

Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis

Een handboek



Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis

Een handboek



Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

www.cbo.nl

patientop1@cbo.nl

Augustus 2009

Onder redactie van:

T. Binkhorst

E. Posma

S. Lobenstein

Eerste versie april 2005, in samenwerking met:

M. Weerts, voormalig Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht (PP/CP Utrecht)

A. Schipaanboord, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING

- 1 PATIËNTENPARTICIPATIE**
 - 1.1 Wat is patiëntenparticipatie?**
 - 1.2 Ontwikkeling van patiëntenparticipatie**
 - 1.3 Belang patiëntenparticipatie**
 - 1.4 Welke vormen van participatie zijn er?**

- 2 SELECTEREN VAN PATIËNTEN**
 - 2.1 Contact leggen met patiënten**
 - 2.2 De niet-georganiseerde patiënt**
 - 2.3 Selectie van patiënten**

- 3 STAPPENPLAN**

- 4 INSTRUMENTEN**

INLEIDING

Niemand is graag ziek en niemand verblijft graag in het ziekenhuis. Zeker niet wanneer mensen het gevoel krijgen dat de zorg niet is afgestemd op hun wensen en behoeftes en zij geen invloed meer hebben op hun eigen leven, zorg en behandeling. In de ziekenhuispraktijk van alledag zijn patiënten vaak afhankelijk van verschillende zorgverleners en organisaties en kunnen beperkt keuzes maken in hun eigen zorg- en behandelproces.

Steeds meer leeft de opvatting dat het leveren van goede zorg niet kan zonder de patiënt zelf erbij te betrekken en dat verbeteringen in de zorg niet alleen vóór de patiënt worden gedaan, maar in samenwerking met de patiënt. Patiëntenparticipatie lijkt een sleutel te zijn om de zorg af te kunnen stemmen op de wensen en behoeftes van patiënten. Maar hoe is dit te realiseren? Dit handboek geeft een aantal ideeën voor het verbeteren van de zorg in ziekenhuizen samen met patiënten. Er zijn met name informele vor-

men van patiëntenparticipatie in dit handboek te vinden. De formele vormen en wettelijke maatregelen worden hier en daar wel aangestipt, maar niet uitgebreid behandeld. Uitgangspunt is dat ziekenhuizen al voldoen aan wettelijke vereisten en juist graag andere methoden willen gebruiken.

Wat de meerwaarde is van patiëntenparticipatie, welke voordelen dit biedt en hoeveel invloed van patiënten gewenst is, is in hoofdstuk 1 te lezen. Hoofdstuk 2 bevat een stappenplan dat behulpzaam kan zijn bij het maken van een plan van aanpak voor het betrekken van patiënten en de overwegingen die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde instrumenten. Hoofdstuk 3 gaat over de praktische instrumenten die men in kan zetten. Een aandachtspuntenlijst patiëntenparticipatie en een tabel met instrumenten helpen om dat instrument te kiezen dat bij de lokale situatie past. Ten slotte geeft hoofdstuk een overzicht van een aantal mogelijke instrumenten.



1.1 Wat is patiëntenparticipatie?

Patiënten kijken met een ander perspectief naar de zorgverlening dan hulpverleners. Ze bezitten specifieke ervaringsdeskundigheid die uniek is en betrekking heeft op de persoonlijke situatie, de behandeling, de ziekte en het herstel. Het ziekenhuis en de zorgverlener kunnen hier optimaal van profiteren door het perspectief van de aanbieder en van de vrager te gebruiken en op elkaar af te stemmen voor het organiseren van de zorg. Patiëntenparticipatie is een middel om gebruik te maken van dit perspectief en zo te komen tot patiëntgerichte zorg. Het houdt in dat patiënten de mogelijkheid krijgen kennis en ervaringen in te brengen die bijdragen aan verbeteringen in de zorg. Een patiënt kan een individuele patiënt zijn, maar ook een groep van patiënten of patiëntenvertegenwoordigers, zoals ouders en familie van patiënten.

In dit handboek staan die vormen van patiëntenparticipatie centraal die het verbeteren van de zorg tot doel hebben. Als werkdefinitie voor patiëntenparticipatie wordt daarom aangehouden:

”het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen”

Goede kwaliteit van zorg betekent onder meer dat de zorg patiëntgericht is en de mogelijkheid heeft aan te sluiten bij (de wensen van) het individu. Iedere patiënt heeft zijn eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. Niet de gemiddelde patiënt, maar het individu is de norm! Dé patiënt bestaat immers niet. Dat verklaart ook waarom patiëntenparticipatie niet een eenmalige activiteit kan zijn en waarom één mening op één moment niet voldoende is. Het is noodzakelijk regelmatig patiënten te betrekken. Patiëntgericht betekent nadrukkelijk niet:

“u vraagt wij draaien!”, maar wel diversiteit in de dienstverlening dat een aanbod-op-maat mogelijk maakt en duidelijkheid voor de patiënt over de (on)mogelijkheden van de dienstverlening. De uitdaging is de zorg te optimaliseren door een balans te vinden tussen standaardiseren en flexibiliteit om tegemoet te komen aan de individuele (wensen en behoeften van) patiënten. De ideale situatie is dat er sprake is van gestandaardiseerde processen waarin ook standaard mogelijkheden zijn om keuzes te maken die passen bij individuen. Op die manier is het mogelijk om efficiënt en volgens afspraken te werken en geeft duidelijkheid voor patiënten en hulpverleners. Binnen deze standaardprocessen is ruimte nodig voor een individuele invulling.

1.2 Ontwikkeling van patiëntenparticipatie

Patiëntenparticipatie is niet zomaar ontstaan. Er zijn een aantal ontwikkelingen te onderscheiden die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling patiëntenparticipatie, waaronder democratisering, wet- en regelgeving, toename van het aantal chronisch zieken en de marktwerking.

Democratisering

Een eerste belangrijke ontwikkeling die ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van patiëntenparticipatie is de roep om meer democratisering in de jaren '60 en '70. Er heerste destijds onvrede in Nederland over het gesloten politieke systeem waarin de bestuurselite de dienst uitmaakte (Parlement en Politiek 2005). Voor deze omslag zijn verschillende oorzaken te vinden, waaronder het opkomen van de televisie waardoor politiek beter te volgen werd en men een betere kijk op de politiek in de rest van de wereld kreeg. Ook uitbreiding van de verzorgingsstaat waardoor mensen niet meer in een afhankelijke positie zaten en zodoende hun mening over de politiek konden geven heeft een rol gespeeld.

Bovendien steeg het opleidingsniveau in de samenleving in toenemende mate. In steeds meer sectoren kregen belanghebbenden inspraak en medezeggenschap. In het bedrijfsleven bijvoorbeeld werden ondernemingsraden ingesteld, in het onderwijs ontstonden ouderaden en kregen leerlingen inspraak. Langzamerhand is deze roep om democratisering, inspraak en medezeggenschap ook in de gezondheidszorg steeds meer zichtbaar.

