

HANDREIKING

methodiek patiëntgerichtheid
in regionale samenwerking



Inhoudsopgave

4	1	Inleiding
4	1.1.	Conceptueel model patiëntgerichtheid
5	1.2	Methodiek patiëntgerichtheid
6	2	Ontwerpfase
6	2.1	Randvoorwaarden projectstructuur
6	2.2	Projectstructuur patiëntgerichtheid
6	2.2.1	Regionale stuurgroep
7	2.2.2	Projectgroepen
8	3	Vorbereidingsfase: 8 activiteiten
10	4	Uitvoeringsfase & Instrumentaria: 4 stappen
12	5	Evaluatiefase
13	6	Beheer vragenlijsten & Ondersteuning
		Bijlagen
16	Bijlage 1	Voorbeeldbrief Uitnodiging patiënten ketenzorg
17	Bijlage 2	Voorbeeldbrief huisartsen en POH-ers Ketenzorg
18	Bijlage 3	Voorbeeldbrief Uitnodiging patiënten Ziekenhuis
19	Bijlage 4	Voorbeeldbrief Uitnodiging zorgverlener Ziekenhuis
20	Bijlage 5	Voorbeeld Poster Ketenzorg
21	Bijlage 6	Voorbeeld Poster Ziekenhuiszorg
22	Bijlage 7	Voorbeeld Vragenlijst patiënten
25	Bijlage 8	Voorbeeld Brochure: Hoe patiëntgericht is de regio?
32	Bijlage 9	Toolbox
38	Bijlage 10	Uitwerking van aantal interventies

1 Inleiding

Bij de regioregie initiatieven vormt de triple aim de inspiratiebron voor de samenwerkingsverbanden in de regio's: betere gezondheid en uitkomsten van zorg tegen lagere kosten. Binnen de triple aim gedachte vormt 'patiëntgerichtheid van de zorg' een onderdeel van het item 'kwaliteit van zorg'. Patiëntgerichtheid vormt de morele kern van de gezondheidszorg en levert een bewezen bijdrage aan betere uitkomsten van zorg.

Voor het inzichtelijk maken van de mate van patiëntgerichtheid is in samenwerking met CZ, Zorgbelang organisaties, NPCF en IQ Healthcare een methodiek ontwikkeld waarmee de regiopartijen een regionale verbeter-agenda kunnen formuleren en uitvoeren.

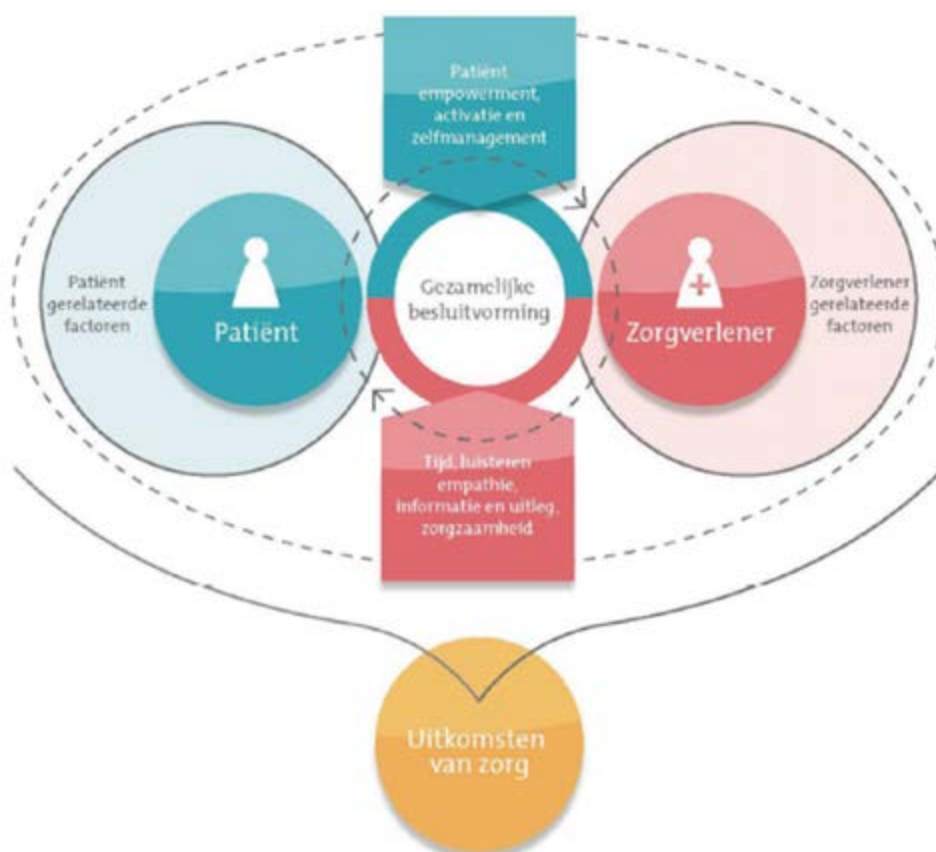
In de voorliggende handreiking wordt deze methodiek beschreven voor andere regionale samenwerkingsverbanden die aan de slag willen met patiëntgerichtheid. Deze handreiking is gebaseerd op de ervaringen van de pilots in Limburg. Deze ervaringen zijn vervolgens ingedikt tot een soort receptenboek, waaruit de toekomstige gebruikers kunnen putten voor de vertaling naar hun eigen regioprojecten.

1.1 Conceptueel model patiëntgerichtheid

Bij de methodiek patiëntgerichtheid wordt gebruik gemaakt van het model patiëntgerichtheid. Het model patiëntgerichtheid is gebaseerd op literatuur en discussies met patiëntenvertegenwoordigers en wetenschappers. Dit model heeft als basis gediend voor het thematisch in kaart brengen van de patiëntgerichtheid. Daarbij worden de verschillende dimensies van patiëntgerichte zorg belicht.

Voor de patiënt zijn de volgende dimensies in patiëntgerichte zorg essentieel:

- patiëntempowerment,
- patiënt activatie en
- zelfmanagement.



Figuur 1 Conceptueel model

Voor de zorgverlener zijn dat:

- tijd nemen,
- luisteren,
- empathie tonen,
- informatie en uitleg geven en
- zorgzaamheid.

Met andere woorden, om tot betere gezondheid en uitkomsten van zorg te komen, komen beiden (patiënt en zorgverlener) idealiter samen in de gezamenlijke besluitvorming.

Figuur 1 geeft het bovenstaande weer.

Naast dit ontwikkeld conceptueel model bestaat het concept positieve gezondheid van Machteld Huber. Positieve gezondheid gaat niet uit van 'het afwezig zijn van ziekte' (WHO definitie van gezondheid), maar gaat uit van 'het vermogen van een mens om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Met andere woorden, ook al hebben mensen een ziekte, het gaat erom hoe en of mensen in staat zijn te kunnen dealen met deze aandoening om een goed en zinvol leven te leiden. Een goed en zinvol leven leiden bestaat uit meer levensdomeinen, dan alleen maar lichamelijke functies.*

Het concept positieve gezondheid sluit naadloos aan bij het concept patiëntgerichtheid. Immers, werken met de intentie vanuit positieve gezondheid draagt bij aan de invulling van de eerder genoemde dimensies van patiëntgerichte zorg.

1.2 Methodiek patiëntgerichtheid

Zoals in de inleiding aangegeven is een methodiek ontwikkeld waarmee de regiopartijen een regionale verbeteragenda kunnen formuleren en uitvoeren.

De methodiek bestaat uit de volgende onderdelen:

1 Ontwerpfase

2 Voorbereidingsfase

3 Uitvoeringsfase

Stap 1 Meten: Hoe patiëntgericht is de regio?

a Vragenlijst ketenzorg

b Vragenlijst ziekenhuiszorg, bestaande uit twee vragenlijsten; tw.

- Vragenlijst voor ziekenhuis patiënten

- Vragenlijst voor ziekenhuis medewerkers

Stap 2 Samen bespreken

a Verdieping in focusgroep

b Resultaten samen bespreken

Stap 3 Samen verbeterplan opstellen

Stap 4 Samen verbeterplan uitvoeren

4 Evaluatiefase

In hoofdstuk 2 tot en met 5 wordt iedere fase van de methodiek beschreven. In de bijlagen zijn voorbeeldbrieven te vinden als ook de instrumentaria (toolbox) die leiden tot patiëntgerichtheid in de dagelijkse zorgverlening.

In hoofdstuk 6 staan contactgegevens voor ondersteuning en beheer van de vragenlijsten.

* Levensdomeinen worden ook wel de pijlers voor positieve gezondheid genoemd; tw. lichaamsfuncties – mentaal welbevinden – zingeving – kwaliteit van leven – meedoen – dagelijks functioneren.

2 Ontwerpfase

De ervaring in de pilots heeft geleerd dat een projectstructuur van belang is om de gezamenlijke focus vast te stellen en deze ook te behouden gedurende het hele traject. Het is namelijk een langdurig traject dat partijen met elkaar aangaan. De ontwerp- en voorbereidingsfase zijn van belang voor een succesvolle uitvoeringsfase. Echter, voor betrokkenen in de uitvoeringsfase is het werk in de ontwerp- en voorbereidingsfase vaak onzichtbaar; hetgeen een risico in zich heeft voor verwatering van de focus en motivatie van eenieder. Een goede projectstructuur die voor iedereen zichtbaar en bekend is, is daarbij ondersteunend.

De volgende paragrafen gaan in op een aantal belangrijke aspecten van deze projectstructuur. Eerst wordt ingegaan op de randvoorwaarden daarvan en daarna op de projectstructuur.

2.1 Randvoorwaarden projectstructuur

Voor een goede projectstructuur zijn drie randvoorwaarden belangrijk; t.w.

a Doelbepaling

Het doel dient helder te zijn voor alle betrokkenen, namelijk het meten van de mate van patiëntgerichtheid, in a) ketenzorg en/of b) ziekenhuiszorg (patiënten en hulpverleners). De uitkomsten van deze meting bieden aanknopingspunten voor het gezamenlijk kiezen van verbeterpunten in de regio.

b Verwachting management

Van belang is dat open met alle betrokkenen van het project gecommuniceerd wordt, dat de ontwerpfase en de voorbereidingsfase ongeveer 6 maanden duurt alvorens daadwerkelijk aan de slag gegaan kan worden met de vragenlijsten. Dit alles heeft te maken met het feit dat het meenemen van alle mensen en partijen in dit proces veel tijd kost.

c Overdraagbaarheid en Borging

Uniformiteit van werken door alle samenwerkingspartners, zowel in de voorbereidende fasen als uitvoeringsfase, helpt om gedane kennis en ervaring overdraagbaar te maken en te borgen. Daarom wordt geadviseerd om 'in the cloud' te werken. Op deze manier is alle informatie voor iedereen beschikbaar; ook bij latere projecten. Deze manier van werken maakt het gezamenlijk werken (en van elkaar leren) binnen een project mogelijk. Ook maakt het documenten toegankelijk, zoals format voor uitnodigingsbrieven, de gevalideerde vragenlijsten, uitkomsten en vastgestelde verbeter-agenda's.

2.2 Projectstructuur patiëntgerichtheid

De projectstructuur bestaat uit de installatie van de volgende onderdelen:

- 1 Regionale stuurgroep patiëntgerichtheid
- 2 Projectgroepen.

Hieronder wordt van beide groepen de samenstelling en taakstelling beschreven.

2.2.1 Regionale stuurgroep patiëntgerichtheid

De regionale stuurgroep patiëntgerichtheid moet beslissingsbevoegd zijn ten aanzien van (personele en financiële) middelen, tijd en kwaliteit. Deze regionale stuurgroep bepaalt immers het doel van het te kiezen traject en moet beslissingen nemen over de uitvoering. Derhalve moeten de stuurgroepsleden ook gezag kunnen uitstralen zowel binnen de eigen organisatie, als naar de regio toe, om het project 'patiëntgerichtheid' geloofwaardig uit te zetten. Idealiter is het daarom wenselijk in de regionale stuurgroep patiëntgerichtheid een combinatie te hebben van bestuurlijke en inhoudelijke vertegenwoordigers.

Samenstelling regionale stuurgroep patiëntgerichtheid:

Projectleider:

- aan te stellen door de stuurgroep regionale samenwerkingsverband
- werving & selectie door de regionale Zorgbelang organisatie
- met geformuleerde opdracht, middelen en beschikbare uren.

Vertegenwoordiger zorgverzekeraar:

- zorginkopers van de betreffende regio, vanwege de bekendheid met en de (inkoop)relaties in de regio
- welke verstrekking is afhankelijk van het gekozen doel.

Vertegenwoordiger van zorgaanbieders (afhankelijk van gekozen doel; bijvoorbeeld huisartsenzorg/zorggroep en/of ziekenhuiszorg):

- vertegenwoordiger heeft binnen de organisatie die hij/zij vertegenwoordigt beslissingsbevoegdheid
- vertegenwoordiger heeft binnen de organisatie die hij/zij vertegenwoordigt ook voldoende gezag voor het creëren van draagvlak binnen de beroepsgroep en organisatie
- indien in de regio meerdere huisartsen/zorggroepen zijn c.q. meerdere ziekenhuizen, dan is er één vertegenwoordiger uit de regio mét beslissingsbevoegdheid voor de zorgaanbieders die hij/zij vertegenwoordigt.

