



STUREN OP
KWALITEIT

Uitzonderlijke patiëntervaringen



Robbie (7 jaar), Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam





DIALOOG



ZIEKENHUISBREED



PATIËNTENGROEPEN



NETWERKEN

Inhoudsopgave

Projectgroep en klankbordgroep	4
Voorwoord	5
Projectenoverzicht	6
Samenvatting	7
Aanleiding	8
Methode	10
Resultaten	11
Conclusie	18
Aanbevelingen	19
Wat levert het op	19
Houdt rekening met	19
Ervaringen uit de praktijk	19
Referenties	20
Bijlage 1. Best practice Oogziekenhuis Rotterdam	22
Bijlage 2. Best practice UMCG Ouderen met multimorbiditeit	23
Bijlage 3. Paradigmashifts voor structureel sturen op patiëntervaringen	25
Bijlage 4. Toolbox instrumenten	27
Bijlage 5. Service Excellence Scan	28

Projectgroep

- Dr. Lianne de Jong-Verweij, Onderzoeker, Erasmus MC.
- Dr. Jean-Pierre Thomassen, Voorzitter Stichting Service Excellence.
- Drs. Carla Bastemeijer, Fysiotherapeut, promovendus Erasmus MC en Universiteit voor Humanistiek Utrecht.
- Prof. Dr. Sophia de Rooij, Hoogleraar Geriatrie/Ouderengeneeskunde, UMCG.
- Prof. Dr. Jan Hazelzet, Hoogleraar Kwaliteit en Uitkomsten van de zorg, Erasmus MC.

Klankbordgroep

- Mr. Heleen Post, Manager kwaliteit, Patiëntenfederatie Nederland.
- Dr. Carla Veldkamp, CWZ en Santeon.
- Drs. Ana Prieto-Lestegas, St. Antonius ziekenhuis en Santeon.
- Drs. Matthijs Groeneveld, RevelX, namens ZN.
- Prof. Dr. Niek Klazinga, Hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC en OECD.
- Dr. Marloes Zuidgeest, Senior Adviseur ZIN.
- Dr. Dolf de Boer, programmaleider Zorg vanuit patiëntperspectief, NIVEL.
- Dr. José Maessen, Kwaliteit en Veiligheid, MUMC.
- Drs. Ria Zondervan, beleidsmedewerker opleiding en patiëntenzorg NFU.

Voorwoord

“Kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, borgen en verbeteren. Dat is het gezamenlijk streven van de acht universitair medische centra. Daarmee nemen zij verantwoordelijkheid voor én geven zij richting aan kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Om dit te bereiken wordt in en door ziekenhuizen veel kwaliteitsinformatie verzameld, maar het gebruik hiervan is niet eenduidig. Een kritische blik op de huidige kwaliteitsinformatie en een ziekenhuisbrede inbedding van kwaliteitsverbetering maakt sturen op kwaliteit mogelijk. Voor een Raad van Bestuur is het van belang te beschikken over betrouwbare en valide kwaliteitsinformatie. Veel kwaliteitsinformatie wordt in en door ziekenhuizen verzameld, maar de betekenis ervan is niet eenduidig. Dit belemmert het vanuit instellingsperspectief sturen op continue kwaliteitsverbetering en daarmee op de kwaliteit van de patiëntenzorg.”

Doel van het NFU programma Sturen op Kwaliteit is de leden van de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen, waaronder de acht Universitaire Medische Centra (umc's) op handzame wijze voorzien van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg op instellingsniveau. Welke informatie nodig is, waaruit deze te ontleen, en hoe deze te gebruiken, zijn vragen waar de umc's zich in het programma Sturen op Kwaliteit op richten. Dit programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Als onderdeel van het programma Sturen op Kwaliteit onderzochten Dr. Lianne de Jong-Verweij, Dr. Jean-Pierre Thomassen, Drs. Carla Bastemeijer, Prof. Dr. Sophia de Rooij en Prof. Dr. Jan Hazelzet mogelijkheden tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg met patiëntervaringen. De doelstelling van het onderzoek luidde: *“Een analyse van de wetenschappelijke literatuur en best practices die leidt tot een plan van aanpak voor het optimaal verkrijgen en gebruiken van patiëntervaringen om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren, en dan met name de patiëntgerichtheid op ziekenhuis/ afdeling niveau. Voor de Raad van Bestuur zou hierdoor de inzicht in en sturingskracht van patiëntervaringen verhoogd moeten worden.”*

Voor u ligt de eindrapportage 'Uitzonderlijke patiëntervaringen'. Deze eindrapportage biedt een praktisch handvat voor ziekenhuizen om actiever te werken aan het verbeteren van patiëntervaringen. Deze eindrapportage betekent niet het einde van ontwikkelingen en samenwerking met partners. Vooral in de afrondende fase van dit project bleek behoefte bij de project- en klankbordgroep om de ingezette dialoog voort te zetten. De komende tijd zullen we daarom aanvullende bijeenkomsten beleggen met partners in de zorg.

Projectenoverzicht

De 20 projecten zijn als volgt onderverdeeld:



DIALOOG

- Visieontwikkeling & expertise
- Ervaring



ZIEKENHUISBREED

- Patiëntveiligheid
- Patiëntenparticipatie
- Teamsamenwerking
- Nursing sensitive care
- Waardegedreven zorg
- Calamiteiten
- Patiëntenervaringen



PATIËTENGROEPEN

- Intensive Care
- Psychiatrie
- Kinderchirurgie
- Heelkunde
- MS/Schisis
- Oncologie
- Moeder en Kind



NETWERKEN

- Verloskundige keten
- Hoofdhals oncologie
- Complexe wondzorg keten
- RvB Risicomanager Regio

Samenvatting

Aanleiding

Patiëntgerichte zorg is een van de zes determinanten van goede kwaliteit van zorg. Voor het verbeteren van patiëntgerichtheid is het meten, verbeteren en sturen op basis van patiëntervaringen cruciaal. In veel ziekenhuizen bestaat een pluriformiteit aan initiatieven alsmede een gebrek aan een eenduidige aanpak om patiëntervaringen te meten om mee te verbeteren en op te sturen. Dit duidt een noodzaak van het vaststellen danwel ontwikkelen van huidige methodieken naar een set van op elkaar afgestemde patiëntervarings(meet) methodieken om continu feedback van patiënten op te halen die bijdraagt aan het continu verbeteren van de zorg.

Methodie

Op basis van wetenschappelijke literatuur, best practices en twee bijeenkomsten met een klankbordgroep is een synthese van resultaten gemaakt. Deze resultaten richten zich op het verbeteren en sturen op basis van patiëntervaringen. Het meten van patiëntervaringen is onderwerp van een ander NFU-traject.

Resultaten

We beschrijven vier werkwijzen aan de hand van de pdca-cyclus die gezamenlijk een bijdrage leveren aan het *verbeteren* van de zorg. Dit zijn: a. Het inrichten van patient journeys die de gewenste ervaring bieden; b. Het doorlopend meten en verbeteren van de patiëntervaringen; c. Breed meten van patiëntervaringen, benchmarken en verbeterthema's bepalen op ziekenhuisniveau en d. Externe reviews en secundaire data. Vervolgens beschrijven we drie aanknopingspunten om structureel te *sturen* op patiëntervaringen. Dit zijn: e. Integreer patiëntervaringen in de planning & control; f. Zorg voor een meetinstrumentarium dat helpt bij de sturing en g. Zorg voor noodzakelijke middelen. Tenslotte presenteren we een praktisch handvat op basis van het *Service Excellence model* dat vertaald is naar de zorg. Deze vragenlijst is bedoeld om ziekenhuizen op een eenvoudige wijze een eerste beeld te geven van hun prestaties als het gaat om het organiseren en creëren van uitzonderlijke patiëntervaringen.

Conclusie

De aanbevelingen en instrumenten in deze eindrapportage bieden praktische handvatten voor de Raad van Bestuur om inzicht te krijgen in de praktijk van het eigen ziekenhuis en en wat er vervolgens nodig is om nog meer te kunnen sturen op patientervaringen.

Aanleiding

In 2016 is bij Robbie (7) een agressieve tumor ontdekt. Robbie is nu bijna 2 jaar onder behandeling. Een dag voor het ziekenhuisbezoek kijkt Robbie er altijd tegenop. "Robbie zoekt een manier om er toch iets van te maken", zeggen zijn ouders. "Hij verkleedt zich als een Star Wars-personage en marcheert naar het ziekenhuis en ziet onder ogen wat niet leuk is." Op de poli Oncologie zijn de medewerkers elke week weer nieuwsgierig welk pak Robbie aan heeft. "Met kerst heeft hij een nieuwe Star Wars-helm gekregen met stemvorming", vertelt een verpleegster. "De verpleegsters moesten erg lachen toen Robbie daarmee aankwam." Eenmaal op de poli vindt Robbie het rot om geprikt te worden. "Ik probeer mij te ontspannen en te concentreren. Dan valt het mee. Dat zeg ik ook tegen andere kinderen in de behandelkamer. En je krijgt daarna altijd een cadeautje." "Soms vraag ik mezelf weleens af waarom ik verkleed kom", zegt Robbie. "En dan weet ik het: ik vind het gewoon erg cool."

Individuele patiënten hebben eigen ervaringen, doelen, voorkeuren, behoeften en waarden met betrekking tot hun zorgproces. Deze ervaringen kunnen positief of negatief zijn, en kunnen anders zijn dan die van andere patiënten en van zorgverleners (1). Van de organisatie vraagt dit een sensitieve vorm van management van de ervaringen van individuele patiënten gedurende hun patiëntreis van 'oproep tot en met ontslag en nazorg' (2). Het goed managen van ervaringen kan een angstaanjagende of emotionele ervaring veel dragelijker of positiever maken in de ogen van patiënten. Positieve ervaringen leiden daarnaast tot betere patiënt- en organisatie uitkomsten (2-5). In termen van therapietrouwheid, ligduur, heropnames en klinische uitkomsten, maar ook in termen van imago, reputatie, en medewerkerstevredenheid.