Toename van het aantal chronisch zieken

Een andere belangrijke ontwikkeling die heeft bijgedragen aan de opkomst van patiëntenparticipatie is de toename van het aantal chronisch zieken in Nederland. Door veroudering van de bevolking, successen bij het bestrijden van levensbedreigende ziekten en verandering in consumptiepatronen en levensstijl neemt het aantal chronisch zieken sterk toe (Nyfer 2005). Dit vraagt om een gezondheidszorgsysteem dat minder versnipperd is, meer gericht op de lange termijn, meer gericht op samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, en met een hoofdrol voor de patiënt zelf. Vanwege het langdurige of zelfs permanente karakter van de ziekte ontwikkelen patiënten veel kennis over, en ervaring met de aandoening. De frequentie van bezoeken van chronische patiënten maakt het voor een zorginstelling zeer waardevol hen te betrekken.

Wet- en regelgeving

De discussie over democratisering binnen zorginstellingen is omstreeks 1974 op gang gekomen. Het eerste kabinet Den Uyl stelde destijds een commissie in (Commissie Van der Burg) welke een advies uit moest brengen over de democratisering van de door de overheid gesubsidieerde instellingen (alle gesubsidieerde instellingen, niet alleen zorginstellingen). Vanaf de jaren '90, onder de toenmalige minister van Volksgezondheid, mevrouw Borst, zijn een aantal wetten ingevoerd ten einde de positie van patiënten te versterken. De Leidschendamconferenties (1989-1990) waren een belangrijke ontwikkeling in de zorgsector. De nadruk moest komen te liggen op zelfregulering en partijen maakten afspraken omtrent beleid en kwaliteit van zorg, en er werd uitgebreid aandacht besteed aan de positie van de patiënt. Zodoende kwamen er midden jaren '90 na twintig jaar eindelijk wettelijke regelingen ter versterking van de positie van de patiënt, waaronder:

- Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO 1995)
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WK CZ 1995)
- Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ 1996)
- Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI 1996)
- Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG 2006)
- Programma "Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie" (2008)

Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst 1995 (WGBO, Stb.1994, 838)

De WGBO regelt onder andere het recht op informatie over toestemming voor de behandeling en het recht op inzage in het dossier. Daarnaast verplicht de wet de hulpverlener om de patiënt die zorg te geven welke een bekwame collega in dezelfde omstandigheden ook zou geven. De patiënt heeft er door deze wet voornamelijk rechten bij gekregen en slechts de plicht om de hulpverlener die informatie verschaffen die nodig is en de patiënt moet meewerken. De WGBO streeft naar het verbeteren van de positie van de individuele patiënt. Het gaat hier dus vooral om participatie op individueel niveau in de organisatie (patiënt-hulpverlener relatie). De wet stelt uitdrukkelijk dat de patiënt zelf de keuzes moet kunnen maken in het zorgproces. De arts dient de patiënt zodanig te informeren dat hij zelfstandig een weloverwogen keuze kan maken.

Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector 1995 (WK CZ, Stb.2004, 555)

De wet heeft als doel het versterken van de rechtsbescherming van de patiënt. De WK CZ is een kaderwet die randvoorwaarden stelt aan het klachtrecht. De wet geeft de verplichting aan zorg/hulpverleners en instellingen om klachten conform bepaalde regels te behandelen. Bovendien moet elk kalenderjaar een verslag worden geopenbaard over het aantal en de aard van de klachten en de afwikkeling hiervan. De WK CZ kan ook gezien worden als een handvat voor patiëntenparticipatie. Patiënten kunnen conform deze wet een klacht indienen. Jaarlijks dient de zorginstelling te rapporteren over de binnengekomen klachten en de afhandeling daarvan. Wanneer een instelling hierin tekortschiet of niets met de klachten doet kan zij hierop worden aangesproken. Zodoende dwingt de wet af dat er iets met de klachten wordt gedaan. De patiënt heeft middels het klachtrecht dus indirect invloed op het beleid en kan vanuit dat oogpunt

gezien worden als een vorm van patiëntenparticipatie.

Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen 1996 (WMCZ, Stb.2004, 555)

Het doel van de wet is het bevorderen van de medezeggenschap van cliënten van de uit collectieve middelen gefinancierde instellingen op het terrein van de gezondheidszorg (ZON 2000). Met deze wet wordt de rechtspositie van de cliënten versterkt en is er een wettelijke basis gegeven aan de bestaande medezeggenschapsregelingen. Ook heeft de wet als doel dat instellingen die nog geen cliëntenraad kennen een dergelijke raad instellen. De wet regelt het adviesrecht van de cliëntenraad op een aantal punten (art. 3). Vervolgens bepaalt artikel 4 lid 2 over welke onderwerpen de cliëntenraad verzwaard adviesrecht heeft. Verzwaard adviesrecht wil zeggen dat het bestuur niet van het advies van de cliëntenraad afwijkt, tenzij de door het bestuur en de cliëntenraad ingestelde commissie van vertrouwenslieden bepaalt dat het bestuur met het afwijken van het advies niet het belang van de betrokkenen schaadt.

De WMCZ kan gezien worden als een wet waaruit de verplichting tot patiëntenparticipatie voortvloeit op proces- en organisatieniveau. Door het adviesrecht en het verzwaard adviesrecht bevindt deze vorm van patiëntenparticipatie zich op de participatieladder zich op niveau vier en niveau vijf (inzake verzwaard adviesrecht is sprake van niveau vijf).

Kwaliteitswet Zorginstellingen 1996 (KZI, Stb.2000, 341).

Deze wet stelt globale eisen en laat de invulling over aan de zorginstellingen zelf. Wel stelt de wet vier eisen waaraan een zorginstelling minimaal moet voldoen. De eerste eis is verantwoorde zorg leveren, dat wil zeggen zorg op een goed niveau, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht. De tweede eis die de wet stelt is dat er een beleid moet zijn dat gericht is op kwaliteit. Daarnaast moeten de zorginstellingen een kwaliteitssysteem opzetten, dat bovendien regelmatig getoetst moet worden. De vierde en laatste eis die de wet stelt is het opstellen van een jaarverslag met betrekking tot kwaliteit. De Inspectie Gezondheidszorg houdt toezicht op het naleven van de wet (NIVEL 2003). De KZI geeft ook aanleiding tot patiëntenparticipatie. In de wet wordt namelijk gesteld dat de zorg onder andere patiëntgericht is. Om patiëntgericht te kunnen werken

is het noodzakelijk patiënten middels patiëntenparticipatie te betrekken. Kort gezegd geeft deze dus aanleiding tot patiëntenparticipatie.

Wet Marktordening Gezondheidszorg 2006 (Stb.2006, 415)

Eerdergenoemde maatschappelijke en politieke ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het overheidsbeleid gericht is op het stimuleren van meer (gereguleerde) marktwerking in de zorg. Er wordt beoogd dat het zorgsysteem beweegt van een aanbodgestuurde systeem richting meer vraaggerichte zorg. De rollen in de zorg worden geleidelijk herverdeeld, het accent verschuift van wet- en regelgeving vanuit de overheid naar minder regels en meer verantwoordelijkheid van de verschillende partijen in de zorg. De veronderstelling is dat de patiënt zal kiezen voor die aanbieder die voldoende kwaliteit levert én aansluit bij zijn of haar wensen en behoeften. Om er echt achter te komen wat die wensen en behoeften van de klant zijn zal dit aan hem gevraagd moeten worden of zal hem zelfs een stem moeten worden gegeven in het beleid. Patiëntenparticipatie kan een bijdrage leveren aan inzicht in de wensen en behoeften van patiënten en cliënten.