Taak regionale stuurgroep patiëntgerichtheid

- 1 vaststellen gezamenlijk doel (zie ook ad 2):
 - vaststellen ketenzorg en/of ziekenhuiszorg
 - bepalen welke huisartsenpraktijken c.q. ziekenhuisafdeling(en) benaderd worden voor deelname
- 2 aansturen van en succesvol uitzetten vragenlijsten, deelname aan regiobijeenkomst, inzetten van de gekozen toolbox naar de gekozen huisartsenpraktijken c.q. ziekenhuisafdeling(en)
- 3 advies geven aan regionale stuurgroep welke doelgroepen in de ketenzorg benaderd zullen worden.

2.2.2 Projectgroepen

Het formeren van één of meerdere projectgroepen is mede afhankelijk van het gekozen doel. Indien gekozen wordt voor zowel ketenzorg als ziekenhuiszorg, is het advies om ook twee projectgroepen te formeren.

Samenstelling projectgroep ketenzorg

- vertegenwoordiger zorggroep/huisartsenzorg
- bestuurslid zorggroep/huisartsenzorg
- bestuurslid apothekersvereniging
- vertegenwoordiger vanuit patiëntenperspectief (vanuit Zorgbelang, eventueel in duo)

- zorginkoper huisartsenzorg c.q. 1^e lijnszorg zorgverzekeraar.

Taak projectgroep ketenzorg

- succesvol uitzetten vragenlijsten en monitoren response
- werven deelnemende huisartsenpraktijken
- implementatie en monitoren verbetercyclus.

Samenstelling projectgroep ziekenhuiszorg

- kwaliteitsfunctionaris ziekenhuis
- divisie manager ziekenhuis
- vertegenwoordiger patiënten: lid cliëntenraad, al dan niet aangevuld met een andere patiënt-vertegenwoordiger
- vertegenwoordiger medische staf betreffende deelnemende afdeling(en)
- afdelingshoofd(en) van deelnemende afdeling(en)
- eventueel klachtenfunctionaris
- zorginkoper ziekenhuiszorg zorgverzekeraar.

Taakstelling projectgroep ziekenhuiszorg

- werven van geïnteresseerde afdelingen voor deelname
- succesvol uitzetten vragenlijsten en monitoren response
- implementatie en monitoren verbetercyclus; zie stap 5.

Tot zover de ontwerpfase en de projectstructuur in het bijzonder.

Het volgende hoofdstuk gaat verder met de voorbereidingsfase.

3 Voorbereidingsfase: 8 activiteiten

De voorbereidingsfase omvat de volgende activiteiten:

- 1 Werven huisartsenpraktijken c.q. ziekenhuisafdeling(en)
- 2 Afspraken maken over:
 - tijdstip uitzetten vragenlijsten
 - de wijze waarop de deelnemende praktijken c.q. afdelingen de vragenlijsten ontvangen voor verspreiding
- 3 Vaststellen methode van afnemen vragenlijsten: schriftelijk, digitaal, via getrainde interviewers
- 4 Opstellen instructies uitdelers vragenlijsten
- 5 Opstellen begeleidende informatie voor patiënten, praktijken en afdelingen
- 6 Beschikbaar maken link naar vragenlijst
- 7 Afspraken maken data verzameling
- 8 Afspraken maken verwerking en analyse verzamelde data

Hieronder wordt iedere voorbereidende activiteit nader uitgewerkt.

Ad 1

Werven huisartsenpraktijken c.q. op ziekenhuisafdeling(en)

Belangrijk is een actieve en op motiverende wijze geïnteresseerde praktijken c.q. afdelingen te werven. Bijvoorbeeld: het regionaal samenwerkingsverband, waar ook bestuurders aanwezig zijn, organiseert informatiebijeenkomsten om zo het gezamenlijk regionaal belang uit te dragen. Ook kunnen praktijken en afdelingen bezocht worden.

Doel van deze bijeenkomsten c.q. bezoeken is dat de praktijken en afdelingen weten wat deelname hén kan opleveren en van daaruit enthousiast worden voor deelname.

Ad 2

Vaststellen tijdstip en wijze van aanleveren vragenlijst aan deelnemende praktijken en afdelingen

Het uitzetten, werven van patiënten voor deelname e.d. vraagt een extra inspanning van de medewerkers van de praktijken en afdelingen. Voor het welslagen en voor een gemotiveerde deelname gedurende het hele traject is het daarom van belang deze medewerkers mee te laten bepalen wanneer het juiste tijdstip voor het uitzetten van de vragenlijsten is. Immers, zij kunnen vanuit hun ervaring het beste aangeven welk moment in het jaar geschikt is. Tevens wordt geadviseerd hen te betrekken bij het bepalen

van de doorlooptijd: hoe lang blijft de vragenlijst openstaan. Ook moet samen met de deelnemende praktijken en afdelingen afspraken gemaakt worden over wie de contactpersoon is voor de projectleider voor het uitzetten van de vragenlijsten, zodat afgesproken wordt hoe de vragenlijsten bij deze contactpersoon komen; inclusief de werkinstructies en begeleidende informatie voor patiënten e.d.

Ad 3

Vaststellen methode van afnemen vragenlijsten: schriftelijk, digitaal, via getrainde interviewers

Er zijn meerdere methoden waarop de vragenlijsten kunnen worden afgenomen; te weten

- alleen schriftelijke vragenlijsten (risico: lage respons)
- alleen digitale vragenlijsten (risico: lage respons; mensen zonder computer(vaardigheden) worden uitgesloten)
- combinatie schriftelijk en digitale vragenlijsten
- inzetten van getrainde interviewers uit de achterban van Zorgbelang en/of andere geïnteresseerde burgers voor het afnemen van de vragenlijsten.

Voorwaarde: interviewers moeten getraind worden in hoe op een (wetenschappelijk) correcte wijze vragenlijsten af te nemen. Voordeel van deze methode is de grote betrokkenheid van zorgvragers/vrijwilligers, waarbij dit voor hen een zingevende participatie mogelijkheid biedt en het is een vorm van actieve co-creatie. (Risico: werven geschikte en voldoende kandidaten, en het algemeen geldend risico van 'interviewer bias').

Naast de keuze van de afname-methode worden hieronder nog een aantal belangrijke aandachtspunten genoemd. De ervaring met de pilots in Limburg leert dat patiënten direct na een ziekenhuisopname geen prioriteit geven aan het invullen van een vragenlijst, omdat het op orde krijgen van het ziekenhuisontslag hun aandacht vraagt. Daarom moet bij deze voorbereidende activiteit, naast de afname-methode, ook afspraken gemaakt worden wanneer patiënten wel te benaderen. Bijvoorbeeld bij ziekenhuisopname kunnen patiënten gevraagd worden of ze mee willen doen én dat de afdeling na hun ziekenhuisontslag contact opneemt met de patiënt om een geschikt moment voor de vragenlijst-afname af te spreken. Overwogen kan worden om de patiënt op het moment van ontslag een visitekaartje te overhandigen met de contactgegevens van deze persoon.

Een digitale vragenlijst kan drempelverhogend zijn voor laaggeletterden, slechtzienden of ouderen. Afname van de vragenlijst met een interviewer kan deze drempel voor hen weghalen. Daarbij kan ook overwogen worden om getrainde vrijwilligers in te zetten, bijvoorbeeld achterbanleden van Zorgbelang organisaties. Dit zijn veelal mensen die op een afstand van de arbeidsmarkt staan, doch wel de capaciteit hebben om getraind te worden in het objectief afnemen van een interview en verslaglegging. Zorgbelang organisaties kunnen deze training geven.

Ad 4 **Instructies uitdelers vragenlijst**

Degenen die patiënten benadert om de vragenlijst in te vullen, moet geïnstrueerd worden op de volgende punten:

- doel en het belang van dit onderzoek (wat wordt na afloop ermee gedaan)
- bekend met wel of niet inzet van interviewers en dit actief aanbieden
- beschikt over schriftelijke instructies voor de patiënt
- een FAQ opstellen voor vragen van patiënt.

Bijvoorbeeld: anonimiteit gegarandeerd, hoe vragenlijst invullen (via de URL).

Ad 5 **Begeleidende informatie voor patiënten, praktijken, afdelingen**

Concepten voor begeleidende informatie zijn beschikbaar: zie bijlagen 1 – 6 voor voorbeeldbrieven aan patiënten ketenzorg, ziekenhuiszorg en voorbeeldposters voor in de wachtkamer. Deze concepten kunnen aangepast worden aan de lokale situatie. Aanbevolen wordt om in de projectgroep hierover afspraken te maken wie dit doet: de projectgroep of de praktijken c.q. afdelingen zelf. Voordeel van de projectgroep is dat hiermee uniformiteit in de lokale informatie ontstaat en daarmee de herkenbaarheid van het project.

Ad 6 **Beschikbaar maken link naar vragenlijst**

De vragenlijst wordt digitaal beschikbaar gemaakt. Aanbevolen wordt om een makkelijke URL te maken, zodat de deelnemer door simpel aanklikken direct naar de vragenlijst wordt geleid. Voorkomen moet worden dat de deelnemer zelf een lange link moeten intypen! Dit is namelijk drempelverhogend en verlaagt de respons.

Ad 7 **Aanwijzen verzamelpunt data**

Tevens moet binnen de stuurgroep of projectgroep bepaald worden waar de data van de ingevulde vragenlijsten verzameld worden, opdat deze verzameling van data getransporteerd kan worden voor verdere analyse. De Zorgbelang organisaties hebben ervaring met epanels en beschikken daarmee over een systeem voor een dergelijk verzamelpunt.

Ad 8 **Verwerking en analyse verzamelde data**

Binnen de stuurgroep zullen nadere afspraken gemaakt moeten worden over wie de data analyseert en hoe en aan wie het rapport wordt aangeleverd.

Nadat de ontwerpfase en de voorbereidingsfase zijn afgerond wordt in het volgende hoofdstuk de stappen van uitvoeringsfase beschreven. Tevens worden de gebruikte instrumentaria (Toolbox) behandeld.

4 Uitvoeringsfase & Instrumentaria: 4 stappen

Nadat de deelnemers (tw. patiënten ketenzorg c.q. patiënten en medewerkers ziekenhuiszorg) geworven zijn wordt de patiëntgerichtheid stapsgewijs gemeten.

De uitvoeringsfase bestaat uit 5 stappen:

- Stap 1 Meten: Hoe patiëntgericht is de regio?
 - Stap 2a Verdieping in focusgroep
 - Stap 2b Resultaten samen bespreken
 - Stap 3 Samen verbeterplan opstellen
 - Stap 4 Samen verbeterplan uitvoeren
- Hieronder wordt iedere stap nader beschreven.

Stap 1

Metten: Hoe patiëntgericht is de regio?

Voor het meten van patiëntgerichtheid in de keten is een vragenlijst beschikbaar voor patiënten. Voor het meten van patiëntgerichtheid binnen ziekenhuizen zijn er twee vragenlijsten beschikbaar, zowel voor de patiënt als de zorgverlener.

Stap 2a

Verdieping in focusgroep

In de vragenlijst (bijlage 7) is een vraag opgenomen waar patiënten kunnen aangeven of zij willen deelnemen aan de verdiepende focusgroep. Geïnteresseerden noteren daar hun contactgegevens zodat Zorgbelang contact met hen kan opnemen. De verdieping vindt plaats op basis van de eerste uitkomsten van de vragenlijsten. Deze uitkomsten geven aanknopingspunten om op specifieke onderdelen door te vragen. De focusgroep vindt plaats aan de hand van een gespreksleidraad en heeft daardoor een half-gestructureerd karakter. Zorgbelang, als onafhankelijke partij, stelt de gespreksleidraad op en doet de gespreksleiding. Voordeel hiervan is dat dit de kans op wenselijke antwoorden door de deelnemers (in verband met hun verbondenheid met de praktijk c.q. ziekenhuis) verkleint.

De uitkomsten van zowel de vragenlijsten als de focusgroepen worden in een rapport vastgelegd. Dit rapport wordt vervolgens beschikbaar gesteld aan alle deelnemende praktijken, ziekenhuizen, projectgroepen en stuurgroep. De uitkomsten geven een indicatie op welke items verbeterpotentieel ligt, waarbij het **uitgangspunt is een 8 is niet goed genoeg; er wordt gestreefd naar een 10.**

Stap 2b

Resultaten samen bespreken

Uniek bij de regioregie initiatieven is dat drie partijen aan tafel zitten; tw. zorgaanbieders – zorgverzekeraar én patiënten. Door nu deze drie partijen bij elkaar te brengen in een bijeenkomst waar de bevindingen van stap 1 en 2 gepresenteerd worden, kan co-creatie en gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaan in de patiëntgerichtheid en de triple aim gedachte. In de drie-partijen-bijeenkomst worden de uitkomsten plenair gepresenteerd, zodat alle partijen over dezelfde informatie beschikken.

Vervolgens wordt uiteen gegaan in drie groepen; tw.

- 1 patiënten en patiëntvertegenwoordigers,
- 2 zorgaanbieders/zorginkoper zorgverzekeraar en
- 3 stuurgroepleden.

