

Patiëntgerichte ziekenhuiszorg

Prestatie-indicatoren vanuit het perspectief van de patiënt

**Jeannette Nijkamp
Examenummer: 50217
Rotterdam, juli 2004**

Begeleider: Dr. G. van Kooten

**Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Opleiding Sociologie**

Voorwoord

In de media wordt regelmatig gesproken over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg en het inzichtelijk maken hiervan. Het begrip 'kwaliteit' heeft echter niet voor iedereen dezelfde betekenis. Zo verstaan veel medische hulpverleners onder de kwaliteit van de gezondheidszorg in de eerste plaats de kwaliteit van het medisch-technisch handelen, terwijl voor zorgverzekeraars de doelmatigheid van de verleende zorg van groot belang is. Daarnaast hebben patiënten die gebruik maken van gezondheidszorgdiensten hun eigen visie op kwaliteit.

In deze scriptie wordt onderzocht welke aspecten van de ziekenhuiszorg het belangrijkste zijn vanuit het perspectief van de patiënt. Vervolgens wordt een aantal prestatie-indicatoren geformuleerd om deze aspecten meetbaar te maken. Deze prestatie-indicatoren zullen door het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond (RPCP-Rijnmond) worden gebruikt voor het behartigen van de collectieve belangen van ziekenhuispatiënten.

Alvorens te starten met de inleiding van het onderzoek, wil ik hierbij een aantal mensen bedanken voor hun bijdrage. Mijn dank gaat uit naar mijn collega-beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond en in het bijzonder naar de directeur, Alie Brittijn, voor hun interesse en waardevolle informatie. Daarnaast dank ik mijn scriptiebegeleider Gerrit van Kooten voor zijn begeleiding en nuttige suggesties.

Jeannette Nijkamp
Rotterdam, juli 2004

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	1
1.1	Aanleiding voor het onderzoek.....	1
1.2	Probleemstelling.....	2
1.3	Onderzoeksopzet en methode.....	3
2	Institutioneel kader.....	5
2.1	Wetgeving met betrekking tot de kwaliteit van zorg.....	5
2.1.1	Kwaliteitswet Zorginstellingen.....	5
2.1.2	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).....	5
2.1.3	Klachtbehandeling en Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).....	7
2.1.4	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).....	8
2.2	Evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen.....	9
2.2.1	Conclusies van het evaluatieonderzoek.....	9
2.2.2	Opstellen van een standaard voor kwaliteitsjaarverslagen.....	10
2.3	Huidige overheidsbeleid.....	11
3	Theorievorming over prestaties.....	13
3.1	Definitie van prestaties.....	13
3.2	Prestatie-indicatoren.....	16
3.2.1	Verschillen tussen interne en externe prestatie-indicatoren.....	16
3.2.2	Effecten en neveneffecten van prestatie-indicatoren.....	17
3.2.3	Eisen waaraan externe prestatie-indicatoren moeten voldoen.....	19
3.2.4	Normen.....	19
4	Kwaliteit van de ziekenhuiszorg.....	23
4.1	Kwaliteitszorg binnen de ziekenhuizen.....	23
4.1.1	INK-model.....	23
4.1.2	NIAZ-accreditatie.....	26
4.1.3	Kwaliteitsbewaking en -bevordering door de OMS.....	28
4.1.4	HKZ-certificering.....	30
4.1.5	Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003.....	31
4.2	Kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit zorgvragersperspectief.....	32
4.2.1	Inventarisatie informatiebehoefte van de kiezende zorggebruiker door ZonMw.....	32
4.2.2	Onderzoek van de RVZ naar behoefte aan keuzemogelijkheden.....	35
4.2.3	Criteria voor ziekenhuiszorg van de NPCF.....	36
4.2.4	Ziekenhuisvergelijkingsonderzoek van de Consumentenbond.....	39
4.3	Speerpunten voor de ziekenhuiszorg van het RPCP-Rijnmond.....	39
5	Analyse.....	41
5.1	Prestatie-indicatoren voor de speerpunten voor ziekenhuiszorg.....	41
5.1.1	Prestatie-indicatoren op basis van de criteria van de NPCF.....	41
5.1.2	Resultaten van de bijeenkomsten van de werkgroepen nieuwbouw.....	42
5.1.3	Inbreng van de beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond.....	43
5.1.4	Set van prestatie-indicatoren van het RPCP-Rijnmond.....	45

5.2	Informatie over de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen in de regio Rijnmond.....	47
5.2.1	Beschrijving van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond.....	47
5.2.2	Informatie in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites	48
5.2.3	Resultaten van de interviews met de ziekenhuisdirecteuren.....	54
6	Beantwoording van de onderzoeksvragen.....	67
6.1	Evaluatie van de geformuleerde prestatie-indicatoren	67
6.2	Evaluatie van de toetsing door middel van kwaliteitsjaarverslagen en websites	69
6.3	Onderzoeksresultaten en knelpunten	73
6.3.1	Samenvatting van de onderzoeksresultaten per speerpunt	73
6.3.2	Gesignaleerde knelpunten	79
7	Conclusies en aanbevelingen.....	81
7.1	Conclusies	81
7.2	Aanbevelingen	82
7.2.1	Aanbevelingen voor het RPCP-Rijnmond	82
7.2.2	Aanbevelingen voor de ziekenhuizen.....	83
	Literatuur	85
	Websites	87
	Gebruikte afkortingen	89
	Bijlage 1: Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003.....	91
	Bijlage 2: Vragenlijst ten behoeve van de interviews met de ziekenhuisdirecteuren.....	95

1 Inleiding

In deze scriptie wordt onderzocht welke prestatie-indicatoren het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond kan gebruiken voor het behartigen van de collectieve belangen van ziekenhuispatiënten. In dit hoofdstuk wordt in het kort beschreven waarom dit onderzoek wordt uitgevoerd. Tevens bevat dit hoofdstuk de probleemstelling en de opzet van het onderzoek.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond (RPCP-Rijnmond) is een vereniging van ongeveer 150 patiënten- en consumentenorganisaties. Onder de regio Rijnmond vallen Rotterdam, inclusief Noord- en Zuidschil, Nieuwe Waterweg Noord en de Zuid-Hollandse Eilanden.

Er zijn in Nederland 28 RPCP's. De RPCP's zijn landelijk verenigd in de Landelijke Organisatie RPCP's (LOREP) en werken samen met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). De RPCP's stellen zich tot doel de positie van patiënten en consumenten in de zorg te versterken en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het RPCP-Rijnmond heeft de volgende vijf kerntaken:

1. Collectieve belangenbehartiging

Het RPCP voert overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en oefent druk op hen uit. Centraal hierin staat de afstemming van de zorg op de behoeften van de patiënt/consument.

2. Onderzoek kwaliteit van zorg

Het RPCP voert onderzoek uit naar de kwaliteit van zorgverlening en de tevredenheid van zorggebruikers.

3. Voorlichting

Het RPCP organiseert themabijeenkomsten, geeft publicaties uit en houdt lezingen, bijvoorbeeld over patiëntenwetten, kwaliteitsbeleid en persoonsgebonden budget.

4. Ondersteuning

De organisaties die bij het RPCP zijn aangesloten, kunnen gebruik maken van de kantoorruimte en –faciliteiten van het RPCP. Ook geeft het platform op verzoek advies, bijvoorbeeld over beleid, organisatie en publiciteit.

5. IKG: Klachtenopvang

Onderdeel van het RPCP is het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG). Alle inwoners van de regio kunnen hier gratis terecht voor advies en ondersteuning als zij vragen, klachten en meldingen over de zorgsector hebben. Het IKG werkt onafhankelijk van hulpverleners en instellingen. Het IKG geeft ook informatie en advies over het persoonsgebonden budget (PGB).

Om zo goed mogelijk invulling te kunnen geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging, heeft het RPCP-Rijnmond behoefte aan inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg. De kwaliteitsjaarverslagen van de zorginstellingen vormen voor het RPCP-Rijnmond een mogelijke manier om deze informatie te verkrijgen. Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen is elke

zorginstelling verplicht jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag te schrijven met daarin een verantwoording van het gevoerde kwaliteitsbeleid en dit te sturen naar de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het RPCP in de betreffende regio. Verder kunnen ook de websites van de instellingen informatie bieden over de kwaliteit van de verleende zorg.

Omdat RPCP's behoefte hebben aan informatie over de kwaliteit van de verleende zorg en omdat zorginstellingen aangeven behoefte te hebben aan terugkoppeling over het kwaliteitsjaarverslag, hebben het RPCP Delft en het RPCP-Rijnmond in het verleden een instrument ontwikkeld voor het toetsen van kwaliteitsjaarverslagen op basis van de criteria die in de Kwaliteitswet worden genoemd (zie paragraaf 2.1.1). Het RPCP-Rijnmond heeft dit instrument onder andere gebruikt voor het toetsen van de kwaliteitsjaarverslagen van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond (Loon, 2001). Hoewel toepassing van dit instrument enig inzicht oplevert, is inmiddels gebleken dat deze manier van toetsen twee duidelijke nadelen heeft. In de eerste plaats is het betreffende instrument gericht op het toetsen van beschrijvingen en procedures in plaats van op het toetsen van de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid en van de kwaliteit van de verleende zorg. Daarnaast is een aantal items van het toetsingsinstrument zeer algemeen, waardoor deze items minder betrouwbaar zijn. Verschillende beoordelaars kunnen hier tot verschillende conclusies komen, bijvoorbeeld bij vragen met betrekking tot het al dan niet aanwezig zijn van omschrijvingen van doeltreffende, doelmatige of patiëntgerichte zorg.

Ten behoeve van het behartigen van de collectieve belangen van patiënten heeft het RPCP-Rijnmond behoefte aan inzicht in de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid en in de kwaliteit van de verleende zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Prestatie-indicatoren kunnen hierbij een nuttig hulpmiddel zijn.

1.2 Probleemstelling

In deze scriptie wordt onderzocht welke prestatie-indicatoren voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar zijn om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging. Het onderzoek wordt beperkt tot prestatie-indicatoren die gericht zijn op de ziekenhuiszorg. Het gaat hierbij om prestatie-indicatoren die een indicatie geven van de kwaliteit van de geleverde zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Het onderzoek is gericht op indicatoren op meso-niveau, dus op het niveau van een ziekenhuis.

De kwaliteitsjaarverslagen van de ziekenhuizen vormen voor het RPCP-Rijnmond een mogelijke manier om informatie te verkrijgen over deze prestatie-indicatoren. Verder kunnen ook de websites van de ziekenhuizen informatie verschaffen over de prestatie-indicatoren. Inmiddels beschikken alle ziekenhuizen in de regio Rijnmond over een eigen website. In dit onderzoek wordt ook nagegaan welke rol de kwaliteitsjaarverslagen en de websites kunnen spelen bij het verkrijgen van informatie over de prestatie-indicatoren die relevant zijn voor de collectieve belangenbehartiging.

Tevens wordt onderzocht hoe de ziekenhuizen in de regio Rijnmond op deze prestatie-indicatoren scoren en welke knelpunten er naar voren komen.

De probleemstelling luidt als volgt:

Welke prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg zijn voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve

belangenbehartiging en in welke mate geeft de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites van de ziekenhuizen gepubliceerde informatie een goed beeld van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren?

Deze probleemstelling kan worden uitgesplitst in de volgende vier deelvragen:

1. Welke prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg zijn voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging?
2. Bevatten de kwaliteitsjaarverslagen en de websites van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond informatie over deze prestatie-indicatoren?
3. Geeft de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites gepubliceerde informatie over deze prestatie-indicatoren een goed beeld van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren?
4. Hoe scoren de ziekenhuizen in de regio Rijnmond op deze prestatie-indicatoren en welke knelpunten komen er naar voren?