Programma “Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie” (2008)

In een beleidsnota van mei 2008 benoemt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het belang van het investeren in de positie van de cliënt. Er wordt aangegeven dat het Ministerie de invloed van cliënten in de zorg verder wil versterken, zodat de cliënt goede zorg krijgt die past bij zijn behoefte en dat hij bovendien zijn weg kan vinden in de (complexe) zorgsector. Er dienen goed geregelde basisrechten te zijn die door iedereen gerespecteerd worden. In gesprekken met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars heeft het Ministerie geïnventariseerd op welke manier de positie van cliënten kan worden versterkt. Op basis hiervan zijn zeven rechten benoemd voor de cliënt in de zorg:

1. Het recht op beschikbare en bereikbare zorg
2. Het recht op keuze en keuze-informatie
3. Het recht op kwaliteit en veiligheid
4. Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
5. Het recht op afstemming tussen zorgverleners

6. Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling
7. Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Het programma “Zeven rechten voor de cliënt in de zorg” beoogt in 2011 resultaten te hebben geboekt op bovenstaande speerpunten. Onderdeel van maatregelen zal zijn om cliëntervaringen beter zichtbaar te maken. Methoden voor patiëntenparticipatie kunnen aansluiten bij deze beleidsvisie, door patiënten en cliënten meer zeggenschap te laten hebben.

1.3 Belang patiëntenparticipatie

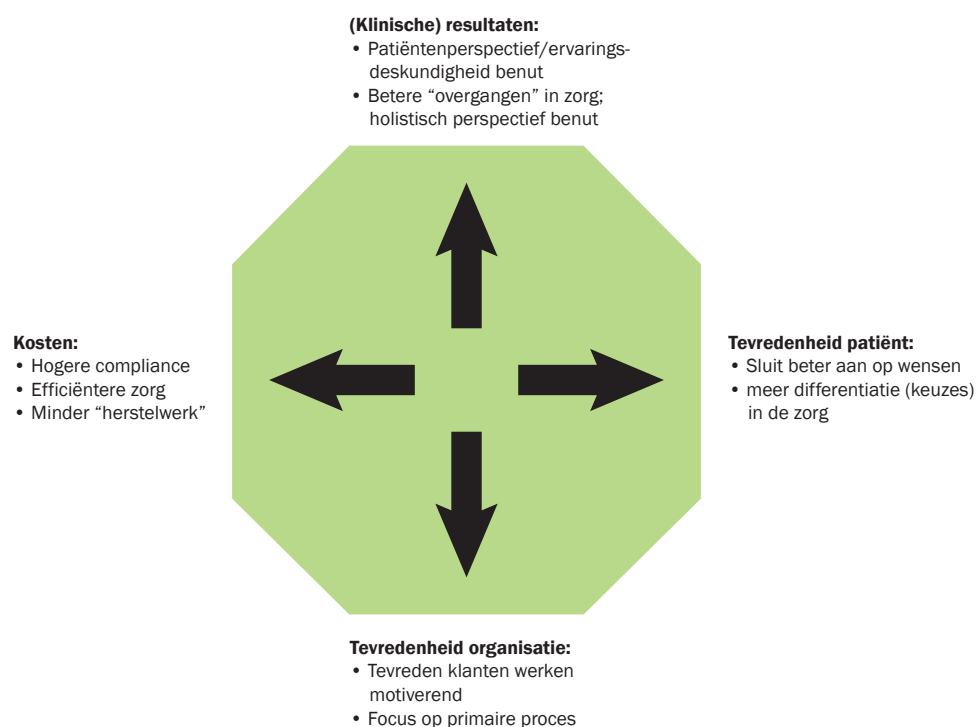
Patiënten kennen het ziekenhuis en het traject dat zij doorlopen als geen ander en kunnen heel goed aangeven waaraan behoefte is, waar hiaten zitten, wat goed loopt en wat minder goed gaat. Zo kijkt een patiënt per definitie over alle schotten tussen organisatieonderdelen van het ziekenhuis heen en ervaart de gevolgen hiervan. Om goede zorg en behandeling te realiseren kan het ziekenhuis gebruik maken van betrokken patiënten om inzicht te krijgen in die problemen, wensen en behoefte en liever zelfs nog specifiek: in bepaalde zorgprocessen van individuele patiënten.

De sleutel voor een succesvolle zorgverlener-

patiënt relatie is de erkenning dat patiënten ook expertise in huis hebben. De arts is goed op de hoogte van de medische diagnostiek, oorzaken van ziekten, prognoses, behandelmogelijkheden en preventieve maatregelen, terwijl alleen de patiënt weet hoe hij zijn ziekte ervaart, beschikt over informatie over zijn sociale omstandigheden, gewoonten, gedrag, zijn wensen en verwachtingen. Beide types van informatie zijn nodig voor een goede behandeling. Dit betekent dat zowel de arts als patiënt bereid moeten zijn om de informatie uit te wisselen om te komen tot een goede behandeling.

Een manier om resultaten van een verandering of activiteiten weer te geven is middels een balanced scorecard. Een balanced scorecard geeft inzicht in verschillende resultaatgebieden, vaak uitgedrukt in voordelen voor de verschillende betrokken partijen. Zo kan participatie van patiënten voordelen bieden aan de patiënten zelf, aan het ziekenhuis en aan de zorgverleners. Daarnaast heeft de betrokkenheid van patiënten financiële consequenties en kan het eindresultaat van de behandeling of zorgverlening beïnvloeden. In onderstaande figuur (figuur 1) is een balanced scorecard weergegeven voor patiëntenparticipatie. De verschillende perspectieven zijn benoemd met daarbij de voordelen die daaronder kunnen vallen. De genoemde resultaatgebieden zijn ook op kwaliteit van zorg van toepassing.

Figuur 1: Resultaatsgebieden van patiëntenparticipatie



1.4 Welke vormen van participatie zijn er?

De vorm van patiëntenparticipatie is afhankelijk van de wijze waarop zij worden betrokken. Het is mogelijk patiënten alleen te informeren, maar ook om hen mee laten beslissen over bepaalde kwesties. Het type activiteit waaraan je patiënten wilt laten participeren en het doel dat je ermee hebt bepalen gezamenlijk welke vorm van participatie het meest geschikt is.

Participatieladder

Een handig hulpmiddel is de participatieladder. Deze is vertaald naar de gezondheidszorg en onderscheidt vijf vormen van participatie die de intensiteit ervan aangeven (zie figuur 2). Hoe hoger op de ladder, hoe meer invloed patiënten krijgen. Op de laatste drie treden, advies, partnership en regie bij de patiënt hebben patiënten een actieve inbreng en nemen zij zelf (ook) initiatief. De eerste 3 treden, informatie, consultatie en advies, kunnen worden samengevat onder de noemer “raadpleging” van patiënten. Er wordt in de figuur gesproken over de term professional. Professional kan staan voor een individuele zorgverlener of behandelaar, maar kan ook betrekking hebben op management en directie van een ziekenhuis. De ladder is bedoeld om inzicht te geven in de vormen (intensiteit) van participatie en geeft geen waardeoordeel. De hoogste trede van de ladder is niet altijd de meest wenselijke. In het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken dat de geschiktheid van een vorm afhangt van verschillende factoren.