Uitzonderlijk positieve ervaringen zijn veel krachtiger op gedrag dan positieve ervaringen of alleen een rationele beoordeling van 'zeer tevreden' (6). Maar liefst 75% van onze beslissingen heeft een emotionele component. Daarbij blijkt dat hoe belangrijker, complexer en persoonlijker een ervaring is, hoe sensitiever mensen zijn voor de kwaliteit van de ervaring (5). Weinig sectoren zijn zo belangrijk, complex en persoonlijk als de zorg. Wat bijvoorbeeld voor een zorgverlener routine is, kan van het grootste belang zijn voor de betreffende patiënt (7). De sleutel tot het bereiken van uitzonderlijke ervaringen is om de ervaringen van patiënten te vatten en werkelijk te begrijpen door de hele patiëntreis heen, zodat deze kennis toegepast kan worden in verbetering van het zorgproces waarbij de patiënt proactief en goed geïnformeerd volledig betrokken is, om samen met familie, naasten en zorgverleners te komen tot de beste uitkomsten en ervaringen van zorg (8). Ofwel, patiëntgerichte zorg.

Patiëntgerichtheid is een van de zes determinanten van het begrip kwaliteit van zorg en hoort als zodanig bij goede zorg (9). Deze grondgedachte staat centraal bij de samenwerkende umc's

die patiëntgerichtheid in hun toekomstvisie 'Meer waarde voor de patiënt' hebben opgenomen als uitgangspunt voor beleid (10). De umc's nemen daarmee verantwoordelijkheid voor kwaliteit, en voor de verbetering van uitkomsten en ervaringen van patiënten.

Tot nu toe werd de Consumer Quality-index (CQi) als centrale methodiek gebruikt om via een jaarlijkse steekproef ziekenhuisbreed de *ervaringen* van patiënten te meten. De intentie van de invoering van deze methodiek was dat ze zou bijdragen aan 1) de externe verantwoording van de kwaliteit van zorg, 2) benchmarking tussen zorginstellingen en 3) een impuls zou geven aan het verbeteren van de patiëntervaringen. Waar de CQi bij heeft gedragen aan de eerste twee doelstellingen, blijkt uit onderzoek dat de kwaliteit van zorg door de inzet van de CQi niet tot de gewenste mate van verbeteringen heeft geleid (11, 12). De systematiek van de CQi van eenmaal per jaar met een steekproef de patiënten benaderen heeft als gevolg dat zorgprofessionals in onvoldoende mate met actuele gegevens aan de slag kunnen gaan met verbetermaatregelen. Bovendien wordt de CQi niet meer geupdate en wordt de ermee verkregen informatie steeds minder onderscheidend. Er is behoefte aan een methode waarbij de resultaten binnen de bedrijfsonderdelen snel zichtbaar worden en gedeeld worden (13). De consequentie is om het CQi instrument te vervangen¹ en de centrale meting van steekproef uit te breiden naar continue metingen in de tijd zodat er actueler kan worden ingespeeld op de uitkomsten (door snel inzicht in resultaten die het eigen bedrijfsonderdeel raken).

Naast de centrale CQi methodiek hanteren ziekenhuizen verschillende onderzoeksvormen om ervaring op decentraal niveau te volgen (13). Na inventarisatie bij de umc's blijken er thans ruim 60 verschillende initiatieven te zijn. De informatie die voortkomt uit deze decentrale methodieken is doorgaans niet centraal beschikbaar. Hierdoor is het onvoldoende inzichtelijk welke verbeteracties zijn gedaan of ziekenhuisbreed kunnen worden opgepakt. Ook het op centraal niveau monitoren van de verbeteracties behoort daardoor niet tot de mogelijkheden.

De pluriformiteit aan initiatieven alsmede een gebrek aan een eenduidige aanpak onderbouwen een noodzaak naar het vaststellen danwel ontwikkelen van een set van op elkaar afgestemde patiëntervarings(meet) methodieken om continu feedback van patiënten op te halen die bijdraagt aan het continu verbeteren van de zorg. Daarbij dient er oog te zijn voor de cultuuromslag die nodig is om werkelijk patiëntgericht te werken, en voor de inbedding van de bijbehorende informatie in de planning en control cyclus van het ziekenhuis.

¹ *De doorontwikkeling van een centrale methodiek voor het meten van patiëntervaringen is onderwerp van een ander NFU-traject. Na uitvoerige analyse van internationale instrumenten blijkt dat het gedachtegoed van het Picker Institute (www.picker.org) het beste aansluit bij het concept Patiëntgerichtheid. De NFU bekijkt of dit gedachtegoed zich laat vertalen naar de Nederlandse situatie.*

De aanbevelingen en instrumenten in deze eindrapportage zijn handvatten voor de Raad van Bestuur om inzicht te krijgen in de praktijk van het eigen ziekenhuis en en wat er vervolgens nodig is om nog meer te kunnen sturen op patientervaringen.

Methodie

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze eindrapportage bestaat uit vier vormen:

1. Onderzoek van de wetenschappelijke literatuur

In internationale wetenschappelijke literatuur is gezocht naar interventies en methoden die patiëntervaringen verbeteren evenals de bevorderende en belemmerende factoren die hierbij een rol spelen. Er is gezocht naar 'patient experience', 'patient feedback' en 'patient reported experience measure' in combinatie met onder andere 'action planning', 'change management', 'total quality management', 'quality of care' en 'quality in healthcare'. Er is gezocht in Embase, Medline Epub, PsycInfo, Cochrane Central (trials), Web of Science en Google Scholar. Inclusiecriteria waren 1) een kwaliteitsverbetering interventie op basis van de ervaringen van patiënten met betrekking tot een van de domeinen van patiëntgerichte zorg; 2) de ervaringen van patiënten worden gemeten vóór en na de interventie; 3) ziekenhuis setting; 4) geschreven in het Engels of Nederlands; 5) gepubliceerd na 2006. Redactionele, conferentiedocumenten, recensies, boeken, interviews of columns werden uitgesloten, evenals studies die niet in full-text konden worden achterhaald. In totaal werden 21 studies geïncludeerd waarbij 91 pre / post vergelijkingen werden gemaakt (14).

2. Onderzoek naar best practices

In de wetenschappelijke literatuur, in binnenlandse- en buitenlandse instellingen en in het bedrijfsleven is gekeken naar best practices voor het optimaal verkrijgen en gebruiken van patiënt-/klantervaringen.

3. Klankbordgroep bijeenkomsten

De resultaten uit wetenschappelijke literatuur en kansrijke best practices zijn tijdens twee klankbordbijeenkomsten met een bredere groep partners uit de zorg besproken.

4. Synthese van de resultaten

De inzichten uit wetenschappelijke literatuur, best practices en de klankbordgroep bijeenkomsten zijn vervolgens verwerkt in een synthese van de resultaten.

Resultaten

De belangrijkste resultaten van de gebruikte methoden zijn:

1. Onderzoek in de wetenschappelijke literatuur

Het onderzoek in de wetenschappelijke literatuur heeft inzicht gegeven in de huidige stand van zaken met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen die worden gebruikt om de ervaringen van patiënten in een ziekenhuisomgeving te verbeteren. Deze resultaten zijn als geheel opgenomen in appendix 1 (14). Samengevat zijn de belangrijke bevindingen;

- Van de 91 pre / post vergelijkingen rapporteerden allen verbeterde patiëntervaringen. In totaal bleken 40 vergelijkingen een statistisch significante verbetering van patiëntervaringen te bieden.
- Diverse kwaliteitsverbeteringsstrategieën bestaand in de literatuur. Deze strategieën waren: personeelseducatie, patiënteducatie, audit en feedback, reminders voor clinici, organisatie-verandering en beleidsverandering. Sommige studies pasten meerdere methoden toe, terwijl andere studies slechts één van de genoemde verbeteringsmethoden gebruikten. Elf studies rapporteerden daarnaast een specifieke aanpak voor verandermanagement. Deze omvatten een Lean of Lean Six Sigma methodologie, de Plan-Do-Study-Act cyclus, Kotter's Model of Change en een 30-stappen-scenario.
- De belangrijkste belemmeringen voor kwaliteitsverbetering, zoals genoemd in de studies, waren: scepticisme onder het personeel over de noodzaak of het nut van de voorgestelde verandering, personeelwisselingen (vooral op managementniveau), gebrek aan tijd, personeel en financiële middelen. Genoemde bevorderende factoren waren: nauwe betrokkenheid van patiënten, medewerkers en management bij het ontwerp van interventies, het verzamelen van data en de interpretatie van patiëntervaring scores; ondersteuning van systeemverandering door de organisatie met “engaged leadership”; coaching, informatieverstrekking en educatie van medewerkers en multidisciplinaire samenwerking. Tenslotte werd het continue of ten minste maandelijkse meting van patiëntervaringen genoemd als belangrijk voor het behoud en de voortzetting van de kwaliteitsverbetering.

2. Onderzoek naar best practices

Het onderzoek naar best practices heeft geleid tot een breder beeld van hoe patiëntervaringen (c.q. klantervaringen in het bedrijfsleven) optimaal te verkrijgen en te gebruiken zijn (15-20). Het gebruik van doorlopend ervaringsonderzoek onder klanten het hele jaar door om zowel te verbeteren als op te sturen lijkt gemeengoed in het bedrijfsleven. Ook zijn er steeds meer bedrijven (de ‘Cool blues’ van deze wereld) die de ervaringen van klanten centraal hebben

gezet in hun hele bedrijfsvoering. Strategie, leiderschap, HRM, cultuur, organisatie-inrichting, processen en planning & control zijn zo ingericht dat zij maximaal bijdragen aan het elke dag weer realiseren van de ideale klantervaring. In de zorg begint dit gedachtegoed ook steeds meer vorm te krijgen. De meest aansprekende voorbeelden zijn opgenomen in bijlage 1 (15) en bijlage 2. Voor organisaties die praktisch aan de slag gaan met het verbeteren van aspecten van patiëntgerichtheid in de zorg, zijn de praktische instrumenten in referenties 8 en 16-19 eveneens zeer de moeite waard om door te nemen (8, 16-19). In veel gevallen gaat het dan niet om organisatorische aspecten *beter* te doen, maar om ze *anders* te doen. Namelijk, op een wijze die het mogelijk maakt om *uitzonderlijke* ervaring te bereiken. Dit is beschreven in negen 'paradigmashifts' in bijlage 3 (20).²

3. Klankbordgroep bijeenkomsten

De best practices en paradigmashifts resoneerde bij de klankbordgroep, als gedachtegoed om verder te exploreren. De resultaten van deze gesprekken zijn verwerkt in de synthese van resultaten. De klankbordgroep bijeenkomsten brachten ook bredere discussiepunten met zich mee, zoals welke opties er zijn voor centrale methodieken en of doelen van metingen met elkaar te verenigen zijn. Deze punten zijn opgenomen onder de aanbevelingen sectie 'houdt rekening met'.

