: Boom/Nelissen.

Isala (2016). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd 14 september 2016, van <http://www.isala.nl/over-isala/over-de-organisatie/feiten-en-cijfers>

Isala Iris (2013). *HEPT*. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://iris.isala.nl/zoeken/Paginas/results.aspx?k=hept>

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). *Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/4/335.full#ref-4>

Kelly, R., Losekoot, E. & Wright-StClair, V. (2016). *Hospitality in hospitals: The importance of caring about the patient*. Journal of Hospitality & Society, 6 (2), p. 113 – 129.
DOI: 10.1386/hosp.6.2.113_1

Kjellberg, K., Lagerstrom, M. & Hagberg, M. (2003). *Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique*. Journal of Advanced Nursing, 47 (3), p. 251 – 259. Geraadpleegd op 23 september 2016, van <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=db7203fed935-49e1-867a-b27902614455%40sessionmgr1>

Lee, F. (2009). *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9 ½ dingen die u anders zou doen*. Amsterdam: Reed Business Education.

Lugosi, P. (2008) *Hospitality spaces, hospitable moments: consumer encounters and affective experiences in commercial settings*. Journal of Foodservice, 19, p. 139 – 149. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://web.a.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=0cd7feff-51d8-4926-b36a-45511cd6bdc1%40sessionmgr4009&hid=4101>

Marinković, V., Vladimir, S., Kocić, M. & Šapić, S. (2013) *Investigating the Impact of SERVQUAL Dimensions on Customer Satisfaction: The Lessons Learnt from Serbian Travel Agencies*. International Journal Of Tourism Research, 15, p. 184–196.
DOI: 10.1002/jtr.884

Nathorst- Böös, J., Munck, I.M.E., Eckerlund, I. & Ekfeldt-Sandberg, C. (2001) *An evaluation of the QSP and the QPP: Two methods for measuring patient satisfaction*. International Journal for Quality in Health Care, 13 (3), p. 257–264.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/13.3.257>

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. Journal of marketing, 49 (4), p. 41–50. Geraadpleegd op 19 september 2016, van http://scholar.google.nl/citations?view_op=view_citation&hl=nl&user=7fQX_pYAAAAJ&citation_for_view=7fQX_pYAAAAJ:u-x6o8ySG0sC

Pratamaporn Chanthong, M.D, Amir Abrishami, M.D., Jean Wong, F.R.C.P.C., Francisco Herrera, M.D., & Frances Chung, F.R.C.P.C. (2009). *Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia*. Anesthesiology, 110, p. 1061–1070. Geraadpleegd op 30 augustus 2016, van <http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&q=Systematic+Review+of+Questionnaires+Measuring+Patient+&btnG=&lr=>

Sitzia, J. & Wood, N. (1997). *Patient satisfaction: A review of issues and concepts*. Soc. Sci. Med., 45 (12), p. 1829–1843.
DOI: 10.1016/S0277-9536(97)00128-7

Te Grotenhuis, M. & Mathijssen, A. (2013). *Basiscursus SPSS V20–21*. Assen: Van Gorcum.

Trischler, J. & Zehrer, A. (2012). *Service design: Suggesting a qualitative multistep approach for analyzing and examining theme park experiences*. Journal of Vacation Marketing, 18 (1), p. 57 – 71.
DOI: 10.1177/1356766711430944

Uitslag, J. (2015). *Het facilitair bedrijf; drager van gastvrijheid* (Afstudeeropdracht). Facility management, Hanzehogeschool, Groningen.

Van Nunen, J. (2016). *Wat is Net Promoter Score?* Geraadpleegd op 9 december 2016, van <http://www.verduin.nl/net-promoter-score/>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom lemma.

Zomerdijk, L. & Voss, C. (2010) *Service design for experience-centric services*. Journal of Service Research, 13 (1), p. 67 – 82.
DOI: 10.1177/1094670509351960

Zorginstituut Nederland (2016) *Wat is een CQ-index?* Geraadpleegd op 9 december 2016, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/wat+is+een+cq-index>

Bijlagen

Bijlage I: Gevonden theorie voor het theoretisch kader

Zoekmachines

De volgende zoekmachines zijn gebruikt bij het zoeken naar wetenschappelijke artikelen:

www.scholar.google.nl / www.google.nl

De volgende databases zijn gebruikt bij het zoeken naar wetenschappelijk artikelen:

EBSCO database, Hospitality & Tourism complete (EBSCO), Sage Premier en Science Direct via www.saxionbibliotheek.nl.

In de EBSCO database is het overgrote deel van de gebruikte artikelen gevonden.

Zoekmethoden

Wetenschappelijke artikelen zijn vooral geschreven in het Engels, daarom zijn de meest gebruikte zoektermen ook Engels van aard.

Engelse zoektermen	Nederlandse zoektermen
Patient satisfaction AND Hospitals	Gastvrijheid AND Ziekenhuis
Patient satisfaction AND Hospitals AND Measuring	Gastvrijheid zorg AND 4P's
Service quality	Patiënttevredenheid AND meten
Service quality AND Hospitals	Patiëntbeleving AND meten
Service quality AND Patients satisfaction	
Measuring AND Patient satisfaction	
Hospitality AND Hospitals	
Patient experience	
Customer journey	
Hospitality and Hospitals	

Beoordelingscriteria zoekresultaten

De gevonden artikelen zijn allemaal afzonderlijk beoordeeld middels de AAOCC criteria.

Authority: In hoeverre zijn de auteur en/of de uitgever gekwalificeerd en geloofwaardig?

Accuracy: Is de informatie valide en betrouwbaar?

Objectivity: Heeft de auteur enig (persoonlijk) belang bij de kerninformatie uit de publicatie?

Currency: Is de informatie volledig up-to-date?

Coverage: Is de informatie compleet, uniek en relevant (dekking)?

AAOCC-criteria	Authority	Accuracy	Objectivity	Currency	Coverage
	In hoeverre zijn de auteur(s) en/of de uitgever(s) gekwalificeerd en geloofwaardig?	Is de informatie valide en betrouwbaar?	Heeft de auteur enig (persoonlijk) belang bij de kerninformatie uit de publicatie?	Is de informatie volledig up-to-date?	Is de informatie compleet, uniek en relevant (dekking)?
Alflen, C. (2008). <i>Gastvrijheid in de zorg: management zorgt voor</i> . Facto magazine, 1 (2), p. 20 – 23.	De auteur is werkzaam als adviseur facility management en heeft dus genoeg kennis over gastvrijheid en facility management.	Ja er worden genoeg bronnen gebruikt en aan de hand daarvan is een model ontwikkeld.	Ja, maar het is vooral in de belang van de patiënt.	Ja zeker, dit model wordt nog steeds veel gebruikt in de zorg.	Ja, de informatie is tijdloos en uniek.
Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., Higginson, I.J. (2003). <i>Using satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature</i> . Journal of Advanced Nursing, 42 (2), p. 324–339.	Alle auteurs zijn onderzoeks- docenten aan de 'School of Medicine' in London.	Ja, er wordt namelijk gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen.	Ja, het onderwerp is gericht op een probleem waar zij eventueel mee te maken zouden kunnen hebben.	Jawel, het artikel is nog maar van 2003.	Ja er wordt ingegaan op tevredenheid en kwaliteit.
Baarda, B. (2014). <i>Dit is onderzoek! Handleiding voor kwalitatief en kwantitatief onderzoek</i> . Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.					
Brouwer, W. & Delnoij, D.M.J. (2004). <i>Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid</i> . Utrecht: Nivel.	Beiden auteurs zijn werkzaam voor het bedrijf Nivel. Dit bedrijf is een onderzoeksbureau dat voor het ministerie van VWS dit onderzoek heeft uitgevoerd. Verder wordt er niks verteld over de auteurs.	Ja, alles wordt onderbouwd met voldoende bronnen en resultaten.	Nee, zij zijn alleen onderzoekers.	Ja de informatie komt uit 2004 en is niet tijdloos.	Ja de informatie is erg bruikbaar.
Cheng Lim, P. & Tang, N. (2000). <i>A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals</i> . International Journal of Health Care Quality Assurance Vol 13 (7), p. 290–299.	De eerste auteur is een manager in health care practice in Singapore. De andere auteur is een leraar operations manager aan de universiteit van leicester, UK.	Ja, want er worden verschillende modellen behandeld die de afgelopen jaren zijn ontworpen om 'service quality' te kunnen meten.	De eerste auteur zou persoonlijk belang kunnen hebben, de andere auteur niet zozeer.	Ja zeker, veel modellen worden beschreven en gebruikt in het artikel. Deze modellen worden tot op de dag van vandaag nog steeds gebruikt.	Ja zeker.

Cheng, S., Yang, M. & Chaing, T. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 15 (4), P. 345–355.	Ja zeker	Ja, het is een groot onderzoek	Zeer grote populatie, nationaal onderzoek en veel verschillende bronnen voor het literatuuronderzoek gebruikt.	Ja zeker, groot nationaal onderzoek.	Ja zeker.
Coulter, A., Fitzpatrick, R., Cornwell, J. (2009). <i>The point of care measures of patients' experiences in hospital: purpose, methods and uses</i> . Londen: The King's Fund.	De eerste twee auteurs zijn werkzaam in de zorgsector. De laatste genoemde auteur is werkzaam als socialist.	Ja zeker, het gaat in op een nieuwe manier van het meten van tevredenheid m.b.t. diensten.	Voor hun vakgebied misschien wel, maar het is zeker informatief bedoeld.	Ja, het artikel komt uit 2009.	Zeker, het laat zien waarom de oude methode van patiënten tevredenheid meten niet meer werkt.
De-La-Cueva-Ariza L., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Jover-Sancho, C., Ricart-Basagaña, M.T., Juandó-Prats, C. & Solà-Ribó M. (2014). <i>Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol</i> . <i>Journal of Advanced Nursing</i> 70, p. 201–210.	Alle auteurs zijn werkzaam in een ziekenhuis, of studeren geneeskunde aan een Universiteit.	Ja, want het onderzoek is gepubliceerd in een vaktijdschrift.	Misschien wel aangezien ze een geschikt meetinstrument zoeken dat past in hun context. Aangezien het artikel gepubliceerd is zal het persoonlijk belang niet groot zijn.	Ja zeker, want het artikel komt uit 2014.	Ja, zij hebben verschillende meetinstrumenten gebruikt en samengevoegd om tot een soort meetinstrument te komen.
Goldstein, S., Johnston, R., Duffy, J. & Rao, J. (2002) <i>The service concept: the missing link in service design research?</i> <i>Journal of Operations Management</i> 20, p. 131 – 134.	De auteurs zijn allemaal werkzaam als docenten op verschillende universiteiten met betrekking tot management en economie.	Ja, er wordt gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen.	Nee, het is vooral informatie bedoeld.	Ja, het onderwerp service design is innovatief en wordt steeds vaker gebruikt.	Ja het is een hedendaags begrip, service design.
Grönroos, C. (1984). <i>A service quality model and its marketing implications</i> . <i>European Journal of Marketing</i> , 18 (4), p. 36 – 44.	De auteur is een marketing geleerde.	Ja zeker, tot op de dag van vandaag worden zijn theorieën en modellen nog steeds gebruikt.	Misschien wel aangezien hij een marketing geleerde is. Maar het artikel is vooral bedoeld om te informeren.	De informatie is tijdloos. Ook al is het artikel uit 1984 het is nog steeds relevant.	Ja zeker, hij is degene geweest die de theorie over kwaliteitsperceptie heeft onderzocht en bedacht. Dus zeker uniek.