1. Informatie: “De patiënt weet mee”

Het (zorg)proces wordt ingezet, de patiënt wordt continu op de hoogte gehouden en goed geïnformeerd. De professionals hebben een positieve attitude tegenover patiëntenparticipatie, maar van een echte betrokkenheid is geen sprake.

2. Consultatie: “De patiënt denkt en praat mee”

De professional bepaalt wat er gebeurt, maar gaat wel actief op zoek naar de mening van de patiënt. De mening van patiënten in het algemeen kan hierbij al voldoende zijn. De patiënt is een serieuze gesprekspartner, maar de professional verbindt zich niet direct aan de resultaten uit de gesprekken.

3. Advies: “De patiënt adviseert en de hulpverlener beslist”

Er is sprake van direct contact tussen professional en patiënt. Er wordt actief gezocht naar de mening van patiënten en zij worden expliciet om een oordeel gevraagd. De voorstellen en ideeën van patiënten tellen en de professional verbindt zich in principe aan de resultaten, maar kan bij de uiteindelijke besluitvorming hiervan (beargumenteerd) afwijken.

4. Partnership: “De patiënt beslist mee”

Er ontstaat gelijkwaardige samenwerking waarbij patiënten een eigen rol hebben en er sprake is van gezamenlijke besluitvorming met hulpverleners. Zo stellen patiënten en professionals bijvoorbeeld gezamenlijk vast waarover zij willen

Figuur 2. Patiëntenparticipatieladder



spreken. De professional verbindt zich in principe aan de uitkomsten van deze gesprekken

5. Regie bij patiënt: “De patiënt bepaalt en de hulpverlener ondersteunt”

De patiënt (of nog breder: de gemeenschap) bepaalt de doelen en prioriteiten van een activiteit of organisatie. De regie voor de zorg komt primair te liggen bij patiënten. De professional krijgt in feite een adviserende rol en toetst de vooraf gestelde randvoorwaarden.

Niveaus in de organisatie

De keuze voor een vorm van participatie hangt onder meer af van het niveau in de organisatie waarover wordt gesproken. Bij een individueel contact tussen arts en patiënt zal een andere vorm gewenst zijn dan als het gaat om betrokkenheid bij besluiten die de directie van een ziekenhuis neemt.

Als niveaus zijn onderscheiden:

1. Individueel contact tussen hulpverlener en patiënt.
2. Proces: dit kan gaan om één zorgproces, één organisatieonderdeel zoals een afdeling of polikliniek of een bepaald project. Er staat een proces centraal op dit niveau in de organisatie.
3. Organisatie: Hierbij gaat het om de organisatie als geheel waar sprake is van samenhang tussen niveaus en processen in de organisatie. Dit is bijvoorbeeld het knooppunt tussen de primaire en ondersteunende processen. Het strategische beleid wordt op dit niveau bepaald.
4. Systeem: de kaders waarbinnen een organisatie werkt, worden bepaald door de landelijke en Europese wet- en regelgeving. Het systeemniveau bepaalt de randvoorwaarden.

Ontwikkelingsfasen

Naast het organisatieniveau zal de vorm van participatie, en uiteindelijk het meest gewenste instrument, ook afhangen van de fase waarin een project of proces zich bevindt. Globaal zijn in ieder besluitvormingsproces of ontwikkeling van een zorgproces de volgende fasen te onderscheiden:

1. Voorbereidingsfase
2. Uitvoering
3. Evaluatie
4. Bijstelling

Als de patiënt in de fase van bijstelling een rol krijgt, is de invloed op het gehele proces minder

groot en zullen ook andere eisen aan de patiënt worden gesteld. Een patiënt kan dan wel goed een mening geven over specifieke onderdelen van het proces of ervaringen met bepaalde aspecten. Als de patiënt direct aan het begin wordt betrokken, is de invloed op het totaalproces groter. Het is dan bijvoorbeeld mogelijk te vragen naar wensen en behoeften van patiënten en daarbij aansluiting te zoeken. Het vaststellen van de vorm van participatie zal dus altijd een afweging zijn tussen het doel van de betrokkenheid en de rol die daarbij het best past.

2.1 Contact leggen met patiënten

Er zijn verschillende manieren om in contact te komen met patiënten. Daarbij valt onderscheid te maken tussen de georganiseerde en de niet-georganiseerde patiënt.

De georganiseerde patiënt

Georganiseerde patiënten zijn lid van patiëntenverenigingen of -organisaties, die hun belangen vertegenwoordigen. Er bestaan landelijke, regionale en provinciale patiëntenorganisaties.

Patiëntenverenigingen

Bij (landelijke) verenigingen gaat het vaak om organisaties die zich op een specifieke aandiening richten. Zij hebben veel kennis over de zorg en behandelmogelijkheden voor een specifieke groep patiënten. Vaak kennen zij ook de wegen die een patiënt in de thuissituatie kan bewandelen en beschikken zij over praktische tips en ervaringen. Regionale of provinciale organisaties willen graag actief meedenken over activiteiten op lokaal niveau en hebben doorgaans een niet-ziektegebonden werkwijze.

Patiëntenorganisaties: chronisch zieken

De provinciale of regionale platforms zijn samenwerkingsverbanden van patiënten- en consumentenorganisaties in de gezondheidszorg. Zij behartigen vanuit een onafhankelijke positie de algemene belangen van patiënten en consumenten. Daardoor heeft de organisatie invloed op de meningsvorming van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beroepsgroepen over de kwaliteit en het beleid in de gezondheidszorg. Bij de platforms kunnen verschillende organisaties zich aansluiten. Deze lidorganisaties zijn onder te verdelen in:

- Algemene patiëntenorganisaties
- Categoriele patiëntenorganisaties
- Consumentenorganisaties
- Gebruikersorganisaties in de geestelijke

gezondheidszorg

- Gehandicaptenorganisaties
- Ouderenbonden

Lichamelijk gehandicapten

Provinciaal zijn er gehandicaptenplatforms die de koepelorganisatie zijn van lokale platforms in de provincie. De provinciale platforms stellen zich ten doel de collectieve belangen van mensen met een lichamelijke beperking te behartigen op de beleidsterreinen wonen, zorg, welzijn, mobiliteit, arbeid en inkomen.

Allochtonen

De provinciale patiëntenorganisaties vertegenwoordigen ook de allochtone patiënten, maar in de praktijk blijkt dat deze groep vaak ondervertegenwoordigd is. Daarnaast moet u deze groep veelal anders benaderen dan autochtonen. Het Multicultureel Instituut Utrecht (MIU) richt zich specifiek op de participatie van allochtonen in de samenleving.

2.2 De niet-georganiseerde patiënt

Niet-georganiseerde ziekenhuispatiënten zijn het beste rechtstreeks in het ziekenhuis te bereiken. Dit kan door het verspreiden van folders en posters in de wachtkamer. Meestal werkt het nog beter om direct contact met patiënten op te nemen.