4. Synthese van de resultaten

Uit de literatuur, best practices en de klankbordgroep bijeenkomsten komt een beeld naar voren hoe standaardisatie in samenhang met de huidige meetmethodieken te bereiken is. Het is aan ziekenhuizen zelf om daar invulling aan te geven. Aan de basis van het effectief sturen op, en verbeteren van de patiëntervaringen staat het structureel onderzoeken van de patiëntervaringen. Afhankelijk van de concrete doelstelling vraagt deze een andere werkwijze.

We beschrijven onderstaand vier werkwijzen aan de hand van de pdca-cyclus die gezamenlijk een bijdrage leveren aan het *verbeteren* van de zorg. Vervolgens beschrijven we drie aanknopingspunten om structureel te *sturen* op patiëntervaringen. We sluiten af met een praktisch handvat op afdeling- en ziekenhuisniveau op basis van het Service Excellence model vertaald naar de zorg (6, 15).

² Voor de leesbaarheid van deze eindrapportage zijn de best practice en paradigmashifts opgenomen in bijlagen 1-3. Om de synthese van resultaten goed te vatten, raden wij u aan deze bijlagen te lezen voordat u verder leest.

Vier werkwijzen die een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg

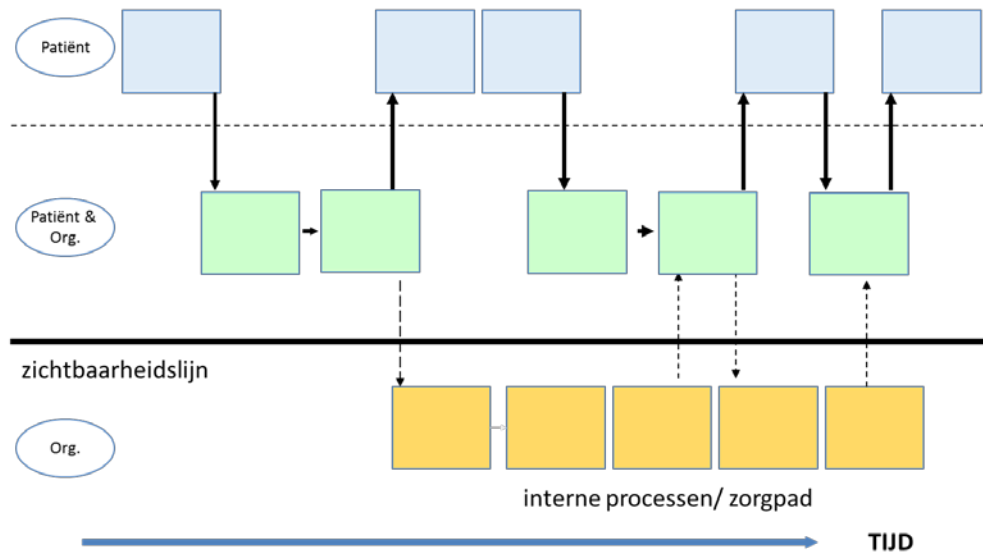
a. Het inrichten van patient journeys die de gewenste ervaring bieden (plan, do)

Het doel is om aan de hand van behoeften, wensen, verwachtingen en ervaringen van ervaringsdeskundige patiënten de hele reis van de patiënt te ontwerpen en te organiseren. Een patient journey is een zorgpad, of een ander proces, zoals de patiënt dit meemaakt en ervaart. Door deze aanpak legt het bedrijfsonderdeel vanuit de inrichting de basis voor goede patiëntervaringen. Een dergelijke patient journey, kan bijvoorbeeld het bezoek aan de poli, het bestellen van maaltijden, een meerdaagse opname of zelfs een transmuraal zorgpad betreffen. Dat de aanpak werkt op grote schaal is goed zichtbaar in de best practice van het Oogziekenhuis Rotterdam (bijlage 1). Niet alleen de context is van belang, maar ook de specifieke eigenschappen van de patiënt: de oudere patiënt met multimorbiditeit (bijlage 2), de psychiatrische patiënt, het kind etc. Datzelfde geldt ook voor de zorg rondom kwetsbare ouderen en de groep patiënten op de kinderleeftijd en de journey van zwangerschap en geboorte.

Het structureel werken aan een patient journey start met het in kaart brengen van de reis. Dit kan in de vorm van bijvoorbeeld focusgroepen, spiegelgesprekken of interviews. Experience based co design, Els Borstgesprekken en shadowing brengt de diepere behoeften, wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten in beeld. Deze kunnen voor de gehele reis in kaart gebracht worden of per stap in deze reis. Hierbij kan een multidisciplinaire werkgroep helpen. De bezetting hiervan hangt van de patient journey af waarbij partijen direct betrokken, maar ook indirecte leveranciers kunnen aanhaken. Denk hierbij aan vertegenwoordigers van informatie- en communicatietechnologie, communicatie, voeding, schoonmaak. Zoals uit de review blijkt is het daarnaast cruciaal om medewerkers werkzaam in de patient journey te betrekken.

Figuur 1 illustreert dat patiënten alles boven de zichtbaarheidslijn waarnemen. Dit zijn stappen die ze zelfstandig zetten en daar waar er contacten met het ziekenhuis zijn. Uiteraard is er ook een hele wereld achter de schermen (interne processen/zorgpaden), die patiënten niet waarnemen. De ervaring leert dat alle soorten cues (aanwijzingen) impact kunnen hebben op de ervaringen van patiënten. Denk hierbij aan functionele cues (gebeurt er wat ik verwacht, worden afspraken nagekomen), mechanische cues (tastbaarheden, objecten, formulieren) en menselijke cues (houding, gedrag, communicatie en uiterlijk van mensen). Hierbij vormen patiënten soms beelden die niet met de werkelijkheid hoeven overeen te komen, maar wel sterk hun gedrag bepalen.

Figuur 1. Patient journey



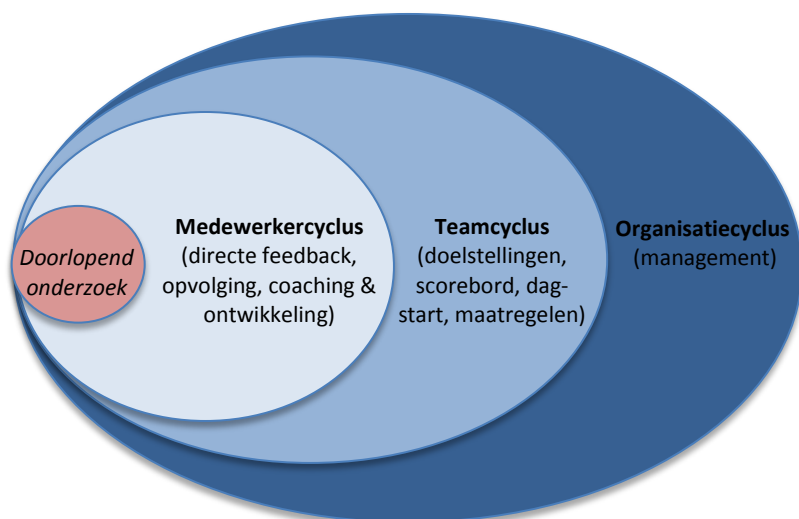
Het in beeld brengen van de patient journey geeft een duidelijk beeld van hoe de ideale journey eruit zou kunnen en moeten zien. Door vervolgens de nodige organisatorische maatregelen te nemen, organiseert het ziekenhuis op proactieve basis een goede patiëntervaring. Het (her)inrichten van patient journeys is iets wat periodiek (eenmaal per 1-2 jaar) zou dienen te gebeuren. Het is vervolgens de uitdaging om de patient journeys door te blijven ontwikkelen totdat ideale journeys bereikt worden.

b. Het doorlopend meten en verbeteren van de patiëntervaringen (check, act)

Voor het dagelijks sturen op en elke keer weer verbeteren van de patiëntervaringen worden korte vragenlijsten ingezet. Omdat elke patiënt telt ($n=1$) krijgt elke patiënt X dagen na het einde van de patient journey een korte vragenlijst die alleen betrekking heeft op die ene patient journey. Meestal is dit een digitale vragenlijst die patiënten op locatie (met een iPad) of later thuis invullen. Echter, voor specifieke doelgroepen zouden ook andere werkwijzen gehanteerd kunnen worden. Literatuur geeft aan dat het wenselijk is om meerdere opties paraat te hebben om per aandoening/patiënt te kunnen aanpassen als situatie daarom vraagt. Denk bij de omvang aan maximaal 15-20 vragen waarvan enkele open vragen zijn. De opmerkingen in de open tekstvelden geven vaak belangrijke achtergrondinformatie.

In het geval van het digitaal inzetten van vragenlijsten is het mogelijk om de resultaten ook snel weer (binnen 24 uur) terugrapporteren aan de betrokken medewerkers. Deze snelle feedbackloop vormt een belangrijke randvoorwaarde om op de zorgvloer dagelijks te werken aan het verbeteren van de patiëntervaringen. Figuur 2 geeft een voorbeeld uit het bedrijfsleven (15).

Figuur 2. Gebruik van resultaten doorlopend klantonderzoek op drie niveaus.



Het voorbeeld van Essent vertaalt naar de zorg zou er als volgt uit kunnen zien: Zodra een patiënt een vragenlijst heeft ingevuld, gaat deze digitaal naar de medewerkers die hem/haar hebben geholpen. Vaak nog dezelfde dag ontvangen zij de mening van de patiënt (bij voorkeur op niet-anonieme basis) waardoor zij zich vaak nog het contact herinneren. Heeft de patiënt een onvoldoende gegeven, dan wordt zij verwacht contact op te nemen met de patiënt, dit dient ook bij zeer positieve ervaringen te gebeuren. De keuze van (niet)-anonieme terugkoppeling aan de zorgverlener (patiënt wel of niet anoniem) dient expliciet aan de patiënt gevraagd te worden.