Iedere groep bediscussieert onderling wat opvalt in de gepresenteerde uitkomsten én waaraan men zou willen gaan werken. Het verstrekken van een handzaam overzicht van deze uitkomsten kan behulpzaam zijn in deze discussie. De verbeterpunten van iedere groep worden vervolgens weer plenair aan elkaar gepresenteerd. Waarna gezamenlijk een keuze gemaakt wordt welke geïnventariseerde verbeterpunten de regio wil oppakken. Op deze manier wordt een Regio Verbeter-Agenda gezamenlijk vastgesteld. De brochure (bijlage 8) kan vervolgens verder (digitaal) verspreid worden inclusief een bericht over de Regio Verbeter-Agenda.

Stap 3 en 4

Samen verbeterplan opstellen en uitvoeren

Nadat de Regio Verbeter-Agenda is vastgesteld kunnen de partijen daadwerkelijk aan de slag om de gewenste verbeteringen te realiseren. Ter ondersteuning hiervoor is een toolbox samengesteld, waaruit de regiopartijen kunnen kiezen welk instrument(en) het beste passen bij het realiseren van hun Verbeter-Agenda en bij hun lokale situatie. De toolbox is te vinden in bijlage 9.

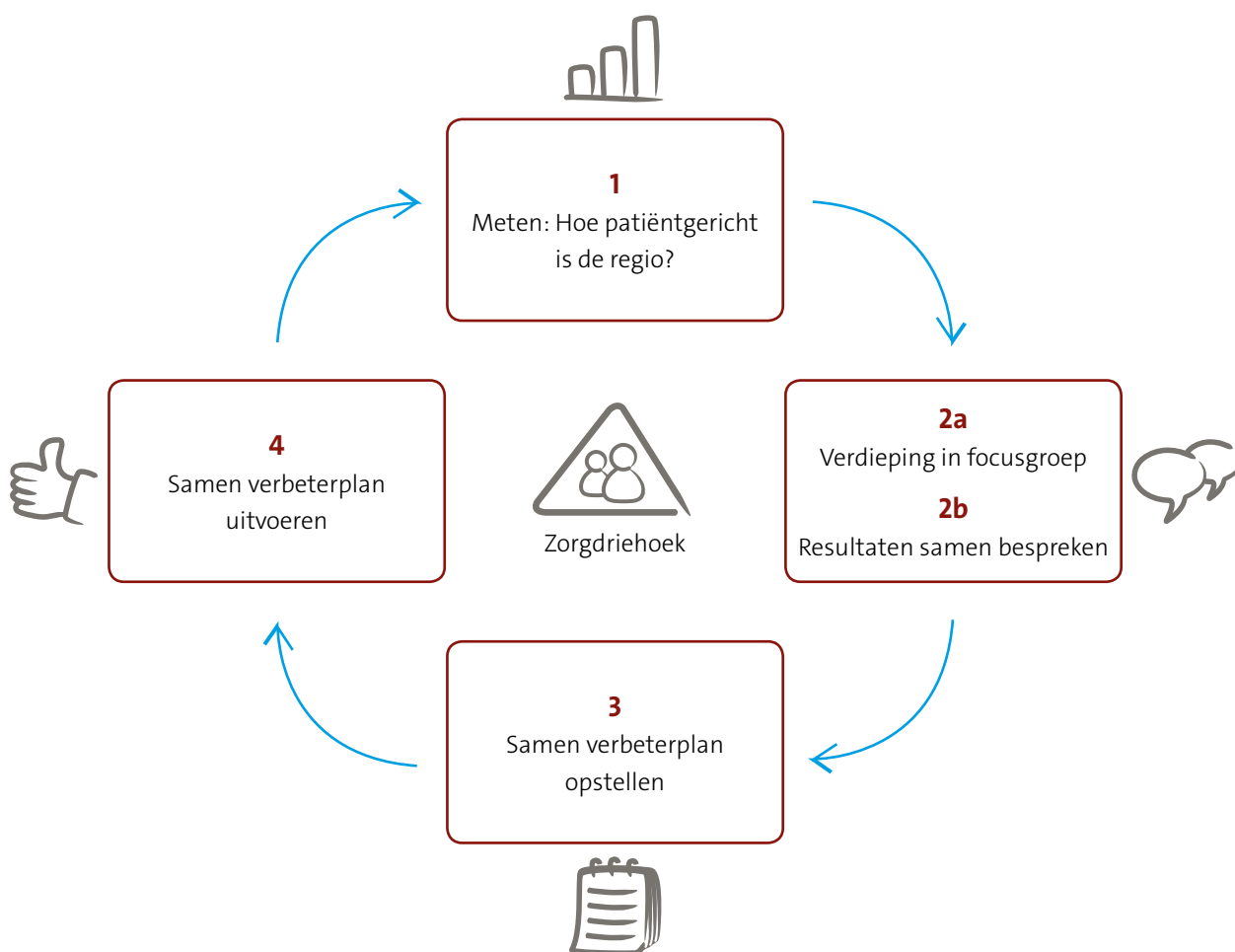
Met de Regio Verbeter-Agenda én de gekozen instrumenten uit de toolbox stelt iedere projectgroep een verbeterplan op, inclusief een planning. Dit plan wordt voorgelegd aan de regionale stuurgroep ter vaststelling. Indien

geaccordeerd gaat de projectgroep concreet aan de slag om haar verbeterplan te realiseren.

Na 1 jaar wordt stap 1 (vragenlijsten) herhaald als vervolgmeting. Aan de hand van deze uitkomsten kunnen de drie

partijen zien waar zij staan in het realiseren van hun Verbeter-Agenda. Dit vormt vervolgens de start van de volgende verbetercyclus.

Zie ook figuur 2.



Figuur 2 Verbetercyclus patiëntgerichtheid

5 Evaluatiefase

In de uitvoeringsfase, zoals in hoofdstuk 4 beschreven, worden een aantal stappen beschreven met betrekking tot het meten en verbeteren van de patiëntgerichtheid. Na stap 4 volgt het opnieuw meten en start het proces op inhoud opnieuw. Zo functioneert de verbetercyclus op inhoud en resultaat .

Regionale samenwerking zoals in deze opzet is nog geen gemeengoed. Een methodiek als patiëntgerichtheid in gezamenlijkheid vraagt commitment en inspanning van alle regiopartijen. Daarom is het van belang om ook de regionale samenwerking op dit gebied onder de loep te nemen, naast het inhoudelijke resultaat van het verbeterplan. De regionale samenwerking kan het inhoudelijke resultaat beïnvloeden, zowel op een positieve als een negatieve manier.

Om die reden bevelen we aan ook de regionale samenwerking te evalueren; zowel de projectstructuur (stuurgroep, projectgroep(en) als de ontwerp-, voorbereidings- en uitvoeringsfase. Daarmee vindt er respectievelijk een procesevaluatie en beheersevaluatie plaats.

Beheersevaluatie

Daarbij kunnen de beheersaspecten binnen projectmatig werken als leidraad dienen.

- Tijd: doorlooptijd, beschikbare tijd voor projectgroepleden, en dergelijke.
- Geld: was het budget helder en toereikend? Kosten-batenanalyse?
- Kwaliteit: wat waren de wensen en eisen, hoe is hieraan voldaan?
- Informatie/communicatie: was helder wie welke informatie krijgt en wat hij of zij daarmee moet? Wie communiceerde wat en hoe? Hoe verliep dit onderling en richting andere partijen?
- Organisatie: waren rollen, taken en bevoegdheden helder?

Procesevaluatie

De procesevaluatie gaat vooral in op het aspect 'samenwerking':

- Samenstelling van stuurgroep en projectgroep(en): was deze passend of zou deze bijgesteld moeten worden; zo ja, waarin?
- Samenwerking binnen respectievelijk stuurgroep en projectgroep(en): hoe verliep deze? Wat ging goed? Wat heeft men van elkaar kunnen leren? Welke verbeterpunten zijn er?
- Samenwerking van respectievelijk de stuurgroep en projectgroep(en) met zowel hun interne (eigen) organisatie als met de externe omgeving: wat deed men daarin voor het welslagen van de samenwerking en het te behalen resultaat van het inhoudelijke project? Wat heeft men van elkaar kunnen leren? Welke verbeterpunten zijn er?
- Het buiten de eigen organisatie samenwerken aan een gezamenlijk doel: hoe heeft iedereen dit ervaren? Wat waren de bevorderende en belemmerende factoren?

Uiteraard is het de bedoeling dat de "lessons learned" gebruikt worden om in de toekomst de regionale samenwerking te continueren, verbeteren en wellicht uit te bouwen.

Tevens is het van belang om de uitkomsten van bovenstaande evaluatie van de regionale samenwerking, waar van invloed op het inhoudelijke traject, te verwerken in de verbetercyclus van hoofdstuk 4.

Daarmee wordt de link gelegd tussen de onderlinge afhankelijkheid van projectmatig regionaal samenwerken in inhoudelijk patiëntgericht werken. Dit komt het kwaliteitsaspect van de triple aim ten goede.

6 Beheer vragenlijsten en Ondersteuning

Beheer

De vragenlijsten, voorbeeldbrieven, handreiking zijn gezamenlijk ontwikkeld door IQ Healthcare, Zorgbelang Limburg/Huis voor de Zorg, Zorgbelang Gelderland, Nederlandse Patiënten Federatie en CZ. Zij zijn tezamen ook eigenaar van deze producten, met als doel hun ervaringen en producten te delen met andere partijen in het werkveld om patiëntgericht zorg concreet vorm te geven.

Het beheer van deze producten ligt bij Zorgbelang.

Zorgbelang Limburg

Floris de Bok (0)46 420 81 65
fdebok@zorgbelanglimburg.nl

Zorgbelang Gelderland/Utrecht

Marion Reinartz M 06 4212 8842
marionreinartz@zorgbelanggelderland.nl

Geïnteresseerden kunnen bij hen informatie opvragen.

Ondersteuning

Voor ondersteuning voor het opzetten en implementeren van patiëntgericht werken kunt u ook terecht bij bovenvermelde contactpersonen. Voor de data analyse van de vragenlijsten is het mogelijk om gebruik te maken van de volgende twee opties:

- a Spinbox van Zorgbelang c.q. Huis voor de Zorg.
- b IQ Healthcare

Voor deze ondersteuning en data analyse zullen aanvullende afspraken met partijen gemaakt moeten worden over de mate van ondersteuning en data analyse en bijbehorende vergoeding.

Bijlagen

- 16 Bijlage 1 Voorbeeldbrief Uitnodiging patiënten ketenzorg
- 17 Bijlage 2 Voorbeeldbrief huisartsen en POH-ers Ketenzorg
- 18 Bijlage 3 Voorbeeldbrief Uitnodiging patiënten Ziekenhuis
- 19 Bijlage 4 Voorbeeldbrief Uitnodiging zorgverlener Ziekenhuis
- 20 Bijlage 5 Voorbeeld Poster Ketenzorg
- 21 Bijlage 6 Voorbeeld Poster Ziekenhuiszorg
- 22 Bijlage 7 Vragenlijst patiënten
- 25 Bijlage 8 Voorbeeld Brochure: Hoe patiëntgericht is de regio?
- 32 Bijlage 9 Toolbox
- 38 Bijlage 10 Uitwerking van aantal interventies

Bijlage 1

Voorbeeldbrief

Uitnodiging patiënten ketenzorg

Vragenlijst 'Zorgzame Zorg'

Beste heer, mevrouw,

Bij deze nodigen wij u uit deel te nemen aan een onderzoek in de regio Oostelijk Zuid-Limburg. In deze brief ontvangt u hierover meer informatie.

Waarom vragen wij om uw deelname?

Omdat uw ervaring telt! En om te kunnen werken aan goede zorg, is het nodig uw ervaring te weten. Door uw ervaringen in te vullen in deze vragenlijst, helpt u uzelf en andere patiënten. Want het is de bedoeling dat de uitkomsten worden gebruikt voor mogelijke verbeteringen.

Waarover gaat de vragenlijst?

Deze vragenlijst gaat over de zorg aan u als diabetes- en/of COPD-patiënt. De vragen gaan onder meer over:

- Hoe met u werd omgegaan, bijvoorbeeld: 'Liet de zorgverlener u uw verhaal vertellen?'
- Hoe u bij de zorg werd betrokken, bijvoorbeeld: 'Hielp de zorgverlener u bij het maken van een zorgplan voor u?'
- De informatie die u kreeg, bijvoorbeeld: 'Ik weet wat elk van mijn voorgeschreven medicijnen doet'
- Hoe u zelf omgaat met uw aandoening, bijvoorbeeld: 'Ik weet hoe ik gezondheidsproblemen kan voorkomen'.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen ervaring!

Hoe lang ben ik hiermee bezig?

Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer twintig minuten. Dat is lang en we vragen veel maar we willen erg graag met hulp van uw ervaringen de zorg in deze regio nog beter maken!

U kunt de vragenlijst invullen door op internet www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst in te typen.
Van daaruit wordt u verder geleid en wijst alles zich vanzelf.

Wat gebeurt er met mijn gegevens en met de antwoorden?