2.3. Selectie van patiënten

Hieronder vindt u een aantal criteria die kunnen worden gesteld aan een patiënt(envertegenwoordiger). Deze zijn afgeleid van door de NCPF ontwikkelde criteria voor de vertegenwoordiging van patiënten in panels. Het is goed te beseffen dat deze voorwaarden vooral van toepassing zijn in het geval men erop uit is patiënten

actief in de ontwikkeling of uitvoering van een verbeteractiviteit te betrekken. Voor bijvoorbeeld vragenlijstonderzoek zijn de criteria grotendeels niet van toepassing.

- Ervaringsdeskundig, toegang hebben tot recente concrete ervaringen van patiënten (als patiëntenvertegenwoordiger, als patiënt of als direct betrokkene (bijv. partner).
- In staat om aan te geven welke specifieke knelpunten er zijn in de zorg, behandeling en voorlichting rond de eigen aandoening.
- Breder kunnen denken dan de eigen situatie. Dit betekent dat een patiënt zich kan verplaatsen in “mede-patiënten” en in staat is zijn eigen specifieke ervaringen te vertalen naar algemene verbeterpunten. Soms zal dit ook een ziekteoverstijgende kijk vereisen.
- Op de hoogte van actuele ontwikkelingen in de behandeling en voorlichting (de deelnemer is goed geïnformeerd.)
- Bereid en in staat zijn om aan de geplande activiteit mee te doen.
- Bereid om schriftelijk en/of telefonisch binnen de afgesproken termijn te reageren op vragen en/of teksten.
- Bereid en in staat zijn tegenover artsen, hulpverleners, beleidsmakers, etc kwaliteit-sopvattingen en ideeën toe te lichten en zonodig te verdedigen (De deelnemer vindt het leuk om vanuit het patiëntenperspectief te discussiëren over het onderwerp in een werkgroep.)
- De afvaardiging moet in z'n geheel zoveel mogelijk de doelgroep/‘betrokken patiënt’ vertegenwoordigen. Het is een pré wanneer de afvaardiging relaties heeft met de patiëntenorganisatie en ook tracht informatie namens anderen in te brengen (Er is een structuur die zorgdraagt voor draagvlak en verificatie bij een grote groep andere patiënten).

HOOFDSTUK 3.

STAPPENPLAN

Patiëntenparticipatie is geen doel op zich maar een middel om te komen tot betere zorgverlening. Indien u patiënten wilt betrekken bij de zorg in het ziekenhuis, zijn er 3 basale vereisten:

1. Open staan voor de positieve effecten van patiëntenparticipatie.
2. Accepteren dat elke patiënt uniek is.
3. Juiste instrumenten kiezen.

Als u als ziekenhuis besluit om structureel patiënten te betrekken bij voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de zorg en het perspectief van patiënten in projecten mee te nemen, blijkt het vaak lastig om dit op een goede manier vorm te geven. Dit hoofdstuk beschrijft een aantal stappen om hiermee om te gaan. Dit betekent het stellen van prioriteiten voor activiteiten, het opstellen van een plan, maken van keuzes voor instrumenten en de stappen die u zet nadat u een instrument hebt gebruikt. In het volgende hoofdstuk zijn de instrumenten voor het betrekken van patiënten meer gedetailleerd beschreven. Als een ziekenhuis al keuzes heeft gemaakt voor een bepaalde richting of voor een niveau waarop zij met name de aandacht wil richten, dan kunnen stappen worden overgeslagen.

Stap 1: Plan van aanpak en de keuze van een instrument

De eerste stap is het opstellen van een plan van aanpak en expliciet te beschrijven op welke wijze patiënten een rol krijgen in de verbetering van zorg. Dit betekent onder meer dat een keuze voor geschikte instrumenten en methoden van patiëntenparticipatie plaatsvindt. Hierbij is het belangrijk te bedenken dat er per situatie weer andere zaken beslissend zijn voor de manier waarop patiënten bijdragen en de voorkeur voor instrumenten. Voordat wordt overgegaan tot definitieve keuzes is het zinvol een aantal vragen te bespreken. De volgende vragen kunnen als handvat dienen:

1. Bespreekpunten ter voorbereiding van instrumentenkeuze

- a. (hoe) Weet je wat de patiënt wil? (wens/verwachting en behoefte/prioriteit)
- b. (hoe) Kan de patiënt ons helpen met hoe het beter kan?
- c. (hoe) Kan bij het verlenen van deze zorg, de patiënt als partner worden betrokken?
- d. Hoe beoordeelt de patiënt de gerealiseerde verandering?

Vervolgens gelden bij het verder vormgeven van patiëntenparticipatie een aantal basisregels. Het is ook goed hierover van gedachten te wisselen voordat daadwerkelijk een instrument of methode wordt gekozen.

2. Simple rules bij vormgeving patiëntenparticipatie

- a. Betrek het patiëntenperspectief vanaf het begin in een project/traject
- b. Ga op zoek naar een goede patiënt in je projectteam/werkgroep ("Patient in the room")
- c. Denk niet te snel dat het voor jouw onderwerp niet relevant is
- d. Dé patiënt bestaat niet (individualiseer zorg, varieer)
- e. Familie kan ook betrokken worden
- f. Patiënten zijn mensen met zorgen en wensen

Checklist voor het kiezen van een instrument

Er is geen blauwdruk te geven welk instrument precies past in welke situatie. Als handvat voor het kiezen van een instrument kunt u onderstaande checklist gebruiken. De vragen helpen om een duidelijk beeld te krijgen van het doel van patiëntenparticipatie en de manier waarop u patiënten wilt betrekken. Na het invullen van de vragen, kunt u het beslisschema gebruiken om te kijken welk instrument het meest geschikt is.

1. Wat is het doel?

Patiënten betrekken kan verschillende doelen

hebben. Om het goede instrument te kunnen kiezen is het van belang dit doel goed vast te stellen.

Bepaal het doel van patiëntenparticipatie:

- Inzicht krijgen in de wensen en behoeften van patiënten
- Aanbod aan laten sluiten op individuele wensen en behoeften
- Inzicht krijgen in de positieve en negatieve punten (knelpunten) van ervaren zorg
- Nieuwe ideeën genereren
- Nieuwe ideeën te toetsen

In het ziekenhuis zullen al deze doelen aandacht krijgen. Wel kunnen bepaalde doelen meer prioriteit krijgen. Belangrijk is om steeds te blijven realiseren dat patiëntenparticipatie nooit een doel op zich mag zijn, maar altijd een middel om iets te bereiken. Stel daarom nauwkeurig vast wat het achterliggende doel van patiëntenparticipatie is.

2. Op welk moment in het verbetertraject is het gewenst de patiënt de betrekken?

Bij deze vraag gaat het vooral om het nadenken over het moment waarop een patiënt een rol zou kunnen krijgen:

- In de voorbereiding van een verbetertraject, een nieuwe ontwikkeling, bij de start van een nieuw proces (waarin nog niets vastligt)
- Tijdens de uitvoering van het verbetertraject
- Bij de evaluatie van het verbetertraject, om feedback op het doorlopen proces te kunnen geven
- In alle fasen

3. Welke informatie is van belang om van patiënten te krijgen? Welke onderwerpen?

Bij de keuze van een instrument is het raadzaam om vooraf helder te krijgen welke informatie u van patiënten wilt weten, over welke thema's of onderwerpen.