Op deze wijze is zowel de positieve als negatieve feedback van patiënten een belangrijke input voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers geworden. Daarnaast worden de gecumuleerde dagresultaten tijdens de dagstart in het team/de afdeling besproken en gevisualiseerd op het scorebord van het team. Hier wordt besproken wat er anders en beter kan, maar worden ook de successen gevierd. Ten slotte vormen de resultaten een onderdeel van de planning- & control cyclus op afdeling- en ziekenhuisniveau. Ze zijn een onderdeel van de doelstellingen van het management en maken onderdeel uit van de stuurinformatie. Uiteraard zijn er veel verschillen tussen een ziekenhuis en een energiemaatschappij, maar de principes van een iteratieve, intensieve en effectieve sturing op de ervaringen van klanten zijn hetzelfde.

c. Breed meten van patiëntervaringen, benchmarken en verbeterthema's bepalen op ziekenhuisniveau

Een derde werkwijze is het vergaren van patiëntervaringen voor het bepalen van verbeterthema's op ziekenhuisniveau, het benchmarken van resultaten tussen ziekenhuizen en het genereren van verantwoordingsinformatie. In dit kader is het van belang dat dezelfde vragenlijsten worden gebruikt die op uniforme wijze ziekenhuis-breed worden ingezet. Hier is doorlopend onderzoek niet noodzakelijk voor en kan worden volstaan met een periodiek onderzoek. De werkwijze van de CQi is hier een voorbeeld van. In bijlage 2 wordt een iets andere benadering weergegeven bij oudere patienten met multimorbiditeit en complexe zorgvragen. Ook kan gekeken worden of slimmer om te gaan is met data die al verzameld is. Als in werkwijze b vragenlijsten gehanteerd worden die voor andere doeleinden ook gehanteerd kunnen worden, kan met een steekproef achteraf data gegeneerd worden.

d. Externe reviews en secundaire data

Zicht op externe reviews en secundaire data (data verzameld voor andere doeleinden) geeft de gelegenheid om belangrijke verbeterinformatie te vergaren en om het imago te verbeteren dan wel imagoschade te beperken. Net zoals klankten van bedrijven maken ook patiënten steeds meer gebruik van social media, klachtensites en allerlei andere vormen om hun positieve/negatieve ervaringen te vermelden. Ook digitale beoordelingssites zoals Zorgkaart Nederland worden gebruikt om ervaringen met anderen te delen. Voor het ziekenhuis is het van belang om een goed beeld te hebben van de relevante opmerkingen, deze te gebruiken voor verbeteringen, maar vooral ook om direct in te spelen op eventuele kritiek en de patiënt te benaderen die op sociale media een ervaring beschrijft (21).

Waar in het verleden nog wel eens de gedachte bestond dat één onderzoek vorm (bijvoorbeeld de CQi) alle doeleinden kon dienen, heerst nu het inzicht dat afhankelijk van de doelstelling een ander instrument het beste werkt. Dit betekent dat het ziekenhuis over een toolbox aan instrumenten zou moeten kunnen beschikken die deels parallel en doorlopend kunnen worden ingezet (bijlage 4) (22). Daarbij is het verstandig om na te denken over stroomlijning van verschillende methodieken en de haalbaarheid van de keuzes ten opzichte van de mogelijke inzet van verbeteracties.

Drie aanknopingspunten om structureel te sturen op patiëntervaringen

In de vorige paragrafen hebben we stilgestaan bij het groeiend belang van patiëntervaringen en methoden om de patiëntervaringen te onderzoeken om zo de zorg (dagelijks) te

verbeteren. In de praktijk zien we dat er 'pockets' (teams/afdelingen) in ziekenhuizen zijn die deze reeds uitgebreid inzetten om te leren. Dit vanuit hun intrinsieke motivatie om de zorg structureel te verbeteren en soms vanuit de noodzaak om meer patiënten te werven. Maar het ziekenhuisbreed structureel werken aan de inzet en verbetering van patiëntervaringen is nog geen gemeengoed. Wij geven hier drie aanknopingspunten waarmee het thema hoger op de agenda van elke manager, specialist en medewerker komt.

e. Integreer patiëntervaringen in de planning & control

Het doel is om het sturen op patiëntervaringen net zo belangrijk te maken als het sturen op zaken zoals kosten, ligduur, heropname, medische kwaliteit en ziekteverzuim. Vanuit de 'balanced scorecard' gedachte kunnen patiëntervaringen meegenomen worden in jaarrapportages, jaarplannen, doelstellingen, managementrapportages en jaar- en beleidsgesprekken. Hierdoor laat de Raad van Bestuur duidelijk zien dat patiëntervaringen belangrijk zijn. Vervolgens entameert de Raad van Bestuur dat de integratie hiervan in planning & control op alle niveaus in het ziekenhuis plaatsvindt.

f. Zorg voor een meetinstrumentarium dat helpt bij de sturing

Op iets dat eenmaal per jaar gemeten wordt (zoals de CQi) valt niet goed en zeker niet iteratief op micro- en mesoniveau te monitoren en te sturen. Eenmaal per jaar naar de kosten en opnamecapaciteit kijken werkt immers ook niet. Vandaar dat het van belang is om een meet- en rapportagemethode met een hogere frequentie te hebben. Wellicht dat het doorlopend onderzoek dat afdelingen nu vaak nog vrijblijvend gebruiken, zelfs standaard ingezet zou kunnen worden op alle afdelingen. Op deze wijze kan een afdeling of management maandelijks over real time resultaten waardoor het mogelijk is om eventuele fluctuaties maar ook de effecten van maatregelen te volgen, te beoordelen in welke mate doelstellingen gerealiseerd worden en vast te stellen waarvoor extra aandacht nodig is. Daarnaast blijft het relevant om een organisatiebreed, bij voorkeur internationaal methodiek te hanteren met als doel een terugkerende benchmark uit te voeren bij voorkeur met vergelijkbare organisaties.

g. Zorg voor de noodzakelijke middelen

Het kwaliteitsmanagementsysteem dient aangevuld te worden met procesbeschrijvingen op afdelings- en ziekenhuisniveau. Hoofdproces voor alle afdelingen is de patiënt journey. Om de patient journey zo in te richten dat deze de gewenste patiëntervaring realiseert, zijn vaak kleine aanpassingen al effectief, maar het komt voor dat grotere investeringen noodzakelijk zijn in termen van bijvoorbeeld extra capaciteit, automatisering en herinrichting van ruimten.

Praktisch handvat op afdeling- en ziekenhuisniveau

Bent u als Raad van Bestuur overtuigd geraakt van het belang van het ziekenhuisbreed gaan sturen op patientenervaringen, dan is het aan te raden om een gestructureerd proces in gang te zetten. Dit start met een degelijke analyse van de huidige situatie in uw ziekenhuis. Er zijn zeker al veel mooie initiatieven ontplooid in verschillende afdelingen en teams van het ziekenhuis. Het is van belang om een goed beeld te krijgen van wat er goed gaat, maar ook van wat er nog beter kan en waar de verbindingen tussen ambitie, beleid en uitvoering verbeterd kunnen worden. Naast interviews en gesprekken met individuele gesprekken en de resultaten van formeel patientenonderzoek, kan het gebruik van een vragenlijst die de interne randvoorwaarden onderzoekt helpen. De vragenlijst in bijlage 5 biedt u een praktisch handvat om inzicht te krijgen in de praktijk van het eigen ziekenhuis en wat nodig is om te sturen op patiëntervaringen op afdeling- en ziekenhuisniveau. De vragenlijst stamt uit het 'Service Excellence gedachtengoed (6) en is vertaald naar de zorg voor deze eindrapportage. De vragenlijst beschrijft daarbij negen organisatie-elementen en vier resultaat-elementen. Door met een grotere groep patiënten, afdelingen Kwaliteit en afdelingsleidingen deze vragenlijst in te vullen ontstaat een eerste beeld. Dit geeft de basis om met elkaar in gesprek te gaan over ambities en maatregelen om het meten van en sturen op patiëntervaringen te verankeren in de organisatie. Uiteraard komen daarbij praktische vraagstukken aan de orde, zoals beschreven in de aanbevelingen, 'houdt rekening met'. Uit de maatregelen die volgen kan verwacht worden dat het aandeel patiënten met een goede ervaring nog verder stijgt.

Conclusie

De aanbevelingen en instrumenten gebaseerd op literatuur, best practices en klankbordgesprekken zijn per direct te gebruiken zijn door Raden van Bestuur om de dialoog met patiënten, met afdelingen Kwaliteit en afdelingsleidingen aan te gaan om patiëntervaringen binnen het ziekenhuis te verbeteren. De invulling hiervan zal per ziekenhuis verschillen. Uitgangspunt blijft dat het continu *verbeteren* van de kwaliteit van zorg onder andere door *patiëntgericht* werken, en gestuurd door de uitkomsten van *samenhangend en continu* patiëntervaringonderzoek een basisprincipe is dat *zichtbaar* moet zijn en *aandacht, inrichting* en *sturing* vraagt. Dat betekent dat elk onderdeel van het ziekenhuis, van Raad van Bestuur tot en met de uitzendkracht, een belangrijke rol heeft in het organiseren en realiseren van een goede patientervaring. Alleen zo kan een duurzame verandering in de organisatie gerealiseerd worden.

Aanbevelingen

Wat levert het op

Het structureel meten van en sturen op patiëntervaringen draagt bij aan het ontwikkelen van een ziekenhuis waarin naast de medische kwaliteit ook de patiëntervaringen als een belangrijke sterkte worden gezien. Meer patiënten hebben een goede ervaring, dit draagt bij aan therapietrouw, patiënttevredenheid, positieve mond-tot-mond reclame en positieve commentaren op rating sites en social media. Voor het ziekenhuis levert het naast een beter imago een cultuurverandering op waarbij de patiënt en goede zorg meer centraal komen te staan. Iets waarvoor veel medewerkers ooit gestart zijn in de zorg.

Houd rekening met

Een aantal algemene, praktische vragen van de klankborggroep verdienen nader aandacht:

- Hoe is het sturen op patiëntervaringen goed in te regelen in alle lagen van de organisatie?
- Tegen welke registratielast? En hoe ligt het eigenaarschap, van het niveau van Raad van Bestuur tot op de werkvloer? Hoe vrijblijvend is een nieuwe aanpak in het ziekenhuis?
- Kan een nieuwe aanpak in één keer uitgerold worden, of bij voorkeur in tranches?
- Wat zijn de implicaties van invoering de nieuwe wet Algemene verordening gegevensbescherming, waarbij toestemming moet worden gevraagd voor uitnodiging?
- Hoe evalueren we een nieuwe aanpak ('leren leren')?
- Waar wordt het onderhoud van vragenlijsten belegd?

Ervaringen uit de praktijk

De eindrapportage is besproken met bestuurder dr. Joke Boonstra (ErasmusMC). Dr. Boonstra erkent het belang van sturen op patiëntervaringen en de pleidooi voor samenhang in meerdere vormen van feedback. Aanvullend geeft dr. Boonstra de overwegingen mee om de cliëntenraad te consulteren en om de beschrijving van de patient journey breder te trekken om processen zoals ontslag, opname, operatie etc. te includeren in plaats van te richten op specifieke ziektebeelden. Met betrekking tot het eerste punt kan aansluiting gezocht worden bij het Sturen op Kwaliteit project 'Patiënt- en familieparticipatie' (CAPPUCHINO). Dit project heeft tot 10 best practices geleid (waaronder de rol van de cliëntenraad) en adviezen voor RvB leden en zorgprofessionals om patiënt- en familieparticipatie te meten, te bespreken en vorm te geven. Met betrekking tot de reikwijdte van de patiënt journey zijn meerdere vormen voorstelbaar, waar een overstijgende vorm zeker van meerwaarde kan zijn. Dit zal nader onderzocht moeten worden.