Uw antwoorden worden volledig anoniem verwerkt. De antwoorden uit alle afgenomen vragenlijsten worden gebundeld en geanalyseerd. De resultaten worden verwerkt in een rapport. U kunt dit rapport vanaf [invullen datum] vinden op www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst.

Wie organiseren deze enquête?

U ontvangt deze vragenlijst via Mijn Zorg. Dat is het samenwerkingsverband in de regio Oostelijk Zuid-Limburg waarin de huisartsen, het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en het Huis voor de Zorg met elkaar samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Deze vragenlijst is opgesteld door wetenschappelijke instituut IQ Healthcare uit Nijmegen. Zij doet dit in opdracht van zorgverzekeraar CZ. De vragenlijst is ontwikkeld samen met patiëntenorganisaties Zorgbelang Gelderland, Huis voor de Zorg en Patiëntenfederatie NPCF.

En hoe gaat het verder?

In het vervolgetraject worden zogenaamde verbeterteams ingezet. Wilt u meedoen aan zo'n verbeterteam? U kunt zich aan het einde van de vragenlijst nu al opgeven om daaraan mee te doen.

De verwerking van alle vragenlijsten en het analyseren van de resultaten van een onderzoek zoals dit kost tijd. Daarom duurt het even voordat de verbeterteams aan de slag kunnen. Zodra dat klaar is, wordt contact met u opgenomen. Dat zal op z'n vroegst in [invullen datum] zijn.

Bijlage 2

Voorbeeldbrief

huisartsen en POH-ers Ketenzorg

Betreft: Vragenlijsten patiëntgerichtheid MijnZorg

Geachte huisartsen en praktijkondersteuners,

De Stuurgroep MijnZorg Regio Oostelijk-Zuid Limburg heeft vanuit een landelijk initiatief tot Patiënt Empowerment besloten mee te doen aan de pilot patiëntgerichtheid. In de stuurgroep MijnZorg zitten vertegenwoordigers van het Huis voor de Zorg, HOZL, Atrium MC en CZ. Om duidelijk te krijgen hoe de individuele patiënt de patiëntgerichtheid van de zorg in de regio ervaart, worden drie vragenlijsten uitgezet, te weten:

- 1 Voor mensen met diabetes en/of COPD. Deze vragenlijst richt zich op de zorg zoals mensen die in de keten ervaren en worden door via huisartsenpraktijken in de regio uitgezet.
- 2 Voor mensen die minimaal een nacht hebben verbleven op een verpleegafdeling van het Atrium MC (orthopedie, vaatchirurgie, cardiologie, oncologie, longgeneeskunde en interne geneeskunde)
- 3 Voor zorgverleners in het ziekenhuis die binnen bovengenoemde afdelingen werkzaam zijn.

De vragenlijsten zijn opgesteld door wetenschappelijk instituut IQ Healthcare uit Nijmegen in opdracht van CZ en zijn ontwikkeld samen met Huis voor de Zorg, Zorgbelang Gelderland en patiëntenfederatie NPCF.

Het is de bedoeling dat vanaf [invullen datum] a.s. via de praktijkondersteuner informatiebrieven worden aangeboden aan 50 patiënten met diabetes mellitus en/of COPD in een periode van 8 weken. Daarbij is het de bedoeling dat de POH-er de mensen vraagt of ze bereid zijn een vragenlijst via internet in te vullen. Wanneer een patiënt aangeeft per definitie niet te willen meedoen ontvangt hij of zij de informatiebrief niet. Het ontvangen van de brief maar niet invullen van de vragenlijst komt de respons immers niet ten goede. Wanneer u de beschikking heeft over de e-mail-adressen van patiënten met diabetes mellitus en/of COPD is het ook mogelijk deze patiënten een e-mail te sturen en te vragen om hun medewerking. Door zowel persoonlijk als digitaal de patiënten om hun medewerking te vragen, hopen we op een zo hoog mogelijke respons.

Na bundeling en verwerking van de resultaten worden er rapportages gemaakt, op regioniveau maar ook op praktijkniveau. Dat zegt evenwel niets over de kwaliteit van de huisartsenpraktijk omdat patiënten weliswaar via de huisartsenpraktijken worden gevraagd hun medewerking te verlenen, maar in de vragenlijst een keuze maken voor welke zorgverlener in de keten zij de vragenlijst invullen.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en danken u alvast hartelijk voor de medewerking. Mocht u nog vragen hebben, neemt u dan gerust contact op met één van ondergetekenden.

Met vriendelijke groet,

[namen en contactgegevens contactpersonen]

Bijlage 3

Voorbeeldbrief

Uitnodiging patiënten Ziekenhuis

Vragenlijst 'Zorgzame Zorg'

Beste heer, mevrouw,

Bij dezen nodigen wij u uit deel te nemen aan een onderzoek in de regio Oostelijk Zuid-Limburg. In deze brief ontvangt u hierover meer informatie. Het onderzoek wordt gedaan door 'Mijn Zorg'. Dat is het samenwerkingsverband in de regio Oostelijk Zuid-Limburg waarin de huisartsen, het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en het Huis voor de Zorg met elkaar samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Uw ervaring telt!

Om te kunnen werken aan goede zorg, is het belangrijk uw ervaring hiermee te kennen. Door uw ervaringen in te vullen in deze vragenlijst, helpt u de zorg te verbeteren. Daar wordt ook u beter van! Het zou kunnen dat u reeds eerder een vragenlijst van Atrium MC heeft ingevuld. We willen u toch vragen ook deze vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer twintig minuten. Dat is lang en we vragen veel, maar we willen erg graag met hulp van uw ervaringen de zorg in deze regio nog beter maken!

U kunt de vragenlijst invullen door op internet in de adresbalk www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst in te typen. Van daaruit wordt u verder geleid en wijst alles zich vanzelf.

Wat gebeurt er met mijn gegevens en met de antwoorden?

Uw antwoorden worden volledig anoniem verwerkt. De resultaten worden verwerkt in een rapport. U kunt dit rapport vanaf [invullen datum] vinden op www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst.

En hoe gaat het verder?

In het vervolgtraject worden zogenaamde verbeterteams ingezet. Wilt u meedoen aan zo'n verbeterteam? U kunt zich aan het einde van de vragenlijst nu al opgeven om daaraan mee te doen. De verwerking van alle vragenlijsten en het analyseren van de resultaten van een onderzoek zoals dit kost tijd. Daarom duurt het even voordat de verbeterteams aan de slag kunnen. Zodra dat klaar is, wordt contact met u opgenomen. Dat zal op z'n vroegst in [invullen datum] zijn.

HARTELIJK DANK VOOR UW TIJD EN MEDEWERKING!

Waarover gaat de vragenlijst?

Deze vragenlijst gaat over de zorg die u heeft ontvangen tijdens uw verblijf in het ziekenhuis. De vragen gaan onder meer over:

- Hoe er met u werd omgegaan, bijvoorbeeld: 'Liet de zorgverlener u uw verhaal vertellen?'
- Hoe u bij de zorg werd betrokken, bijvoorbeeld: 'Hielp de zorgverlener u bij het maken van een zorgplan voor u?'
- De informatie die u kreeg, bijvoorbeeld: 'Ik weet wat elk van mijn voorgeschreven medicijnen doet'
- Hoe u zelf omgaat met uw aandoening, bijvoorbeeld: 'Ik weet hoe ik gezondheidsproblemen kan voorkomen'

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen ervaring!

Wie organiseren deze enquête?

Deze vragenlijst is opgesteld door wetenschappelijke instituut IQ Healthcare uit Nijmegen. Zij doet dit in opdracht van zorgverzekeraar CZ. De vragenlijst is ontwikkeld samen met patiëntenorganisaties Zorgbelang Gelderland, Huis voor de Zorg en Patiëntenfederatie NPCF.

Bijlage 4

Voorbeeldbrief

Uitnodiging zorgverlener Ziekenhuis

Vragenlijst 'Zorgzame Zorg'

Geachte zorgverlener,

Wij nodigen u uit om – als zorgverlener (verpleegkundige of arts) bij Atrium MC – deel te nemen aan een enquête in het kader van het Pilotproject Zorgzame Zorg, een onderzoek naar het meten van zorgzaamheid in ziekenhuizen. U ontvangt deze vragenlijst via Mijn Zorg. Dat is het samenwerkingsverband, waarin het ziekenhuis, de huisartsen, de zorgverzekeraar en het Huis voor de Zorg met elkaar samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De Stuurgroep Mijn Zorg Regio Oostelijk-Zuid Limburg heeft vanuit een landelijk initiatief tot Patiënt Empowerment besloten als pilotregio voor deze vragenlijst te functioneren.

Waarom deze vragenlijst?

De vragenlijst is een middel om te inventariseren in welke mate zorgzame zorg is ingebed in de cultuur van het ziekenhuis. Zodoende hopen we een eerste indruk te krijgen van wat er op het organisatieniveau ten aanzien van zorgzame zorg goed gaat en waar er verbeterpunten liggen. Door uw ervaringen in te vullen in deze vragenlijst, helpt u het ziekenhuis en andere partijen. Want het is de bedoeling dat de uitkomsten worden gebruikt voor mogelijke verbeteringen in de zorg. Als zorgverlener krijgt u een beeld van hoe u en uw collega's over het onderwerp denken en kunt dat vergelijken met hoe patiënten het beleven. Want ook zij worden gevraagd naar hun ervaringen.

Hoe lang duurt het invullen?

Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer tien minuten. We hopen dat u deze tijd wilt investeren om met uw ervaring en mening de zorgzaamheid van het ziekenhuis in kaart te brengen!

U kunt de vragenlijst invullen door op internet naar www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst te gaan.

Wat gebeurt er met mijn gegevens en met de antwoorden?

Uw antwoorden worden volledig anoniem verwerkt. De resultaten en analyses worden verwerkt in een rapport. U kunt dit rapport vanaf februari 2015 vinden op www.huisvoordezorg.nl/vragenlijst. U kunt indien u dat wenst deze rapportage ontvangen. In de vragenlijst staat wat u hiervoor moet doen.

En hoe gaat het verder?

Na het verwerken van de vragenlijsten en het analyseren van de resultaten wordt een rapportage aangeboden aan Mijn Zorg. Ook het ziekenhuis ontvangt een rapportage. In het vervolgtraject zal gekeken worden welke verbeteracties worden uitgezet. Wilt u vanuit uw functie meedenken en -werken in het vervolg van dit traject? In de vragenlijst leest u hoe u dit kenbaar kunt maken. Wanneer de resultaten bekend zijn, wordt contact met u opgenomen. Dat zal rond [invullen datum] zijn.

Wie organiseren deze enquête?

Deze vragenlijst is opgesteld door wetenschappelijke instituut IQ Healthcare uit Nijmegen in opdracht van zorgverzekeraar CZ. De vragenlijst wordt gelijktijdig uitgezet met een vragenlijst voor patiënten. Die vragenlijst is ontwikkeld samen met patiëntenorganisaties Zorgbelang Gelderland, Huis voor de Zorg en Patiëntenfederatie NPCF en opgesteld door IQ Healthcare.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

Het is belangrijk dat u bij alle uitspraken een antwoord aankruist. Aan het eind van de vragenlijst is er een mogelijkheid om eventuele opmerkingen over uw ervaringen met zorgzaamheid in het ziekenhuis weer te geven.

Bijlage 5

Inhoudelijk voorbeeld Poster Ketenzorg

[KOP] Heeft u diabetes mellitus en/of COPD?

[SUBKOP] En wilt u een bijdrage leveren aan het vergroten van de kwaliteit van zorg aan u en andere patiënten in deze regio?

[BODY] Wij horen graag uw ervaringen en meningen over de zorg. U kunt deze invullen middels een vragenlijst. Deze vindt u op www.huisvoorzorg.nl/vragenlijst

Mocht u interesse hebben in de resultaten, of betrokkenheid willen hebben bij het vervolgtraject, dan kunt u dat in de vragenlijst kenbaar maken.

Hartelijk dank voor uw medewerking!



Bijlage 6

Inhoudelijk voorbeeld Poster Ziekenhuiszorg

[KOP] Was u één of meerdere nachten opgenomen op de afdeling Cardiologie?

[SUBKOP] En wilt u een bijdrage leveren aan het vergroten van de kwaliteit van zorg aan u en andere patiënten in deze regio?

[BODY] Wij horen graag uw ervaringen en meningen over de zorg. U kunt deze invullen middels een vragenlijst. Deze vindt u op www.huisvoorzorg.nl/vragenlijst

Mocht u interesse hebben in de resultaten, of betrokken willen worden bij het vervolgtraject, dan kunt u dat in de vragenlijst kenbaar maken.

Hartelijk dank voor uw medewerking!



Bijlage 7

Vragenlijst patiënten Ketenzorg en Vragenlijsten Ziekenhuiszorg

Patiënten in de Keten

Achtergrond

- 1 Wat is uw leeftijd?
- 2 Wat is uw geslacht?
- 3 Wat is uw opleidingsniveau?
- 4 Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid scoren?
- 5 Wat is uw geboorteland?
- 6 In welke regio woont u?
- 7 Bij welke praktijk bent u geweest?
- 8 Met welke zorgverlener(s) heeft u in de afgelopen 12 maanden contact gehad?
- 9 Welk rapportcijfer geeft u ...
- 10 Met welke zorgverlener heeft u in de afgelopen 12 maanden het meeste contact gehad?