1.3 Onderzoekopzet en methode

Het onderzoek begint met een beschrijving van het institutionele kader voor de kwaliteit van de zorg in hoofdstuk twee. In het derde hoofdstuk volgt een beschrijving van de theorievorming rond kwaliteit en prestaties, waarin onder andere een conceptueel model voor prestatie-indicatoren wordt gepresenteerd, alsmede een aantal eisen waaraan een goede set van prestatie-indicatoren moet voldoen.

In hoofdstuk vier wordt een overzicht gegeven van de verschillende vormen van kwaliteitszorg die momenteel in de ziekenhuiswereld worden toegepast. Tevens wordt een inventarisatie gemaakt van de behoefte aan informatie en aan keuzemogelijkheden van zorgvragers. Op basis van enkele onderzoeken naar kwaliteitsaspecten van ziekenhuiszorg die patiënten belangrijk vinden bij het kiezen van een ziekenhuis, wordt een zestal speerpunten benoemd die het RPCP-Rijnmond van belang vindt voor de ziekenhuiszorg.

Voor elk van deze speerpunten wordt in het vijfde hoofdstuk een aantal prestatie-indicatoren geformuleerd. Bij het formuleren van deze prestatie-indicatoren wordt in de eerste plaats uitgegaan van de criteria voor ziekenhuiszorg die door de NPCF zijn ontwikkeld. Ook wordt gebruik gemaakt van informatie verkregen tijdens de bijeenkomsten van de werkgroepen die betrokken zijn bij de nieuwbouw van verschillende ziekenhuizen in de regio Rijnmond, waarin het RPCP-Rijnmond is vertegenwoordigd. Daarnaast zijn de prestatie-indicatoren verschillende malen onderwerp van discussie geweest tijdens het werkoverleg van alle beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond. Aan de hand van hun inbreng wordt de lijst met prestatie-indicatoren aangevuld.

Vervolgens wordt getoetst of de algemene ziekenhuizen en het academische ziekenhuis in de regio Rijnmond op het moment van het onderzoek reeds informatie publiceren over de geformuleerde prestatie-indicatoren. Hiervoor wordt nagegaan of de kwaliteitsjaarverslagen over 2001 en 2002 en/of de website van het betreffende ziekenhuis informatie bevatten over deze prestatie-indicatoren. Aan de hand van de resultaten van deze toetsing wordt een vragenlijst samengesteld, op basis waarvan semi-gestructureerde interviews worden gehouden met de directeuren van de ziekenhuizen. Deze vragenlijsten worden voorafgaand aan het interview opgestuurd naar de ziekenhuisdirecteuren, zodat zij zich op het interview kunnen voorbereiden. De interviews dienen voor het verkrijgen van aanvullende informatie over de prestatie-indicatoren en andere relevante informatie.

In hoofdstuk zes worden de vier onderzoeksvragen beantwoord. Er wordt beoordeeld of de gebruikte prestatie-indicatoren voldoen aan de in hoofdstuk drie vermelde eisen voor een goede set van prestatie-indicatoren. Vervolgens worden de toetsingsresultaten van de kwaliteitsjaarverslagen en de websites vergeleken met de resultaten van de interviews om na te gaan of de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites gepubliceerde informatie over de prestatie-indicatoren een goed beeld geeft van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren. Verder bevat dit hoofdstuk een samenvatting van de onderzoeksresultaten en een overzicht van de gesignaleerde knelpunten.

In hoofdstuk zeven worden de conclusies gepresenteerd. Daarnaast bevat dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen.

Het betreft hier dus een kwalitatief onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van documentanalyse en semi-gestructureerde interviews.

2 Institutioneel kader

2.1 Wetgeving met betrekking tot de kwaliteit van zorg

Een aantal eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van de door instellingen geleverde zorg zijn wettelijk vastgelegd. In de brochure "Patiëntenrechten" van de RPCP Groep Zuid-Holland (Delfgauw, 2002) wordt een overzicht gegeven van de betreffende wetten. De volgende paragrafen bevatten een samenvatting van de belangrijkste wetten.

2.1.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen

De Kwaliteitswet verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg aan te bieden. Volgens de Kwaliteitswet is dit zorg van goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

De Kwaliteitswet legt de verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede zorg bij de instellingen zelf en noemt slechts enkele randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Zo moeten zorgaanbieders de zorgverlening op zodanige wijze organiseren, de instelling zodanig van personeel en materieel voorzien en zorgdragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat dit leidt tot een verantwoorde zorg. Instellingen moeten de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties betrekken bij de organisatie van de zorgverlening. Verder moeten instellingen beschikken over een kwaliteitssysteem, waarmee zij de kwaliteit van de zorg die zij leveren, systematisch bewaken, beheersen en verbeteren.

De zorginstellingen zijn verplicht jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag te publiceren, waarin zij verantwoording afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid en over de kwaliteit van de verleende zorg. In dit kwaliteitsjaarverslag moeten zorginstellingen onder meer vermelden of en zo ja op welke wijze zij patiënten of consumenten bij hun kwaliteitsbeleid hebben betrokken, hoe vaak en op welke wijze binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en met welk resultaat en wat de instellingen hebben gedaan met klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg. Instellingen dienen het kwaliteitsjaarverslag te sturen naar de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het RPCP in hun regio. De Inspectie is belast met het toezicht op de naleving van de wet.

2.1.2 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO maakt onderdeel uit van het Burgerlijk Wetboek. Daardoor gelden verschillende bepalingen zoals wanprestatie (toerekenbare tekortkoming), waaruit schadevergoedingen voor het slachtoffer voortvloeien, ook in de WGBO. De meeste behandelingen in de gezondheidszorg zijn echter inspanningsverbintenissen en geen resultaatsverbintenissen. Dit betekent dat de hulpverlener zich wel voldoende moet inspannen om een goed resultaat te bereiken, maar dit resultaat kan niet door de patiënt worden afgedwongen.

In de WGBO zijn de belangrijkste patiëntenrechten en –plichten geregeld. Het leidend rechtsbeginsel hierbij is het zelfbeschikkingsrecht. Dit houdt in dat ieder mens vrij en autonoom is en zijn eigen leven kan bepalen binnen de grenzen die de wet stelt. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt wil niet zeggen dat de hulpverlener altijd naar diens pijpen moet dansen. De hulpverlener heeft uitdrukkelijk ook een eigen verantwoordelijkheid. In de WGBO is dit geregeld onder de bepaling van goed hulpverlenerschap. Hieruit blijkt dat niet alleen de rechten van de

patiënt van belang zijn, maar ook alle kennis, ervaringen en opvattingen van de beroepsgroep, aangeduid met het begrip medisch-professionele standaard.

Het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg Rijnmond heeft folders voor patiënten ontwikkeld waarin de belangrijkste patiëntenrechten die in de WGBO zijn geregeld, worden uitgelegd (IKG-Rijnmond, 2003). Hieronder worden deze patiëntenrechten in het kort beschreven.

a. Recht op informatie en toestemmingsvereiste

Iedere patiënt heeft recht op goede en duidelijke informatie over de ziekte of aandoening, het onderzoek, de diagnose, de behandeling, eventuele risico's en alternatieve behandelingsmogelijkheden. De patiënt heeft deze informatie nodig om toestemming te kunnen geven voor een eventuele behandeling. Een patiënt mag niet worden onderzocht of behandeld zonder diens toestemming. Als een patiënt op basis van de gegeven informatie toestemming geeft voor een onderzoek of behandeling, dan heet dat 'geïnformeerde toestemming' of 'informed consent'. Overigens gaat het in veel gevallen om veronderstelde toestemming, bijvoorbeeld als uit het gedrag van de patiënt de toestemming kan worden afgelezen. Een patiënt is niet verplicht toestemming te geven om een onderzoek of behandeling te ondergaan. De patiënt is dan zelf verantwoordelijk voor de gevolgen van zijn keuze.

b. Recht op vrije keuze van hulpverlener en second opinion

Iedere patiënt heeft het recht zelf een hulpverlener te kiezen en indien gewenst van hulpverlener te veranderen. Een patiënt heeft ook het recht een tweede mening (second opinion) te vragen aan een andere deskundige dan de behandelend arts. Deze geeft op verzoek zijn mening, maar neemt niet de behandeling over. Een patiënt die een andere deskundige raadpleegt voor een tweede mening, is niet verplicht de behandelend arts hierover in te lichten.

c. Geheimhouding en privacy

Een hulpverlener is uit hoofde van het beroepsgeheim wettelijk verplicht de informatie die de patiënt verstrekt voor onderzoek en behandeling, te verzwijgen, ook voor familie en partner. Andere bij de behandeling betrokken ondersteunende hulpverleners hebben een afgeleide geheimhoudingsplicht via de hulpverlener voor wie zij werken. Hulpverleners die niet bij de behandeling zijn betrokken, mogen niet zonder toestemming van de patiënt worden geïnformeerd. Het recht op privacy is vastgelegd in de Nederlandse grondwet. Er zijn twee vormen, namelijk lichamelijke en ruimtelijke privacy. Lichamelijke privacy heeft betrekking op alle handelingen die een patiënt als persoon betreffen. De hulpverlener moet vragen en onderzoeken beperken tot datgene wat strikt noodzakelijk is voor de diagnose of behandeling. Bij ruimtelijke privacy gaat het erom dat onderzoek en behandeling plaatsvinden buiten het gehoor en het gezichtsveld van buitenstaanders.

d. Recht op inzage in medisch dossier

Een hulpverlener in de gezondheidszorg is verplicht patiëntendossiers bij te houden. Een patiënt heeft het recht zijn dossier in te zien of tegen een redelijke vergoeding een kopie te ontvangen. In beginsel wordt alleen inzage verleend aan de patiënt zelf. Deze kan wel iemand anders machtigen om inzage te krijgen. Bij wilsonbekwame patiënten en kinderen jonger dan 12 jaar kunnen de door de rechter aangewezen vertegenwoordiger c.q. de ouders inzage krijgen in het dossier. Nabestaanden hebben in principe geen recht op inzage. Onder bepaalde omstandigheden kan hiervan worden afgeweken, bijvoorbeeld als de overleden patiënt iemand hiervoor schriftelijk heeft gemachtigd.

Patiënten hebben het recht gegevens te laten aanvullen, verbeteren of verwijderen. Hiertoe dient een schriftelijk verzoek bij de hulpverlener te worden ingediend. Als de hulpverlener gegronde redenen heeft, mag hij dit weigeren. De hulpverlener moet dit dan schriftelijk meedelen aan de

patiënt. In dat geval kan de patiënt verzoeken zijn brief met aanvullende of verbeterde informatie aan het dossier toe te voegen. De hulpverlener is verplicht dit te doen.

e. Wilsonbekwaam

Een patiënt die zo ziek is dat hij niet meer zelf kan beslissen over onderzoek en behandeling, is wilsonbekwaam. De hulpverlener bepaalt of iemand wilsonbekwaam is. Dit is dus een medische en geen juridische beslissing. In een wilsverklaring kan iemand omschrijven wat hij wel en niet wenst indien hij wilsonbekwaam wordt. Ook kan hij daarin een vertegenwoordiger aanwijzen, die in zijn plaats beslist over verzorging, verpleging, behandeling en onderzoek.

Als iemand wilsonbekwaam wordt en geen wilsverklaring heeft of geen vertegenwoordiger heeft benoemd, kunnen volgens de WGBO de partner, de ouders, een meerderjarig kind, een broer of een zus als vertegenwoordiger optreden.

f. Minderjarigen

Alle bepalingen uit de WGBO gelden ook voor minderjarigen, maar de wet maakt wel onderscheid naar leeftijd.

Bij kinderen tot 12 jaar mogen alleen de ouders toestemming geven voor onderzoek en behandeling. De hulpverlener en de ouders dienen het kind wel zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming en begrijpelijke informatie te geven. De wet stelt het belang van het kind voorop, dus wanneer de hulpverlener vindt dat het besluit van de ouders niet in het belang van het kind is, hoeft hij dat besluit niet uit te voeren.

Voor onderzoek en behandeling bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar moeten zowel het kind als de ouders toestemming geven. Een kind tussen de 12 en 16 jaar kan een hulpverlener vragen om geheimhouding tegenover zijn ouders.