Referenties

1. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012 Nov 8;345:e6572.
2. Frampton S.B., Guastello S., Hoy L., Naylor M., Sheridan S., Johnston-Fleece M. Harnessing Evidence and Experience to Change Healthcare Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care. National Academy of Medicine. January 31, 2017.
3. Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*. 2013 Dec 18;310(23):2503-4.
4. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med*. 2013;368(1):6-8.
5. Berry L.L., Jacobson J.O., Stuart B. Managing the Clues in Cancer Care. *Journal of Oncology Practice* 12, no. 5 (May 2016) 407-410.
6. Thomassen/de Haan. Service Excellence. Vakmedianet Management B.V. Februari 2016.
7. Oliver, R.L. 1993. 'Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response', *Journal of Consumer Research*, 20, Dec, 418-430.
8. Patient Experience and Consumer Engagement: A Framework for Action Understand, Act, Empower. © Agency for Clinical Innovation 2015. Reviewed Feb 2017. www.aci.health.nsw.gov.au
9. <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx>
10. Meer waarde voor de patient. NFU-visie kwaliteit 2017-2020. http://www.nfu.nl/img/pdf/16.9476_NFU-visie_kwaliteit_2017-2020_Meer_waarde_voor_de_patient.pdf
11. Hopman P, de Boer D, Rademakers J. Wat heeft 5 jaar CQ-index opgeleverd. NIVEL, 2011.
12. Toekomstscenario's voor het meten en gebruiken van patiëntervaringen. Van de huidige stand van zaken naar toekomstige mogelijkheden voor het meten van patiëntervaringen. NIVEL, 2017.
13. Samen met de patiënt werken umc's continu aan verbetering van de zorg. 5 jaar CQI. 2017. NFU, Utrecht.
14. Bastemeijer CM, Boosman H, van Ewijk JP, de Jong-Verweij LM, Hazelzet JA. Patient Experiences: A Systematic Review of Quality Improvement Interventions. *To be submitted*.
15. J.P.R. Thomassen (2012). De Customer Delight Strategie. Kluwer, Deventer. (p.159-160).
16. The CAHPS Improvement Guide. Practical Strategies for Improving the Patient Care Experience. 6/27/2012. www.cahps.ahrq.gov .
17. Always Events® Toolkit. Prepared by the Institute for Healthcare Improvement for NHS England. First published December 2016.

18. A ROADMAP FOR Patient + Family Engagement in Healthcare. Practice and Research. Practical strategies for advancing engagement in healthcare—starting today. Gordon and Betty Moore foundation. American Institutes for research. 2017.
19. Integrated Care Patient reported outcome measures and patient reported experience measures - a rapid scoping review. © Agency for Clinical Innovation 2015.
20. De negen shifts zijn gebaseerd op het document 'Transitie naar excellente klantbeleving in 10 shifts'. [https://goudenoer.nl/2015_05_28/wp-content/uploads/2017/02/ServiceExcellenceWP-Beeckestijn_jan_2017.pdf]
21. Ranard BL, Werner RM, Antanavicius T, Schwartz HA, Smith RJ, Meisel ZF, Asch DA, Ungar LH, Merchant RM. Yelp Reviews Of Hospital Care Can Supplement And Inform Traditional Surveys Of The Patient Experience Of Care. *Health affairs* 35, NO. 4 (2016): 697–705
22. J.P.R. Thomassen. Toolbox Cliëntenparticipatie. Beschrijving van de tools/instrumenten. CBO. 2011
23. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: “She was probably able to ambulate, but I’m not sure”. *JAMA*. 2011;306:1782-93.
24. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2007;7:13.
25. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA*. 2011;306:1688-98.
26. Parlevliet JL, MacNeil-Vroomen JL, Bosmans JE, de Rooij SE, Buurman BM. Determinants of health-related quality of life in older patients after acute hospitalisation. *Neth J Med*. 2014;72:416-25 Medline.
27. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N, Hall K. Going home better not worse: older adults’ views on physical function during hospitalization. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:381-8.
28. Greysen SR, Hoi-Cheung D, Garcia V, et al. “Missing pieces”— functional, social, and environmental barriers to recovery for vulnerable older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:1556-61.
29. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS ONE*. 2011;6:e26951.
30. Oud FM, de Rooij SE, van Munster BC, Schuurman T, Duijvelaar KM. Predictive value of the VMS theme 'Frail elderly': delirium, falling and mortality in elderly hospital patients. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159(0):A8491.
31. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BA, Moll van Charante EP, de Haan RJ, de Rooij SE. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016 Mar 1;176(3):302-9.

Bijlage 1. Best practice Oogziekenhuis Rotterdam

Het Oogziekenhuis te Rotterdam is door de invloedrijke Amerikaanse Advisory Board tot een van de meest innovatieve ziekenhuizen ter wereld benoemd (6). Het ziekenhuis heeft patiëntgerichtheid vertaald naar een zeer ver doorgevoerde strategie van angstreductie voor de patiënt. Is dit het geval dan is hij minder zenuwachtig, neemt hij actiever deel aan het proces, is hij meer betrokken en bevordert dit de genezing en de patiënttevredenheid. Het ziekenhuis heeft het gehele proces vanuit het principe van Focussed Factory ingericht. Niet de specialist bepaalt de inrichting van het proces maar dat wat zich bewezen heeft perfect te werken. Een groot aantal maatregelen is genomen om vanuit angstreductie en de ervaringen van de patiënt een belevingsreis voor de dagbehandeling te bieden die er echt heel anders uitziet dan in andere Nederlandse ziekenhuizen.

Fase van de reis	Maatregelen om angst te reduceren
Voor de operatie	<ul style="list-style-type: none">• Uitvoerige informatie over wat er gaat gebeuren op de website• Verwacht wordt dat de patiënt iemand meeneemt naar het intakegesprek, dit voor ondersteuning en helpen informatie te onthouden• Tijdens het intakegesprek neemt men alle tijd om het gehele proces van de operatie en andere onduidelijkheden met de patiënt te bespreken• Het ziekenhuis is niet als een ziekenhuis ingericht, maar als een museum voor moderne kunst• Het medisch dossier is van de patiënt, er wordt van hem verwacht dat hij dit leest
Vlak voor de operatie	<ul style="list-style-type: none">• Er is valet service bij de ingang van het ziekenhuis zodat de patiënt geen zorgen heeft over parkeren• Patiënten en begeleiders die wachten op de operatie zitten in dezelfde ruimte als patiënten die net geopereerd zijn met hun begeleider
Tijdens de operatie	<ul style="list-style-type: none">• Er wordt met geluidskunst gewerkt als de patiënt ligt te wachten voor de anesthesie (bijvoorbeeld golven in de Schotse zee en het geluid van een nachtegaal)• Begeleiders kunnen de operatie live op tv-schermen volgen (transparantie)
Vlak na de operatie	<ul style="list-style-type: none">• De patiënt krijgt een persoonlijke foto van hem/haar met het OK-team, en een giveaway (een oogbal als communicatiemiddel)
Een tijdje na de operatie	<ul style="list-style-type: none">• De patiënt wordt in het kader van nazorg door een verpleegkundige gebeld

Het effect van al deze maatregelen is dat de gemiddelde patiënttevredenheid een rapportcijfer van een 9,1 is en het ziekenhuis in de afgelopen jaren geen enkele claim heeft gekregen, terwijl er sporadisch toch wel eens iets mis gaat. Dit mede doordat voor de hele reis het uitgangspunt is dat het ziekenhuis volledig transparant is.

Bijlage 2. Best practice UMCG Ouderen met multimorbiditeit

Tussen de 22 en 47% van de ouderen ervaart na een ziekenhuisopname nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren, in vergelijking met 2 weken vóór de ziekenhuisopname. Dat betekent dat ze essentiële activiteiten zoals wassen, aankleden, eten of lopen niet of nooit meer zelfstandig kunnen uitvoeren. Dit wordt ook wel gedefinieerd dit als 'functieverlies'(23). Voor ouderen betekent functieverlies vaak dat zij een permanent beroep moeten doen op thuiszorg of verpleeghuiszorg (24). Daarnaast worden ouderen met functieverlies vaker heropgenomen in het ziekenhuis en ervaren zij een lagere kwaliteit van leven (25, 26). Ouderen die net na een ziekenhuisopname werden geïnterviewd over hun functioneren op dat moment, bleken volkomen verrast over de onverwacht negatieve gevolgen van de ziekenhuisopname op hun conditie en functioneren (27). Bijna alle ouderen hadden juist de verwachting dat ze in een betere conditie het ziekenhuis zouden verlaten. Een vergelijkbare studie liet ook zien dat het functieherstel in de ogen van ouderen vaak te langzaam verloopt (28).

Geriatrische problemen van een oudere bij acute opname in het ziekenhuis voorspellen in grote mate of een oudere functieverlies ontwikkelt na de opname. Bestaande beperkingen in het functioneren, geheugenproblemen, mobiliteitsproblemen, valproblematiek en een slechte voedingstoestand bij opname gaan gepaard met een verhoogd risico op functieverlies tijdens en na het ziekenhuisverblijf. Patiëntveiligheid, met name ook voor kwetsbare patiënten leidde ertoe dat vanaf 2008 het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in de Nederlandse ziekenhuizen is geïmplementeerd. De screening van kwetsbare ouderen is daar een belangrijk onderdeel van. Patiënten van 70 jaar en ouder worden bij opname standaard gescreend op de risico's op delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen [www.vmszorg.nl] Uit Nederlandse wetenschappelijke studies blijkt dat deze factoren inderdaad zijn geassocieerd met verpleeghuisopname en sterfte (29, 30). Een Nederlandse gerandomiseerde multicenter studie naar de effectiviteit van een door de patiënt geprioriteerde transmurale overdracht en thuisbezoeken door een wijkverpleegkundige toonde 25% sterfte reductie aan in de groep die wijkverpleegkundige zorg ontving (31). Bij onderzoek van de status van binnen 3 maanden overleden patiënten bleek dat mn bij >70% van de oudere patiënten met multimorbiditeit geen pro actieve zorgplanning wordt verricht. De resultaten van de Transmurale Zorgbrug zijn thans in 45 ziekenhuizen geïmplementeerd.