Handy, F. & Srinivasan, N. (2004). <i>Valuing volunteers: An economic evaluation of the net benefits of hospital volunteers</i> . Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 33 (1), p. 28 – 54.	Beide auteurs zijn werkzaam aan twee verschillende universiteit in Amerika	Ja, er wordt veel gebruikt gemaakt van verschillende bronnen	Niet bekend.	Ja, in principe is deze informatie tijdloos.	Ja zeker.
Hokkeling, J. & De la Mar, L. (2012) <i>Moodmakers: Het ontwikkelen van gastvrije organisaties</i> . Amsterdam: Uitgeverij Boom/Nelissen.	Ja, beide zijn ze erg bezig met gastvrijheid.	Ja, want het is een gepubliceerd boek gebaseerd op hun bevindingen en ervaringen.	Nee het is vooral informatief bedoeld.	Ja zeker.	Ja zeker.
Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). <i>Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care</i> .	In het artikel staat niet echt wat de auteurs precies doen qua werk, maar wel hebben ze allemaal verschillende artikelen geschreven gericht op de zorg. De eerste auteur is bijvoorbeeld werkzaam als socialist.	Er worden veel feiten genoemd aan de hand van verschillende bronnen.	Nee zeker niet.	Ja, het artikel is nog niet zo oud, deze komt uit 2002.	Ja, het artikel bevestigt de informatie uit het artikel van Coulter, Fitzpatrick & Cornwell.
Kelly, R., Losekoot, E. & Wright–StClair, V. (2016). <i>Hospitality in hospitals: The importance of caring about the patient</i> . Journal of Hospitality & Society, 6 (2), p. 113 – 129.	Beiden auteurs zijn werkzaam op dezelfde universiteit als docent in het vak 'hospitality'.	Ja beiden auteurs hebben genoeg kennis over dit vakgebied.	Geen persoonlijk belang, wel passend in hun vakgebied.	Ja het artikel komt uit 2016, dus zeer up-to-date.	Ja er wordt gebruik gemaakt van veel bronnen.
Kjellberg, K., Lagerstrom, M. & Hagberg, M. (2003). <i>Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique</i> . Journal of Advanced Nursing, 47 (3), p. 251 – 259.	De auteurs zijn allemaal professoren en onderzoekers in de zorgsector.	Ja, er is onderzoek gedaan en gebruik gemaakt van verschillende bronnen.	Ja misschien is er daarom wel onderzoek gedaan, maar het is ook bruikbaar voor anderen.	Ja nog zeer relevant en veel belangrijke informatie	Ja zeker.
Lee, F. (2009). <i>Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9 ½ dingen die u anders zou doen</i> . Amsterdam: Reed Business Education.	De auteur was voorheen werkzaam als manager bij Disney en is nu manager in een ziekenhuis.	Ja zeker, er worden veel voorbeelden gegeven en eigen ervaringen gedeeld.	Nee geen persoonlijk belang, wel met de doelgroep: patiënten	Ja zeker.	Ja zeker.
Lugosi, P. (2008) <i>Hospitality spaces, hospitable moments: consumer encounters and affective experiences in commercial settings</i> . Journal of Foodservice, 19, p. 139 – 149.	De auteur is werkzaam als docent op een management school (universiteit) in Engeland.	Jawel, hij gebruikt veel bronnen. Wat opvalt is dat hij ook veel bronnen gebruikt uit oude publicaties van hem.	Misschien toch wel een beetje, aangezien hij zichzelf vaak citeert.	Het artikel gaat over hospitality Dit begrip is tijdloos, bovendien is het nog geen oud artikel.	Gastvrijheid gaat eigenlijk altijd over hetzelfde, maar dit maakt het artikel niet minder uniek.

Marinković, V., Vladimir, S., Kocić, M. & Šapić, S. (2013) <i>Investigating the Impact of SERVQUAL Dimensions on Customer Satisfaction: The Lessons Learnt from Serbian Travel Agencies</i> . International Journal Of Tourism Research, 15, p. 184–196.	Alle auteurs zijn werkzaam op de Universiteit in Serbia.	Ja, er worden verschillende modellen met elkaar vergeleken.	Nee het is vooral een informatief artikel.	Het is een recent artikel uit 2013.	Het 'servqual' model is een tijdloos model, dat nog veel gebruikt wordt.
Nathorst- Böös, J., Munck, I.M.E., Eckerlund, I. & Ekfeldt- Sandberg, C. (2001) <i>An evaluation of the QSP and the QPP: Two methods for measuring patient satisfaction</i> . International Journal for Quality in Health Care, 13 (3), p. 257–264.	Alle auteurs zijn werkzaam in de zorg of bij een organisatie gerelateerd aan de zorg.	Ja, de verschillende enquêtes worden met elkaar vergeleken en beargumenteerd.	Niet zo zeer, het is vooral een informatief artikel.	Het is een redelijk recent artikel uit 2001.	Ja, de meetinstrumenten worden nog steeds gebruikt.
Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). <i>A conceptual model of service quality and its implications for future research</i> . Journal of marketing, 49 (4), p. 41–50.	Zij zijn heel erg geloofwaardig, omdat ze alle 3 professoren zijn aan de Universiteit van Texas met als specialisatie marketing.	Ja zeker anno 2016 wordt hun model nog steeds veel gebruikt. Deze auteurs zijn de grondleggers van het 'servqual' model en begrip.	Niet zo zeer persoonlijk belang, maar het heeft wel bijgedragen aan een oplossing hoe klanten diensten beoordelen.	Ja, het onderwerp is tijdloos.	Ja, dit model wordt nog steeds veel gebruikt.
Pratamaporn Chanthong, M.D, Amir Abrishami, M.D., Jean Wong, F.R.C.P.C., Francisco Herrera, M.D., & Frances Chung, F.R.C.P.C. (2009). <i>Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia</i> . Anesthesiology, 110, p. 1061–1070.	Alle auteurs zijn werkzaam als atleet.	Ja, want het onderzoek is gepubliceerd in een vaktijdschrift.	Misschien wel, aangezien ze allemaal ook als atleeten werkzaam zijn.	Ja zeker, het artikel komt uit 2009.	Zeker, het geeft inzicht in hoe de patiënten tevredenheid gemeten kan worden.
Sitzia, J. & Wood, N. (1997). <i>Patient satisfaction: A review of issues and concepts</i> . Soc. Sci. Med., vol45, no12, p. 1829–1843.	De eerste auteur is werkzaam in een ziekenhuis en tweede in een 'hospital research centre'.	Ja, want het onderzoek is gepubliceerd in een vaktijdschrift.	Voor hun werkveld misschien wel ja.	Nee niet helemaal, want het artikel komt uit 1997, maar voor het vaststellen van een definitie wel.	Ja zeker.

Trischler, J. & Zehrer, A. (2012). Service design: <i>Suggesting a qualitative multistep approach for analyzing and examining theme park experiences</i> . Journal of Vacation Marketing, 18 (1), p. 57 – 71.	De eerste auteur is werkzaam op een universiteit, de tweede auteur is werkzaam in een management center. Het is niet heel duidelijk wat nou precies hun beroep is.	De informatie is wel betrouwbaar, omdat er gebruik wordt gemaakt van veel bronnen. En alles wordt ook goed onderbouwd.	Nee, gezien het werkveld en het onderwerp niet.	Ja zeker, het artikel komt uit 2012.	Ja absoluut, iedereen die een customer journey map wil maken kan dit artikel daarbij gebruiken.
Verhoeven, N. (2014). <i>Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken</i> . Middelburg: Boom lemma.	Nel Verhoeven is Universitair hoofddocent methoden leer & statistiek, dus ja ze is erg geloofwaardig	Informatie is betrouwbaar, omdat er veel bronnen dit ook beamen. Tevens heeft de auteur veel kennis over het vak.	Nee dit is puur informatief bedoeld.	Ja het boek komt uit 2014 en is de laatste druk.	Ja het is een goed boek dat door veel studenten wordt gebruikt.
Zomerdijk, L. & Voss, C. (2010) <i>Service design for experience-centric services</i> . Journal of Service Research, 13 (1), p. 67 – 82.	Beiden auteurs zijn werkzaam als docenten op verschillende universiteiten met betrekking tot management opleidingen.	Er wordt gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen.	Nee zeker niet.	Service design is een innovatieve onderzoeksmethode, dus ja het is zeker relevant en tijdloos.	Ja zeker, vooral de bronnen bevestigen alle informatie.

Bijlage II: Verschillende meetinstrumenten die de patiëntbeleving meten

Consumer Quality Index (CQI)

Dit meetinstrument is een schriftelijke vragenlijst dat ontworpen is door Centrum Klantervaring Zorg. De CQI is een meetinstrument dat gebaseerd is op twee reeds bestaande meetinstrumenten; de Amerikaanse CAHPS (Consument Assessment of Health Plan Survey) en de Nederlandse QUOTE (Quality Of care Through the patiënt's Eyes). Vanuit beide meetinstrumenten zijn elementen overgenomen. De CQI meet voornamelijk de patiëntbeleving met kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de service. De informatie uit de vragenlijst kan gebruikt worden om diensten te optimaliseren (Zorginstituut Nederland, 2016). Vooraf het ontwerpen van de vragenlijst vinden er focusgroepsgesprekken plaats om zo in kaart te kunnen brengen wat patiënten belangrijk vinden. De volgende vragen zijn terug te vinden in de vragenlijst:

Algemene vragen (kenmerken van de respondent);

Ervaringen van respondenten met de zorg

Waardering voor bepaalde onderdelen van de zorg (hoe beoordeeld u? / welk cijfer geeft u?)

Algemene score Netto Promotor Score.

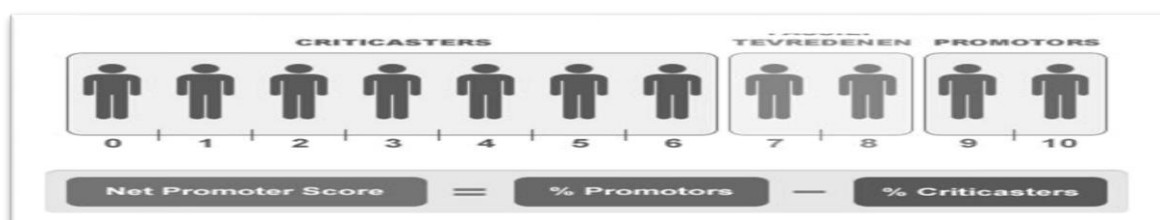
Niet alleen het VieCure medisch centrum in Venlo en Venray maakt gebruik van deze meetmethode, maar ook het UMC te Utrecht, het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn en Zutphen en het OLVG te Amsterdam. Het grootste voordeel bij gebruik van dit meetinstrument is dat de eigen scores vergeleken kunnen worden met onder andere eerder genoemde ziekenhuizen. Op basis van de resultaten kunnen de diensten die slecht beoordeeld zijn geoptimaliseerd worden.