Jongeren van 16 en 17 jaar hebben dezelfde patiëntenrechten als volwassenen. Zij kunnen zelfstandig toestemming geven voor onderzoek of behandeling. Ouders mogen een dossier van 16 of 17 jarige jongeren alleen met hun toestemming inzien. Alleen als niet duidelijk is of een jongere aan financiële verplichtingen kan voldoen, kan de hulpverlener overleg met de ouders als voorwaarde stellen.

2.1.3 Klachtbehandeling en Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

Informele klachtenbehandeling

a. Advies en bemiddeling

Een patiënt die een klacht heeft en deze wil bespreken met de betrokken hulpverlener, kan hierbij desgewenst hulp inroepen. Steeds meer instellingen hebben een ondersteuner of klachtenfunctionaris in dienst, die in een conflict kan bemiddelen. Ook kan de patiënt ondersteuning vragen bij het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG).

Formele klachtenbehandeling

b. Klachtencommissie

Een patiënt kan zijn klacht ook voorleggen aan de interne klachtencommissie. De WKCZ verplicht iedere instelling en elke zelfstandig werkende hulpverlener een klachtenregeling en een klachtencommissie te hebben. Bij de klachtencommissie kan worden geklaagd over een gedraging van de hulpverlener of een medewerker in dienst van de instelling. Dit kan variëren van een onvriendelijke bejegening tot klachten over het medisch-technisch handelen en slechte voorlichting. Bij de klachtencommissie kan echter geen schadeclaim worden ingediend. De

klachtencommissie doet schriftelijk en gemotiveerd uitspraak over de gegrondheid van de klacht en kan daarbij ook aanbevelingen doen. De aangeklaagde hulpverlener is echter niet gebonden aan de uitspraak van de klachtencommissie.

De WKCZ voorziet niet in mogelijkheden voor hoger beroep. Sommige sectoren hebben hiervoor op eigen initiatief mogelijkheden gecreëerd. Klagers die in het ongelijk zijn gesteld, kunnen overwegen de tuchtrechter of de civiele rechter in te schakelen.

c. Tuchtrect

Het wettelijk tuchtrect geldt voor een aantal individuele beroepen in de gezondheidszorg, te weten de beroepen van arts, apotheker, psycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Patiënten met ernstige klachten over het handelen van een van deze beroepsbeoefenaars, kunnen hierover een klacht indienen bij een van de vijf regionale tuchtcolleges. Tegen een uitspraak van een regionaal tuchtcollege is hoger beroep mogelijk bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

d. Civielrecht

Er zijn ruwweg twee redenen waarom patiënten een gang naar de civiele of burgerlijke rechter maken: voor een vordering tot nakoming en/of voor een eis tot schadevergoeding. De juridische procedures zijn vaak lang en kostbaar. Daarom is er nu ook een laagdrempelige geschillencommissie ziekenhuizen ingesteld.

e. Geschillencommissie ziekenhuizen

Na een experimentele periode die succesvol werd afgesloten, is de geschillencommissie een blijvende mogelijkheid geworden voor de afwikkeling van kleinere schadeclaims. Een patiënt kan zich zonder veel formaliteiten tot deze commissie wenden met schadeclaims tot € 4.538. De proceskosten zijn laag.

f. Strafrecht

De mogelijkheid tot strafrechtelijke vervolging ligt exclusief bij de overheid, in casu het Openbaar Ministerie. In strafzaken prevaleert in het algemeen het maatschappelijk belang en het belang van de rechtsorde boven het belang van de cliënt. Vervolging kan alleen plaatsvinden voor handelingen en gedragingen die als zodanig als delict staan beschreven in het Wetboek van Strafrecht, bijvoorbeeld mishandeling of dood door schuld. Iedereen die een strafbaar feit vermoedt, kan aangifte doen.

2.1.4 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)

De WMCZ verplicht alle zorginstellingen een cliëntenraad in te stellen. De raad behartigt de gezamenlijke belangen van de cliënten. De instelling moet zelf het initiatief tot oprichting nemen en regelt hoeveel leden de cliëntenraad heeft, hoe deze worden benoemd, wie lid kunnen worden en hoe lang de zittingsduur is. De kosten van de cliëntenraad komen voor rekening van de instelling. De WMCZ stelt als voorwaarde dat de cliëntenraad representatief is voor de cliënten en dat deze in staat is de gemeenschappelijke belangen te behartigen. De cliëntenraad heeft het recht gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen. De instelling is verplicht om over voorgenomen besluiten op een aantal gebieden advies van de cliëntenraad te vragen.

De WMCZ verplicht de zorginstelling bestuursstukken openbaar te maken voor alle cliënten van de instellingen, zoals jaarverslag, beleidsuitgangspunten en klachtenregeling. De cliëntenraad heeft de bevoegdheid om tenminste één bestuurslid of lid van de raad van toezicht voor benoeming voor te dragen. Deze voordracht is bindend.

2.2 Evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen

2.2.1 Conclusies van het evaluatieonderzoek

Eind 2001 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Casparie, 2001). De belangrijkste conclusies van dit evaluatieonderzoek luiden als volgt:

- De meeste zorgaanbieders schrijven inmiddels een kwaliteitsjaarverslag. In dit verslag wordt veel aandacht besteed aan de activiteiten van de betreffende zorgaanbieder, maar te weinig aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid. De aanbeveling luidt dat zorgaanbieders actiever moeten zijn bij het realiseren van het cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en vervolgens kwaliteitsverbetering.
- Het patiëntenperspectief krijgt onvoldoende ruimte binnen het kwaliteitsbeleid. De betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties is gering. De aanbeveling is hier dat de patiënten/consumentenorganisaties op landelijk niveau, de RPCP's op regionaal niveau en de cliëntenraden op instellingsniveau dienen te worden betrokken bij de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en normen.
- De taken en verantwoordelijkheden van onder meer patiënten/consumentenorganisaties komen binnen het kwaliteitsbeleid nog onvoldoende uit de verf. Volgens de onderzoekers dient de overheid de patiëntenorganisaties beter toe te rusten om hun toetsende rol met betrekking tot kwaliteitsbeleid beter invulling te kunnen geven.

Uit de evaluatie van de Kwaliteitswet blijkt dat de meeste zorginstellingen en RPCP's het erover eens zijn dat het kwaliteitsjaarverslag op het moment van het onderzoek niet functioneert als instrument voor externe verantwoording. Verder is het door de diversiteit van aanpak en gehanteerde begrippen niet mogelijk de inhoud van de kwaliteitsjaarverslagen van verschillende instellingen onderling te vergelijken. Daarom bestaat er behoefte aan meer standaardisatie. Aanbevolen wordt richtlijnen te ontwikkelen voor kwaliteitsjaarverslagen. Deze zouden vooral moeten gaan over de wijze waarop de resultaten van het kwaliteitsbeleid zichtbaar kunnen worden gemaakt, zoals met name:

1. de registratie van de gegevens betreffende de patiëntgebonden uitkomst van de geleverde zorg;
2. de resultaten van onafhankelijke externe beoordelingen door patiënten/consumentenorganisaties en aan de hand van schema's van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (zie paragraaf 4.1.4);
3. de indicatoren of gegevens met betrekking tot patiëntgerichtheid in het primaire proces en de organisatie van de zorg (inbreng van patiënten, cliëntenraden en patiëntenorganisaties).

In een brief aan de Tweede Kamer van 10 juni 2002 (Tweede Kamer, 2002, 10 juni) geeft de minister van VWS haar standpunt op deze evaluatie. Zij is van mening dat het instrument van de kwaliteitsjaarverslagen op een aantal onderdelen dient te worden aangescherpt, teneinde het beter te laten functioneren. De kwaliteitsjaarverslagen waren bedoeld als een extern verantwoordingsinstrument dat inzicht biedt in de kwaliteit van de geleverde zorg, maar dit doel wordt bij lange na niet gehaald. Volgens de minister kan het instrument pas als extern verantwoordingsinstrument dienen als het ook een realistisch inzicht geeft in het functioneren op kwaliteitsgebied. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de effecten van het kwaliteitsbeleid op de uiteindelijke patiëntenzorg en ook om de resultaten uit de FONA (Fouten, Ongevallen, Near-Accidents) en MIP (Meldingen Incidenten in de Patiëntenzorg)-commissies. Verder denkt de minister ook aan de moderniseringstrajecten binnen de curatieve zorg en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hierbij komt voor de terugtrekkende overheid extra nadruk te

liggen op het zeker stellen van de publieke belangen, waarbij aspecten als informatievoorziening, transparantie en verantwoording onmisbaar zijn. Aangezien aanscherping van de verslaglegging dan noodzakelijk is, neemt de minister de aanbeveling om richtlijnen te ontwikkelen voor kwaliteitsjaarverslagen over. Zij wil echter eerst de resultaten afwachten van het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut, dat moet resulteren in een standaard voor het kwaliteitsjaarverslag. In de volgende paragraaf worden de resultaten van dit onderzoek besproken.

Verder is de minister van mening dat naast de aanscherping van het instrument zelf ook de inhoudelijke feedback op het kwaliteitsjaarverslag dient te worden verbeterd. De conclusie van het evaluatieonderzoek dat de mogelijkheden tot het geven van feedback op het kwaliteitsjaarverslag door de externe partijen nog niet voldoende worden benut, is echter voor een deel te wijten aan de informatie die het kwaliteitsjaarverslag op het moment van het onderzoek verschaft. Zolang de kwaliteitsjaarverslagen geen daadwerkelijke resultaten van het kwaliteitsbeleid bevatten, is toetsing voor de IGZ en de RPCP's lastig.

2.2.2 Opstellen van een standaard voor kwaliteitsjaarverslagen

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om te komen tot een standaard voor kwaliteitsjaarverslagen in de zorgsector (Oudenampsen, 2002). Aanleiding voor dit onderzoek was de constatering bij de evaluatie van de Kwaliteitswet dat er veel onvrede bestond over de wijze waarop het kwaliteitsjaarverslag werd gehanteerd door de instellingen voor gezondheidszorg (Casparie, 2001).

Door diverse brancheorganisaties, RPCP's, zorgverzekeraars en het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteit van Zorg (LCKZ) zijn richtlijnen en checklists opgesteld om kwaliteitsjaarverslagen op te stellen of te beoordelen. In het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut is nagegaan welke aanknopingspunten deze bieden voor een programma van eisen dat tegemoet komt aan de punten van kritiek die bij de evaluatie van de Kwaliteitswet naar voren zijn gekomen. Aandachtspunten hierbij zijn het belang van het kwaliteitsjaarverslag als instrument voor externe verantwoording, meer aandacht voor het cyclische karakter van kwaliteitszorg, eenduidigheid van begrippen en meer aandacht voor de patiëntgebonden uitkomsten van het kwaliteitsbeleid. Geconcludeerd wordt dat het kwaliteitsjaarverslag met name inzicht dient te geven in:

- a. de missie en doelstellingen van de instelling;
- b. de verbeterdoelen;
- c. het kwaliteitssysteem dat gebruikt is om de verbeterdoelen te bereiken;
- d. de eisen die gesteld zijn aan de materiële infrastructuur, de bouwkundige voorzieningen en het personeelsbeleid;
- e. de wijze waarop de doelen getoetst zijn aan de hand van systematisch verzamelde gegevens;
- f. de wijze waarop gebruik is gemaakt van gegevens van klachtenbehandeling en bemiddeling;
- g. de resultaten van extern overleg met partijen.