Hieronder volgen een aantal uitspraken. Geef bij iedere uitspraak aan in hoeverre u het hiermee eens bent. Bij sommige uitspraken wordt gerefereerd naar een zorgverlener. Houd hierbij de zorgverlener in gedachten met wie u het meeste contact heeft gehad.

Zorgzaamheid

- 11 Ik kan altijd een familielid of andere vertrouwde persoon meenemen bij onderzoeken als ik dat graag wil.
- 12 De zorgverlener is gemakkelijk aan te spreken.
- 13 De zorgverlener luistert naar mij als er iets niet goed is gegaan.
- 14 De zorgverlener vraagt wat ik belangrijk vind in de zorg die ik krijg.
- 15 De zorgverlener erkent mij in hoe ik ben en wat ik kan.

Luisteren

- 16 De zorgverlener laat mij mijn verhaal vertellen.

Gezamenlijke besluitvorming

- 17 De zorgverlener betreft mij en/of mijn familie actief bij het bepalen van de zorg die ik nodig heb.
- 18 Ik voel me vrij om vragen te stellen.
- 19 De zorgverlener geeft me diverse behandel-mogelijkheden, inclusief niet behandelen.
- 20 De zorgverlener vertelt mij de voor- en nadelen van diverse mogelijkheden.

- 21 Ik neem deel aan beslissingen die gaan over de zorg voor mij.
- 22 De zorgverlener stelt samen met mij een actieplan/zorgplan.

Informatie en toelichting

- 23 Ik word goed geïnformeerd over de verschillende behandelmogelijkheden voor mijn gezondheidsklachten.
- 24 De zorgverlener praat in begrijpelijke taal voor mij.
- 25 De zorgverlener is altijd open en eerlijk naar mij.
- 26 De medewerkers van de apotheek leggen op een begrijpelijke manier uit hoe ik de medicijnen moet gebruiken.
- 27 De zorgverlener legt de reden van de behandeling uit.
- 28 De zorgverlener gaat na of ik de informatie begrijp.
- 29 Ik kan mijn eigen dossier inzien.
- 30 Mijn zorgverlener weet genoeg over mijn gezondheidssituatie en mijn behandeling.

Tijd

- 31 De zorgverlener neemt genoeg tijd voor mij.

Empathie

- 32 De zorgverlener behandelt mij met respect.
- 33 De zorgverlener heeft aandacht voor mijn gevoelens.
- 34 De zorgverlener is echt geïnteresseerd in wat ik zeg.
- 35 De zorgverlener is geïnteresseerd in mij als persoon.
- 36 De zorgverlener is bereid om naar de problemen te kijken zoals ik het zie.
- 37 De zorgverlener is geïnteresseerd in de effecten van mijn problemen op mijn persoonlijk leven.

Als u nog opmerkingen heeft kunt u dat hieronder vermelden.

Als u graag wilt meedenken over het vergroten van patiëntgerichtheid in de regio, dan kunt u hieronder u naam en adres noteren. We nemen dan graag contact met u op.

Patiënten in het ziekenhuis

Achtergrond

- 1 Wat is uw leeftijd?
- 2 Wat is uw geslacht?
- 3 Wat is uw opleidingsniveau?
- 4 Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid scoren?
- 5 Wat is uw geboorteland?
- 6 Met welke afdeling heeft u voor of tijdens uw behandeling de afgelopen 12 maanden contact gehad?
- 7 Welk rapportcijfer geeft u ...
- 8 Welk rapportcijfer geeft u het ziekenhuis?

Hieronder volgen een aantal uitspraken. Geef bij iedere uitspraak aan in hoeverre u het hiermee eens bent. Bij sommige uitspraken wordt gerefereerd naar een zorgverlener. Houd hierbij de zorgverlener van uw afdeling [X] in gedachten?

Zorgzaamheid

Ik heb dit ziekenhuis ervaren als ...

- 9 een ziekenhuis waar het personeel zich voor mij inspant.
- 10 een ziekenhuis waar het personeel gemakkelijk aan te spreken is.
- 11 een ziekenhuis waar het personeel geïnteresseerd is in wat ik zeg.
- 12 een ziekenhuis waar patiënten en familie bij gemaakte fouten steun en uitleg krijgen.
- 13 een ziekenhuis waar ik en mijn familie actief worden betrokken bij het bepalen van welke zorg ik nodig heb.
- 14 een ziekenhuis waar de overplaatsing van zorg (bijvoorbeeld naar een andere afdeling of bij ontslag uit het ziekenhuis) wordt gedaan in samenspraak met mij en mijn familie.
- 15 een ziekenhuis waar ik word erkend in hoe ik ben en wat ik kan.

Luisteren

- 16 De zorgverlener vraagt wat ik belangrijk vind in de zorg die ik krijg.
- 17 De zorgverlener laat mij mijn verhaal vertellen.

Gezamenlijke besluitvorming

- 18 De zorgverlener betreft mij en/of mijn familie actief bij het bepalen van de zorg die ik nodig heb.
- 19 Ik voel me vrij om vragen te stellen.
- 20 De zorgverlener vertelt mij de voor- en nadelen van diverse mogelijkheden.
- 21 Ik neem deel aan beslissingen die gaan over de zorg voor mij.
- 22 De genomen beslissing over de behandeling past het beste bij mij.

Informatie en toelichting

- 23 Ik word goed geïnformeerd over de verschillende behandelmogelijkheden voor mijn gezondheidsklachten
- 24 De zorgverlener praat in begrijpelijke taal voor mij.
- 25 De zorgverlener is altijd open en eerlijk naar mij.
- 26 De zorgverlener legt de reden van de behandeling uit.
- 27 De zorgverlener gaat na of ik de informatie begrijp.
- 28 Ik geef met vertrouwen informatie aan de zorgverleners.

Tijd

- 29 De zorgverlener neemt genoeg tijd voor mij.

Empathie

- 30 De zorgverlener behandelt mij met respect.
- 31 De zorgverlener is echt geïnteresseerd in wat ik zeg.
- 32 De zorgverlener is bereid om naar de problemen te kijken zoals ik het zie.
- 33 De zorgverlener is geïnteresseerd in de gevolgen van mijn problemen op mijn persoonlijk leven.

Als u nog opmerkingen heeft kunt u dat hieronder vermelden.

Als u graag wilt meedenken over het vergroten van patiëntgerichtheid in de regio, dan kunt u hieronder u naam en adres noteren. We nemen dan graag contact met u op.

Medewerkers Ziekenhuis

Achtergrond

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw geslacht?
- In welk ziekenhuis werkt u?
- Wat is uw functie?
- Hoeveel jaar bent u werkzaam in uw huidige functie?
- Op welke afdeling bent u werkzaam?

Hieronder volgen een aantal uitspraken. Geef bij iedere uitspraak aan in hoeverre u het hiermee eens bent.

Ik ervaar dit ziekenhuis als...

- Een organisatie waar de nadruk ligt op patiënt-gerichte zorg.
- Een organisatie waar zorg wordt ingericht rondom de behoeften van de individuele patiënt.
- Een organisatie waar het management het personeel in woord en daad stimuleert en ondersteunt bij de uitoefening van zorgzame zorg.
- Een organisatie waar de betrokkenheid van patiënten en familie bij de besluitvorming inzake hun zorg wordt gestimuleerd in beleid en praktijk.
- Een organisatie waar het mogelijk is om als zorgverlener extra aandacht te besteden aan het inspelen op de behoeften van de patiënt en de familie.
- Een organisatie waar het mogelijk is elkaar aan te spreken op de momenten waarop tekort wordt geschoten in het verlenen van zorgzame zorg.
- Een organisatie waar ik als zorgverlener voldoende ruimte heb om zelf te bepalen welke zorg het beste aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt.
- Een organisatie waar ervaringen van patiënten en familie structureel worden gebruikt om de zorgpraktijk binnen het ziekenhuis te verbeteren.
- Een organisatie waar familie van de patiënt aanwezig kan zijn bij onderzoeken en behandelingen indien de patiënt dat graag wil.
- Een organisatie waar alle patiënten die daartoe in staat zijn volledig worden betrokken bij de besluitvorming rondom hun zorg.

- Een organisatie waar patiënten gemakkelijk met het personeel kunnen praten.
- Een organisatie waar het personeel altijd eerlijk en open is naar patiënten en familie.
- Een organisatie waar patiënten en familie door het personeel worden erkend in hun eigen kenmerken en mogelijkheden.
- Een organisatie waar het personeel zich uit in een voor patiënten begrijpelijke taal.
- Een organisatie waar het voor patiënten gemakkelijk is om contact te blijven houden met hun naasten.

Als u nog opmerkingen heeft kunt u dat hieronder vermelden.

Bijlage 8

Voorbeeld Brochure: Hoe patiëntgericht is de regio?



Hoe patiëntgericht is de regio
Oostelijk Zuid-Limburg?

Patiëntgerichte zorg leidt tot betere gezondheid en ervaren kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Het is dan ook in ieders belang zo patiëntgericht mogelijk te werken. Maar hoe meet en verbeter je patiëntgerichtheid in de praktijk? Limburgse zorgverleners en inwoners zetten via het programma 'Patiëntgerichte zorg in de regio' stappen op weg naar een 10 voor patiëntgerichtheid.

De winst van patiëntgericht werken

Wanneer een patiënt goed geïnformeerd is en zelfvertrouwen heeft, kan hij zich ook actief opstellen. Dit zal niet alleen betere resultaten opleveren voor deze patiënt, maar ook voor de samenleving als geheel: minder onnodige behandelingen, betere therapietrouw, betere uitkomsten die patiënten zelf belangrijk vinden, minder behandelfouten en zelfs lagere kosten per patiënt.¹

Metten van patiëntgerichtheid

Als kwaliteit van zorg wordt gemeten, dan worden vaak maar enkele aspecten van patiëntgerichte zorg meegenomen. Meestal worden de kwaliteit van informatie en communicatie gemeten. Veel minder vaak wordt bijvoorbeeld gemeten of respect wordt getoond voor de eigen waarden en voorkeuren van de patiënt, of mensen emotioneel worden ondersteund en of familie en vrienden bij de zorg worden betrokken.

Programma patiëntgerichte zorg

Over het belang van patiëntgerichte zorg is iedereen het intussen wel eens. Ook het doel: een 10 voor patiëntgerichtheid. Minder dan een score van een 10 is immers al aanleiding om de zorg te verbeteren.

De vraag is echter: hoe krijgen we het in de praktijk gebracht?

Precies met dat doel is het programma 'Patiëntgerichte zorg in de regio' gestart. Een gezamenlijk initiatief van regionale Zorgbelangorganisaties, de landelijke patiëntenfederatie NPCF en zorgverzekeraar CZ. Hiervoor is in de pilot aansluiting gezocht bij twee regioregie proeftuinen. In de regionale proeftuinen werken zorgverleners en CZ samen met alle inwoners en alle betrokken partijen aan betere gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Aan de 'regiotafel' wordt gezamenlijk het beleid gemaakt voor de regio, wordt de voortgang gemonitord en wordt bijgestuurd. De proeftuinen MijnZorg (Oostelijk Zuid-Limburg) en Anders Beter (Westelijke Mijnstreek) willen de patiëntgerichtheid van de zorg in de eigen regio met deze aanpak aantoonbaar verhogen.

Vragenlijst

Om te zien of de patiëntgerichtheid verbetert in de regio is op basis van het ontwikkelde model voor patiëntgerichtheid (zie box) een vragenlijst ontwikkeld om de patiëntgerichtheid in de regio te meten. Zo wordt bijvoorbeeld gemeten in welke mate patiënten zich ondersteund voelen om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor eigen zorg en gezondheid.

¹ Bron: prof. Gert Westert, IQ healthcare Congres 'Nothing about me, without me', 2014

Wat is patiëntgerichtheid?

Voor patiëntgerichtheid moet zowel een intentie aan de kant van de patiënt als aan de kant van de zorgverlener aanwezig zijn. Gerichtheid geeft als basishouding gerichtheid op de ander weer. Men is verwonderd over en nieuwsgierig naar de ander, wat hem beweegt en bekommert. In de zorgrelatie betekent dit informeren naar de ervaringen en noden, behoeften en mogelijkheden van de patiënt en daar vervolgens in het behandeltraject rekening mee houden. Bij deze grondhouding past empathie (ik voel met u mee), luisteren en gezamenlijk besluiten (ik luister naar uw vraag en kijk samen met u naar een beste oplossing), de tijd nemen (ik neem de tijd voor u om naar uw probleem te luisteren) en zorgzaamheid (ik doe wat in mijn mogelijkheden ligt om goed voor u te zorgen). Daarnaast is het geven van goede informatie en uitleg over de zorg en behandeling een essentieel onderdeel van patiëntgerichte zorg.

Voor de patiënt zijn de volgende dimensies in patiëntgerichte zorg essentieel: patiënt empowerment, patiënt activatie en zelfmanagement. Voor de zorgverlener zijn dat: tijd nemen, luisteren, empathie tonen, informatie en uitleg geven en zorgzaamheid. Voor gezamenlijke besluitvorming moet er van zowel de patiënt als de zorgverlener een intentie zijn om dat waar te maken.