We bemerkten in de dagelijkse praktijk dat ondanks het bijhouden van de VMS indicatoren tbv betere kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen, zelden met de oudere ziekenhuispatient het gesprek werd aangegaan over de besluitvorming die leidde tot ziekenhuisopname of over wat zij zelf als relevante uitkomsten van ziekenhuisbehandeling zagen. Uit de literatuur was al bekend dat ouderen zelf vrijwel nooit als doel van ziekehuisbehandeling voorkomen van sterfte aangeven, evenmin korte ligduur of voorkomen heropname.

Hiertoe werd het SENIORLINES project opgericht dat als overstijgend doel heeft de toegevoegde waarde van ziekenhuisbehandeling voor kwetsbare ouderen nader te onderzoeken en dit gebeurt middels kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden.

In SENIORLINES worden alle 70-plussers op 10 afdelingen in het UMCG waar veel ouderen worden opgenomen, geïnterviewd door een team dat o.a. bestaat uit een antropologe, psychologen, verplegings- en bewegingswetenschappers en artsen in opleiding. In dit project wordt onder meer gevraagd naar de doelen en verwachtingen van de deelnemende patiënten en naar hun minst en meest wenselijke uitkomst van de huidige ziekenhuisbehandeling. Ook wordt gevraagd naar wie zij belangrijk vinden voor hun herstel. Daarnaast worden een aantal thema's die voor ziekenhuispatiënten bijdragen aan positieve gezondheid systematisch onderzocht. Middels diepteinterviews is zijn thema's onderzocht die een rol spelen bij de aanleiding voor een acute ziekenhuisopname.

Daarnaast is een Needs Benefit Assessment Scal ontwikkeld die middels vragen/gestyleerde tekeningen door de oudere ziekenhuispatiënt zijn doel(en)[NEEDS] laat selecteren waarbij na 3 maanden wordt onderzocht of de doelen ook behaald zijn [BENEFIT]. De NBA scale kent een indexering en een berekening die uiteindelijk op individueel niveau en op afdelingsniveau kan berekenen hoeveel patiënten welke doelen behalen.

Door de thema's in de interviews, patient narratives en de uitkomsten van de semi-gestructureerde interviews van thans meer dan 1000 70-plussers is een beter beeld ontstaan van de onderwerpen waarop ziekenhuiszorg nog beter de fysieke veerkracht kan ondersteunen en herstelgerichte zorg kan bieden die aansluit bij de doelen en verwachtingen van ouderen zelf en hoe de kwaliteit van deze zorg is te meten aan de hand van betere, patiënt relevante uitkomsten.

Bijlage 3. Paradigmashifts voor structureel sturen op patiëntervaringen

Aan de hand van de praktijkervaring van zorginstellingen die zeer hoge scores op patiëntervaringen (A. Monro Borstkankerziekenhuis, Oogziekenhuis Rotterdam, Buurtzorg Nederland) en excellente dienstverlenende bedrijven hebben we de negen belangrijkste organisatorische veranderingen op een rij gezet om *uitzonderlijke* ervaring te bereiken (20).

1. Van focus op medische naar focus op medische én transactionele kwaliteit

Zorgverleners, en dan vooral medici, zijn vanuit hun opleiding gefocussed op de medische kwaliteit tijdens patiëntcontacten. Uiteraard is dit belangrijk. Maar patiënten kunnen deze contacten vaak niet beoordelen. Ze gebruiken afgeleide cues zoals aandacht en de tijd nemen om de deskundigheid van de arts te beoordelen. Patiëntervaringen zijn daarmee vaak niet gebaseerd op de medische kwaliteit (tenzij het mis gaat), maar meer op de transactionele kwaliteit die beïnvloedt wordt door zaken zoals houding/gedrag medewerker, aandacht, warmte en samen in overleg met patiënt en naasten handelen.

2. Van tevreden patiënten naar ambassadeurs

Een tevreden patiënt is een indifferente patiënt. Er is aan zijn/haar verwachtingen voldaan maar dat is het dan ook (niet lang hoeven wachten, geen nare verassingen, beetje aardig personeel en angstreductie). Dit zijn overwegend rationele evaluatie niveaus en vormen de basis van goede zorg. Wil het ziekenhuis/de afdeling bouwen aan ambassadeurs die gevraagd en ongevraagd de organisatie aanbevelen dan zal het de lat hoger moeten leggen. Uit onderzoek in het bedrijfsleven blijkt dat het vrijwel uitsluitend de enthousiaste klanten zijn die de organisatie aanbevelen. Hiervoor is het van belang om aanvullend op de rationele niveaus, patiënten ook de ervaring te bieden conform emotionele niveaus (persoonlijk en verassend). Het persoonlijke niveau beschrijft de ervaring van 'ze kennen mij', 'ze hebben aandacht voor me', 'ik ben geen nummer', 'ze weten wie ik ben en wat voor mij belangrijk is' en speelt in op behoeften van warmte en erkenning. Het verassende niveau beschrijft de emoties van blijdschap en verwondering omdat verwachtingen worden overtroffen. Bijvoorbeeld door problemen van patiënten uitzonderlijk goed op te lossen of net iets extra doen.

3. Van leidend voorwerp naar actieve partner

'Nothing about me without me' is een gevleugeld begrip in de wereld van patiënten participatie en informed consent. De fundamentele omslag ligt in het als ziekenhuis structureel patiënten gaan helpen om de juiste vragen te stellen en samen met de arts keuzes te maken. Dit in de vorm van bijvoorbeeld brochures, trainingen en andere opleidingsvormen.

4. Van CQI naar continu luisteren

Dit paradigma shift staat centraal. Het is de fundamentele omslag van het uitvoeren van onderzoek onder patiënten vanuit een verantwoordingsperspectief naar een verbeterperspectief. Voor afdelingen, leidinggevende en medewerkers om de resultaten te gebruiken is het noodzakelijk dat ze actueel en herleidbaar zijn. Dit om te zorgen dat de resultaten een dusdanige concreetheid hebben dat ze ook werkelijk gebruikt kunnen worden om te verbeteren. Door te zorgen dat patiëntervaringen dagelijks op de agenda staan gaat het ook een belangrijk thema worden dat na verloop van tijd een normaal onderdeel van werk is.

5. 'Van binnen naar buiten' naar 'van buiten naar binnen'

Het ontwerp van menig ziekenhuis, proces en zorgpad is niet expliciet vanuit de gewenste patiëntervaring maar vanuit interne overwegingen ingericht. Vaak staat de ingreep maar niet de patiënt centraal. Het gevolg van deze inrichting is dat ze niet bijdragen aan de ideale patiëntervaring. Door 'van buiten naar binnen' te werken organiseer je als organisatie de ideale patiëntervaring. Zo heeft het Alexander Borstkankerziekenhuis de inrichting van alle ruimten, de werkwijzen, de communicatie en het soort medewerkers gebaseerd op de vooraf vastgestelde ideale patiëntervaring. Dit heeft geleid tot een klanttevredenheidscijfer van 9,5.

6. Van control naar empowerment

Vanuit kwaliteitsmanagement worden medewerkers en managers geconfronteerd met een grote hoeveelheid protocollen en grote hoeveelheden administratie. Deze zijn ervoor om risico's uit te sluiten en de kwaliteit te verbeteren. Maar vaak hebben ze een averechts effect. Medewerkers hebben minder tijd voor handen aan het bed en de zorg neemt af. Verder is er een grote mate van onvrede bij medewerkers omdat ze niet meer kunnen doen waar ze ooit voor in de zorg zijn gegaan: patiënten helpen. De omslag ligt hem in het medewerkers de ruimte geven om te doen wat nodig is om een patiënt geweldig te helpen. En als er dan risico's op fouten zijn dit niet aan te pakken door nog meer regels maar door training en begrip. Dit is een van de belangrijkste redenen waar Buurtzorg Nederland zo succesvol is.

7. Van doel naar hoger doel

Als mens en als medewerker wil je graag een hoger doel. Iets wat inspireert en motiveert, iets waardoor je s'ochtends met extra elan je bed voor uitkomt. Er zijn organisaties die een duidelijk gedefinieerd hoger maatschappelijk doel hebben dat alle stakeholders inspireert. Buurtzorg Nederland heeft bijvoorbeeld als hoger doel om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.

8. Van competentie naar cultuur

Patiëntgerichtheid is geen afvinkvakje op het jaarplangesprek maar een belangrijk onderdeel van het DNA van de organisatie. Het is een van de belangrijkste uitgangspunten voor de aanname van nieuwe medewerkers en specialisten, het is de wijze van werken en voor degenen die patiënten maar lastig vinden is er geen plek in de organisatie. De omslag zit hem in het fundamenteel inbedde van patiëntgericht gedrag in alles wat invloed heeft op de cultuur in het ziekenhuis. Het is de omslag van 'nice to have' naar 'need to have'.

9. Van leveranciers naar partners

Vaak zijn er allerlei externe partijen die direct of indirect van invloed zijn op de ervaringen van patiënten. Denk hierbij aan ketenpartners in de 1e en de 2e lijn, maar ook leveranciers in de schoonmaak, catering, de bewaking en technische dienst. Wat zij doen, hun gedrag, kan invloed hebben op de ervaringen van uw patiënten. Vreemd is dan dat deze leveranciers aangestuurd worden vanuit de inkoopafdeling die voornamelijk aandacht hebben voor de kosten. Als u wilt dat leveranciers en hun medewerkers bijdragen aan het werken aan patiëntervaringen zoek dan de partnerships op om samen te werken aan de nodige veranderingen.