Op basis van deze aspecten hebben de onderzoekers een eerste conceptprogramma van eisen vastgesteld. Dit programma van eisen is inhoudelijk getoetst door een expertcommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van RPCP's, IGZ, verzekeraars en zorgaanbieders. Vervolgens is de werkzaamheid ervan getoetst in vijf instellingen uit vijf verschillende sectoren, waaronder een ziekenhuis. De onderzoekers concluderen dat het mogelijk is om met de bij het onderzoek betrokken instellingen, zorgverzekeraars en RPCP's tot overeenstemming te komen over de thema's die in een kwaliteitsjaarverslag aan de orde dienen te komen. Verder concluderen zij dat

het voor de meeste instellingen nog een stap te ver is naar kwantificeerbare en dus beter vergelijkbare gegevens voor de verslaglegging te werken. Dit is ook afhankelijk van de uitkomsten van de discussie over indicatoren die in een toekomstig programma van eisen een plaats zouden kunnen krijgen. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat de externe partijen meer informatie willen over de resultaten van het kwaliteitsbeleid, met name uitkomsten op patiëntniveau en dat zij niet geïnteresseerd zijn in de procedurele beschrijvingen die nu in veel kwaliteitsjaarverslagen overheersen.

De onderzoekers beschouwen het ontwikkelde programma van eisen als een eerste resultaat, dat in de loop van de volgende jaren kan worden uitgewerkt. Zij merken hierbij op dat een concretisering van het programma van eisen met bijvoorbeeld indicatoren mede afhankelijk is van de verdere voortgang van het kwaliteitsbeleid.

2.3 Huidige overheidsbeleid

Het huidige beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht het Nederlandse gezondheidsstelsel om te vormen naar een meer vraaggericht systeem met marktwerking en in het kader hiervan transparantie te creëren in de prestaties van het zorgaanbod. Meer transparantie van de zorgmarkt voor de zorggebruiker wordt noodzakelijk geacht om de zorggebruiker in staat te stellen zelf te kunnen kiezen. Om daadwerkelijk te kunnen kiezen, moeten zorggebruikers kunnen beschikken over betrouwbare, actuele en toegankelijke informatie over de beschikbaarheid, doelmatigheid, kwaliteit, prijs en leveringsvoorwaarden van de zorg. Zorgaanbieders moeten hierover dus verantwoording afleggen aan de zorggebruikers. Prestatie-indicatoren kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Er bestaan plannen om per 1 januari 2006 een nieuw zorgstelsel in te voeren, waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering vervalft. De plannen omvatten de invoering van een algemene basisverzekering, die verplicht is voor iedereen. Dit nieuwe zorgstelsel bevat een vorm van marktwerking, hetgeen onder meer betekent dat ziekenhuizen en andere zorgaanbieders te maken krijgen met financiering die afhankelijk is van de geleverde prestaties. In ruil daarvoor komen er meer vrijheden in de regelgeving, zodat zorgaanbieders kunnen profiteren van de mogelijkheden die de zorgmarkt biedt. Het is de bedoeling dat aanbieders van zorg zich op een eenduidige wijze gaan verantwoorden over de geleverde zorg en dat zorgverzekeraars zich in hun contracteerbeleid niet alleen richten op betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, maar ook op de kwaliteit.

De huidige centrale overheidssturing van de zorgsector biedt te weinig ruimte en onvoldoende prikkels aan de zorgpartijen om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te leveren. Daarom moet de zorgsector een zelfregulerend systeem worden, met daarin prikkels voor zowel verzekeraars en zorgaanbieders als verzekerden. De overheid blijft de publieke belangen waarborgen. Zij doet dit door als kadersteller en toezichthouder op te treden. De overheidskaders zijn te zien als een raamwerk waarbinnen de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgvragers/verzekerden de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid hebben om de zorg decentraal, dichtbij de vrager te organiseren en te verkrijgen. Als toezichthouder blijft de overheid verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen in de zorg, zodat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit voor iedereen toegankelijk is. Om de toegankelijkheid voor iedereen te kunnen waarborgen, is een beheerste kostenontwikkeling noodzakelijk. Ook hierop zal de overheid toezien.

Het Ministerie van VWS en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben in november 2003 het programma Sneller Beter gestart, dat als doel heeft de transparantie,

doelmatigheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren. De website [www. snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) bevat informatie over dit programma. Door dit programma moet de patiënt gaan merken dat de zorg sneller beter wordt. Sneller betekent dat wachten op zorg binnen aanvaardbare proporties dient te blijven. Beter wil met name zeggen dat de zorg veiliger, doelmatiger en patiëntvriendelijker wordt. In dit programma staan de volgende drie pijlers centraal:

1. Benchmark van de ziekenhuizen en de eerste lijnszorg

Doel hiervan is informatie te krijgen over de samenstelling van het zorgaanbod, de beschikbaarheid, de organisatie van zorgverlening, de productiviteit, de financiën en de patiënttevredenheid. De benchmarks geven vooral zicht op de onderlinge verschillen tussen en de verbeterpotentie van de individuele zorgaanbieders.

2. Prestatie-indicatoren voor een veilige en betere zorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft samen met de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) een set prestatie-indicatoren ontwikkeld voor ziekenhuizen. Deze beogen gegevens te genereren over de effectiviteit en de veiligheid van de verleende zorg. Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen de informatie omtrent deze prestatie-indicatoren medio 2004 publiceren in hun (kwaliteits-) jaarverslag en/of op hun website. In paragraaf 4.1.5 wordt hier nader op ingegaan.

3. Landelijk actieprogramma kwaliteit, innovatie en doelmatigheid

Centraal hierbij staan de vragen waar de patiënt het meest last van heeft, waar de zorg aanzienlijk kan worden verbeterd en hoe tegelijkertijd kosten kunnen worden bespaard. Prioriteitsgebieden zijn patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en zeggenschap. Doel van het programma is het bewerkstelligen van versnelde implementatie van best practices op deze drie prioriteitsgebieden door middel van ondersteunende programma's, die hun succes nationaal en internationaal hebben bewezen.

3 Theorievorming over prestaties

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg wordt steeds vaker gesproken over de prestaties van de zorgverlening en het sturen op basis van prestatie-indicatoren. De basis voor dit denken in termen van prestatie-indicatoren is gelegd in de Verenigde Staten in de jaren zestig van de twintigste eeuw. Prestatie-indicatoren maken deel uit van een sturingsfilosofie die gebaseerd is op de systeemtheorie. Hierbij worden organisaties beschreven in termen van input, proces, output/outcome en feedback. In het bedrijfsleven is het gebruik van prestatie-indicatoren ontwikkeld in het kader van kwaliteitsmanagement. Concepten als Total Quality Management, het EFQM model (European Foundation for Quality Management) en het ISO model (International Organization for Standardization) zijn vervolgens overgenomen door de collectieve sector, waaronder de gezondheidszorg. In de jaren tachtig is het gebruik van prestatie-indicatoren voor de collectieve sector overgewaaid naar Europa.

3.1 Definitie van prestaties

Voor het opstellen van indicatoren voor de prestaties van gezondheidszorgsystemen is het noodzakelijk eerst te definiëren wat prestaties zijn. In de literatuur worden de begrippen 'prestaties' en 'kwaliteit' vaak als synoniemen gebruikt.

In het rapport 'Bakens zetten' van het onderzoek dat het Ministerie van VWS heeft laten uitvoeren om een eerste aanzet te geven voor de ontwikkeling van een raamwerk van prestatie-indicatoren voor het Nederlandse gezondheidszorgsysteem worden verschillende definities van prestaties beschreven (Delnoij, 2002). Zo worden in het door de Europese Commissie gefinancierde ECHI-project (European Community Health Indicators) prestaties (performance) min of meer als synoniem voor kwaliteit van zorg gebruikt. Als indicatoren voor het meten van kwaliteit en prestaties van het gezondheidszorgsysteem worden onder meer tevredenheid met het gezondheidszorgsysteem, klachten, wachlijsten/wachttijden, vermijdbare sterfte en postoperatieve wondinfecties voorgesteld. Dit zijn indicatoren die aangeven of het gezondheidszorgsysteem doet wat het geacht wordt te doen, zoals mensen beter maken en onnodige sterfte vermijden, en of dit op een veilige en patiëntvriendelijke manier gebeurt.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) noemt dergelijke indicatoren in haar rapport 'Health Systems: Improving Performance', waarin wordt gerapporteerd over de prestaties van de gezondheidssystemen van de 191 lidstaten, indicatoren voor doelbereiking. Prestaties worden in dit rapport gedefinieerd als de discrepantie tussen de feitelijke mate van doelbereiking en de mate die bereikt had kunnen worden gegeven de ingezette middelen. In termen van de systeemtheorie gaat het hier dus om het succes waarmee de input in het systeem wordt getransformeerd tot de gewenste output.

Ook in een onderzoek van Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) naar prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker (Groenewoud, 2003) worden de begrippen 'kwaliteit' en 'prestaties' als synoniemen gebruikt. In dit onderzoek worden de volgende kenmerken van het concept 'prestatie(s)' genoemd:

1. Het is een subjectgebonden begrip.

Prestatie is geen intrinsieke eigenschap van een object (zorg), maar bestaat als een abstract begrip in het hoofd van de beschouwer. De concrete invulling zal per betrokkene verschillen. De positie waarin men zich bevindt, oftewel de context, is van invloed op de visie die men op

kwaliteit c.q. prestaties heeft. Om dit te illustreren, worden in het rapport van ZonMw de drie soorten definities van kwaliteit beschreven die Donabedian op basis van een verschil in context heeft onderscheiden (Donabedian, 1980). In de eerste plaats is er de technische definitie, waaronder de omschrijving van kwaliteit van zorg vanuit de optiek van de beroepsbeoefenaar wordt verstaan. In de geïndividualiseerde definitie is het oordeel van de patiënt doorslaggevend in de omschrijving van de kwaliteit. De sociale definitie tenslotte heeft een utilistische invalshoek, waarbij het nut van de populatie als geheel in beschouwing wordt genomen. Ook het aggregatieniveau waarop het concept 'kwaliteit van zorg' c.q. 'prestaties' wordt toegepast, is van belang. Dit krijgt op macroniveau een andere invulling dan op microniveau. Ook van invloed op de visie op kwaliteit is wie de actor is en vanuit welk perspectief deze actor redeneert. Actoren kunnen hier onder meer verzekeraars, overheid en patiënten/consumentenorganisaties zijn. Elk van deze actoren oordeelt vanuit meerdere perspectieven over de prestaties van een zorgaanbieder. Zo kan bijvoorbeeld een verzekeraar de prestaties van een zorgaanbieder beoordelen vanuit zijn rol van zorginkoper, als financier van de zorg en als schadeverzekeraar. In het eerste geval zal de verzekeraar vanuit het perspectief van de patiënten de kwaliteit van de zorg beoordelen. In de andere twee gevallen kijkt de verzekeraar vanuit het perspectief van allocator van middelen en ondernemer vooral naar de bedrijfsresultaten van de zorgaanbieder. Geconcludeerd wordt dat het voor het creëren van een eenduidig referentiekader voor het beoordelen van prestaties noodzakelijk is steeds te redeneren vanuit één context, actor en perspectief tegelijk.

2. Het is een primair en abstract begrip.

Iedereen heeft het erover, maar niemand kan een exacte definitie geven.

3. Het is een relatief begrip.

Het komt tot stand door een vergelijking van een norm met het gerealiseerde. Hierbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen objectieve of liever gezegd intersubjectieve en meer subjectieve, individuele prestatie-oordelen. Objectieve prestatie-oordelen zijn gebaseerd op de vergelijking van een vooraf vastgestelde norm met het gerealiseerde. Aangezien de vaststelling van een universeel geldende, objectieve norm vaak niet mogelijk is en normen dus meestal worden vastgesteld door een groep individuen die hierover samen overeenstemming bereiken, is het in dit geval beter te spreken van een intersubjectieve norm. Subjectieve kwaliteitsoordelen door een individu worden gebaseerd op een confrontatie van zijn verwachtingen, die hij tot norm verheft, met zijn ervaringen, die hij zal beschouwen als hetgeen gerealiseerd wordt.

4. Een oordeel over prestaties is altijd gericht op een voorwerp van aandacht, dus altijd op bepaalde objecten, op diverse aggregatieniveaus in de gezondheidszorg.