Kenmerken van CQI vragen:

- Vragen naar frequentie:**
 - Hoe vaak tijdens een specifieke periode.....?
 - antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal, altijd
- Vragen naar feitelijke gebeurtenissen:**
 - Heeft u informatie gekregen over...? Heeft u contact gezocht met...?
 - antwoordcategorieën: ja, nee
- Vragen naar problemen met toegankelijkheid:**
 - In hoeverre is het een probleem geweest om.....?
 - antwoordcategorieën: een groot probleem, een klein probleem, geen probleem
- Vragen naar een oordeel in de vorm van een cijfer:**
 - Wilt u een totaaloordeel geven over.....?
 - antwoordcategorieën: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Netto Promoter Score (NPS)

De NPS is een vraagstelling waarbij patiënten het totale ziekenhuis of een bepaalde dienst beoordelen op een 11-puntsschaal. Er wordt gevraagd naar de tevredenheid van de patiënt over een specifieke onderwerp. Dit onderwerp wordt beoordeeld van 0 tot 11. Wanneer een patiënt het onderwerp beoordeeld tussen een 0 of 6 is deze een 'detractor' (criticaster). Bij een beoordeling van een 7 of een 8 is de patiënt een 'passive' (passief tevreden). Wanneer de patiënt de dienst beoordeeld met een 9 of een 10 is deze een 'promotor', dit houdt in dat de patiënt de dienst aanbeveelt bij andere mensen (Van Nunen, 2016).



The Picker Patient Experience Questionnaire

The Picker Institute heeft een methode ontwikkeld waarmee de patiëntbeleving gemeten kan worden. De vraagstelling van de enquête is gebaseerd op het feit op bepaalde belevingen wel degelijk hebben plaats gevonden. De eerste stap is een vooronderzoek dat uit literatuuronderzoek, interviews en/of focusgroepen kan bestaan. Door dit onderzoek kunnen de contactmomenten (touchpoints) in kaart worden gebracht. Deze belevingen worden dan onderverdeeld in verschillende aspecten. Per aspect worden er vragen geformuleerd waar de patiënt op kan antwoorden (Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. 2002). Jenkinson et al. (2002), hebben de vragenlijst aangepast en hebben de aspecten 'algemene tevredenheid' en 'bereidheid aan te bevelen' toegevoegd. De vraag wordt zodanig geformuleerd dat er gevraagd wordt hoe vaak een beleving voortkwam tijdens de opname van de patiënt. Wanneer de uitkomst 'nee' of 'ja soms' is bij het overgrote deel van de respondenten, met betrekking tot een aspect van de dienstverlening is het gunstig om de dienstverlening op het desbetreffende aspect te optimaliseren.

were you given enough privacy when discussing your treatments?

1 ☐ Yes
2 ☒ No

Did doctors talk in front of you as if you weren't there?

1 ☒ Yes, often
2 ☒ Yes, sometimes
3 ☐ No

If you needed to talk to a doctor, did you get the opportunity to do so?

1 ☐ Yes, often
2 ☒ Yes, sometimes
3 ☒ No
4 ☐ I had no need to talk to doctor

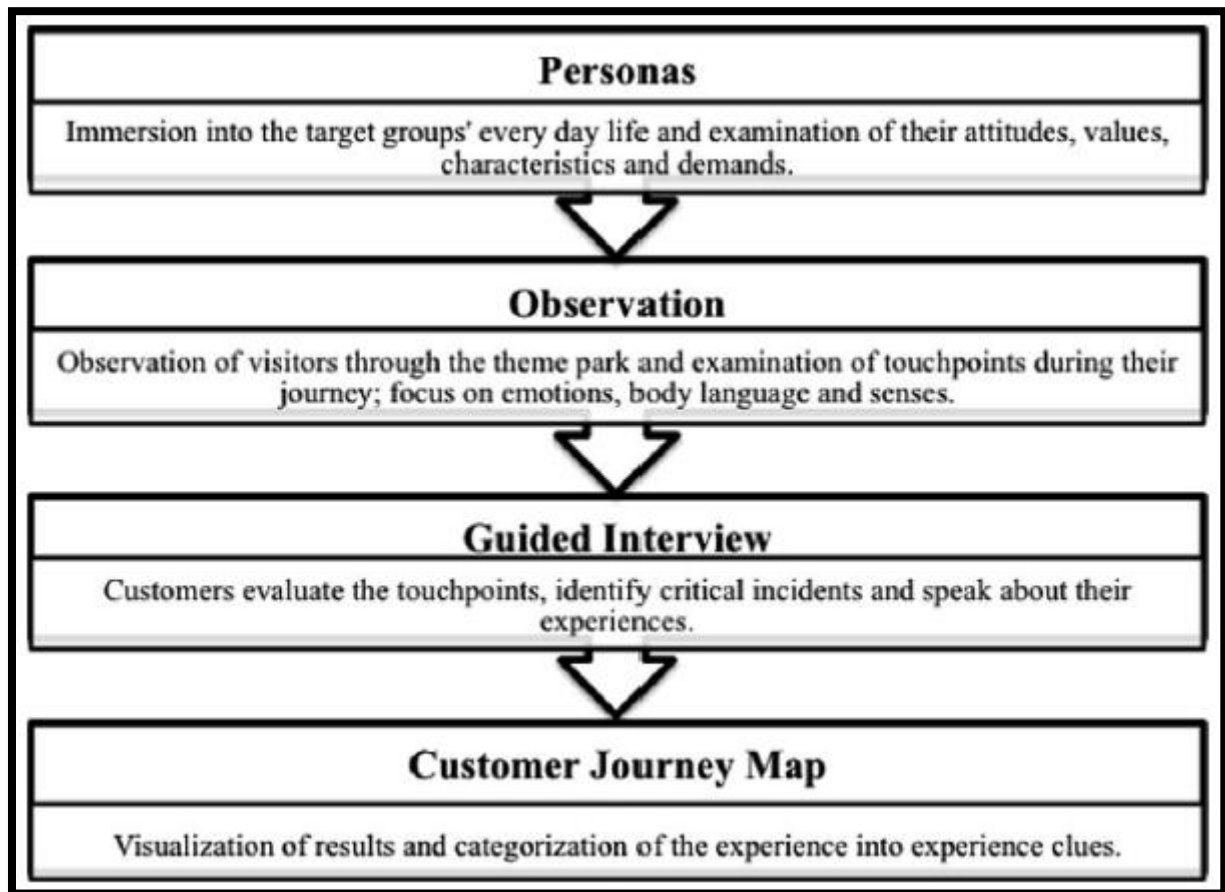
Did you want to be more involved in decisions made about your care?

1 ☒ Yes, often
2 ☒ Yes, sometimes
3 ☐ No

Sometimes in hospital one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different. Did this happen to you?

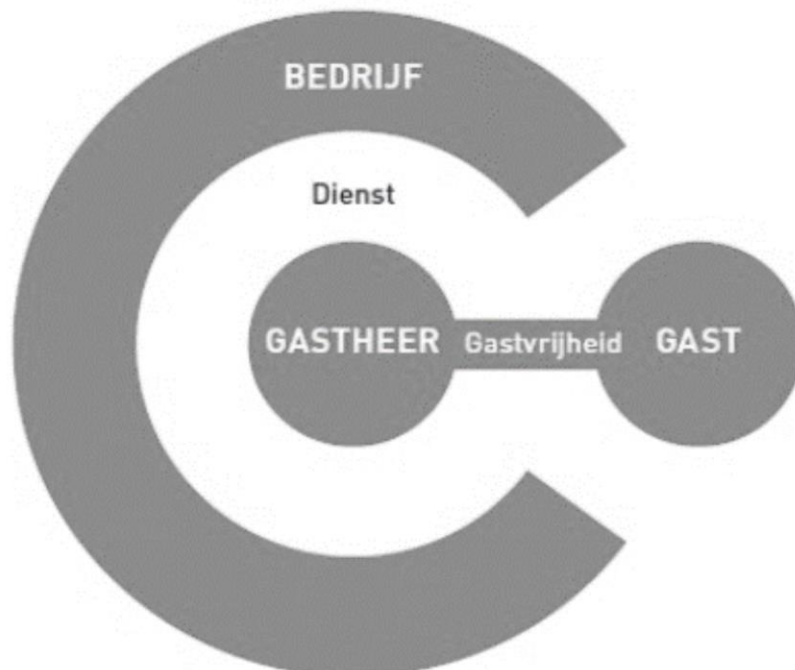
1 ☒ Yes, often
2 ☒ Yes, sometimes
3 ☐ No