Bijlage 4. Toolbox instrumenten

Domein van participatie (22):

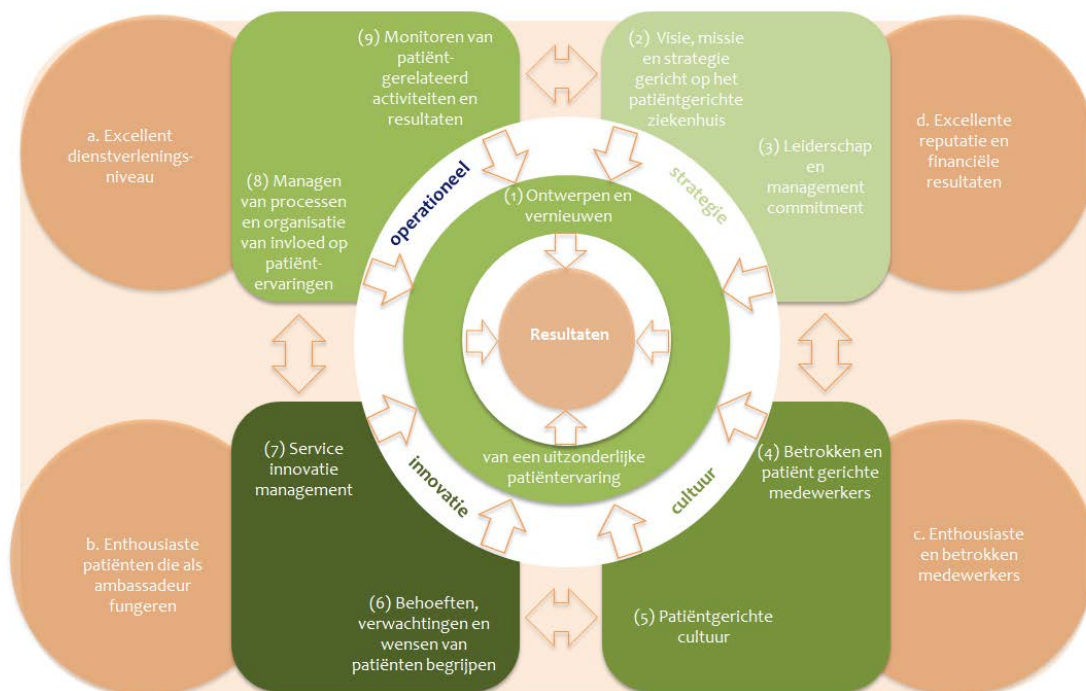
- Beleid: participatie van patiënten in het formuleren en evalueren van organisatiebeleid
- Kwaliteit: participatie van patiënten in het verbeteren van de kwaliteit van zorg
- Onderzoek: participatie van patiënten in wetenschappelijk (medisch) onderzoek

Instrument (alfabetische volgorde)	Beleid	Kwaliteit	Onderzoek
Brainstormsessie	•	•	•
Charette	•		
Cliëntenraad/patiëntenraad	•	•	
Concept Mapping	•	•	•
Continu ervaringsonderzoek	•	•	•
Delphi methode	•	•	•
Enquête	•	•	•
Enquête	•	•	•
Focusgroep fysiek	•	•	•
Focusgroep online	•	•	•
Gesprek met patiëntenvereniging	•	•	
Gibsonmethode		•	
Huisvergadering	•	•	
Hulpvraagverduidelijking		•	
In gesprek met de Raad van Bestuur		•	
Instant Feedback		•	
Interview	•	•	•
Klachtenregeling		•	
Klantbeloften in de zorg		•	
Kritische incidenten techniek		•	
Mystery Guest/Caller	•	•	
Observatie/schouw		•	
Open Space bijeenkomst	•	•	
Participatie in werkgroep/commissie	•	•	•
Patiënten als onderzoekers	•	•	•
Patiëntendagboek		•	•
Patiëntenpanel	•	•	•
Patient Participation Group	•	•	
Patiënten visualiseren ervaringen	•	•	
Patiëntenwerkgroep		•	
Q-methodology	•	•	•
Shadowing		•	
Spiegelgesprek		•	
Theater/knelpunten naspelen		•	
Vignettenmethode	•	•	•
Vijf-stappen methode	•	•	
Wandeling		•	
Wensen- en suggestiekaart		•	

Bijlage 5. Service Excellence Scan

De Scan is gebaseerd op het Europese Service Excellence Model (CEN/TS 16880) (6, 15). De aangepaste versie voor de zorg is in onderstaand figuur weergegeven.

Service Excellence Model



© Stichting Service Excellence. Zie www.serviceexcellence.nu

Deze vragenlijst is bedoeld om ziekenhuizen op een eenvoudige wijze een eerste beeld te geven van hun prestaties als het gaat om het organiseren en creëren van uitzonderlijke patiëntervaringen. Per stelling is slechts één antwoord mogelijk. De scan is opgebouwd rond de negen elementen van het Service Excellence Model, aangevuld met vier resultaatgebieden, en kent in totaal 75 stellingen. Invullen ervan kost circa 14 minuten tijd.

NEGEN ORGANISATIEGEBIEDEN

0 = dit is niet ingeregeld

1 = er zijn eerste aanzetten/de organisatie doet het maar niet systematisch

3 = dit is echt systematisch en gedegen aangepakt binnen de organisatie

1. Ontwerpen en vernieuwen van een uitzonderlijke patiëntervaring

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Het ziekenhuis heeft samen met patiënten en medewerkers de ideale ervaring vastgesteld die zij haar patiënten wil bieden.				
2	Het ziekenhuis heeft de ambitie om patiënten een uitzonderlijk positieve ervaring te bieden.				

3	De voor patiënten belangrijkste patiëntreizen zijn samen met patiënten en medewerkers uitgewerkt.				
4	De belangrijkste patiëntreizen zijn zo ingericht dat ze de patiënt de ideale ervaring bieden.				
5	Patiënten worden geïnformeerd over de kwaliteit van de dienstverlening die ze van het ziekenhuis mogen verwachten (service-/zorggaranties).				
6	Feedback van patiënten (o.a. klachten, vragen, verzoeken, suggesties en complimenten) behandelt het ziekenhuis naar volle tevredenheid van patiënten.				
7	De wijze van behandeling van feedback van patiënten is gericht op het bieden van een uitzonderlijke ervaring en realiseren van patiënten als ambassadeurs.				

2. Visie, missie en strategie gericht op het patiëntgerichte ziekenhuis

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	In de visie/missie van het ziekenhuis hebben enthousiaste patiënten en enthousiaste en betrokken medewerkers een prominente plek.				
2	In de kern-/organisatiewaarden van het ziekenhuis hebben enthousiaste patiënten en enthousiaste en betrokken medewerkers een prominente plek.				
3	In lijn met de visie/missie/waarden gebruikt het ziekenhuis een duidelijke strategie voor het werken aan enthousiaste patiënten en enthousiaste en betrokken medewerkers.				
4	Het ziekenhuis doet onderzoek onder patiënten en medewerkers om te bepalen in welke mate zij tevreden en enthousiast zijn over de zorg/dienstverlening.				
5	Het ziekenhuis heeft doelstellingen geformuleerd ten aanzien van enthousiaste patiënten en enthousiaste medewerkers.				
6	De onderdelen van het ziekenhuis (o.a. afdelingen en teams) werken met doelstellingen en plannen gericht op het verbeteren van patiëntervaringen en het vergroten van het enthousiasme van patiënten.				
7	Elke medewerker in het ziekenhuis weet wat zijn/haar persoonlijke bijdrage is aan het realiseren van een uitzonderlijke patiëntervaring en enthousiaste patiënten.				

3. Leiderschap en management commitment

	Stelling; Raad van Bestuur en leidinggevenden van ons ziekenhuis...	Nee (0)	Deels (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	... zijn uit zichzelf gemotiveerd om de hele organisatie te richten op het realiseren van uitzonderlijke patiëntervaringen.				
2	... fungeren als voorbeeldrol als het gaat om patiëntgerichtheid en de omgang met collega's.				
3	... hebben intensief contact met patiënten, medewerkers en partners.				

4	...staan persoonlijk open voor klachten, problemen en verzoeken van patiënten.				
5	...weten alle medewerkers mee te krijgen in het vergroten van de patiëntgerichtheid.				
6	... geven medewerkers vertrouwen en veel ruimte om te doen wat nodig is om patiënten een uitzonderlijk positieve ervaring te bieden.				
7	... creëren een inspirerende werkomgeving voor medewerkers.				

4. Betrokken en patiëntgerichte medewerkers

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Patiëntgerichtheid is een van de competenties in de functieprofielen van medewerkers.				
2	Bij de selectie van nieuwe medewerkers en leidinggevendens zijn intrinsieke motivatie om patiënten goed te helpen, echte patiëntgerichtheid en cultuurfit minstens net zo belangrijk als diploma's en werkervaring				
3	De organisatie gebruikt verschillende selectiemethoden om motivatie, patiëntgerichtheid en cultuurfit vast te stellen.				
4	In de opleiding van nieuwe medewerkers zijn patiëntgericht werken en het bieden van een uitzonderlijk patiëntervaring belangrijke onderwerpen.				
5	Medewerkers nemen actief deel aan doorlopende leer- en ontwikkeltrajecten waarin cultuur, patiëntgerichtheid en patiëntervaringen belangrijke onderwerpen zijn.				
6	Patiëntgerichtheid en het bieden van een uitzonderlijke patiëntervaring zijn belangrijke beoordelingscriteria voor medewerkers.				
7	Echt patiëntgerichte medewerkers worden voor hun patiëntgerichtheid gewaardeerd, niet patiëntgerichte medewerkers worden hierop aangesproken.				

5. Patiëntgerichte cultuur

	Stelling	Nee (0)	Deels (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	'Afspraak is afspraak' is vanzelfsprekend binnen ons ziekenhuis.				
2	De tijd nemen voor patiënten om echt naar ze te luisteren is heel normaal binnen ons ziekenhuis.				
3	Medewerkers zijn actief betrokken (geweest) bij het analyseren van de huidige cultuur en het bepalen van de gewenste cultuur.				
4	Patiënten een uitzonderlijk positieve ervaring bieden en ze positief verrassen zijn heel normaal binnen ons ziekenhuis.				
5	Patiënten worden op verschillende manieren intensief betrokken bij het verbeteren van de zorg, dienstverlening aan en ervaring van patiënten.				

6	Medewerkers nemen actief deel aan allerlei sociale activiteiten die voor ze georganiseerd worden.				
7	Bij leidinggevendens staat de deur vaak open. Leidinggevendens nodigen medewerkers actief uit om ze bij vragen en problemen te benaderen.				

6. Behoeften, verwachtingen en wensen van patiënten begrijpen

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Uitgangspunt binnen het ziekenhuis is dat de gemiddelde patiënt niet bestaat. Elke patiënt is anders en vraagt om maatwerk in klantcontact.				
2	Medewerkers gebruiken in hun klantcontact vastgelegde individuele patiëntinformatie zoals contacthistorie, ontvangen feedback en resultaten uit patiëntonderzoek om zo patiënten een uitzonderlijke ervaring te bieden.				
3	Het ziekenhuis legt klachten, vragen, verzoeken, suggesties en complimenten van patiënten systematisch vast.				
4	Het ziekenhuis combineert de verschillende vormen van feedback van patiënten (zie 6.2.) met resultaten van onderzoek onder patiënten om zo een beeld van sterkten en verbeterkansen te ontwikkelen.				
5	Het ziekenhuis gebruikt regelmatig verhalen van patiënten (storytelling) om de wereld van de patiënt intern duidelijk te maken.				
6	Het ziekenhuis onderzoekt regelmatig de behoeften, wensen en verwachtingen van patiënten.				
7	Het ziekenhuis begrijpt op basis van onderzoek onder patiënten welke factoren van tevreden patiënten echt enthousiaste patiënten maken.				