Verbeterpotentieel regio Oostelijk-Zuid Limburg

Om te weten hoe patiëntgericht een regio is kijken we naar het verbeterpotentieel. Hoe hoger het cijfer van het verbeterpotentieel, hoe meer verbetering nog mogelijk is om de gewenste 10 voor patiëntgerichtheid te behalen.

We hebben patiënten gevraagd naar de ervaren patiëntgerichtheid in het ziekenhuis (Zuyderland ziekenhuis, locatie Heerlen) en in de keten.

Voor deze laatste hebben we gekeken naar de ervaringen van patiënten met diabetes en/of COPD-zorg. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de volgende betrokken zorgverleners: de huisarts, apotheker, longverpleegkundige, diabetesverpleegkundige, praktijkondersteuner, podotherapeut en/of pedicure. Het onderzoek is niet bedoeld om harde conclusies te trekken maar om mogelijkheden voor verbetering in beeld te brengen.

Onderstaande figuur toont per thema de twee vragen met het hoogste verbeterpotentieel in de keten. De score

van het verbeterpotentieel loopt van een 0 (geen verbeterpotentieel) tot een 10 (volledig verbeterpotentieel).



Figuur 1: Resultaten Ketenzorg. Twee vragen met hoogste verbeterpotentieel per thema.

Het valt op dat het verbeterpotentieel het hoogste is in het thema patiënt activatie en informatie en toelichting. Met name de vragen die betrekking

hebben op het vertrouwen in het zelf kunnen oplossen van problemen en het veranderen van leefstijl scoren hoog.

Onderstaande figuur laat per thema de twee vragen zien met het hoogste verbeterpotentieel voor het ziekenhuis.



Figuur 2: Resultaten Ziekenhuiszorg. Twee vragen met hoogste verbeterpotentieel per thema .

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4
Verbeterpotentieel (0-10)

Wanneer je de figuren met elkaar vergelijkt zie je dat het verbeterpotentieel over het algemeen in de ziekenhuiszorg hoger is dan in de ketenzorg, maar de verschillen tussen de thema's zijn relatief klein. Aandachtspunten zijn onder meer het inzien van het eigen dossier en

het gevoel om samen in een team te werken met de artsen en andere zorgverleners. Ook het hebben van vertrouwen van patiënten om zelf oplossingen te bedenken voor nieuwe problemen met de eigen gezondheid heeft een relatief hoog verbeterpotentieel.

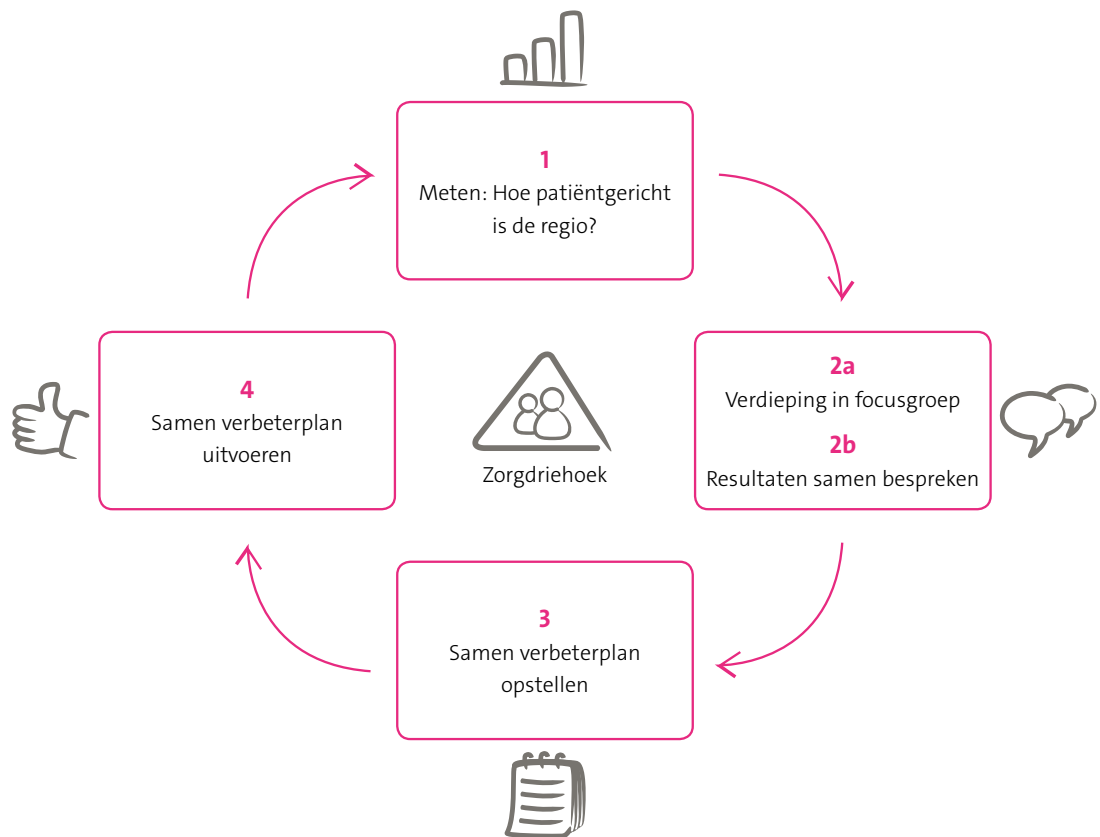
Focusgroep patiënten voor verdieping

De bevindingen uit de vragenlijst 'hoe patiëntgericht is de regio?' (stap 1) alleen zijn niet genoeg. Om het verhaal achter deze gegevens te weten te komen is een verdiepend gesprek gevoerd met een focusgroep van patiënten (stap 2a).

Belangrijke bevindingen van het vragenlijstonderzoek komen overeen met de ervaringen van deze focusgroep. De deelnemers zijn namelijk kritisch over (en zien mogelijkheden tot het verbeteren van) patiëntgerichtheid in het ziekenhuis en in de keten. Met name op de thema's empathie, tijd, informatie en toelichting, gezamenlijke besluitvorming, patiënt activatie en zelfmanagement en patiënt empowerment.

Verbetercyclus: continu proces

Nu ligt de uitnodiging bij de regio om aan de slag te gaan met de resultaten uit stap 1 en 2a. De getoonde bevindingen zijn een eerste stap. In de regio zal nu door de partners in de proeftuin samen een verbeterplan gemaakt gaan worden. Om deze verbeterplan te maken, worden eerst de bevindingen gezamenlijk besproken met de betrokken zorgvragers, zorgverleners en bestuurders (stap 2b), gevolgd door het samen opstellen (stap 3) en uitvoeren van het verbeterplan (stap 4). Vervolgens begint de cyclus weer van vooraf aan. We kijken dan in hoeverre de realisatie van de verbeterplannen hebben bijgedragen aan het verhogen van de patiëntgerichtheid (stap 1), waarna de volgende stappen in de cyclus weer zullen volgen.



Figuur 3: Verbetercyclus patiëntgerichtheid

Meer informatie over
de proeftuin MijnZorg
is beschikbaar op
www.mijnzorg-ozl.nl



Het programma 'Patiëntgerichte zorg' is een initiatief van zorgverzekeraar CZ, Huis voor de Zorg, Zorgbelang Gelderland en NPCF. Het project wordt ondersteund door IQ Healthcare. Het Zuyderland ziekenhuis en Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL) hebben als proeftuinpartners meegewerkt aan het onderzoek.

Bijlage 9

Toolbox

Thema	Verbetersuggestie	Effec- tief*	Toepas- baar**	Bewijs/literatuur
Zorgzaamheid en empathie	Promotie van zorgzaamheid/ empathisch handelen onder professionals (via campagnes, posters, folders, inspireer- sessies)	?	+/-	Niet gevonden
	Educatie en training van zorgverleners in zorgzaam- heid/empathie	Ja	-	Satterfield JM, et al. <i>Emotion skills training for medical students: a systematic review</i> . Med Educ. 2007;41:935–941 Cinar O, et al. <i>Communication skills training for emergency medicine residents</i> . Eur J Emerg Med. 2012;19:9–13 Bonvicini KA, et al. <i>Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters</i> . Patient Educ Couns. 2009;75:3–10
	Richtlijn (bijvoorbeeld NURS) voor zorgverleners om te gaan met emoties van patiënten	Ja	+	Smith RC. <i>Patient-centered interviewing: an evidence-based method</i> . 2e ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002 Najman JM, Klein D, Munro C. <i>Patient charac- teristics negatively stereotyped by doctors</i> . Soc Sci Med. 1982;16:1781-9
	Feedback van patiënten op zorgzaam/empathisch handelen van zorgverleners (spiegelgesprekken, feedback- kaart, klachtenformulier)	Ja	+	Tasa K, et al. <i>Using patient feedback for quality improvement</i> . Qual Manage Health Care 1996;4:55-67 Nelson E, et al. <i>Gaining customer knowledge: Obtaining and using customer judgments for hospital-wide quality improvement</i> . Topics Health Rec Manag 1991;11:13-26 Different voice: <i>Storytelling that moves people</i> . Harvard Business Review. Harvard Business School Publishing Corporation;2003.R0306B.
	‘Rooming in’ van naasten/ mantelzorgers	?	-	Niet gevonden
	Fysieke inrichting organisatie (warm, informeel)	?	+/-	Niet gevonden

*Ten aanzien van het verbeteren van patiëntgerichte zorg.

**Beoordeling op basis van tijdinvestering, kosten, begrijpelijkheid van de interventie.

Thema	Verbetersuggestie	Effec- tief*	Toepas- baar**	Bewijs/literatuur
Luisteren	Controle van informatie-overdracht naar de patiënt door de patiënt verkregen informatie te laten herhalen ('Teach-back' methode)	Ja	+	White M, et al. <i>Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?</i> J Cardiovasc Nurs. 2013 Mar;28:137-46 Dinh TTH, et al. <i>The effectiveness of health education using the teach-back method on adherence and self-management in chronic disease: A systematic review protocol.</i> JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2013;11:30-41 Kripalani S, et al. <i>Clinical research in low-literacy populations: using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information.</i> IRB Ethics Hum Res. 2008; 30: 13-19
	Educatie/training zorgverleners in luistervaardigheden	?	+/-	Hulsman RL, et al. <i>Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies.</i> Med Educ. 1999;33:655-68
	Vooropgestelde vragenlijst als input voor een consult gericht op behoeften van de patiënt ('Question prompt sheet')	Ja	+	Shepherd, HL, et al. <i>Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial.</i> 2011 Patient Educ Couns; 84(3):379-385
Gezamenlijke besluitvorming	Gestructureerd gesprek met patiënt over medicatiegebruik ('medicijngesprekken')	Ja	+	Lenander C, et al. <i>Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial.</i> Scand J Prim Health Care. 2014;32:180-186
	Aanwezigheid van patiënt bij multidisciplinair overleg (gezamenlijk opstellen van behandelplan en doelen)	Ja	+	Patel MR. <i>Long-term effects of negotiated treatment plans on self-management behaviors and satisfaction with care among women with asthma.</i> J Asthma. 2013 Feb; 50(1): 82-89 Howells L, et al. <i>A randomized control trial of the effect of negotiated telephone support on glycaemic control in young people with Type 1 diabetes.</i> Diabet Med. 2002 Aug;19(8):643-8 Dalton C. et al. <i>Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury.</i> Clin Rehabil 2012; 26(2):165-73.