Bijlage III: Stappenplan customer journey mapping

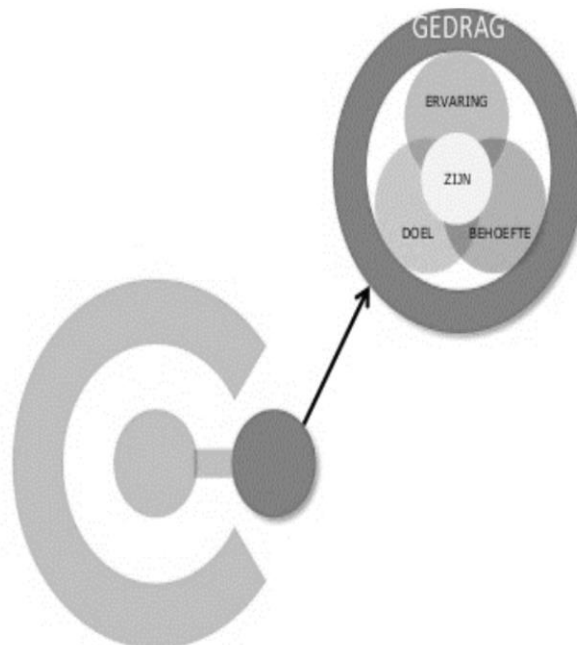


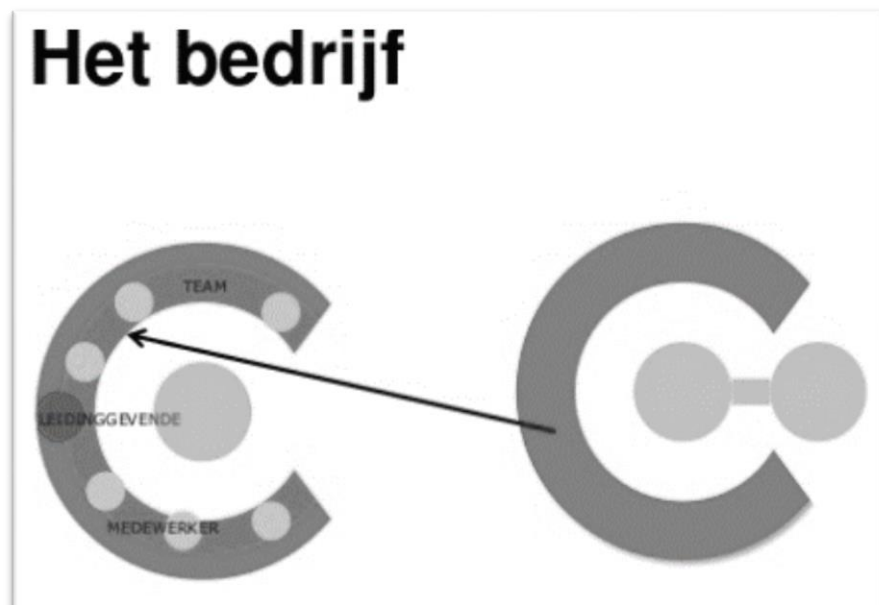
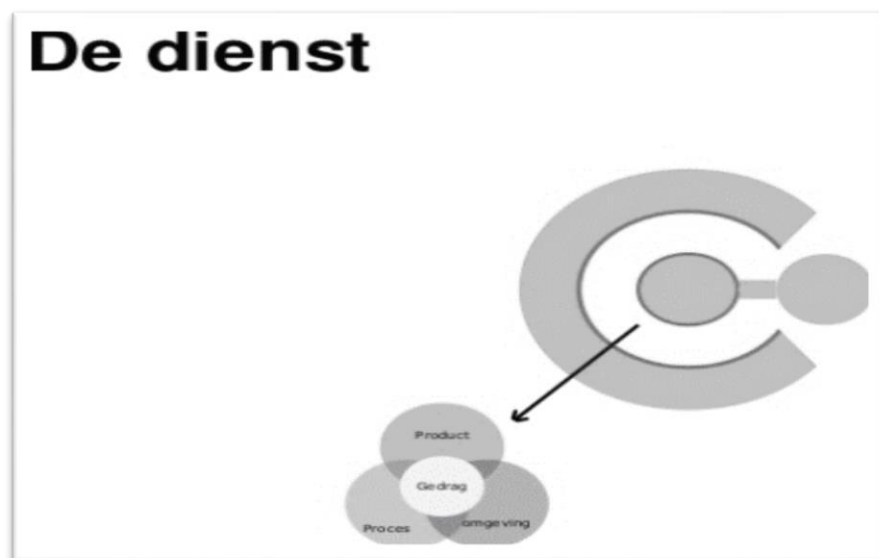
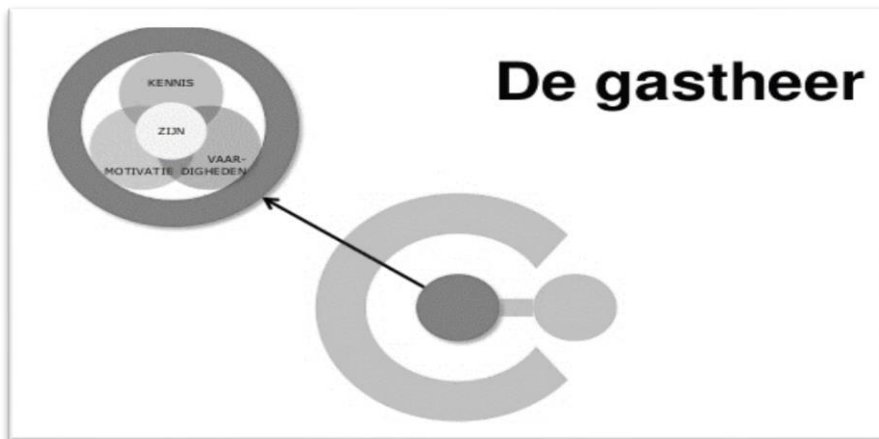
Bijlage IV: Mood maker – model

Mood Maker - model



De gast





Bijlage V: Gedragsskader Fertiliteitscentrum Isala

Hoffelijk

Wat wel:

- aanspreekregels vaststellen per onderdeel in het proces (voorbeeld: goedemorgen/ goedemiddag mevrouw X, hoe was uw reis). NB: dit uitsluitend met oog voor de individuele patiënt en individuele zorgverlener (zeg het op je eigen manier), dus: geen toneelstukje
- een hand geven bij binnenkomst
- een patiëntencontact altijd afsluiten met: 'kan ik verder nog iets voor u doen'.
- Doe wat je zegt: als je aangeeft dat je met een uur terugbelt, zorg dat je dat ook doet.
- Een patiënt (en zijn/ haar naaste) welkom heten op de afdeling, diens naam noemen en de naam van de patiënt onthouden.
- Toepassen van beleefdheidsregels (zoals 'Dial with a smile')

Wat niet:

- woorden zoals 'hallo', 'doei', 'doeg', 'een momentje'

Empathisch

- op ooghoogte elkaar aanspreken (gaan staan als de patiënt / iemand binnen komt)
- authentiek gedrag (eerlijk en oprecht)
- oprecht geïnteresseerd zijn in de patiënt en zijn naaste
- weten welke patiënt je voor je hebt/ welke je behandelt (en oog hebben voor zijn/ haar angsten en zorgen)
- patiënten gerust stellen
- Zorgprofessionals zijn bevlogen en stralen dit als zodanig uit (ook in non-verbaal gedrag)

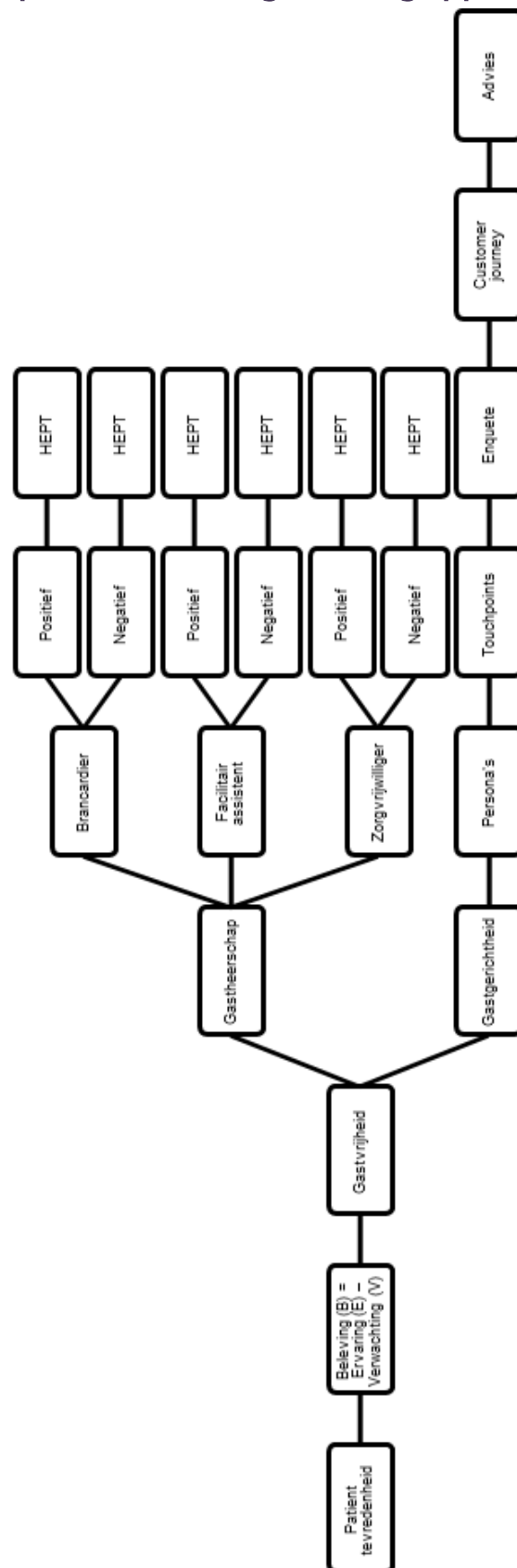
Proactief

- Actie ondernemen vóórdat de patiënt en/of zijn/haar naaste hierom vraagt. Bijvoorbeeld: een patiënt en/of zijn/haar naaste een stoel aanbieden, als je ziet dat de patiënt vermoeid aankomt.
- iets extra's organiseren (zogenaamde 'wauw' moment), bijvoorbeeld: een gratis uitrijkaart bij het langer dan 30 minuten wachten; eenmalig een cappuccino als verrassing

Teamgedachte

- Als zorgprofessional werk je als onderdeel van een team. Voor een patiënt moet het niet uitmaken wie hij of zij treft (de informatie en werkwijze is in hoofdlijnen dezelfde)

Bijlage VI: Operationalisering kernbegrippen



Bijlage VII: Steekproefcalculator

Wat is een acceptabele foutenmarge? 5% is een reguliere keuze	5 %	Dit percentage bepaal je op basis van de mate waarin een bepaalde foutenmarge acceptabel is. Hoe groter de mate van spreiding in de data, hoe kleiner de foutenmarge mag zijn die je als onderzoeker accepteert. <i>LET OP: Een lager percentage qua foutenmarge, zorgt ervoor dat een grotere steekproefgrootte nodig is.</i>
Welk betrouwbaarheidsniveau wil je? Reguliere keuzes zijn 90%, 95%, or 99%	95 %	Het betrouwbaarheidsniveau is de mate waarin je onzekerheid over de juistheid van de uitkomsten toelaat. Een betrouwbaarheidsniveau van 100% is onmogelijk omdat het toeval altijd een bepaalde rol speelt. Een betrouwbaarheidsniveau van 95% is gangbaar, en betekent dat je in 95 van de 100 gevallen goed zit met de uitkomst, maar dus ook in 5 van de 100 gevallen fout. <i>LET OP: Een hoger percentage qua betrouwbaarheidsniveau, zorgt ervoor dat de steekproefomvang groter moet zijn.</i>
Uit hoeveel personen bestaat de onderzoekspopulatie? Geen idee? Kies voor 20000.	3143	Uit hoeveel personen bestaat de onderzoekspopulatie waaruit je een willekeurige steekproef wilt trekken? <i>LET OP: De steekproefgrootte verandert niet veel voor populaties groter dan 20.000 personen. Kies als je geen idee hebt, dus voor 20000.</i>
Welke mate van spreiding verwacht je in de data? Reguliere keuze is 50%.	50 %	De mate van spreiding in de data heeft gevolgen voor de gewenste steekproefomvang. Als je geen idee hebt of de data aan de linker of rechterzijde van het midden ligt, kies je voor 50%.
Aanbevolen steekproefomvang	343	Dit is de minimale aanbevolen omvang voor een representatieve steekproef van de onderzoekspopulatie. Het is uiteraard geen probleem om meer respondenten mee te nemen in de analyse.