4. Kan ik de patiëntengroep afbakenen en hoe?

Bedenk of u een specifieke groep patiënten wilt betrekken, bijvoorbeeld patiënten met een bepaalde aandoening of van een bepaalde leeftijd.

5. Van wie is de inbreng gewenst?

Er kunnen diverse patiënten(vertegenwoordigers) betrokken worden.

- Eén ervaringsdeskundige (patiënt)
- Een groep 'willekeurige' ervaringsdeskundigen

- Een steekproef uit ervaringsdeskundigen
- Vertegenwoordiger(s) van een patiëntenvereniging
- Geen van allen

Eén ervaringsdeskundige kan voldoende inbreng hebben verbeterpunten te formuleren óf bijdragen aan optimalere individuele zorg. Een groep kan de patiëntenpopulatie ook vertegenwoordigen, al dan niet door strenge selectie. Het voordeel van ervaringsdeskundigen is de unieke ervaring met (eigen) zorgverleners. Voordeel van vertegenwoordigers is de professionaliteit en representativiteit.

6. Op welk niveau wil men verbeteringen bereiken?

Kwaliteitsverbeteringen kunnen op verschillende niveaus betrekking hebben, namelijk:

- Individueel
- Proces
- Beleid

Individueel niveau wil zeggen de directe relatie patiënt – zorgaanbieder(s). Het procesniveau heeft betrekking op de organisatie van zorg, bijvoorbeeld de inrichting van een bepaalde afdeling. Indien het gaat over het betrekken van patiënten op beleidsniveau, wil dat zeggen dat patiënten betrokken worden op strategisch niveau van de zorginstelling, door bijvoorbeeld mee te denken over het zorgbeleid.

7. Welke personen moeten bij de voorbereiding betrokken worden?

Het is raadzaam om te bedenken wie er in de organisatie betrokken dienen te worden bij de uitvoering van het instrument. Vaak heeft een instrument meer kans van slagen indien er personen betrokken worden die commitment hebben met het onderwerp en het instrument.

8. Hoe vaak is het gewenst informatie van patiënten te krijgen?

Soms is het gewenst om eenmalig inzicht te krijgen in het perspectief van patiënten, terwijl het in andere gevallen nuttig is om dit herhaaldelijk te doen. Herhaling kan bijdragen om zicht te krijgen of een verbetering ook daadwerkelijk effect heeft gehad. Structurele inzet van een instrument kan zinvol zijn om de voortgang te blijven monitoren. Dit is afhankelijk van de beoogde doelen van de inzet van een instrument.

- Eenmalig
- Herhaaldelijk, voor en na een verandering

- Periodieke herhaling/structureel om nieuwe informatie te verkrijgen

9. Hoeveel tijd is er te besteden?

Patiëntenparticipatie kost tijd. Sommige instrumenten kosten weinig tijd en geven een globaal beeld van wensen en behoeften van patiënten, zoals bijvoorbeeld instant feedback. Andere instrumenten kosten meer tijd, maar daarbij is de betrokkenheid en inzet van patiënten groter, hetgeen doorgaans meer informatie 'in de diepte' oplevert. Dit geldt bijvoorbeeld voor spiegelgesprekken. De tijd die u beschikbaar heeft, is dus medebepalend voor de methode die u kunt gebruiken. Bepaal hoeveel tijd u wil besteden aan patiëntenparticipatie, zowel qua looptijd als het aantal uur per week gedurende deze looptijd. Houd daarbij rekening met voorbereidingstijd, eventuele werving en selectie van patiënten, de uitvoering van het instrument en de verwerking van de resultaten.

- < 1 maand
- 1 - 2 maanden
- 3 - 5 maanden
- > 6 maanden

10. Hoeveel geld is er beschikbaar?

Ook het budget is richtinggevend voor de methode die u wilt gebruiken. Denk daarbij na over de kosten van de activiteit zelf, de uren die u investeert, kosten aan deskundigheidsbevordering, (extern) advies, etc. Er is veel voor te zeggen om ook de tijd die patiënten in het verbeteren van kwaliteit van zorg stoppen, te vergoeden. De minimale tegemoetkoming aan patiënten is een vergoeding van de reiskosten.

- niets
- < € 2.500,-
- € 2.500,- tot € 5.000,-
- € 5.000,- tot € 15.000,-
- € 15.000,-

11. Heeft de patiëntengroep bepaalde beperkende eigenschappen?

Sommige patiënten(groepen) hebben bepaalde kenmerken waarmee u rekening dient te houden bij het kiezen van een instrument. kunnen invloed hebben op de keuze van het instrument, of de uitvoering ervan. Niet alle instrumenten zijn toepasbaar op alle patiëntengroepen. Soms zijn mantelzorgers daarom geschikter om te participeren. Ze kunnen de deelnemende patiënt ook begeleiden of steunen.

- Patiënten kunnen zich moeilijk uiten
- Patiënten zijn emotioneel labiel

- Patiënten zijn vaak niet mobiel
- Patiënten zijn bijna allemaal ouder dan 65
- Het toekomstbeeld en (rest)verschijnselen van de ziekte kunnen sterk uiteenlopen

Beslisschema

Het beslisschema geeft inzicht in welke instrumenten op basis van de antwoorden in de 'checklist kiezen instrument voor patiëntenparticipatie' het meest geschikt zijn.

In het schema staat een aantal eigenschappen die het beste bij de instrumenten passen. De praktijk biedt gegarandeerd meer mogelijkheden bij de toepassing. De keuze voor deze karakteristieken sluit het beste aan bij het gebruik ervan en bereikt het grootste effect in de uitvoering. Niet alle vragen van de checklist zijn opgenomen in het beslisschema, zoals de afbakening van de patiëntengroep, de kosten van de inzet van het instrument of de benodigde tijd. Deze aspecten vindt u – indien deze bekend zijn – terug in de beschrijvingen van de instrumenten.

In bovenstaande figuur is ter illustratie uitgewerkt welke instrumenten bijvoorbeeld passen bij de bepaalde vormen van participatie en organisatieniveau. Zoals ook blijkt uit de figuur is niet ieder instrument bij slechts één vakje in te delen. De lijst is niet compleet maar geeft een beeld van een aantal instrumenten en hun gebruikswaarde.