Het aggregatieniveau kan variëren van het nationaal gezondheidszorgsysteem van een land tot aan de ervaringen van de individuele patiënt.

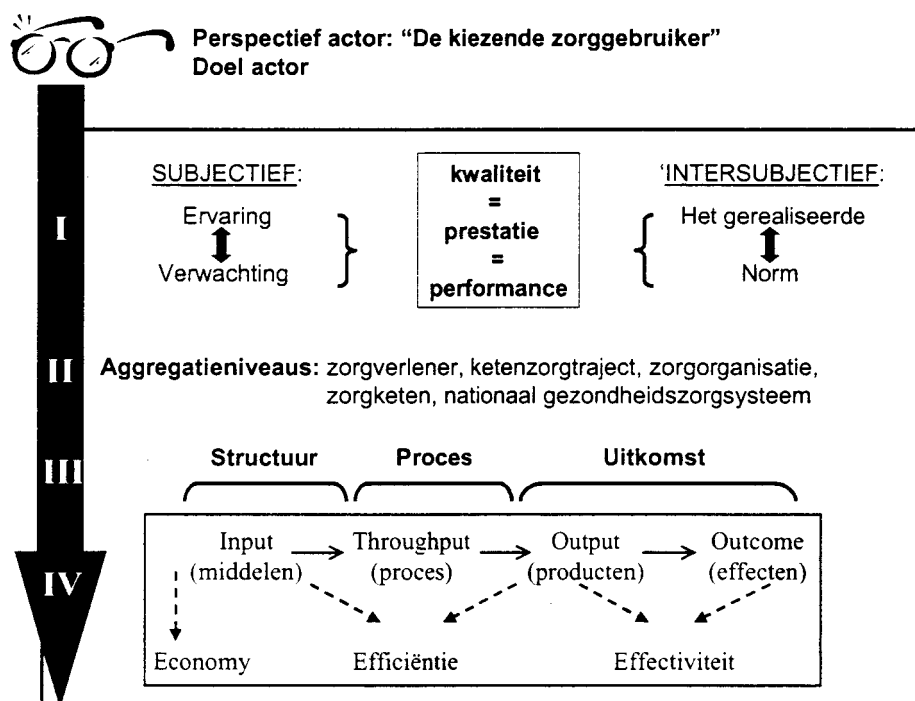
5. Het oordeel over de prestatie(s) is altijd samengesteld of opgebouwd uit meerdere (in het hoofd van de beschouwer vaak niet geoperationaliseerde) prestatie-aspecten.

In het rapport van ZonMw staat beschreven dat deze prestatie-aspecten door Donabedian worden ingedeeld in aspecten die betrekking hebben op structuur, (zorg)proces en uitkomsten of resultaten. Structuuraspecten betreffen de voorwaardenscheppende factoren van gezondheidszorg, zoals beschikbare financiële middelen en menskracht. Het zorgproces betreft de interactie tussen zorgverleners en patiënten. Aspecten die op dit zorgproces betrekking hebben, zijn bijvoorbeeld de wachttijd, het aantal operatieve ingrepen en de verpleegduur.

Onder een uitkomst van zorg verstaat Donabedian de uiteindelijk tot stand gekomen verandering in de toestand van een patiënt of populatie, die aan een geneeskundige interventie kan worden toegeschreven, zoals bijvoorbeeld sterfte, de waarden van bepaalde klinische parameters bij het verlaten van het ziekenhuis en tevredenheid met de verleende zorg.

Uitkomsten kunnen worden onderverdeeld in producten of productie op korte termijn, de output, en effecten op langere termijn, de outcome. In het EEE-model van prestatiemeting van Van Helden, dat in het rapport van ZonMw wordt beschreven, wordt 'prestatie' of 'kwaliteit' geoperationaliseerd als de economy, efficiëntie en effectiviteit van fasen in een transformatieproces (en de verhouding tussen die fasen), waarbij middelen (input), via activiteiten (throughput) worden omgezet in producten (output), die op hun beurt leiden tot effecten (outcome). Economy heeft betrekking op het optimaliseren van de aanschaf van productiemiddelen en in het bijzonder op de aanschafprijzen van de voor het transformatieproces benodigde productiemiddelen. De efficiëntie betreft de verhouding tussen de inzet van middelen (input) en de producten (output). De effectiviteit houdt verband met de relatie tussen de producten (output) en de daarmee te bereiken effecten (outcome).

In het onderzoek van ZonMw wordt gebruik gemaakt van een conceptueel model dat is opgebouwd aan de hand van deze kenmerken. Dit model, dat hieronder staat afgebeeld, wordt in het betreffende onderzoek onder meer gebruikt als raamwerk voor de inventarisatie van prestatie-indicatoren. Prestaties hebben betrekking op structuur-, proces, uitkomst, economy, efficiëntie en effectiviteitskenmerken.



Figuur 3.1: Conceptueel model voor prestatie-indicatoren (bron: Groenewoud, 2003)

Evenals in veel literatuur het geval is, zullen in het vervolg van deze scriptie de begrippen 'prestaties' en 'kwaliteit' als synoniemen worden beschouwd en zal gebruik worden gemaakt van bovenstaand conceptueel model.

3.2 Prestatie-indicatoren

Aangezien het begrip 'prestatie' zeer breed is, hebben actoren in de gezondheidszorg behoefte aan een set van enkele kengetallen die een betrouwbaar en overzichtelijk beeld geven van de prestaties van (objecten in) de gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren kunnen hierbij een goed hulpmiddel zijn. Een prestatie-indicator geeft informatie die mogelijk een afspiegeling is van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg.

3.2.1 Verschillen tussen interne en externe prestatie-indicatoren

In het artikel 'Paradigma's van kwaliteit' in het tijdschrift 'Medisch Contact' beschrijven Berg en Schellekens de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren (Berg, 2002). Interne kwaliteitsindicatoren zijn indicatoren die aanbieders van zorg kunnen gebruiken om de zorgprocessen te sturen en te verbeteren. Externe indicatoren hebben als doel door anderen, zoals overheid, inspectie en zorgverzekeraars, te worden gebruikt om te beoordelen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit leveren en om zorgaanbieders onderling te vergelijken. De auteurs benadrukken dat er belangrijke verschillen bestaan tussen interne en externe indicatoren.

In de eerste plaats dienen interne en externe indicatoren verschillende doelen. Voor het verbeteren van zorgprocessen zijn interne indicatoren nodig om knelpunten te identificeren en analyseren en om na te gaan of een verbetering effect heeft. Hiervoor is het noodzakelijk dat de indicatoren relevant zijn voor de direct betrokken zorgprofessionals en managers. Dit betekent dat de indicatoren specifiek moeten zijn voor het betreffende zorgproces en betrekking moeten hebben op de belangrijke stappen in dat proces en dat zij specifiek moeten zijn voor de situatie. Tevens moet het haalbaar zijn om de gegevens in het zorgproces te verzamelen tijdens of kort na de geleverde zorg. Volgens de auteurs zijn deze indicatoren niet relevant voor zorgconsumenten en verzekeraars, die om aanbieders van zorg te kunnen vergelijken, vooral geïnteresseerd zouden zijn in de globale patiëntensatisfactie en in algemene kwaliteitsindicaties, zoals accreditering van een instelling of de reputatie van een arts. Dergelijke indicatoren bieden echter vanwege hun grofmazigheid weinig aangrijpingspunten voor het verbeteren van een zorgproces.

Een ander verschil betreft de benodigde validering. Bij interne indicatoren is uitputtende validering volgens de auteurs niet nodig, aangezien het hierbij gaat om voor- en nametingen in de eigen situatie waarin veel variabelen hetzelfde blijven. Bovendien kunnen professionals de indicatoren die ze zelf meten ook goed zelf interpreteren. Kleine steekproeven en weinig bepalingen voldoen hier meestal.

Bij externe indicatoren is externe validering echter wel cruciaal. Omdat de vergelijkingen fair en reëel moeten zijn, mogen relevante verschillen in zorgcontext niet over het hoofd worden gezien. Hiervoor zijn grote steekproeven nodig en moeten de gegevens over langere perioden worden verzameld. Veel potentieel relevante indicatoren blijken onbruikbaar te zijn, omdat er geen garantie is dat ze vergelijkbaar zijn. De indicatoren die overblijven, zijn grofmazig en hebben hun selectie meer te danken aan hun meetbaarheid dan aan hun relevantie voor het beoordelen van een zorgproces.

De auteurs stellen dat het slechts bij uitzondering mogelijk is om één indicator voor zowel interne als externe doeleinden te gebruiken. Als er geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen interne en externe indicatoren, dreigt het gevaar dat overheid, zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties inzicht willen krijgen in allerlei interne indicatoren, of zorgprofessionals opdragen interne indicatoren ook voor extern gebruik geschikt te maken. Dit zal leiden tot

onbruikbare bestanden, niet alleen omdat de gegevens niet vergelijkbaar zijn, maar ook omdat zorgprofessionals in zo'n situatie niet erg bereid zullen zijn gegevens aan te leveren.

3.2.2 Effecten en neveneffecten van prestatie-indicatoren

In het onderzoeksrapport van ZonMw worden de effecten en neveneffecten van zowel interne als externe prestatie-indicatoren besproken. De effecten van interne prestatie-indicatoren zijn enerzijds het in gang zetten van verbeteracties en anderzijds het bereiken van aantoonbare verbetering van de kwaliteit van het proces en/of de uitkomst van zorg. Op basis van literatuuronderzoek concluderen de onderzoekers dat beide effecten bestaan.

De beoogde effecten van externe prestatie-indicatoren zijn enerzijds het in staat stellen van patiënten en financiers om keuzes te maken op basis van objectieve informatie en anderzijds het aanmoedigen van initiatieven tot kwaliteitsverbetering aan de aanbiederszijde door middel van feedback over de performance. Op basis van voornamelijk Amerikaans onderzoek naar het gebruik van performancegegevens door zorginkopers concluderen de onderzoekers dat het gebruik voor het selecteren van de zorgaanbieders met de beste prestaties gering is, maar dat zorginkopers de informatie soms wel gebruiken om zorgaanbieders aan te sporen tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Verder vermelden de onderzoekers een Nederlands onderzoek naar het gebruik van op het internet gepubliceerde wachttijden voor specialismen in ziekenhuizen, waarvan de conclusie luidt dat zorgverzekeraars de wachttijdgegevens niet gebruiken om zorgaanbieders onderling te vergelijken, omdat het de verzekeraars hiervoor aan de gewenste achtergrondinformatie ontbreekt. De verzekeraars gebruiken de wachttijden wel in de onderhandelingen met individuele ziekenhuizen over productieafspraken. Criterium hierbij is dat de zorg binnen de Treek-normen¹ die voor de wachttijden zijn afgesproken, dient te worden gerealiseerd.

Voor wat betreft het gebruik van prestatie-indicatoren door zorggebruikers concluderen de onderzoekers van ZonMw dat gezondheidszorgdiensten worden gekenmerkt door een aantal specifieke factoren die hiervoor een belangrijke barrière vormen. De volgende kenmerken worden genoemd:

- **Tijdsdruk en/of de gezondheidstoestand van de patiënt**
Patiënten die met een min of meer acuut gezondheidsprobleem worden geconfronteerd, zijn niet in de gelegenheid een uitgebreid keuzeproces te doorlopen. Verder is het zeer de vraag of zij wel informatie zouden willen verzamelen over de zorgaanbieder en de aangeboden zorg, of dat zij in eerste instantie 'gewoon' van de kwaliteit af willen zijn.
- **Schaarste in de zorg**
Wanneer onder tijdsdruk ook nog eens onzekerheid bestaat over de beschikbaarheid van de zorg, zal de rol van informatie over dat zorgaanbod verder afnemen.
- **Geringe waargenomen productverschillen**
Vanwege gebrek aan transparantie vinden patiënten het moeilijk in te schatten waarin aangeboden diensten in de gezondheidszorg van elkaar verschillen. Ook geven patiënten in een aantal gevallen aan geen grote kwaliteitsverschillen te verwachten tussen zorgaanbieders.