Bijlage VIII: Analysemethoden uitkomsten enquête in SPSS

Algemeen

Variabele	Univariaat	Bivariaat	Associatiemaat
1. Geslacht (Nominaal)	Frequentie	–	–
2. Leeftijdscategorieën (Ordinaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X beoordeling brancardiers	Cramér's V
		<u>Kruistabel</u> X beoordeling facilitaire assistenten	Cramér's V
		<u>Kruistabel</u> X beoordeling zorgvrijwilligers	Cramér's V
		<u>Kruistabel</u> X opleidingsniveau	Cramér's V
3. Opleidingsniveau (Ordinaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X beoordeling brancardiers	Cramér's V
		<u>Kruistabel</u> X beoordeling facilitaire assistenten	Cramér's V
		<u>Kruistabel</u> X beoordeling zorgvrijwilligers	Cramér's V
4. Opnameduur (Ordinaal)	Frequentie	–	–
5. Afdeling (Nominaal)	Frequentie	–	–

Brancardiers

Variabele	Univariaat	Bivariaat	Associatiemaat
6. Soort transport (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X handdruk	Cramérs V
7. Handdruk (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 12.2	Cramérs V
		X negatieve beleving 13.1	
8. Handdruk gezelschap (Nominaal)	Frequentie	–	–
9. Bestemming (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 12.4	Cramérs V
		X negatieve beleving 13.3	
10. Praten (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 12.5	Cramérs V
		X negatieve beleving 13.4	
11. Beddentransport (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 12.6	Cramérs V
		X negatieve beleving 13.5	
12. Belangrijke contactmomenten (Ordinaal)	Frequentie Gemiddelde Bereik Standaardafwijking	<u>Kruistabellen</u> X negatieve belevingen	Cramérs V
13. Negatieve belevingen (Nominaal)	Frequentie	–	
14. Ontbreekt in dienstverlening (Nominaal)	Frequentie	–	
15. Beoordeling (Ordinaal)	Frequentie	–	

Facilitaire assistenten

Variabele	Univariaat	Bivariaat	Associatiemaat
16. Vertellen (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 21.1 X negatieve beleving 22.1	Cramér's V
17. Gesprek (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 21.2 X negatieve beleving 22.1	Cramér's V
18. Schoonmaak tijdens slapen (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 21.3 X negatieve beleving 22.3	Cramér's V
19. Schoonmaak tijdens bezoek (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 21.4 X negatieve beleving 22.3	Cramér's V
20. Schoonmaak van de kamer (Nominaal)	Frequentie	–	–
21. Belangrijke contactmomenten (Ordinaal)	Frequentie Gemiddelde Bereik Standaardafwijking	<u>Kruistabellen</u> X negatieve belevingen	Cramér's V
22. Negatieve belevingen (Ordinaal)	Frequentie	–	–
23. Ontbreekt in dienstverlening (Nominaal)	Frequentie	–	–
24. Beoordeling (Ordinaal)	Frequentie	–	–

Zorgvrijwilligers

Variabele	Univariaat	Bivariaat	Associatiemaat
Krant (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.1 X negatieve beleving 32.1	Cramér's V
Gunst (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.2 X negatieve beleving 32.2 & 32.7	Cramér's V
Gesprek (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.3 X negatieve beleving 32.3 & 32.4	Cramér's V
Voorstellen (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.4 X negatieve beleving 32.5	Cramér's V
Aangeven verpleegkundige behoefte (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.5	Cramér's V
Aangeven verpleegkundige naar buiten (Nominaal)	Frequentie	<u>Kruistabel</u> X belangrijke contactmoment 31.5	Cramér's V
Contactmomenten (Ordinaal)	Frequentie Gemiddelde Bereik Standaardafwijking	<u>Kruistabellen</u> X negatieve belevingen	Cramér's V
Negatieve belevingen	Frequentie	–	
Ontbreekt in dienstverlening	Frequentie	–	
Beoordeling	Frequentie	–	

Bijlage IX: Toetsenmethode hypothese in SPSS

Brancardiers

Onafhankelijke variabele (Leeftijd)	Afhankelijke variabele (Tevredenheid)	Toets
Ordinaal	<u>Algemene beoordeling</u> Scale	T-toets

Facilitaire assistenten

Onafhankelijke variabele (Leeftijd)	Afhankelijke variabele (Tevredenheid)	Toets
Ordinaal	<u>Algemene beoordeling</u> Scale	T-toets

Zorgvrijwilligers

Onafhankelijke variabele (Leeftijd)	Afhankelijke variabele (Tevredenheid)	Toets
Ordinaal	<u>Algemene beoordeling</u> Scale	T-toets

Bijlage X: Persona's

Carmen Scholten



Leeftijd: 36
Werk: Accountant
Familie: Samenwonend
Locatie: Zwolle
Karaktereigenschap: Ijverig

Concerts Uit eten Reizen

Waarom is Carmen in het Isala?

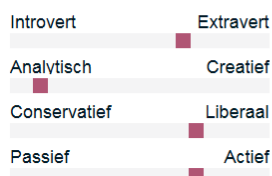
Carmen ligt op de afdeling chirurgie en wordt gebracht van deze afdeling naar de OK voor een operatie aan haar rug.

Haar partner is bij haar, verder heeft Carmen ook een groot netwerk.

Hierna moet ze een aantal dagen revalideren.

"Ik hoop dat het allemaal snel voorbij is, ik heb hier geen tijd voor."

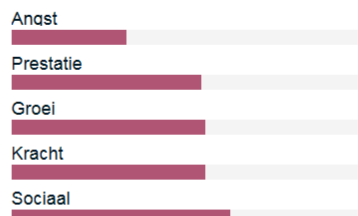
Persoonlijkheid



Frustraties

- Ik heb hier helemaal geen tijd voor

Motivaties en



Goals

- Ik wil zo snel mogelijk revalideren en ontslagen worden uit het ziekenhuis

Cor Jansen



Leeftijd: 67
Werk: Gepensioneerde schilder
Familie: Weduwnaar, 2 kinderen
Locatie: Dalfsen
Karaktereigenschap: Eenzaam

Klaverjassen Biertje doen in de kroeg Vissen

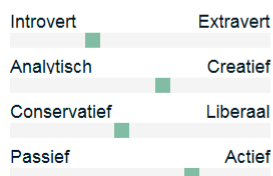
Waarom is Cor in het Isala?

Cor ligt al een paar dagen op de afdeling, maar mag naar huis!

Hij wordt gebracht door een brancardier in een rolstoel naar de centrale hal.

"Ik vind het toch wel jammer dat mijn kinderen zo druk zijn met werken en dat ze niet vaak op bezoek zijn geweest"

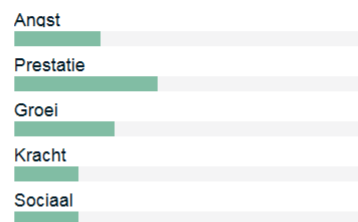
Persoonlijkheid



Frustraties

- Zijn kinderen zijn tijdens zijn opname maar 1 keer op bezoek geweest

Motivaties en



Goals

- Hij wil zo snel mogelijk weer lekker naar huis
- Thuis belt hij zijn kinderen of ze langs willen komen

Garrett Meyer



Leeftijd: 48

Werk: Projectleider in de bouw

Familie: Gescheiden met 2 kinderen

Locatie: Zwolle

Karaktereigenschap: Vechtlustig

Voetballen

Films

Muziek

Waarom is Garrett in het Isala?

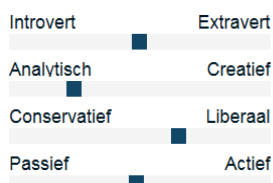
Garret is gebracht door een ambulancebroeder naar de afdeling Spoed Eisende Hulp (SEH).

Na onderzoek wordt Garrett vervoerd naar de Acute Opname Afdeling (AOA) door een brancardier en een verpleegkundige.

Van deze afdeling wordt Garrett verplaatst naar de afdeling hartbewaking.

"Ik ben bang voor wat er komen gaat en er is niemand die mij steunt"

Persoonlijkheid



Frustraties

- Ik heb nog geen idee wat er allemaal gaat gebeuren
- Ik ben helemaal alleen

Motivaties en

Angst

Prestatie

Groei

Kracht

Sociaal

Goals

- Ik wil zo snel mogelijk weten wat er met mij gaat gebeuren
- Ik wil graag dat er iemand is die me tot rust kan stellen
- Ik hoop dat mijn ex-vrouw en de kinderen mij komen bezoeken

Gerda Mulder



Leeftijd: 70

Werk: Huisvrouw

Familie: 50 jaar getrouwd en 4 kinderen en 8 kleinkinderen

Locatie: Wezep

Karaktereigenschap: Zorgzaam

Opassen op de kleinkinderen

Lezen

Breien

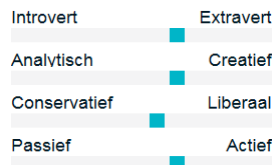
Waarom is Gerda in het Isala?

Gerda is samen met haar man naar het ziekenhuis gebracht, want ze is gevallen en heeft waarschijnlijk een gebroken heup.

De brancardier brengt Gerda van de afdeling chirurgie naar de afdeling röntgen voor een foto voordat ze geopereerd wordt.

"Ik vind het prettig dat mijn man mee is"

Persoonlijkheid



Frustraties

- Ik verwacht dat de hele familie na de operatie langs komt
- Omdat ik zo oud ben zal genezing wel lang duren