7. Service innovatie management

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Het ziekenhuis is gretig om bestaande processen en werkwijzen waar nodig aan te passen om zo patiëntervaringen te verbeteren.				
2	Het ziekenhuis gebruikt relevante patiëntinformatie om de patiëntervaring te verbeteren.				
3	Medewerkers mogen fouten maken, zolang ze er maar van leren.				
4	Het ziekenhuis leert van andere organisaties binnen en buiten de zorg over hoe ze patiëntervaringen verder kan verbeteren.				
5	Het ziekenhuis stimuleert creativiteit onder medewerkers om innovaties qua patiëntervaringen te ontdekken en uit te proberen.				
6	Binnen het ziekenhuis zijn tijd en middelen voor medewerkers beschikbaar om innovaties in patiëntervaringen te realiseren.				

7	Het ziekenhuis hanteert een gestructureerd innovatieproces van ideegeneratie, het uitwerken van het idee, ontwikkeling en lancering, om zo regelmatig innovaties in patiëntervaringen door te voeren.				
---	---	--	--	--	--

8. Managen van processen en organisatie van invloed op patiëntervaringen

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Patiënten kunnen het communicatiekanaal naar hun voorkeur kiezen om met het ziekenhuis contact op te nemen.				
2	Het ziekenhuis stimuleert patiënten die persoonlijk contact willen opnemen om dit ook te doen.				
3	In het ziekenhuis zijn de patiëntreizen echt leidend, de interne (zorg)processen zijn ondersteunend aan de patiëntreizen (een patiëntreis is het proces zoals de patiënt dit ervaart).				
4	De organisatiestructuur ondersteunt de interne samenwerking binnen de patiëntreizen maximaal om zo de patiënt een uitzonderlijke ervaring te bieden.				
5	Fysieke ruimten, de website en andere middelen waarmee patiënten in aanraking komen, zijn vanuit de ideale patiëntervaring vormgegeven.				
6	Partners (leveranciers met direct/indirect contact met uw patiënten) dragen actief bij aan de ideale patiëntervaring en het enthousiasme van uw patiënten.				
7	De organisatie werkt met partners intensief samen aan verbetering van de dienstverlening en daarmee aan verbetering van de beleving van klanten.				

9. Monitoren patiënt gerelateerde activiteiten en resultaten

	Stelling	Nee (0)	Aanzet tot (1)	Systematisch ja (3)	Niet van toepassing (X)
1	Binnen het ziekenhuis is er een goed zicht op hoe patiënten de zorg/dienstverlening ervaren en waarderen.				
2	Het ziekenhuis gebruikt metingen en KPI's voor het volgen van de betrokkenheid en het enthousiasme van medewerkers (en partners).				
3	De organisatie gebruikt metingen en KPI's voor het volgen van de ervaring, het enthousiasme en het ambassadeurschap van patiënten.				
4	Onderzoeksresultaten van patiënten (o.a. ervaringen, tevredenheid) vormen naast de financiële en operationele cijfers een belangrijk onderdeel van de normale planning en control van het ziekenhuis.				
5	Voor de belangrijkste patiëntreizen gebruikt het ziekenhuis doorlopend ervarings- en/of tevredenheidsonderzoek om zo continu te kunnen sturen op patiëntervaringen.				
6	Teams en afdelingen sturen actief op de patiëntervaring en -tevredenheid. Het is een onderwerp dat standaard op				

	de agenda van het werkoverleg staat.				
7	Het ziekenhuis is open en eerlijk naar patiënten en de samenleving over de resultaten qua patiëntervaringen en -tevredenheid.				

VIER RESULTAATGEBIEDEN

Score 0: de resultaten zijn slechter dan het sectorgemiddelde of u heeft geen beeld van de prestatie van uw organisatie op dit vlak

Score 1: de resultaten zijn conform het gemiddelde in de sector

Score 2: de resultaten zijn duidelijk beter dan het gemiddelde in de sector

Score 3: de resultaten op dit vlak behoren tot de top 3 beste in de sector

Score 5: de resultaten op dit vlak zijn de beste in de sector

Score X: deze stelling is niet van toepassing (neem deze ook niet mee in de berekeningen)

a. Excellent dienstverleningsniveau

	Stelling	Onder sectorgemiddelde/ geen beeld van (0)	Gemiddelde in de sector (1)	Boven Sector- gemiddelde (2)	In de top drie van de sector (3)	Beste in de sector (5)	Niet van toepassing (X)
1	De mate waarin het ziekenhuis de basisdienstverlening voor patiënten op orde heeft (denk aan wachttijden, bereikbaarheid, afspraken nakomen, snelheid van werken, etc.).						
2	De mate waarin patiënten de dienstverlening als gemakkelijk ervaren (ontzorgen).						
3	De mate waarin de zorg/dienstverlening persoonlijk is en patiënten vaste contactpersonen binnen het ziekenhuis hebben (op niveau van relatie en/of patiëntreis).						

b. Enthousiaste patiënten die als ambassadeur fungeren

	Stelling	Onder sectorgemiddelde/ geen beeld van (0)	Gemiddelde in de sector (1)	Boven Sector- gemiddelde (2)	In de top drie van de sector (3)	Beste in de sector (5)	Niet van toepassing (X)
1	Het aandeel enthousiaste patiënten binnen het totale patiëntenbestand.						
2	Het aandeel patiënten dat promoters/ambassadeurs is						

	(die het ziekenhuis/de afdeling zeker zullen aanbevelen/zeker positief over de organisatie zullen praten; NPS-score 9 of 10).						
3	De waardering van patiënten over de afhandeling van klachten.						

c. Enthousiaste en betrokken medewerkers

	Stelling	Onder sectorgemiddelde/ geen beeld van (0)	Gemiddelde in de sector (1)	Boven Sector- gemiddelde (2)	In de top drie van de sector (3)	Beste in de sector (5)	Niet van toepassing (X)
1	Het aandeel medewerkers dat enthousiast is over het ziekenhuis.						
2	De mate waarin medewerkers het ziekenhuis zeker zouden aanbevelen als werkgever.						
3	De mate waarin medewerkers de zorg/dienstverlening zeker zouden aanbevelen bij anderen.						

d. Excellente reputatie en financiële resultaten

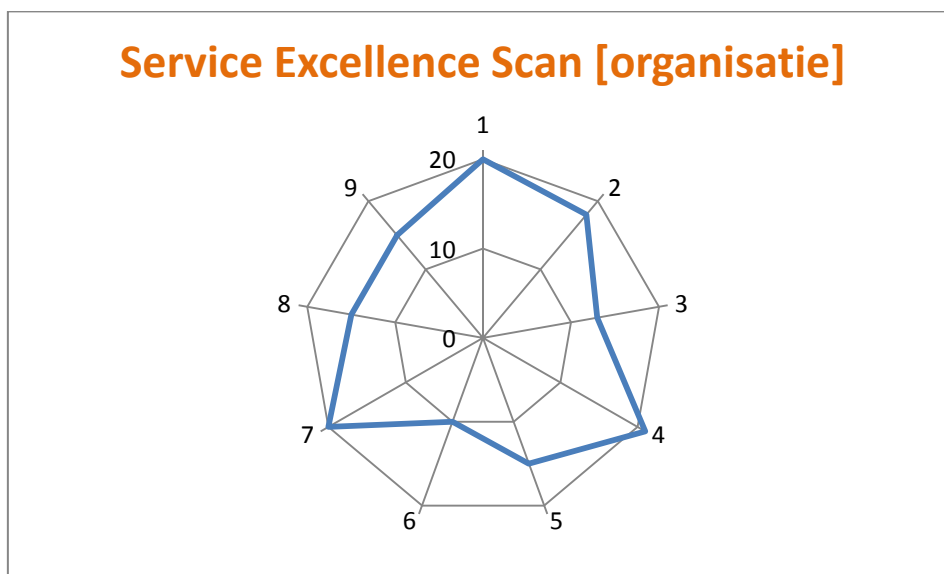
	Stelling	Onder sectorgemiddelde/ geen beeld van (0)	Gemiddelde in de sector (1)	Boven Sector- gemiddelde (2)	In de top drie van de sector (3)	Beste in de sector (5)	Niet van toepassing (X)
1	De reputatie van het ziekenhuis qua patiëntgerichtheid in de markt/branche.						
2	De mate waarin (social) media positieve aandacht hebben voor de dienstverlening en patiëntgerichtheid van het ziekenhuis.						
3	De relevante financiële resultaten.						

HANDMATIG BEREKENEN VAN DE SCORES

De resultaten kunnen met onderstaande berekening verwerkt worden in een spinnenweb grafiek, waarin in het voorbeeld de resultaten per element (de eerste 9) worden getoond. De resultaten van deze scan vormen input om met het management in gesprek te gaan over de uitkomsten, prioritering en mogelijke maatregelen. Dit vormt input voor het ontwikkelen van een patiëntvisie.

Resultaten / Elementen	Aantal stellingen	Aantal punten
1. Ontwerpen en vernieuwen van een uitzonderlijke patiëntervaring	7	
2. Visie, missie en strategie gericht op het patiëntgerichte ziekenhuis	7	
3. Leiderschap en management commitment	7	
4. Betrokken en patiëntgerichte medewerkers	7	
5. Patiëntgerichte cultuur	7	
6. Behoeften, verwachtingen en wensen van patiënten begrijpen	7	
7. Service innovatie management	7	
8. Managen van processen en organisatie van invloed op patiëntervaringen	7	
9. Monitoren van patiëntgerelateerde activiteiten en resultaten	7	
a. Excellent dienstverleningsniveau	3	
b. Enthousiaste patiënten die als ambassadeurs fungeren	3	
c. Enthousiaste en betrokken medewerkers	3	
d. Excellente reputatie en financiële resultaten	3	
Totaal	75	.. / 249 = ..%

Voorbeeld spinnenweb:



Het programma *Sturen op Kwaliteit* wordt gefinancierd door het Citrienfonds.
Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen
en is mogelijk gemaakt door ZonMw.



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC's
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



ZonMw