Thema

	Verbetersuggestie	Effec- tief*	Toepas- baar**	Bewijs/literatuur
	Keuzehulpen (internet, video, schriftelijk) om patiënten voor te lichten en te helpen in het maken van keuzes in zorgbehandeling	Ja	+	Stacey D, et al. <i>Decision aids for people facing health treatment or screening decisions</i> . Cochrane Database Syst Rev. 2011;10:CD001431 Stacey D, et al. <i>Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision AIDS</i> . Med Decis Making 2012;32(3):E22-33
	Training van communicatievaardigheden zorgverleners	?	+/-	Légaré F, et al. <i>Interventions for improving the adoption of shared decision making by health-care professionals</i> . Cochrane Database of Systematic Reviews 2010::12;(5):CD006732 De Sliva D, et al. <i>Helping people share decision making. A review of the evidence considering whether shared decision making is worthwhile</i> . London: The Health Foundation. 2012 Hulsman RL, et al. <i>Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies</i> . Med Educ. 1999;33:655-68
Informatie en toelichting	Controle van informatie-overdracht naar de patiënt door de patiënt verkregen informatie te laten herhalen ('Teach-back' methode)	Ja	+	White M, et al. <i>Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?</i> J Cardiovasc Nurs. 2013;28(2):137-46 Dinh TTH, et al. <i>The effectiveness of health education using the teach-back method on adherence and self-management in chronic disease: A systematic review protocol</i> . JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2013;11:30-41 Kripalani S, et al. <i>Clinical research in low-literacy populations: using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information</i> . IRB Ethics Hum Res. 2008; 30: 13-19
	Combinatie van verbale en geschreven informatie	Ja	+	Coleman EA, et al. <i>The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial</i> . Arch Intern Med 2006;166:1822-8
	Case manager (bijv. verpleegkundige of apothekersassistent)	Ja	+/-	Coleman EA, et al. <i>The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial</i> . Arch Intern Med 2006;166:1822-8

Thema	Verbetersuggestie	Effectief*	Toepasbaar**	Bewijs/literatuur
Tijd	Opschaling/samenstelling van medisch en verpleegkundig personeel	?	-	Patel MS, et al. <i>Estimating the staffing infrastructure for a patient-centered medical home.</i> Am J Manag Care. 2013;9:509-16
	Gepland ontslaggesprek	?	+	Niet gevonden
	Twee minuten zwijgplicht arts tijdens consult	?	+	Slade SC, et al. <i>'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain.</i> Clin Rehabil. 2009;23:270–80
Zelfmanagement en empowerment	Gepland postontslag telefoongesprek(ken) met patiënt	Ja	+	Li LL et al. <i>The effect of post-discharge telephone intervention on rehabilitation following total hip replacement surgery.</i> International Journal of Nursing Sciences 2014;1:207-211 Record JD et al. <i>Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care.</i> Med Educ Online. 2015; 20: 10.3402/meo.v20.26701
	Educatie van patiënt en naasten (t.a.v. medicatiegebruik, symptoomherkenning, wondverzorging)	Ja	+/-	Anderson C, et al. <i>Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure.</i> Congestive Heart Failure 2005;11:315-21 Parry C, et al. <i>The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care.</i> Home Health Care Serv Q 2003;22:1-17

Thema

Verbetersuggestie	Effec- tief*	Toepas- baar**	Bewijs/literatuur
Opmaken van een patiënt- profiel (die zelfmanagement- vaardigheden en onder- steuningbehoefte in kaart brengen)	Ja	+	<p>http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijnszelfmanagement-aanpak-patientprofielen-voor-zelfmanagement-en-zelfzorg.html</p> <p>Hibbard JH, et al. <i>Development and testing of a short form of the patient activation measure</i>. Health Serv Res. 2005;40:1918–1930. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x</p> <p>Osborne RH, et al. <i>The health education impact questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions</i>. Patient Educ Couns. 2007; 66:192–201. doi: 10.1016/j.pec.2006.12.002</p> <p>Eikelenboom N, et al. <i>Implementation of personalized self-management support using the self-management screening questionnaire SeMaS; a study protocol for a cluster randomized trial</i>. Trials. 2013; 14: 336</p>
Digitaal zorgportaal (communicatie met professional, inzicht in medisch dossier)	Ja	+/-	<p>McMahon GT, et al. <i>Web-Based Care Management in Patients With Poorly Controlled Diabetes</i>. Diabetes Care 2005;28:1624–1629</p> <p>Holbrook A, et al. <i>Individualized electronic decision support and reminders to improve diabetes care in the community: COMPETE II randomized trial</i>. CMAJ 2009;181: 37–44</p> <p>Woods SS, et al. <i>Patient experiences with full electronic access to health records and clinical notes through the My HealthVet Personal Health Record Pilot: qualitative study</i>. J Med Internet Res 2013;15:e65</p>
Teleconsult/coaching	Ja	+/-	<p>Huber JM, et al. <i>Telecoaching plus a portion control plate for weight care management: a randomized trial</i>. Trials. 2015; 16: 323</p> <p>Fincher L. <i>Using telehealth to educate Parkinson's disease patients about complicated medication regimens</i>. J Gerontol Nurs. 2009;35:16-24</p> <p>Flodgren G. <i>Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes</i>. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 9:CD002098</p>

Thema	Verbetersuggestie	Effectief*	Toepasbaar**	Bewijs/literatuur
Patiënt activatie	Thuisbezoek(en) van zorgcoördinator/coach	Ja	+/-	<p>Parry C, et al. <i>The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care</i>. Home Health Care Serv Q 2003;22:1-17</p> <p>Naylor ND, et al. <i>Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial</i>. JAMA 1999;281: 613-620</p>
	Online sociaal platform (uitwisseling van kennis en ervaringen tussen patiënten en met zorgverleners)	Ja	+	Keus SHJ. <i>Improving Community Healthcare for Patients with Parkinson's Disease: The Dutch Model</i> . Parkinsons Dis. 2012; 2012: 543426
	Teleconsult/coaching	Ja	+/-	<p>Huber JM, et al. <i>Telecoaching plus a portion control plate for weight care management: a randomized trial</i>. Trials. 2015; 16: 323</p> <p>Fincher L. <i>Using telehealth to educate Parkinson's disease patients about complicated medication regimens</i>. J Gerontol Nurs. 2009; 35:16-24</p> <p>Flodgren G. <i>Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes</i>. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 9:CD002098</p>

Bijlage 10

Uitwerking van aantal interventies

INTERVENTIE 1. TEACH-BACK

Doel

Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten vaak onvoorbereid het ziekenhuis verlaten en zelfbehandelingen in de thuissituatie op verkeerde wijze voortzetten met alle negatieve consequenties van dien (Coulter, 2007). Met teach-back kan een zorgverlener eenvoudig nagaan of de patiënt begrijpt wat hem zojuist verteld is. Patiënten leggen in hun eigen woorden uit, wat ze moeten weten of doen (Kornburger et al., 2012; White et al., 2013; Burkhart, 2008). Zo wordt vrij snel duidelijk waar er misschien nog extra uitleg nodig is.

Kenmerken

Teach-back wordt gekenmerkt door vier standaard stappen (Kornburger et al., 2012):

1 Uitleg van zelfmanagement vaardigheden door zorgverlener

De zorgverlener instrueert de patiënt verbaal of aan de hand van een demonstratie over vaardigheden die de patiënt in de thuissituatie zelf moet gaan uitvoeren (bijvoorbeeld wondverzorging, het gebruik van medicijnen of een dieetregime).

2 Patiënt herhaalt de verkregen instructies

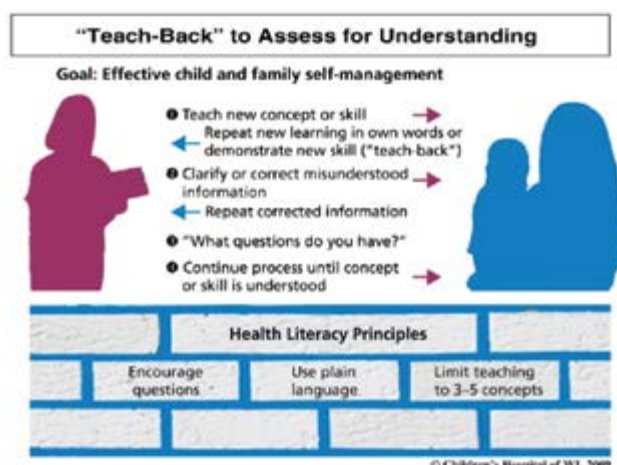
In de volgende stap herhaalt de patiënt in eigen bewoording of handelingen de zojuist verkregen instructies van de zorgverlener. Op dit moment heeft de zorgverlener de mogelijkheid om af te wegen of de patiënt en naasten de instructies goed en volledig hebben begrepen.

3 Verduidelijken en/of aanpassen van informatie/instructies aan de patiënt

Als de instructies niet correct of volledig door de patiënt zijn herhaald worden deze door de zorgverlener verduidelijkt en eventueel in aangepaste vorm opnieuw uitgelegd. Wederom vraagt de zorgverlener aan de patiënt of hij/zij de zojuist verkregen instructies kan herhalen. Het kan voorkomen dat deze stap meerdere keren moet worden herhaald totdat de patiënt de instructies goed en volledig heeft begrepen.

4 Aanvullende vragen

Nadat de zorgverlener heeft vastgesteld dat de patiënt de instructies goed en volledig heeft begrepen stelt hij/zij de volgende open vraag: 'Welke andere vragen heeft u?' Deze open vraag geeft de patiënt en naasten de mogelijkheid om verdere vragen over de instructies beantwoord te krijgen.



Figuur 1 Teach-back stappen (bron: Kornburger et al., 2012)

Implementatievoorwaarden

Draagvlak onder gebruikers

Het gebruik van de teach-back methode wordt grotendeels bepaald door de mate waarin de zorgverleners geloven in de meerwaarde ervan. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners goed worden geïnformeerd over de werkwijze van de methode en waar het gebruik van teach-back toe kan leiden, namelijk: beter geïnformeerde patiënten, betere zelfmanagement in de thuissituatie en minder kans op gezondheidsschade.

Voorwaarden:

- bijeenkomst waarin zorgverleners c.q. gebruikers worden voorgelicht over de relevantie van het gebruik van teach-back en de werkwijze. Tijdens de bijeenkomst wordt gebruik gemaakt van video's met uitleg van de principes van teach-back, voorbeelden van teach-back situaties en ervaringen van zorgverleners en patiënten met de methode;
- uitleg over de relevantie en werkwijze van teach-back in nieuwsbrieven en teamoverleg.

Veilige sfeer

Bij teach-back is het belangrijk dat de patiënt zich op zijn gemak voelt om de verkregen instructies te herhalen en/of demonstreren zonder zich bang te voelen om fouten te maken. De patiënt moet daarbij ook aanvullende vragen durven te stellen en het gevoel hebben dat hier ruimte voor is.

Voorwaarden:

- trainen van zorgverleners op het creëren van een veilige sfeer waarin teach-back plaatsvindt (aan de hand van het bestuderen van filmpjes en simulatie/rollenspel);

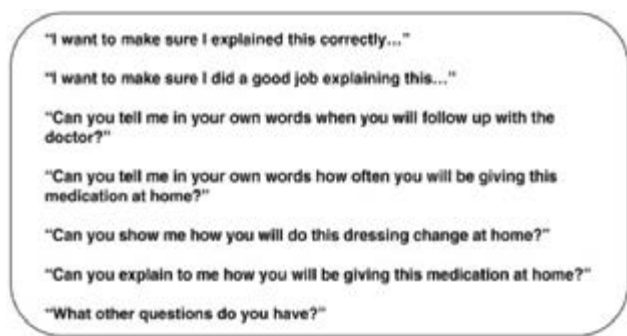
- gescripte zinnen die zorgverleners helpen de patiënt op zijn gemak te stellen (zie figuur 2).

Kennis over procedure en begrijpelijke taal

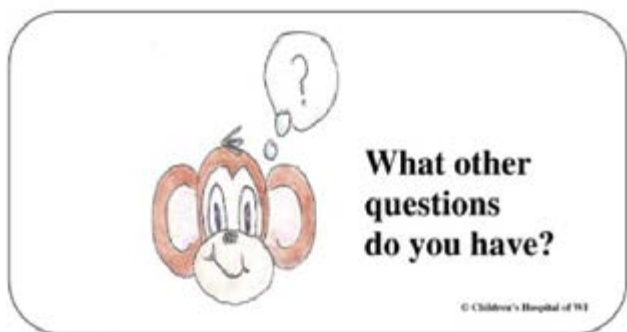
Het is belangrijk dat de zorgverlener teach-back in de juiste volgorde uitvoert en daarbij de patiënt duidelijk vraagt naar 'open' antwoorden/reacties (in plaats van 'ja' of 'nee'). Daarnaast is een bekend probleem dat patiënten te veel informatie moeten verwerken in een kort tijdsbestek waarbij de uitleg voor patiënten ook vaak te medisch-technisch van aard is om goed te kunnen begrijpen en onthouden. De informatie aan de patiënt moet behapbaar en begrijpelijk zijn om te kunnen herhalen (stap 2 van teach-back).

Voorwaarden:

- zorgverleners maken gebruik van gescripte zinnen/vragen (zie figuur 2) om de systematische aanpak (juiste volgorde van stappen) te bewaken en duidelijke opdrachten te geven aan de patiënt (en gesloten antwoorden te voorkomen);
- teach-back stappen plan c.q. protocol;
- video's met uitleg van de teach-back procedure.



Front side



Back side

Figuur 2 Gescripte teach-back vragen (bron: Kornburger et al., 2012)

INTERVENTIE 2. DRIE 'GOEDE' VRAGEN

Doel

Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten onvoldoende bewust zijn van hun rol bij het maken van keuzes in de behandeling van ziekte/aandoening. Daarnaast worden patiënten vaak onvoldoende actief betrokken in het besluitvormingsproces (Coulter, 2007). 'Drie Goede Vragen (DGV) is een checklist ontworpen om de communicatie tussen patiënt en zorgverlener en de gezamenlijk besluitvorming te verbeteren. Recente studies hebben aangetoond dat, aan de hand van de DGV, zorgverleners meer en betere informatie aan patiënten geven over behandelopties en bijbehorende voor- en nadelen hiervan (Shepherd et al., 2011; Miller et al., 2008; Kinnersley et al., 2008).

Kenmerken

De patiënt zou in elk contact met een zorgverlener de volgende drie vragen moeten stellen:

- 1 Wat zijn mijn mogelijkheden?
- 2 Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
- 3 Wat betekent dat in mijn situatie?

De zorgverlener moet er vervolgens voor zorgen dat de patiënt de antwoorden op deze vragen ook daadwerkelijk begrijpt.