Motivaties en

Angst

Prestatie

Groei

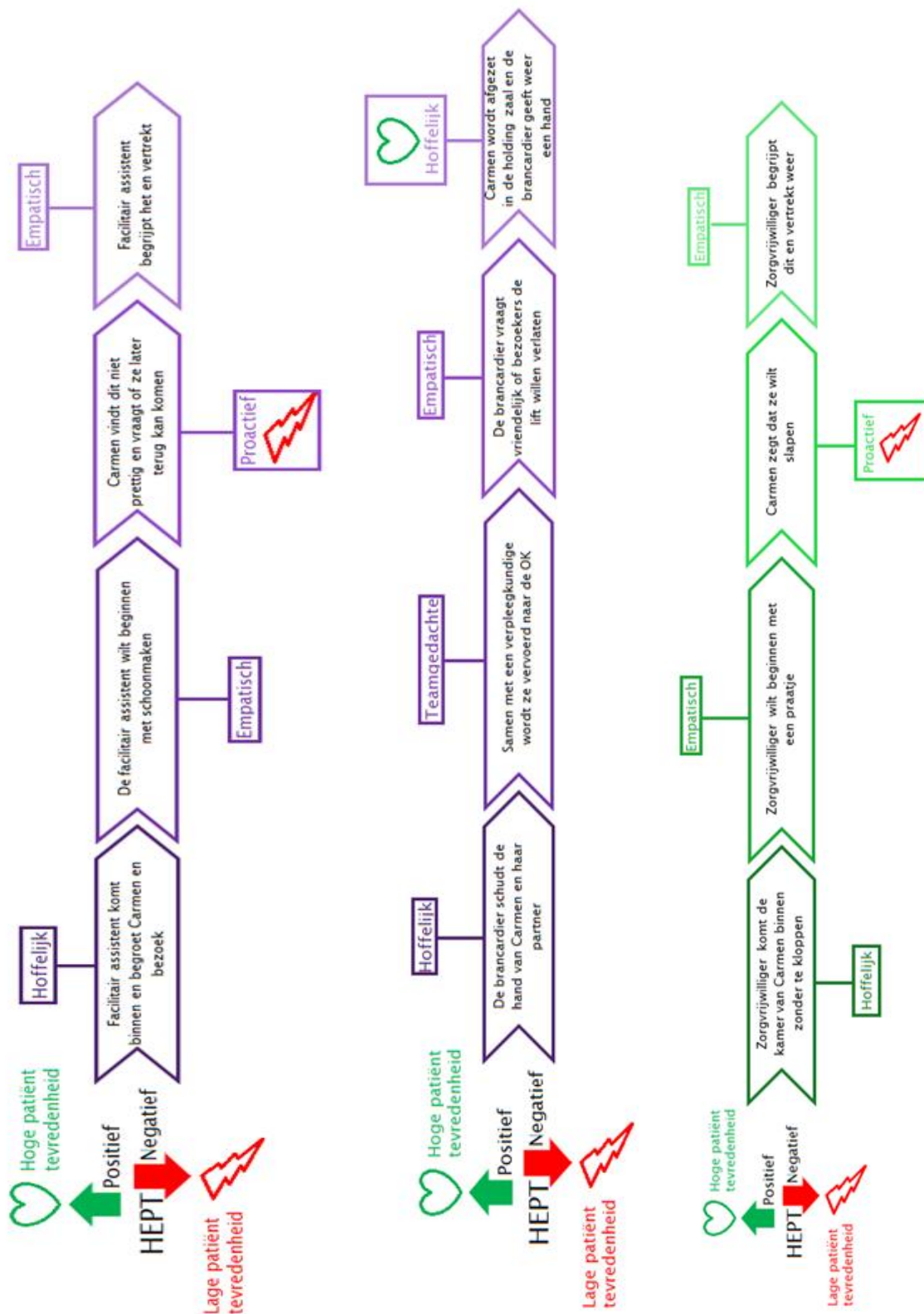
Kracht

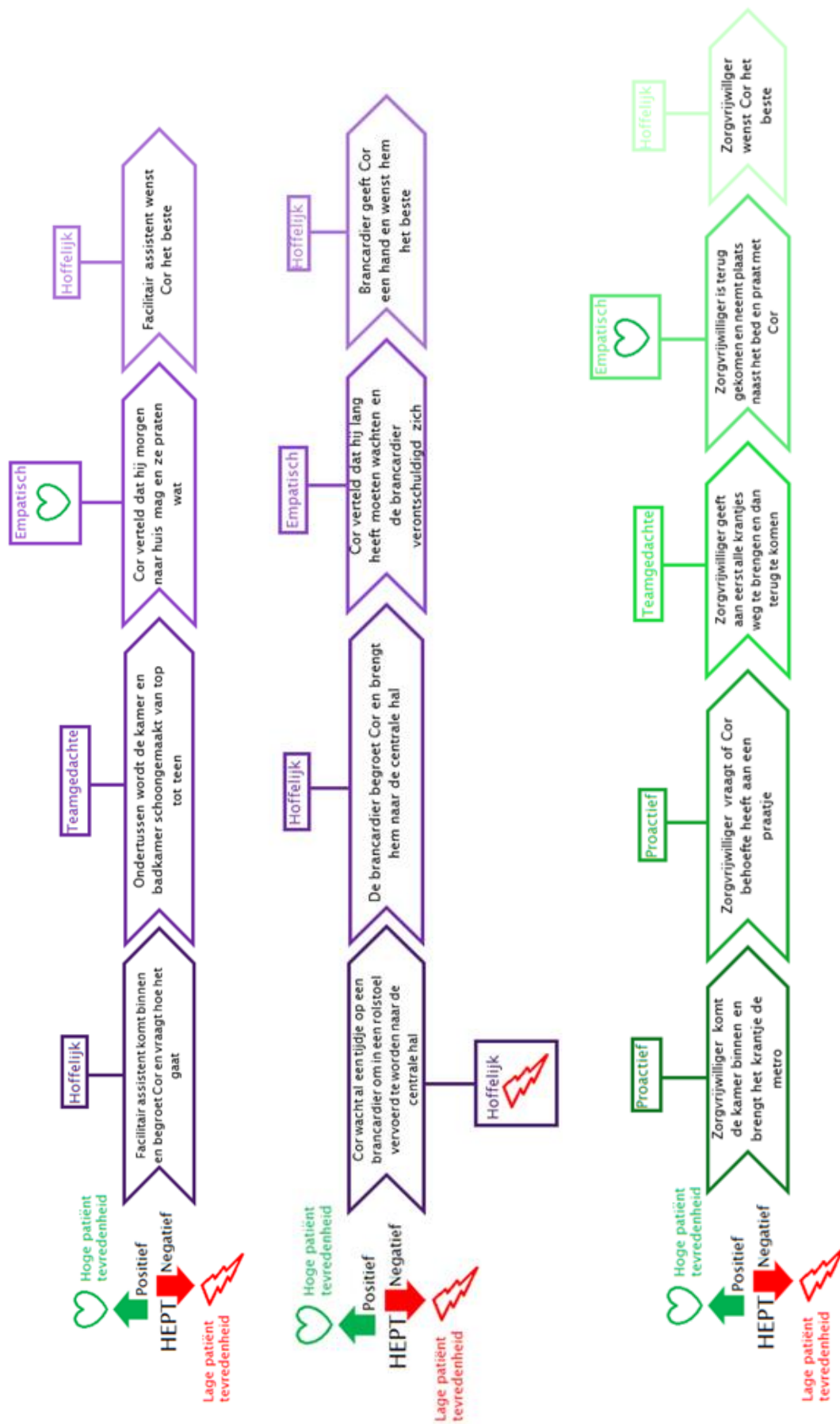
Sociaal

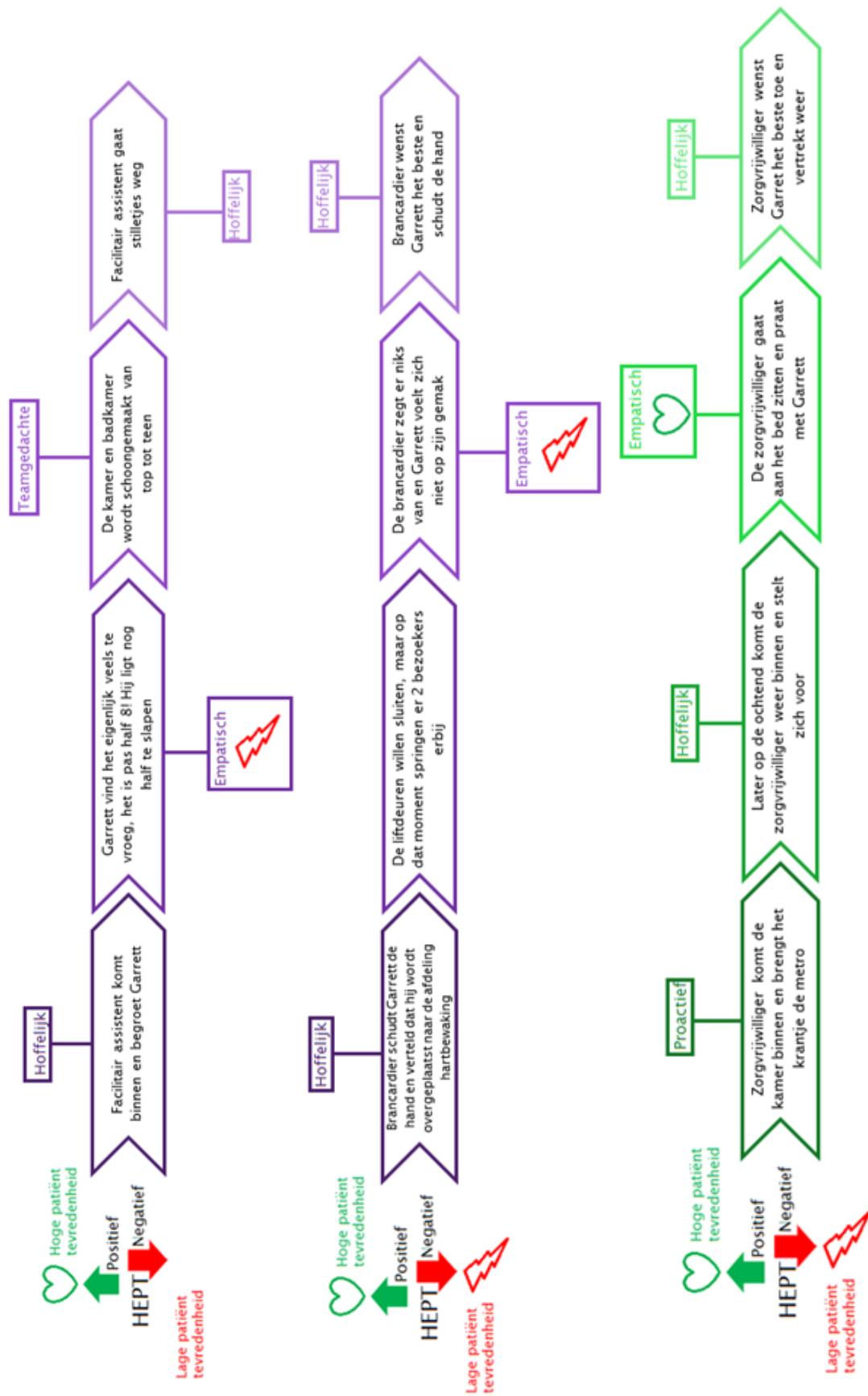
Goals

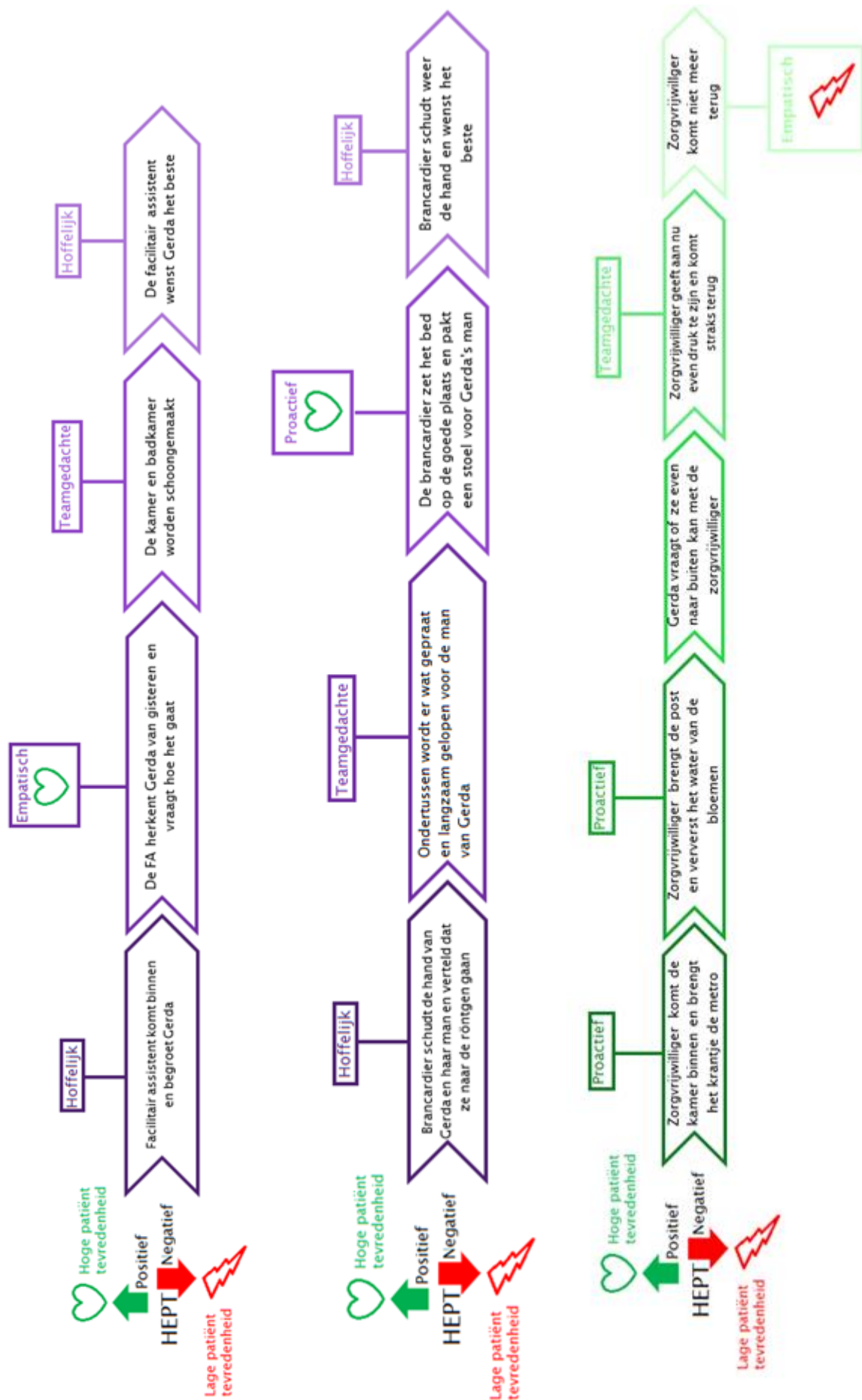
- Alle kinderen moeten binnen twee dagen na de operatie op bezoek zijn geweest

Bijlage XI: Visualisatie touchpoints









Bijlage XII: Enquête

Algemeen

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man ☐ Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- ☐ Jonger dan 25 jaar ☐ 25 – 35 ☐ 36 – 45
☐ 46 – 55 ☐ 56 – 65 ☐ Ouder dan 65 jaar

3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- ☐ Geen opleiding
☐ Lagere school / basisonderwijs
☐ Lager Beroeps Onderwijs, LTS, LHNO, LWOO, Kader
☐ MAVO, VMBO
☐ HAVO, Atheneum, Gymnasium, VWO
☐ Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO)
☐ Hoger Beroeps Onderwijs (HBO)
☐ Wetenschappelijk Onderwijs

4. Hoe lang ligt u al in het ziekenhuis?

- ☐ 1 dag ☐ 2 dagen ☐ 3 dagen ☐ 4 dagen / of langer

5. Op welke afdeling ligt u?

- ☐ Cardiologie ☐ Chirurgie ☐ Hartbewaking

Brancardiers

6. Voor welk soort transport kwam u in contact met deze dienst?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- ☐ Rolstoel transport – Vanaf de centrale hal naar de afdeling (visa versa)
☐ Rolstoel transport – Vanaf de SEH naar de röntgen / echo (visa versa)
☐ Beddentransport – Overplaatsing naar een andere afdeling
☐ Beddentransport – Vanaf de afdeling naar de röntgen / echo (visa versa)
☐ Beddentransport – Vanaf de afdeling naar de OK (visa versa)

7. De brancardier stelde zich ook voor middels een handdruk.

- ☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

8. De brancardier deed dit ook bij mijn gezelschap.

- ☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

9. De brancardier vertelde hoe we op de bestemming kwamen.

- ☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

10. De brancardier stelde me op me gemak door met mij te praten tijdens het transport.

- ☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

Indien beddentransport via lift

11. De brancardier zorgde ervoor dat er geen andere mensen in de lift, wanneer ik vervoerd werd.

- ☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

12. In hoeverre vindt u het belangrijk dat deze contactmomenten voortkomen in de dienstverlening?

De brancardier..	Onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Redelijk belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Vertelt zijn/haar naam					
stelt zich voor middels een handdruk					
geeft mijn gezelschap ook een handdruk					
vertelt hoe we op de bestemming komen					
maakt een praatje tijdens het transport					
zorgt ervoor dat er geen andere personen aanwezig zijn in de lift (beddentransport)					

13. Welke van onderstaande negatieve belevingen kwamen voor in uw ervaring, die hierdoor een lage tevredenheid bij u hebben veroorzaakt?

- ☐ Niet voorstellen middels een handdruk
☐ Niet voorstellen aan mijn gezelschap
☐ Niet vertellen waar we heen gaan en hoe we daar komen
☐ Niet praten tijdens het transport
☐ Andere mensen niet uit de lift sturen
☐ Anders nml...

14. Wat mist u nog in deze dienstverlening?

15. Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de brancardiërs op een schaal van 1 t/m 10?

Facilitaire assistenten

16. De facilitair assistent vertelt zijn/haar naam en vertelt dat de kamer wordt schoongemaakt.

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

17. De facilitair assistent sprak terug wanneer ik begon met het gesprek.

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