¹ Treeknormen zijn door zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk opgestelde streefnormen voor de wachttijden in de zorg.

- **Tussenpersonen en verwijssystemen**

In veel gevallen is het niet de patiënt zelf die in de eerste plaats de keuze maakt voor een bepaalde zorgverlener. Zo verwijst de eigen huisarts de patiënt naar de tweede lijn en doet deze meestal zelf suggesties voor een specialist of ziekenhuis. Dit leidt tot een beperkte speelruimte van de individuele patiënt.

- **Alternatieve risico-reductie methoden, zoals merkentrouw, van-mond-tot-mond informatie en vertrouwen op de hulpverlener**

Uit het ziekenhuisvergelijkingsonderzoek van de Consumentenbond (Consumentenbond, 2002) blijkt dat 90 tot 95% van de ondervraagden de volgende keer weer voor hetzelfde ziekenhuis kiest. Verder vragen veel patiënten advies aan iemand met kennis over of ervaring met de betreffende gezondheidszorgdienst. Ook geeft vanwege de ondoorzichtigheid van het zorgaanbod het vertrouwen dat de patiënt heeft in de professional, de doorslag bij de keuze.

- **Geografische ligging van het zorgaanbod**

In veel gevallen blijkt de geografische nabijheid van de zorg van doorslaggevend belang te zijn.

Deze factoren spelen een veel belangrijker rol in het keuzeproces van zorggebruikers dan speciaal daarvoor beschikbaar gemaakte keuze-ondersteunende prestatie-informatie. De onderzoekers concluderen dat de meeste studies aantonen dat zorggebruikers nauwelijks tot geen gebruik maken van prestatie-indicatoren. Naast bovengenoemde factoren wordt hiervoor tevens als oorzaak genoemd dat vaak geen goede informatie aanwezig is en dat veel van de bestaande prestatie-informatie niet begrijpbaar en niet goed te interpreteren is door zorggebruikers.

Voor wat betreft het gebruik van de performancegegevens door de aanbieders van zorg constateren de onderzoekers dat professionals over het algemeen sceptisch zijn over het gebruik van prestatie-informatie en dat zij, hoewel zij er wel in geïnteresseerd zijn, het nut van het gebruik minimaal inschatten. Verder kan een belangrijk neveneffect zijn dat professionals moeilijke patiënten gaan vermijden. Zorgaanbieders zelf lijken wat meer geneigd prestatie-informatie te gebruiken, met name organisaties waar de prestaties goed zijn. Zo blijken de ziekenhuizen zelf wel gebruik te maken van de wachttijdgegevens. Zij gebruiken deze gegevens voor het intern afstemmen van de capaciteit, voor het identificeren en analyseren van knelpunten en het opzetten van procesverbeteringen binnen de eigen instelling en bij onderhandelingen over productieafspraken met de zorgverzekeraar.

De mogelijke effecten van de publicatie van prestatie-indicatoren op de kwaliteit van de zorg kunnen worden onderscheiden in directe en indirecte effecten. Bij het indirecte effect wordt verondersteld dat de kwaliteit van de zorg zal verbeteren, doordat verzekeraars, zorginkopers en patiënten de zorg zullen selecteren van de beste kwaliteit. Het directe effect houdt in dat zorgaanbieders zelf met de gepubliceerde gegevens aan de slag gaan om de kwaliteit van de zorgprocessen en –uitkomsten te verbeteren, ongeacht het feit of patiënten en verzekeraars deze gegevens al dan niet gebruiken. Op basis van het voorgaande concluderen de onderzoekers dat het indirecte effect niet of nauwelijks aanwezig is. Er lijkt wel een klein direct effect te bestaan. Volgens de onderzoekers zijn er enkele studies bekend waarin kleine verbeteringen in processen en uitkomsten werden gemeten na de publicatie van prestatie-informatie. Deze verbeteringen zijn mogelijk veroorzaakt doordat instellingen en professionals, wakker geschud door slechte cijfers, de zorgprocessen hebben aangepakt.

Negatieve neveneffecten bij externe prestatie-indicatoren treden met name op, wanneer het in de vorige paragraaf beschreven onderscheid tussen intern en extern gebruik niet goed wordt

gehanteerd. Volgens Berg en Schellekens (Berg, 2002) zal het gebruik van interne indicatoren voor extern gebruik leiden tot volstrekt onbruikbare bestanden van prestatie-gegevens, waardoor zorgprofessionals gedemotiveerd zullen raken en geprikkeld worden tot allerlei vertekend en frauderend gedrag, zoals het selecteren van 'gunstige patiënten' en het bewust vertekenen van gegevens die zij aan moeten leveren. Tevens kunnen door de publicatie van prestatie-gegevens kwaliteitsverbeteringen stagneren en kan het vertrouwen tussen professionals, beleidsmakers, inspectie en managers beschadigd raken.

3.2.3 Eisen waaraan externe prestatie-indicatoren moeten voldoen

In het rapport 'Bakens zetten' van het Ministerie van VWS (Delnoij, 2002) wordt een aantal eisen genoemd waaraan externe prestatie-indicatoren moeten voldoen. Prestatie-indicatoren moeten:

1. gebaseerd zijn op heldere en consistente definities;
2. valide zijn (werkelijk meten wat zij pretenderen te meten);
3. niet vatbaar zijn voor manipulatie;
4. beknopt zijn en beperkt in aantal;
5. zijn gebaseerd op geloofwaardige, betrouwbare informatie;
6. acceptabel zijn voor de organisatie die getoetst wordt;
7. betekenisvol zijn.

In het rapport van ZonMw (Groenewoud, 2003) worden nog twee aanvullende eisen gegeven voor een goede set van prestatie-indicatoren:

8. een set van prestatie-indicatoren moet een goede mix bevatten van de diverse typen indicatoren (dus zowel structuur-, proces-, output- als outcome-indicatoren en niet alleen maar uitkomstindicatoren);
9. prestatie-indicatoren moeten begrijpbaar zijn.

3.2.4 Normen

Het rapport 'Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen?' van het Nivel (Sluijs, 2002) bevat een verkennende studie naar het gebruik van normen waaraan de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen zou kunnen worden getoetst. Dit rapport is onderdeel van het ziekenhuisvergelijkingproject, dat is uitgevoerd door de Consumentenbond en het Nivel en gefinancierd door het Ministerie van VWS (Consumentenbond, 2002). In dit ziekenhuisvergelijkingproject wordt het rekenkundig gemiddelde gebruikt als maatlat om de ziekenhuizen in te delen als goed en minder goed presterend op het gebied van patiëntvriendelijkheid. Per specialisme wordt berekend welke ziekenhuizen significant boven of onder het gemiddelde scoren. Aangezien deze methode als bezwaar heeft dat daarmee vrij globale informatie over de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuisspecialismen ontstaat, is een verkennende studie uitgevoerd om na te gaan of er in Nederland ook andere normen worden gehanteerd die wellicht ook zouden kunnen worden gebruikt in toekomstige vergelijkingen van ziekenhuizen.

Relatief veel normen voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief blijken te zijn opgesteld door de NPCF en door bijvoorbeeld de organisaties die zich bezighouden met accreditatie (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ)) of certificering in de gezondheidszorg (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)). Volgens de onderzoekers kunnen deze normen echter niet als maatlat voor toetsing worden gebruikt,

omdat ze in vrij algemene termen zijn geformuleerd en niet zijn geoperationaliseerd in indicatoren c.q. concrete getallen of meetbare grootheden.

De onderzoekers concluderen dat er in Nederland ten tijde van het onderzoek zes soorten meetbare normen worden gebruikt, te weten:

1. **Gemiddelde:** op basis van het rekenkundig gemiddelde over alle ziekenhuizen worden individuele ziekenhuizen ingedeeld in goed en minder goed presterend.
2. **Best practice:** bij benchmarking wordt uitgegaan van de 10% best presterende instellingen. De scores van deze best practices worden streefnormen voor de instellingen.
3. **100%-norm:** als norm geldt dat 100% van de patiënten tevreden is over elk zorgaspect.
4. **80% of 90%-norm:** 80% of 90% van de patiënten is tevreden over elk zorgaspect.
5. **Gedifferentieerde normen:** dit betekent dat normen per zorgaspect kunnen verschillen. Een voorbeeld hiervan zijn de Treeknormen, die aangeven dat voor ziekenhuisopname 80% van de patiënten binnen vijf weken moet zijn opgenomen, terwijl voor de polikliniek geldt dat 80% binnen drie weken terecht moet kunnen.
6. **Limieten voor individuele patiënten:** ook hier gelden de Treeknormen als voorbeeld. De maximale wachttijd voor individuele patiënten is in de Treeknormen gesteld op zeven weken voor opname, zes weken voor dagbehandeling en vier weken voor de polikliniek.

De onderzoekers constateren dat de voor- en nadelen van deze zes soorten normen mede afhankelijk zijn van de wijze waarop de normen worden gebruikt. Van belang is onder meer de status van de normen: zijn het minimumnormen of streefnormen? Ook belangrijk is het feit of de normen vrijblijvend zijn, of dat er incentives of sancties aan verbonden zijn, alsmede de mate waarin patiënten al dan niet aanspraken aan de normen kunnen ontlenen. Verder zijn de acceptatie en het draagvlak van de normen van belang. Hierbij speelt mee wie de normen hebben opgesteld. Zo wordt verondersteld dat ziekenhuizen eerder geneigd zijn de nodige verbeteringen aan te brengen als zij de normen onderschrijven of deze samen met patiënten hebben opgesteld.

Om de meningen van vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen te peilen over de bruikbaarheid van bestaande normen en de wenselijkheid van het ontwikkelen van nieuwe normen, hebben de onderzoekers een groepsinterview gehouden met elf vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen. Bijna alle geïnterviewden geven de voorkeur aan het gebruik van een combinatie van twee of meer soorten normen. De meest genoemde combinatie is het gebruik van het gemiddelde, aangevuld met gedifferentieerde normen voor (alleen) die zorgaspecten die voor patiënten van doorslaggevend belang zijn. Een voordeel van het gebruik van het gemiddelde is dat hierin een natuurlijk groei-effect zit. Door de verbeteringen die ziekenhuizen realiseren, zal het gemiddelde steeds stijgen. Het is wel wenselijk het gebruik van het gemiddelde aan te vullen met specifieke en gedifferentieerde normen voor zorgaspecten die van doorslaggevend belang zijn. Volgens de deelnemers aan het groepsinterview moeten nieuwe normen betrekking hebben op zorgaspecten:

- die patiënten zeer belangrijk vinden;
- waar patiënten hun keuzes op baseren;
- die voor patiënten risico's met zich meebrengen;
- die via wetgeving verplicht zijn.

Bij het ontwikkelen van nieuwe normen moet worden geëxpliciteerd welk doel daarmee wordt beoogd, bijvoorbeeld transparantie of kwaliteitsverbetering. Daarnaast komen uit het groepsinterview de volgende eisen naar voren waaraan deze nieuwe normen moeten voldoen. Deze normen moeten:

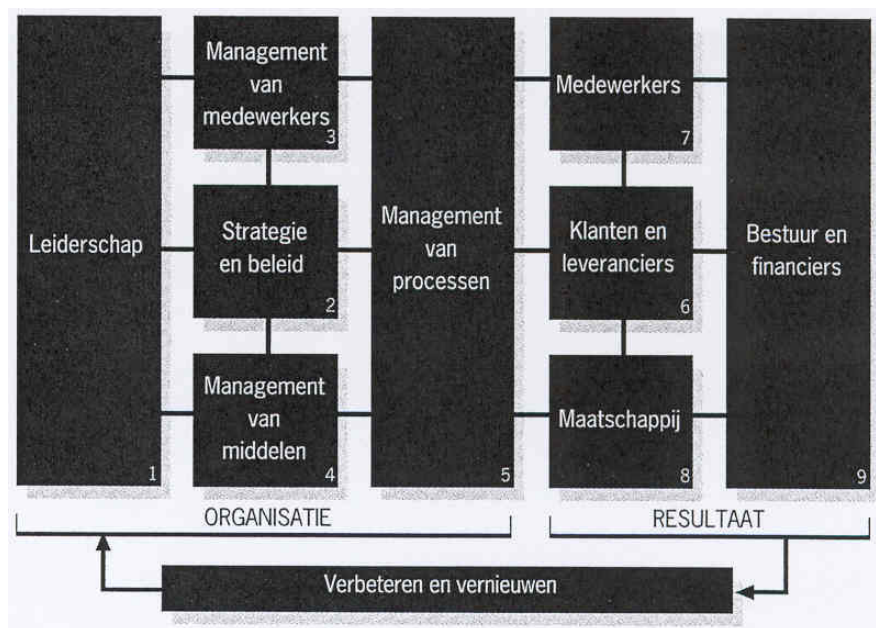
- werkbaar en haalbaar zijn;
- gezamenlijk worden opgesteld door patiënten en ziekenhuizen;
- periodiek worden bijgesteld;
- stimuleren tot kwaliteitsverbetering.