Beslisschema instrumenten voor patiëntenparticipatie



Instrument	Doel participatie					Fase verbeterproject			Niveau			Deelnemers				
	Aanbod laten aansluiten op individuele wensen	Inzicht wensen / behoeften	Inzicht ervaringen	Nieuwe ideeën genereren	Nieuwe ideeën toetsen	Vorbereiding	Uitvoering	Evaluatie	Individueel	Proces	Beleid	1 ervaringsdeskundige	Groep 'willekeurige' ervaringsdeskundigen	Steekproef	Vertegenwoordiger patiëntenorganisatie	Geen van allen / extern
Brainstormsessie				●		●				●	●		●		●	●
Casemanagement	●						●		●			●				
Delphi-methodiek				●	●	●				●	●		●		●	
Eigen Kracht Conferentie	●						●		●			●				
Focusgroep			●	●		●		●		●	●		●			
Fotoscan		●	●					●		●	●		●			
Gesprek met patiëntenverenigingen		●			●	●		●		●	●				●	
Hulpvraagverduidelijking	●						●		●			●				
In gesprek met de Raad van Bestuur (aan de lunchtafel/appeltje schillen met de RvB/het moet me van het hart)		●	●					●		●	●		●			
Instant feedback/Wachtkamer interview			●				●			●		●				
Interview		●				●	●	●		●		●	●			
Klantenwenskaart/Tipkaart		●						●	●				●			
Kritische incidenten techniek		●	●					●	●	●			●			
Mystery guest			●			●		●		●						●
Observatie/schouw		●	●				●	●		●		●	●		●	
Open space bijeenkomst		●	●	●		●	●	●		●	●		●			
participatie in werkgroepen of commissies		●	●			●	●			●	●	●			●	
Patiëntendagboek			●					●	●	●			●			
Patiëntenpanel		●			●	●		●		●			●	●		
Patiënten/cliëntenraad		●		●	●	●	●	●		●	●				●	
Shadowing			●					●		●		●				●
Spiegelbijeenkomst			●			●				●			●			
Theater/knelpuntennaspelen			●			●				●			●			●
Vragenlijst (elektronisch en schriftelijk)		●	●			●	●	●		●			●	●		
Wandeling		●	●					●	●				●			●
Werken aan Wensen		●		●		●				●			●			

Figuur 3 Voorbeelden van instrumenten gerelateerd aan organisatieniveau en vorm van participatie

		Organisatieniveau		
		Individu	Proces	Organisatie/strategisch
Vorm van participatie	Informatie	Literatuurstudie Video on the job	Shadowing Literatuurstudie naar wensen/behoefte Afdelingen/teams doen beloftes	Vast agendapunt Logboek bijhouden
	Consultatie	Individueel evaluatiegesprek	Verbetervragenlijst patiënten Patiënttevredenheidsmeting Interviews Focusgroep	Patiënttevredenheidsmeting Aan de lunch Shadowing Fotoscan Werken aan wensen Ziekenhuisschouw Patiëntenpanel
	Advies		Spiegelgesprekken Focusgroepen	Cliëntenraad Instant feedback
	Partnership	Patiënt als gelijkwaardige gesprekspartner Decision aids	Patiënt in verbeterteam Patiënt in sollicitatiecommissie nieuwe medewerkers	Patiënt in raad van toezicht
	Regie bij patiënt	Zelfmanagende patient	Team patiënten richt wachtkamer in	

In figuur 3 is ter illustratie uitgewerkt welke instrumenten bijvoorbeeld passen bij de bepaalde vormen van participatie en organisatieniveau. Zoals ook blijkt uit de figuur is niet ieder instrument bij slechts één vakje in te delen. De lijst is niet compleet maar geeft een beeld van een aantal instrumenten en hun gebruikswaarde.

De verschillende instrumenten zijn uitgewerkt in factsheets en beschikbaar op www.cbo.nl. verder uitgewerkt. Op basis van die gegevens kunt u een definitief plan van aanpak maken.

Stap 2: Patiëntengroep

Het is verstandig om goed te benoemen welke groep patiënten het meest geschikt is om te benaderen. Dit hangt uiteraard af van het instrument. Bij sommige instrumenten kunnen alle patiënten worden betrokken. Zo is het bij een uitgebreide meting mogelijk iedere patiënt een vragenlijst mee te geven. Voor sommige instrumenten zijn met name patiënten nodig die als vertegenwoordiger van een patiëntengroep op kunnen treden. Dit is bijvoorbeeld zo als patiënten in een werkgroep gaan deelnemen. Patiënten die eenmalig in het ziekenhuis komen zullen lastiger te benaderen zijn dan chronisch zieken. Deze laatste groep heeft nauw contact met de

hulpverlener en komt vaak in het ziekenhuis.

Informer en ondersteunen van patiënten
Wanneer u patiënten betreft is het belangrijk hen goed te informeren over de rol die zij krijgen en welke bijdrage zij kunnen leveren. De verwachtingen over en weer moeten duidelijk zijn. Het verschilt per instrument welke rol een patiënt kan innemen en of daar extra ondersteuning voor nodig is.

Algemene aandachtspunten

- Maak duidelijk om welke fase van een proces het gaat en wat dat betekent.
- Maak duidelijk wat het doel is van participatie.
- Maak duidelijk hoe met de uitkomsten wordt omgegaan. Dit om teleurstelling achteraf te voorkomen. Niet ieder goed advies betekent ook direct een verandering. Het zal soms financieel of praktisch niet haalbaar zijn. Vertel duidelijk wat de mogelijkheden zijn.
- Houd rekening met het feit dat sommige patiënten meer ondersteuning nodig hebben dan anderen om op een zinvolle manier te participeren.
- Houd rekening met eventuele beperking van mensen. Zorg dat bijeenkomsten worden

gehouden op toegankelijke plaatsen en geschikte tijden. Zorg zo nodig voor halen en brengen van patiënten.

Aandachtspunten bij voorbereiden van bijeenkomsten

Soms kunnen wat formelere overleggen een goed middel zijn om de mening van patiënten te weten komen. Om dit goed te laten functioneren, is het zinvol met een aantal factoren rekening te houden:

- De medewerkers van het ziekenhuis hebben meer kennis van het beleid, de structuren en de organisatie dan de patiënten. Om goed mee te kunnen praten hebben patiënten voldoende, tijdige en juiste informatie nodig. Een ziekenhuisdirectie, management, afdelingshoofd maar ook een specialist praten vaak op macroniveau en denken in grotere structuren, patiënten vaak op microniveau. Het is gewenst om daarmee rekening te houden en de persoonlijke verhalen van patiënten te vertalen naar macroniveau. Duidelijke communicatie, inzicht in elkaars werelden en open staan voor elkaar is belangrijk.
- Een valkuil is het kweken van een vergadercultuur: op gezette tijden met dezelfde mensen overleggen terwijl er niet altijd een directe aanleiding is. Duidelijke doelstellingen voor het overleg en projectmatige activiteiten kunnen dit voorkomen.
- Patiënten raadplegen zelf hun achterban. Dit kost veel tijd en energie, die patiënten niet altijd hebben. Ondersteuning hierbij kan een uitkomst bieden.

Stap 3: Uitvoering

Als de keuze voor het instrument is gemaakt, de plannen zijn uitgewerkt en de doelgroep is benaderd, dan kunt met de uitvoering aan de slag.

Stap 4: Het vervolg

Nadat u het instrument in de praktijk heeft uitgevoerd, heeft u een beeld van wensen en behoeften van patiënten, van hun mening of van verbetervoorstellen. De grootste valkuil is dat het daar vervolgens bij blijft en er niets wordt gedaan met de verkregen informatie. Het verbeteren van de zorg is de belangrijkste vervolgstap.