18. De facilitair heeft mijn kamer schoongemaakt terwijl ik nog lag te slapen

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

19. De facilitair assistent heeft mijn kamer schoongemaakt terwijl ik bezoek had.

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

20. De facilitair assistent maakte mijn kamer en badkamer goed schoon, leegde elke dag de prullenbak en zette de meubels terug op de juiste plaats.

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee

21. In hoeverre vindt u het belangrijk dat deze contactmomenten voortkomen in de dienstverlening?

De facilitair assistent	Onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Redelijk belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
vertelt voornaam en wat hij/zij komt doen					
gaat in op een poging tot het hebben van een gesprek					
maakt mijn kamer schoon alleen als ik wakker ben					
maakt mijn kamer schoon wanneer ik geen bezoek heb					
Maakt mijn kamer elke dag schoon en netjes					

22. Welke van onderstaande negatieve belevingen kwamen voor in uw ervaring, die hierdoor een lage tevredenheid bij u hebben veroorzaakt?

- ☐ Niet voorstellen en niet vertellen wat hij/zij komt doen
- ☐ Mij negeren
- ☐ Te vroeg op de dag de kamer schoonmaken, ik lag nog te slapen
- ☐ Schoonmaken van de kamer wanneer er bezoek is.

23. Wat mist u nog in deze dienstverlening?

24. Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de facilitaire assistenten op een schaal van 1 t/m 10?

Zorgvrijwilligers

25. De zorgvrijwilliger brengt mij de krant

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

26. Wanneer ik om een kleine gunst vraag, gaat de zorgvrijwilliger hier op in (bloemen verversen, terug komen voor een gesprek)

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

27. De zorgvrijwilliger klopt op de deur en vraagt of ik behoefte heb aan een gesprek

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

28. De zorgvrijwilliger stelt zich voor

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

29. Ik kan aangeven bij een verpleegkundige dat ik behoefte heb aan een leuk gesprek en dit wordt doorgespeeld aan de zorgvrijwilliger.

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

30. Wanneer ik aangeef bij een verpleegkundige dat ik naar buiten wil en/of een stuk wil lopen in het ziekenhuis wordt dit doorgespeeld aan een zorgvrijwilliger

☐ Ja, altijd ☐ Ja, soms ☐ Nee ☐ N.V.T.

31. In hoeverre vindt u het belangrijk dat deze contactmomenten voortkomen in de dienstverlening?
De zorgvrijwilliger..

De zorgvrijwilliger	Onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Redelijk belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Brengt mij de krant					
Gaat in op mijn verzoeken					
Klopt op de deur en vraagt of ik behoefte heb aan een gesprek					
Stelt zich voor					
Communiqueert goed met de verpleegkundigen					
Komt terug wanneer ik dit vraag					

32. Welke van onderstaande negatieve belevingen kwamen voor in uw ervaring, die hierdoor een lage tevredenheid bij u hebben veroorzaakt?

- ☐ Niet brengen van de krant
- ☐ Niet ingaan op verzoeken / vergeten van verzoeken
- ☐ Binnenstormen van de kamer
- ☐ Een gesprek beginnen zonder te vragen, ik had hier geen behoefte aan
- ☐ Niet voorstellen
- ☐ Is niet op de hoogte van mijn wensen die ik heb doorgespeeld aan verpleegkundigen
- ☐ De zorgvrijwilliger komt niet terug, terwijl ik dit gevraagd had

33. Wat mist u nog in deze dienstverlening?

34. Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de zorgvrijwilligers op een schaal van 1 t/m 10?