4 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg

4.1 Kwaliteitszorg binnen de ziekenhuizen

4.1.1 INK-model

Het Instituut Nederlandse Kwaliteit, dat als doelstelling heeft het verhogen van de kwaliteit van de bedrijfsvoering met behulp van het INK-managementmodel, is in 1991 opgericht op initiatief van het Ministerie van Economische Zaken. Sinds 2000 is de formele naam kortweg INK. Het INK-managementmodel is een aangepaste vorm van het model van de European Foundation for Quality Management (EFQM) en wordt gebruikt om tot een gestructureerde, continue verbetering van de integrale organisatie te komen. Volgens de website van het INK (www.INK.nl), die onder meer een beschrijving bevat van het INK-managementmodel, wordt dit model inmiddels door het management van honderden bedrijven, instellingen en overheidsorganisaties in Nederland gebruikt. Ook ziekenhuizen maken gebruik van dit model.



Figuur 4.1: Het INK-managementmodel (bron: www.INK.nl)

In het INK-managementmodel worden vijf organisatiegebieden onderscheiden, te weten Leiderschap, Strategie en beleid, Management van medewerkers, Management van middelen en Management van processen. Daarnaast bevat het model vier resultaatgebieden, namelijk Klanten en leveranciers, Medewerkers, Maatschappij en Bestuur en financiers. In de organisatiegebieden wordt beschreven hoe de organisatie is ingericht. Ook wordt hier informatie aangereikt over de richting waarin de organisatie zich zou kunnen verbeteren. In de resultaatgebieden worden de strategisch relevante maatstaven gekozen en wordt geregistreerd wat feitelijk is gerealiseerd. De feedback loop geeft aan dat de organisatie leert van de uitkomsten en dat verbeteringen in gang worden gezet. Hieronder volgt voor elk van de organisatie- en resultaatgebieden een korte toelichting.

1. Leiderschap

Het gaat hier om de manier waarop de leiding de onderneming inspireert tot voortdurende verbetering. Hierbij spelen een rol:

- de visie van de leiding op de toekomstige ontwikkeling;
- de structuur en cultuur van de onderneming (van belang om de visie te kunnen realiseren);
- welke faciliteiten en ondersteuning worden verleend en in hoeverre de leiding op alle niveaus daadwerkelijk het goede voorbeeld geeft.

2. Strategie en beleid

Dit betreft de manier waarop de onderneming haar missie implementeert door een heldere, uitgewerkte strategie en hoe deze wordt vertaald in concreet beleid, plannen en budget. Ook de informatiebronnen die aan de strategie ten grondslag liggen en de wijze waarop intern en extern wordt gecommuniceerd, spelen hierbij een rol.

3. Management van medewerkers

Van belang is de manier waarop de kennis en inzet van de medewerkers maximaal wordt benut. Hierbij spelen een rol:

- het personeelsbeleid;
- de investering in kennis en vaardigheden van medewerkers;
- de waardering en het respect voor de inspanningen van medewerkers;
- de zorg voor het welzijn van medewerkers.

4. Management van middelen

Hier gaat het om de manier waarop vanuit de strategie en het beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden aangewend om de activiteiten van de onderneming efficiënt en effectief uit te voeren. Het betreft hier tevens de manier waarop wordt samengewerkt met leveranciers en partners om de toegevoegde waarde in de keten te vergroten.

5. Management van processen

Dit heeft betrekking op de manier waarop de onderneming vanuit de strategie en het beleid haar processen identificeert, ontwerpt, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Hierbij is aandacht vereist voor de specifieke eisen en mogelijkheden van de professional, het type medewerker dat met kennis van zaken en ervaring vaak autonoom moet handelen.

6. Klanten en leveranciers

Aangezien de waardering door klanten, leveranciers en partners waarmee wordt samengewerkt, van groot belang is voor de continuïteit van de onderneming, is het nodig te weten wat hun mening is over het product of de dienstverlening. Tevens is het van belang inzicht te hebben in de redenen waarom zij al dan niet gebruik maken van de diensten van de onderneming en in wat de onderneming in de toekomst van hen kan verwachten.

7. Medewerkers

Bij de waardering door medewerkers spelen de volgende vragen een rol:

- Hoe denken medewerkers over hun bedrijf?
- Voldoen het werk en de onderneming aan de verwachtingen van medewerkers in materiële en niet-materiële zin (ontwikkeling, uitdaging, motivatie)?
- Wat voor onderneming wil het bedrijf zijn voor haar medewerkers en maakt het bedrijf dit waar?

8. Maatschappij

Hier gaat het erom hoe de maatschappij de inspanningen van de onderneming waardeert om naast haar primaire, klantgerichte taken in de bedrijfsvoering rekening te houden met de behoeften en verwachtingen van de lokale, nationale en internationale omgeving. Hierbij spelen elementen als werkgelegenheid, milieu en bijdragen aan het onderwijs een rol.

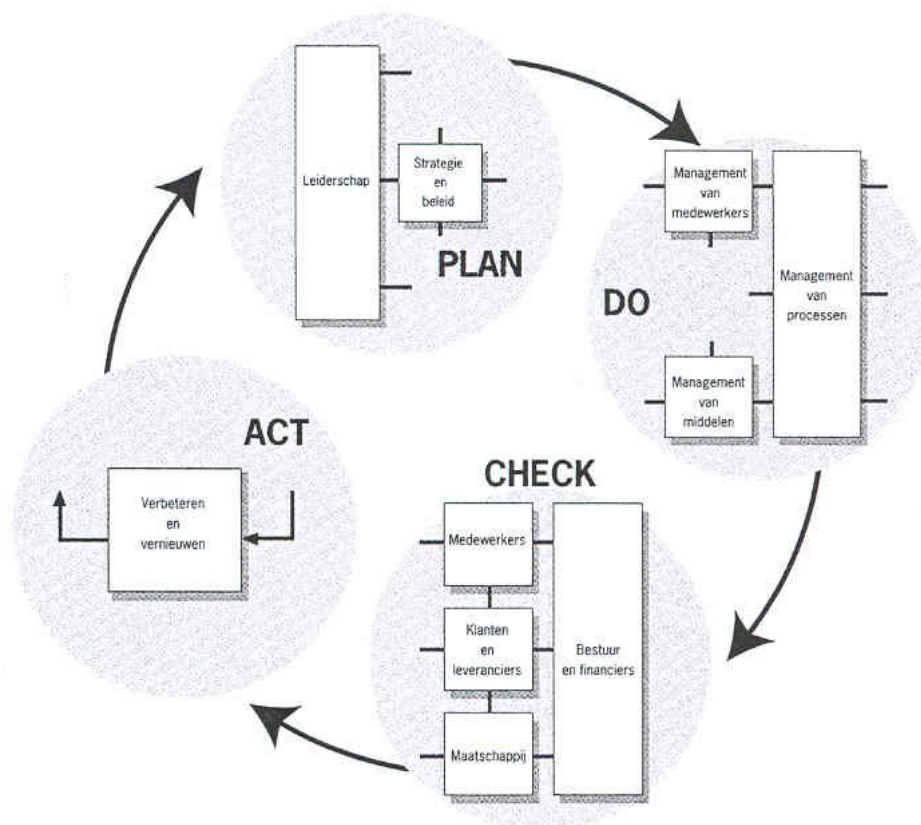
9. Bestuur en financiers

Bij de waardering van de inspanningen van het management door het bestuur en de financiers spelen de volgende vragen een rol:

- Hoe beoordelen zij de prestaties van het management?
- Zijn de financiële en operationele doelstellingen behaald?
- Welke ruimte wordt geboden voor investeringen?
- Wat zijn de lange termijn perspectieven om de visie van de leiding te kunnen realiseren?

Een van de uitgangspunten waarop het INK-managementmodel is gebaseerd, is dat het voor het goed functioneren van een organisatie noodzakelijk is dat deze voortdurend verbetert en dat de verbeteringen plaatsvinden volgens de zogenaamde Plan-Do-Check-Act-cirkel van Deming.

Onderstaande figuur geeft aan hoe de Plan-Do-Check-Act-cirkel werkt binnen het INK-managementmodel.



Figuur 4.2: De Plan-Do-Check-Act-cirkel binnen het INK-managementmodel (bron: www.INK.nl)

Het INK-managementmodel wordt in de praktijk voor de volgende vijf doeleinden gebruikt:

1. Bewustmaking

Het INK-managementmodel vormt een goed uitgangspunt voor een discussie in het managementteam van een organisatie over de noodzaak tot veranderen en de bruikbaarheid van het gehele model of alleen van bepaalde elementen uit het model. De discussie kan gaan over de inhoud van het model, het basisprincipe van verbeteren en de koppeling tussen organisatie- en resultaatgebieden.

2. Diagnose

Een diagnose bepaalt de sterke punten en de verbeterpunten van een organisatie en biedt een basis voor verbeteracties. Om een eerste indicatie te krijgen van de situatie in een organisatie, is er een quickscan beschikbaar, die de organisatie zelf kan uitvoeren. Vervolgens biedt het INK-managementmodel de volgende vier diagnose-mogelijkheden:

- het uitvoeren van een positiebepaling;
- het invullen van het scoringsboek;
- het samenstellen van een zelfevaluatierapport;
- het (laten) uitvoeren van een audit in het kader van het INK-verbetercertificaat, de INK-prijs of de INK-onderscheiding (zie punt 5).

3. Verbeteren

Een diagnose biedt aanknopingspunten voor verbetering. Hierbij is het belangrijk de juiste keuzes te maken en als organisatie niet uit balans te raken. Het INK-managementmodel zorgt voor inzichtelijkheid en biedt steun bij het maken van keuzes.

4. Besturen

Het bestaande besturingssysteem binnen een organisatie kan worden geïntegreerd met de opzet en inhoud van het INK-managementmodel. Jaarplannen, rapportages en prestatie-indicatoren worden gestructureerd volgens het INK-model, met als voordeel dat verbeteracties in de normale bedrijfsvoering worden geïntegreerd en dat het management-systeem wordt versterkt.

5. Erkenning

Sinds 1993 reikt het INK de INK-prijs en de INK-onderscheiding uit aan organisaties die zich weten te onderscheiden op de aandachtsvelden van het INK-managementmodel. Toekenning van prijs en onderscheiding vindt plaats door een jury op basis van een uitgebreide audit. Voor veel organisaties blijkt de weg naar een prijs of onderscheiding wel erg lang te zijn. Omdat er ook behoefte is aan een vorm van erkenning op een iets lager niveau, is sinds april 2001 het INK-verbetercertificaat geïntroduceerd. Dit verbetercertificaat beoogt voor organisaties die zijn gestart met het werken met het INK-managementmodel een mijlpaal te zijn in het verbeterproces, die de organisatie in staat stelt aan haar omgeving kenbaar te maken dat zij haar processen beheerst en het vermogen bezit gestructureerd te verbeteren.