Implementatievoorwaarden

Draagvlak onder zorgverleners en ondersteunend personeel

Er zijn enkele veelgehoorde barrières van zorgverleners en management voor het toepassen van DVG: 1) dat 'shared decision-making' reeds plaatsvindt en de drie vragen betuttelend en kunstmatig aanvoelen om zo expliciet te bespreken; b) de veronderstelling onder zorgverleners dat patiënten geen vragen willen stellen, maar gewoon het juiste advies willen krijgen over hun gezondheid van hun zorgverlener; c) dat het een extra investering/tijd kost bovenop het 'normale' consult (NPCF en Federatie Medisch Specialisten, 2015).

Voorwaarden:

- Kick-off bijeenkomst en/of informatieverstrekking in de vorm van een brochure/brief waarin aan zorgverleners wordt uitgelegd dat: 1) met behulp van DVG de bereidheid tot samen beslissen heel concreet kan worden geuit richting patiënten, DGV volgens patiënten bijdraagt aan de uitnodigende houding van de zorgverlener om samen te beslissen (Shepherd et al., 2011; The Health Foundation, 2013) en fungeert als extra prikkel in het

gesprek tussen zorgverlener en patiënt; 2) uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat het overgrote deel van de mensen samen met de zorgverlener wil beslissen over welke zorg het beste past (NPCF, 2013 en 2015); 3) uit internationale en nationale studies tot dusver blijkt dat de consultduur niet verandert door DVG te bespreken en het hen juist helpt het gesprek te structureren (Shepherd et al., 2011; The Health Foundation, 2013).

- Betrek het ondersteunend personeel bij de opzet en uitvoering van DVG, aangezien zij waarschijnlijk een rol zullen hebben bij het onder de aandacht brengen van de communicatiematerialen bij patiënten. Dit verloopt, beduidend beter wanneer het ondersteunend personeel het nut van DVG inziet (NPCF en Federatie Medisch Specialisten, 2015).
- Benoem een 'trekker' van DVG, bundel de verschillende 'trekkers' of enthousiastelingen en laat hen ervaringen uitwisselen (NPCF en Federatie Medisch Specialisten, 2015).

Activeren van patiënten en zorgverleners in het stellen van DVG

Om de DVG tijdens het consult te kunnen en te durven stellen dient de patiënt tijdig en duidelijk geïnformeerd te worden over de achtergrond en de werkwijze van DVG. Patiënten moeten de mogelijkheid hebben om zich aan de hand van DVG voor te bereiden op het consult. Patiënten zullen verschillend denken over het nut van het gebruiken van DVG. Het is aan elke patiënt zelf om te bepalen of de DVG van pas komen. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners: zich bewust zijn van de DVG, patiënten de ruimte geven deze vragen te stellen en de vragen zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. Daarbij moeten zorgverleners waken voor het invullen van wat patiënten zouden willen.

Voorwaarden:

- video met achtergrond informatie over DVG en een demonstratie in de wachtkamer (<https://www.youtube.com/watch?v=YKDIRhS2j2U&feature=youtu.be>);
- brochure met achtergrondinformatie en werkwijze van DVG;
- pamflet met DVG als hulpmiddel tijdens het consult;
- oefenen en evalueren van het gebruik van DVG in het consult door een 'pilot' groep van zorgverleners en patiënten.

INTERVENTIE 3. TWEE MINUTEN LUISTERPLICHT ARTS

Doel

Uit onderzoek blijkt dat patiënten gemiddeld twee tot drie minuten nodig hebben om hun verhaal goed over te kunnen brengen aan de zorgverlener tijdens een consult/ gesprek. Echter, in de praktijk blijkt patiënten deze tijd niet krijgen; artsen onderbreken het verhaal van de patiënt gemiddeld binnen achttien seconden (Beckman en Frankel, 1984). Recent onderzoek toont zelfs aan dat dit in twaalf seconden gebeurt (Rhoades et al., 2001). Dit heeft tot gevolg dat niet alleen belangrijke informatie verloren gaat (Beckman en Frankel, 1984), maar de patiënt zich onvoldoende gehoord voelt (Cox et al., 2004; Jagosh et al., 2011). Meer tijd voor patiënten om hun verhaal te kunnen doen zonder intervensies/sturing van de zorgverlener kan bijdragen aan een betere patiënt-zorgverlener relatie, informatie voor de zorgverlener en gezamenlijke besluitvorming.

Kenmerken

De patiënt krijgt de ruimte om, zonder onderbreking van de arts, minimaal twee minuten zijn/haar verhaal te vertellen. De arts luistert actief naar het verhaal van de patiënt, oftewel: probeert te begrijpen wat de patiënt voelt qua behoeften en/of emoties en wat zijn verhaal betekent (Gordon, 2003; Robertson, 2005). Vervolgens koppelt de arts zijn/haar interpretatie van het verhaal ter verificatie terug aan de patiënt.

Implementatievoorwaarden

Draagvlak en luistervaardigheden onder gebruikers
Het gebruik van de twee minuten luisterplicht wordt grotendeels bepaald door de mate waarin de zorgverleners geloven in de meerwaarde ervan. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners goed wordt geïnformeerd over waar het gebruik van de luisterplicht toe kan leiden, namelijk: meer en betere informatie en meer betrokkenheid van de patiënt in het besluitvormingsproces. Daarnaast moeten gebruikers weten wat de randvoorwaarden zijn bij het gebruik van de twee minuten luisterplicht (bijvoorbeeld de patiënt niet forceren om te praten door als arts stil te blijven, maar de patiënt wel de tijd/ruimte bieden om te praten) en juiste luistervaardigheden hebben.

Voorwaarden:

- bijeenkomst waarin zorgverleners c.q. gebruikers worden voorgelicht over de relevantie en werkwijze van de luisterplicht en getraind in hun luistervaardigheden;
- uitleg over de relevantie en randvoorwaarden van de luisterplicht in nieuwsbrieven en teamoverleg.

INTERVENTIE 4. AUDIO OPNAME CONSULT GESPREK

Doel

Uit verschillende studies over een periode van de afgelopen dertig jaar blijkt, dat het maken van een geluidsopname van het consult met de arts door patiënten en naasten als prettig en belangrijk wordt ervaren (Tsulukidze et al., 2014). Het kunnen terugluisteren van het consult zorgt ervoor dat de verkregen informatie (zoals een overzicht van verschillende behandelopties) beter wordt begrepen en onthouden en dat patiënten meer betrokken zijn, kritische vragen kunnen stellen en kunnen meebeslissen over hun behandelopties (Ford et al., 1995; Davison en Degner, 1997). Daarnaast kunnen patiënten de verkregen informatie delen met hun naasten (van Wijck, 2015).

Kenmerken

De patiënt maakt een geluidsopname van het consult gesprek met zijn of haar arts.

Implementatievoorwaarden

Defensieve houding zorgverleners

Het opnemen van consulten door patiënten kan volgens onderzoekers ook leiden tot defensieve geneeskunde, met overdiagnose, overbehandeling en stijgende kosten als gevolg (Elwyn en Buckman, 2015; Welch et al., 2011). Patiënten zouden opnames kunnen 'misbruiken' door het te delen met 'derden' als bewijs tegen uitspraken van hun arts of als vermaak op sociale media (Elwyn en Buckman, 2015). Daarnaast kan het te pas en te onpas opnemen van gesprekken de arts-patiënt communicatie verstoren; opnames van gesprekken rondom een kleine 'onschuldige' zorgvraag kunnen door de arts worden opgevat als een gebrek aan vertrouwen in zijn of haar professionele expertise en leiden tot een geagiteerde/geïrriteerde houding van de arts naar de patiënt (Elwyn, 2014).

Voorwaarden:

- Richtlijnen voor artsen om patiënten te adviseren wanneer het opnemen van een consult voor patiënten zinvol kan zijn en dat het hun goedkeuring geniet;
- De arts maakt afspraken met de patiënt waar hij/zij zich aan moeten houden bij/ stelt voorwaarden aan het maken van een opname: de opname wordt niet bewerkt en niet online gedeeld met derden (bijvoorbeeld op Facebook of Youtube).

Bewustwording bij en mogelijkheid voor patiënten om consult op te nemen

Veel patiënten zijn niet bewust van de mogelijkheid en het recht op gesprekken met hun zorgverlener op te nemen. Ook bestaat de kans dat veel patiënten denken dat hun arts het maken van een opname niet zal toestaan of dat het zal leiden tot een defensieve houding van hun arts. Daarnaast beschikken niet alle patiënten over de juiste opnameapparatuur (mobiele telefoon, voice-recorder) of zijn bekwaam in het maken van geluidsopnames. Dit geldt met name voor oudere patiënten (65≥ jaar).

Voorwaarden:

- Richtlijnen voor artsen om patiënten te adviseren wanneer het opnemen van een consult voor patiënten zinvol kan zijn en dat het hun goedkeuring geniet;
- video met achtergrond informatie over en richtlijnen voor het opnemen van het consult in de wachtkamer (wanneer is het maken van een geluidsopname voor mij als patiënt zinvol en waar moet ik mij aan houden);
- brochure met achtergrond informatie over en richtlijnen voor het opnemen van het consult (wanneer is het maken van een geluidsopname voor mij als patiënt zinvol en waar moet ik mij aan houden);
- Aanbieden van ondersteuning bij het maken van een geluidsopname (gebruik van opname apparaat van de arts en het opsturen van audio-bestand door secretaresse).

INTERVENTIE	Bewezen effectief?	Tijdinvestering	Kosten	Materiaal reeds beschikbaar?
1 3 Goede Vragen	Ja	Redelijk	Nihil	Ja
2 Geluidsopname consult door patiënt	Ja	Nihil	Nihil	Nee
3 Luisterplicht arts	Onbekend	Redelijk	Nihil	Nee
4 Teach-back	Ja	Redelijk	Nihil	Ja

Tabel 1. Overwegingen bij implementatie interventies

Literatuur referenties

Teach-back

Coulter A. *When should you involve patients in treatment decisions?* Br J Gen Pract. 2007 Oct 1; 57(543): 771–772.

Kornburger C1, Gibson C, Sadowski S, et al. *Using “teach-back” to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process.* J Pediatr Nurs. 2013;28(3):282-91.

White M, Garbez R, Carroll M, et al. *Is “teach-back” associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?* J Cardiovasc Nurs. 2013;28(2):137-46.

Burkhart, J. *Training nurses to be teachers.* J of Continuing Educ in Nurs 2008;39:503-510.

Drie goede vragen

Kinnersley P, Edwards A, Hood K et al. *Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review.* British Medical Journal, 2008; 337: a485.

Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ et al. *Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial.* Patient Education and Counseling, 2011; 84: 379–385.

Miller MJ, Abrams MA, McClintock B, et al. *Promoting health communication between the community-dwelling well-elderly and pharmacists: the Ask Me 3 program.* J Am Pharm Assoc (2003). 2008;48(6):784-92.

Counsel 2011;84:379-85The Health Foundation.
<http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3256/Snapshot%20MAGIC.pdf?realName=yzGMKP.pdf>

NPCF en Federatie Medisch Specialisten. *Implementatie-handleiding 3 Goede Vragen, voor ziekenhuizen.* 2015.

Coulter A. *When should you involve patients in treatment decisions?* Br J Gen Pract. 2007 Oct 1; 57(543): 771–772.

Luisterplicht arts

Beckman HB, Frankel RM. *The effect of physician behavior on the collection of data.* Ann Intern Med. 1984;101:692-6.

Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. *Speaking and interruptions during primary care office visits.* Fam Med. 2001;33(7):528-32.

Jagosh J, Boudreau, DJ Steinert, Y, Macdonald ME, Ingram L. *The Importance of Physician Listening from the Patients’ Perspective: Enhancing Diagnosis, Healing, and the Doctor-Patient Relationship.* Journal of Patient Education and Counseling, 2011;85(3):369-74.

Robertson K, *Active listening: more than just paying attention.* Aust Fam Physician 2005;34(12):1053-5.

Gordon T. *Teacher effectiveness training.* New York: Three rivers press, 2003.

Audio opname consult gesprek

S. Ford, L. Fallowfield, A. Hall, S. Lewis. *The influence of audiotapes on patient participation in the cancer consultation.* Eur J Cancer 1995;31:2264–2269.

Davison B.J., Degner L.F. *Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer.* Cancer Nurs 1997;20: 187–196.

Elwyn G. “Patientgate”-digital recordings change everything. BMJ 2014;2078:10-1.

Tsulukidze M, Durand M-A, Barr PJ, Mead T, Elwyn G. *Providing recording of clinical consultations to patients—a highly valued but underutilized intervention: a scoping review.* Patient Educ Couns 2014;95:297-304.

Van Wijck F. *Ter observatie opgenomen.* 2015.
<http://www.artsenauto.nl/ter-observatie-opgenomen/>

Elwyn G, Buckman L. *Should doctors encourage patients to record consultations?* BMJ 2014; 350: g7645.

Welch H, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Beacon Press, 2011.

Het programma 'Patiëntgerichte zorg' is een initiatief van zorgverzekeraar CZ, Zorgbelang Limburg/Huis voor de Zorg, Zorgbelang Gelderland en Patiëntenfederatie Nederland. Het project wordt ondersteund door IQ Healthcare. Het Zuyderland ziekenhuis, huisartsen in de regio Westelijke Mijnstreek, Medisch Coördinatie Centrum Omnes en Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL) hebben als partners meegewerkt aan het onderzoek.