Bijlage XIII: Logboek Enquête

Datum	Tijd	Afdeling(en)	Aantal respondenten	Opmerkingen
Dinsdag 08/11/2016	08:00 – 15:00	1. Cardiologie 2. Chirurgie	1. 9 (-1) 2. 6 (-11) Totaal 15	Veel lang liggers op de afdeling cardiologie en veel lege bedden. Hierdoor meteen ook maar doorgedaan naar de afdeling chirurgie. Na de lunch slapen bijna alle patiënten, daarna vanaf 14:30 uur bezoek.
Aantal vervoerde patiënten Cardio – 10 Chirurgie – 17 Totaal 27				
Woensdag 09/11/2016	08:00 – 09:30 13:00 – 14:45	1. Cardiologie 2. Chirurgie 3. Orthopedie/ Traumatologie	1. 4 (-3) 2. 3 (-7) 3. 8 (-10) Totaal 15	Aantal enquêtes uitgedeeld op de afdeling cardiologie, deze later weer opgehaald. Dit waren relatief jonge mensen, die zelfstandig en op hun gemak de enquête wilde invullen. Veel dezelfde mensen, geldt ook voor chirurgie. Toch maar eerder begonnen op de laatst genoemde afdeling, hier een paar uurtjes in de middag rondgelopen. Heel erg drukke op alle afdelingen, veel artsen op de gangen en kamers. Wanneer er een arts in de kamer staan, mag de kamer niet betreden worden. Ditzelfde geldt
Aantal vervoerde patiënten Cardio – 7 Chirurgie – 10 O/T – 18 Totaal 35				

				wanneer er een aantal verpleegkundigen aan het werk zijn.
Donderdag 10/11/2016	09:00 tot 12.30	1, 2 & 3.	1. 2 (-5) 2. 1 (-7) 3. 8 (+1) Totaal 11	Op de cardiologie veel ontslagen en lege bedden, hoop morgen nieuwe patiënten te zien (ondanks dit slecht is voor de patient) en zaterdag dat er voor het weekend veel vervoerd is. Afdeling O/T veel mensen en meeste doorloop. Afdeling cardiologie en O/T in de ochtend al helemaal gehad. Nu merk je inderdaad dat opnameduur gemiddeld 3 dagen is
Aantal vervoerde patiënten Cardio – 7 Chirurgie – 8 O / T – 7 Totaal 22				
Zaterdag 12/11/2016	09:00 – 11:30 12:00 – 13:00	1, 2 & 3.	1. 3 (-12) 2. 5 (-4) 3. 11 (-5) Totaal 19	Een hele positieve dag, veel te doen gehad in verband met het niet enquêteren op de vrijdag. Op vrijdag weinig patiënten ontslagen. Er hangt op zaterdag een hele prettige sfeer in het ziekenhuis.
Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 15 Chirurgie – 9 O/T – 16 Totaal 40				
Dinsdag 15/11/2016	09:00 – 12:30	1, 2 & 3.	1. 15 (+7) 2. 3 (-1)	Weinig patiënten op de maandag

Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 8 Chirurgie – 4 O/T – 6 Totaal 23			3. 1 (-5) Totaal 19	vervoerd op de afdeling chirurgie en O/T, veel nieuwe patiënten ook. Wel genoeg gedaan op de afdeling cardiologie.
Woensdag 16/11/2016 Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – Chirurgie – 9 O/T – 13 Totaal 32	08:30 – 11:30	2 & 3.	1. – 2. 3 (-6) 3. 7 (-6) Totaal 10	Geen patiënten op de afdeling cardiologie, dit laat zien dat er veel langliggers zijn. Tevens weer een drukke woensdag met artsen, bloedkar en van alles en nog wat. Niet erg prettig om er tussendoor te lopen terwijl iedereen zijn werk moet doen.
Donderdag 17/11/2016 Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 6 Chirurgie – 7 O/T – 7 Totaal 20	08:30 – 12:00	1, 2 & 3.	1. 4 (-2) 2. 3 (-4) 3. 9 (+2) Totaal 16	Relatief goede dag, 2 extra patiënten ondervraagd op de afdeling O/T die al eerder in het ziekenhuis hebben gelegen. Zij gaven zelf aan mee te willen werken aan de enquête.
Zaterdag 19/11/2016 Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 4 Chirurgie – 10 O/T – 10 Totaal 24		1, 2 & 3.	1. 4 2. 5 (-5) 3. 10 Totaal 19	Op de afdeling Chirurgie de eerste patiënt die aangeeft niet mee te willen werken. Tevens op deze afdeling veel oude mensen, die niet goed aanspreekbaar zijn. Deze dus ook lekker met rust gelaten. Veel diversiteit op de afdeling O/T, ineens meer vrouwen dan

				mannen, nog niet gezien. Ook de eerste patiënten met de leeftijdscategorie 25-35. Volledige mensen van de afdeling Cardio.
Aantal vervoerde patiënten op lijst Dinsdag 22/11/2016 Cardio – 8 Chirurgie – 7 O/T – 7 Totaal 22	09:00 – 11:30	1, 2 & 3.	1. 4 (-4) 2. 6 (-1) 3. 6 (-1) Totaal 16	Op de afdelingen chirurgie en O/T bijna iedereen kunnen ondervragen. Op de afdeling cardiologie veel oude mensen die niet goed aanspreekbaar zijn en een non-response.
Woensdag 23/11/2016 Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 5 Chirurgie – 8 O/T – 7 Totaal 20	09:00 – 10:00 11:00 – 12:00	1, 2 & 3.	1. 4 (-1) 2. 3 (-4) 3. 3 (-4) Totaal 10	Wederom zoals elke woensdag een drukke dag. Veel artsen en/of fysiotherapeuten op de afdeling O/T. Net zoals de andere woensdagen een lage response door de drukte.
Donderdag 24/11/2016 Aantal vervoerde patiënten op lijst Cardio – 8 Chirurgie – 15 O/T – 7 Totaal 30	09:00 – 13:00	1, 2 & 3.	1. 6 (-2) 2. 10 (-5) 3. 6 (-1) Totaal 22	Laatste dag, zo lang mogelijk op de afdeling geënuquêteerd. Veel mensen wouden graag meedoen aangezien dit de laatste dag was.

Bijlage XIV: Uitkomsten toetsen hypothese SPSS

Brancardiers

Group Statistics									
	2. - Wat is uw leeftijd?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
Q15 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de brancardiers o...	Jonger dan 25 jaar	87	7,64	,792	,085				
	Ouder dan 65 jaar	84	7,56	,665	,073				

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Q15 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de brancardiers o...	Equal variances assumed	1,617	,205	,751	169	,454	,084	,112	-,137 ,305
	Equal variances not assumed			,753	165,827	,452	,084	,112	-,136 ,305

Facilitaire assistenten

Group Statistics									
	2. - Wat is uw leeftijd?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
Q24 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de facilitaire as...	Jonger dan 25 jaar	87	7,06	,798	,086				
	Ouder dan 65 jaar	83	7,19	,573	,063				

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Q24 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de facilitaire as...	Equal variances assumed	1,815	,180	-1,265	168	,208	-,135	,107	-,346 ,076
	Equal variances not assumed			-1,275	156,245	,204	-,135	,106	-,345 ,074

Zorgvrijwilligers

Group Statistics									
	2. - Wat is uw leeftijd?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
Q34 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de zorgvrijwillig...	Jonger dan 25 jaar	87	7,25	,781	,084				
	Ouder dan 65 jaar	84	7,26	1,043	,114				

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Q34 - Hoe beoordeeld u over het algemeen de dienstverlening van de zorgvrijwillig...	Equal variances assumed	,008	,929	-,064	169	,949	-,009	,141	-,286 ,268
	Equal variances not assumed			-,064	153,722	,949	-,009	,141	-,288 ,270

Bijlage XV: Toetsen mondelinge motivaties patiënten

Schoonmaken tijdens slapen

Group Statistics					
	2. - Wat is uw leeftijd?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q21_3 - Maakt mijn kamer alleen schoon als ik wakker ben	Jonger dan 25 jaar	87	3,09	,709	,076
	Ouder dan 65 jaar	84	2,86	,661	,072

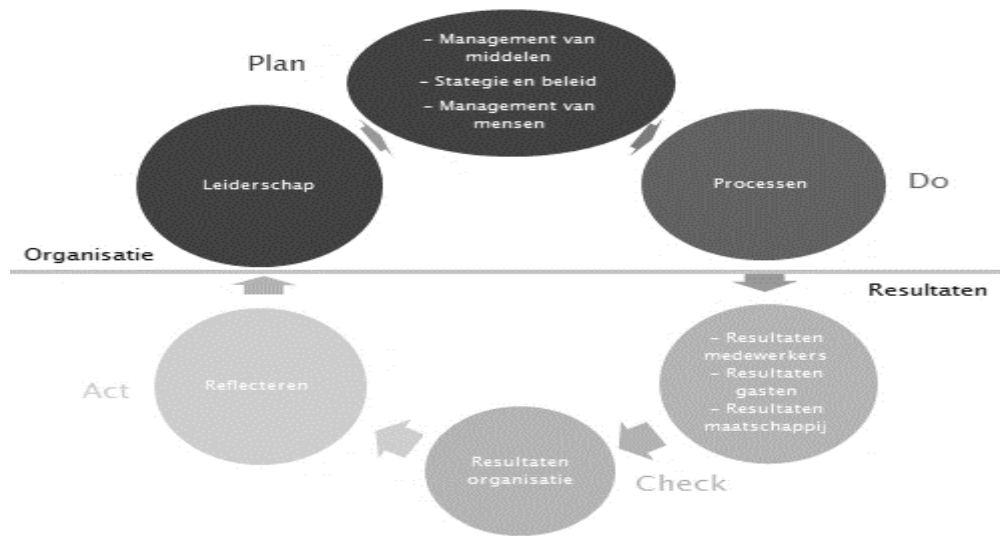
Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Q21_3 - Maakt mijn kamer alleen schoon als ik wakker ben	Equal variances assumed	,120	,729	2,237	169	,027	,235	,105	,028 ,442
	Equal variances not assumed			2,240	168,795	,026	,235	,105	,028 ,442

Het brengen van de krant

Group Statistics					
	2. - Wat is uw leeftijd?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q31_1 - Brengt mij de krant	Jonger dan 25 jaar	86	3,64	,649	,070
	Ouder dan 65 jaar	84	3,31	,791	,086

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Q31_1 - Brengt mij de krant	Equal variances assumed	6,887	,009	2,976	168	,003	,330	,111	,111 ,549
	Equal variances not assumed			2,989	160,351	,003	,330	,111	,111 ,550

Bijlage XVI: Uitleg GINK- en PDCA-model



- Plan: het opstellen van een plan met doelstelling hoe de verandering tot stand komt en naar de gewenste situatie leidt;
 - Leiderschap: hoe de organisatie medewerkers inspireert tot verandering
 - Strategie en beleid: het herhalen van de missie en visie waar de verandering aan bijdraagt.
- Do: Het plan uitvoeren
 - Management van middelen: Het in kaart brengen van de benodigde middelen.
 - Management van mensen: Het is kaart brengen van het benodigde mensen.
 - Management van processen: Verandering in het huidige proces.
- Check: Er wordt nagegaan of de doelstelling en het beoogde resultaat zijn behaald.
 - Resultaten medewerkers: De medewerkers bepalen uiteindelijk of het nieuwe beleid goed wordt uitgevoerd, hier draait het om de waardering van de medewerkers voor de nieuwe werkwijze.
 - Resultaten gasten: Door het opnieuw in kaart brengen van de huidige situatie kan er gemeten worden of de verandering goed is doorgevoerd en of dit bij heeft gedragen aan de doelstellingen.
 - Resultaten maatschappij: De belanghebbende die geen directe relatie kennen met de organisatie, maar echter wel belangrijk zijn voor het imago van de organisatie.
 - Resultaten organisatie: Of de doelstelling resulteren tot het gewenste resultaat
- Act: Indien er nog andere punten naar voorkomen of het proces moet bijgestuurd worden wordt het in deze fase opnieuw verbeterd
 - Reflecteren: Verbeteren en vernieuwen.

Bijlage XVII: Gastvrijheidskaders