Bij het zetten van vervolgstappen is een paar punten zijn essentieel:

- Zorg dat de informatie die verkregen wordt door de inzet van het instrument wordt terug-

gekoppeld:

- Wie koppelt informatie terug?
- Aan wie wordt de informatie teruggekoppeld (bijv. medewerkers, Raad van Bestuur, patiënten)?
- Op welke manier?
- Wie gaat de informatie omzetten naar concrete verbeteracties?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid over de verbeteracties?
- Regelmatig herhalen van het verzamelen van gegevens geeft een betrouwbaar beeld en geeft inzicht in veranderingen.
- Formuleer SMART-doelen :
 - Specifiek: zo concreet mogelijk
 - Meetbaar: zorg dat er metingen verricht kunnen worden
 - Appellerend/ambitieuus
 - Resultaatgericht
 - Tijdgebonden: stel een einddatum
- Zorg dat betrokken patiënten informatie krijgen over resultaten en vervolgtrajecten.
- Zorg dat het onderwerp op de agenda komt én blijft staan
- Zorg dat er sprake is van een Plan, Do, Check, Act cyclus of een andere methode om cyclisch en stapsgewijs aan verbetering te werken.

Er is geen blauwdruk voor patiëntenparticipatie; elke situatie is anders. Om meer zicht te krijgen op de lokale situatie, ideeën op te doen en een keuze te maken voor instrumenten kunt u daarom gebruik maken van de Patiënt-op-1-scan.

De Patiënt-op-1 scan helpt inzicht te krijgen in de huidige situatie rondom patiëntgerichtheid in uw organisatie. De scan fungeert als spiegel, geeft een beeld van de mate waarin u aan een aantal aandachtsgebieden van patiëntgerichtheid hebt gewerkt en welke voorwaarden zijn gecreëerd om patiëntgerichte zorg te kunnen realiseren. Aandachtsgebieden in de scan zijn onder andere: de mate van patiëntgerichtheid in de bedrijfsvoering, cultuur en fysieke omgeving, en de mate van het informeren van patiënten en het luisteren naar patiënten. De uitkomsten van de scan kunnen u helpen bij het maken van keuzes voor het vervolg en het stellen van prioriteiten.

Voor meer informatie over de Patiënt-op-1-scan kunt u een email sturen naar patientop1@cbo.nl.

HOOFDSTUK 4. INSTRUMENTEN

De onderstaande tabel geeft een kort overzicht van de instrumenten. Bij de meer uitgebreide toelichting op de instrumenten is informatie te vinden over het doel, het participatieniveau, een

beschrijving van de werkwijze, het gebruik, het resultaat, eventuele ervaringen en meer informatie. Deze informatie is beschikbaar op www.cbo.nl.

Instrument	Korte beschrijving
<i>Brainstormsessie</i>	Nieuwe ideeën en oplossingen genereren gedurende een groepsessie voor innovatie of verbetering in de zorg.
<i>Delphi-methodiek</i>	Nieuwe ideeën en oplossingen genereren gedurende meerdere gestructureerde sessies waarin patiënten ondervraagd worden, bijvoorbeeld middels vragenlijsten.
<i>Eigen Kracht Conferentie</i>	Organiseren van hulpverlening voor een patiënt door familieleden, vrienden en eventueel patiënt zelf onder leiding van deskundige.
<i>Focusgroepen</i>	Patiëntenpanel dat gesprek voert over verbeteringen in bestaande zorg of nieuw op te zetten aanbod of dienst.
<i>Fotoscan</i>	Inzicht in ervaringen van patiënten met de zorg door hen met een camera op pad te sturen
<i>Gesprek met patiëntenvereniging</i>	Afgevaardigden van een patiëntenvereniging gaan in gesprek met medewerkers van een afdeling om knel- en verbeterpunten te bespreken.
<i>Hulpvraag-verduidelijking</i>	Mantelzorgers en een onafhankelijke consultant stellen samen met de patiënt een plan op en zoeken hier gepast aanbod bij.
<i>In gesprek met de Raad van Bestuur:</i> - Aan de lunchtafel - Appeltje schillen met de RvB - Het moet me van het hart	Informeel methode (bijv. voor Raden van Bestuur) om snel een beeld te krijgen van goede en slechte ervaringen van patiënten met het ziekenhuis. Willekeurige groep patiënten heeft een eenmalig gesprek met Raad van Bestuur.
<i>Instant feedback / wachtkamer interview</i>	Korte vraaggesprekken met patiënten tijdens hun verblijf in of bezoek aan het ziekenhuis om reactie op verleende zorg en verbeterpunten te verkrijgen.
<i>Interview</i>	Mondelinge vraaggesprekken om betrouwbare, accurate en relevante informatie over de zorg te verkrijgen die de basis vormt voor verbeteringen in de zorg of voor vervolgonderzoek.
<i>Klantenwenskaart</i>	Patiënten kunnen op een klantenwenskaart hun (on)tevredenheid over diverse zorgaspecten kenbaar maken.
<i>Kritische Incidenten Techniek</i>	Achterhalen van positieve en negatieve ervaringen (kritische incidenten) van patiënten door middel van een interview.

<i>Mystery guest</i>	Een mystery guest is een persoon die een ziekenhuis bezoekt en aspecten beoordeelt op criteria om inzicht te krijgen in de service en bejegening in het ziekenhuis
<i>Observatie/Schouw</i>	Met patiënten door ziekenhuis lopen en zorgen dat zij knelpunten aangeven, waardering uitspreken en suggesties doen voor verbeteringen.
<i>Online focusgroepen</i>	Groepsgesprek tussen patiënten en eventueel zorgverleners via internet om wensen en behoeften kenbaar te maken en actief mee te denken over verbeteringen.
<i>Participatie in werkgroepen/commissies</i>	Deelname door patiënten aan werkgroepen waar ook zorgverleners inzitten om mee te beslissen over de organisatie van zorg.
<i>Patiëntendagboek</i>	Een dagboek dat bijgehouden wordt door een patiënt, kan professionals inzicht geven in de ervaringen van patiënten.
<i>Patiëntenpanel</i>	Een vast panel van patiënten dat te raadplegen is over (actuele) onderwerpen.
<i>Patiënten-/ cliëntenraad</i>	Een patiënten- of cliëntenraad heeft inspraak op het beleid van zorginstellingen en behartigt belangen van patiënten.
<i>Shadowing</i>	Volgen van het proces dat een patiënt doorloopt om te komen tot procesherontwerp of concrete verbeteracties.
<i>Spiegelbijeenkomst</i>	Groepsgesprekken met patiënten, professionals als toehoorder en o.l.v. gespreksleider om feedback en informatie over de verleende en ervaren zorg te verkrijgen.
<i>Theater/Knelpunten naspelen</i>	Doordat acteurs situaties naspelen zoals patiënten deze ervaren en zorgverleners toekijken, krijgt men inzicht in ervaringen van patiënten.
<i>Vragenlijst (elektronisch of schriftelijk)</i>	Verkrijgen van feedback en informatie over de verleende en ervaren zorg bij een (grote) groep patiënten.
<i>Wandeling</i>	Patiënten en zorgverleners maken samen een wandeling en bespreken positieve en negatieve ervaringen van patiënten op een informele manier. Een plenaire terugkoppeling van de resultaten kan input leveren voor verbeterpunten.
<i>Werken aan wensen</i>	Ondersteunen van individuele patiënten om klachten en kritiek om te zetten in verandering en verbetering van de zorg.