4.1.2 NIAZ-accreditatie

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) is eind 1998 opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Stichting Proefproject Accreditatie (PACE). Het NIAZ accrediteert ziekenhuizen op hun verzoek. Bij een accreditatie onderzoeken mensen die

zelf werkzaam zijn in een ander ziekenhuis ('peer') of de kwaliteit van de organisatie aan bepaalde voorwaarden voldoen. Op de website van het NIAZ (www.NIAZ.nl) staat beschreven hoe een accreditatie in zijn werk gaat. Tevens bevat deze website de kwaliteitsborgingsnormen.

De NIAZ-PACE kwaliteitsborgingsnormen bevatten eisen voor de organisatie van de ziekenhuizen. In de eerste plaats is er de ziekenhuisbrede 'norm Kwaliteitssysteem'. Deze norm is een minimum norm. De 'norm Kwaliteitssysteem' bestaat uit negen sub-paragrafen die betrekking hebben op het beleid en de organisatie (missie, visie en strategische doelstellingen en kwaliteitsbeleid), het management van de processen, het beleid en beheer inzake personeel, middelen en materialen (beheer van personeel, middelen en materialen en bewaking van de deskundigheid van het personeel met betrekking tot kwaliteitszorg) en kwaliteitsmeting, -verbetering en -borging (omgaan met interne en externe klanten, interne en externe evaluatie (audit), beroepsinhoudelijke deskundigheidsbewaking en -bevorderingsprogramma's en beheersing van kwaliteitsdocumenten). Daarnaast zijn er de 35 afdelings- en dienstgebonden NIAZ-PACE normen, zoals bijvoorbeeld de 'kwaliteitsborgingsnorm Afdeling spoedeisende hulp' en de 'kwaliteitsborgingsnorm Operatiekamers'.

Het NIAZ kent drie vormen van accreditatie. In de eerste plaats is er de ziekenhuisbrede accreditatie. Daarnaast is er de initiële accreditatie, die betrekking heeft op een door het NIAZ gemaakte vaste selectie van afdelingen met de meeste veiligheidsrisico's. De derde vorm is de deelaccreditatie, waarbij één of meer door het ziekenhuis geselecteerde organisatie-eenheden worden geaccrediteerd.

Een (ziekenhuisbrede) accreditatie bestaat uit een drietal fasen. Nadat een ziekenhuis de accreditatie door middel van een aanvraagformulier heeft aangevraagd, vindt de eerste fase van de accreditatie plaats: de toets op de 'norm Kwaliteitssysteem'. Hiertoe stelt het ziekenhuis een zelfevaluatie-rapport op. De auditoren beoordelen op basis van het zelfevaluatie-rapport of het beschreven kwaliteitssysteem voldoet aan de NIAZ-PACE normen.

Tijdens de tweede fase selecteren de auditoren een aantal afdelingen en diensten die zij nader willen onderzoeken. Tot de steekproef behoren in ieder geval de afdelingen met een verhoogd veiligheidsrisico, te weten de Operatiekamers, Intensive Care, Coronary Care Unit (hartbewaking), Medium Care, Dagbehandeling, Spoedeisende hulp, Verloskamers, Centrale Sterilisatieafdeling, Ziekenhuishygiëne, Voedingsdienst en Röntgen en (voor zover aanwezig) Radiotherapie en Dialyse. Alle geselecteerde afdelingen vullen de voor de betreffende afdeling bestemde elektronische accreditatiegids in. Dit is een checklist waarop gescoord kan worden hoe ver de afdeling is met het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem. Vervolgens vindt het werkbezoek plaats. Hierbij spreken de auditoren met de Raad van Bestuur, de medische staf en functionarissen van de afdelingen. Daarnaast onderzoeken zij ook op de werkvloer of het kwaliteitssysteem in de praktijk werkt.

Op basis van het accreditatierapport dient het ziekenhuis een actieplan op te stellen, met specifieke, meetbare, acceptabele, realistische en tijdgebonden (SMART) doelstellingen. Op basis van het accreditatierapport en het actieplan adviseert de Commissie Kwaliteitsverklaringen het bestuur van het NIAZ al dan niet een accreditatie te verlenen voor vier jaar. Daarbij wordt getoetst of het ziekenhuis voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie. Deze noodzakelijke voorwaarden houden het volgende in:

A. Er is een aantoonbare verbetercultuur.

Dit betekent dat de resultaten van gerealiseerde verbeteringen kunnen worden aangetoond, onder meer door het beschikbaar hebben van uitgevoerde toetsingen (zowel intern als extern)

en door toetsing op verbeterpunten. Resultaten van (interne of externe) audits vormen hierbij het referentiepunt.

B. Er is een voldoende mate van borging.

Dit betekent het vasthouden van de dingen die het ziekenhuis goed doet en van de ingevoerde verbeteringen. Een voldoende mate van borging vereist de implementatie van de verbetercyclus. Deze verbetercyclus bestaat uit vier fasen: Plan (nog niet geregeld, maar er zijn wel plannen om het te regelen), Do (gepland en geregeld door afspraken of ingevoerde protocollen en procedures, maar nog niet getoetst), Check (gepland, geregeld en getoetst, maar nog niet verbeterd) en Act (gepland, geregeld, getoetst en (indien noodzakelijk) verbeterd). De huidige noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie behelzen dat de instelling tenminste een aanvang heeft gemaakt met de implementatie van deze verbetercyclus. Dit betekent dat de instelling voor iedere subparagraaf in de 'norm Kwaliteitssysteem' aantoonbaar tenminste in de Do-fase is.

C. Er is een gerechtvaardigd vertrouwen naar de buitenwereld.

Dit houdt in dat de auditoren op alle subparagrafen van de 'norm Kwaliteitssysteem' kunnen vaststellen dat er een gerechtvaardigd vertrouwen is in de kwaliteit van de organisatie en dat de organisatie in alle redelijkheid waarborgen heeft gerealiseerd voor de veiligheid van de patiënt, medewerker en omgeving.

In de derde fase van de accreditatie toetst het NIAZ of het actieplan wordt uitgevoerd. Dit vindt meestal een jaar na toekenning van de accreditatie plaats.

In de loop van 2001 heeft de NVZ bepaald dat alle bij de NVZ aangesloten ziekenhuizen uiterlijk in 2005 in het bezit moeten zijn van een initiële NIAZ-accreditatie. Begin 2004 waren er twaalf Nederlandse ziekenhuizen geaccrediteerd. Verder had het NIAZ met 28 ziekenhuizen een accreditatieovereenkomst afgesloten. Deze ziekenhuizen zaten in de cyclus voor een initiële, een ziekenhuisbrede of een deelaccreditatie.

4.1.3 Kwaliteitsbewaking en -bevordering door de OMS

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is in januari 1997 ontstaan uit een fusie tussen de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), de Nederlandse Specialisten Federatie (NSF) en de Federatieve Vereniging van Specialisten in Academische Ziekenhuizen (ASV). Volgens de website van de OMS (www.Orde.nl) stelt de OMS zich collectieve en individuele belangenbehartiging van de aangesloten specialisten ten doel, hetgeen volgens de OMS in de praktijk neerkomt op het bevorderen van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de medisch-specialistische gezondheidszorg.

Een van de taken van de OMS is om in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen het kwaliteitsbeleid te initiëren, te coördineren en te stimuleren en behulpzaam te zijn bij de implementatie, evaluatie en eventuele verdere ontwikkeling of verbetering daarvan. De medisch specialisten hebben in de afgelopen jaren diverse kwaliteitssystemen en kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg te bewaken en te bevorderen en om bij te dragen aan verantwoorde zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

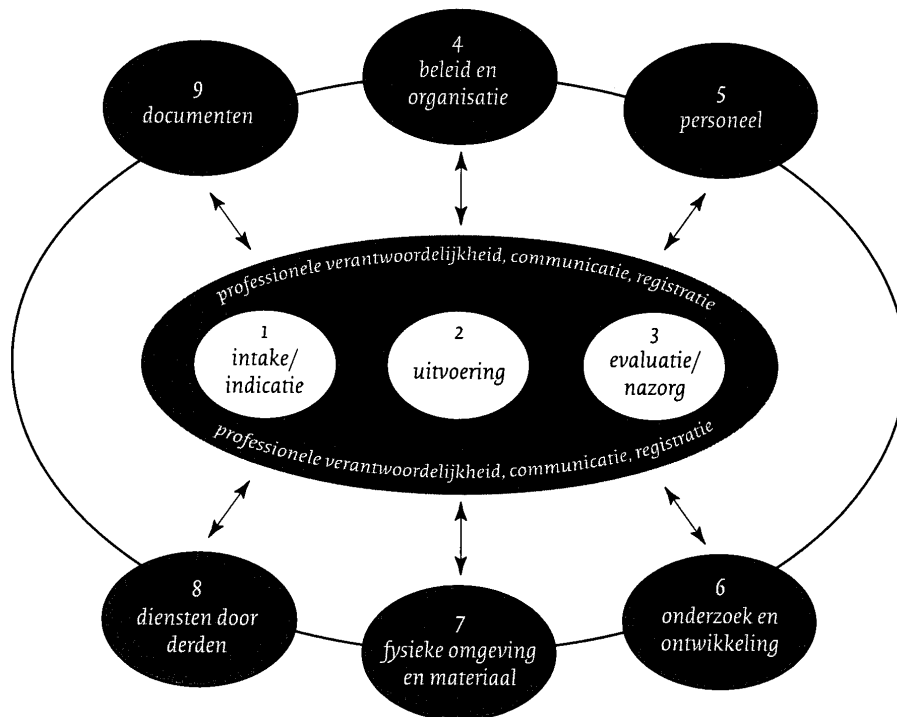
- **Bij- en nascholing**
Dit is voor medisch specialisten formeel nog niet verplicht, maar zal wel een van de kwaliteitscriteria zijn die in het kader van de herregistratie van specialisten van kracht zal worden.
- **Complicatieregistratie**
Het ontwikkelen en implementeren van complicatieregistraties door de diverse erkende medische specialismen is één van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de OMS. In de Meerjarenafspraken curatieve somatische zorg zijn het Ministerie van VWS en de OMS overeengekomen dat de OMS met het project Complicatieregistraties hierin het voortouw neemt. Het uiteindelijke doel is het verkrijgen van betrouwbare informatie over het optreden van complicaties en hun relatie met determinanten, alsmede het faciliteren van interventies om het optreden van complicaties te voorkomen. Het is de bedoeling dat op landelijk niveau de betreffende medisch wetenschappelijke vereniging complicatiegegevens vanuit de lokale registratie verzamelt in één centraal databestand. Ten behoeve van de betrouwbaarheid van de door de specialisten zelf verzamelde complicatiegegevens worden deze gegevens in de landelijke database geanonimiseerd, zodat ze niet herleidbaar zijn naar patiënt, medisch specialist of ziekenhuis.
- **Gedrageregels**
Deze richten zich op de relatie met collega's, het doen van wetenschappelijk onderzoek, het omgaan met publiciteit en in het bijzonder op de relatie arts-patiënt.
- **Intercollegiale toetsing**
In 1979 is het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), dat tegenwoordig Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heet, opgericht om medisch specialisten in medische staven in ziekenhuizen te begeleiden bij de implementatie van de intercollegiale toetsing. In de loop der jaren hebben de activiteiten van het CBO zich verbreed tot andere aspecten van het kwaliteitsbeleid van de medisch-specialistische zorg, zoals het ontwikkelen van (multidisciplinaire) consensus-richtlijnen en tot kwaliteitsactiviteiten van anderen dan medisch specialisten en ziekenhuizen. De OMS heeft op 1 december 1998 met het CBO een intentieverklaring ondertekend om op relevante onderdelen tot goede afstemming te komen over het beleid ter bewaking en bevordering van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorgverlening.
- **Medisch-specialistische richtlijnen**
Het steeds complexer worden van de zorgprocessen vereist steeds verdergaande specialisatie van de betrokkenen, met als gevolg de noodzaak tot taakverdeling en onderlinge afstemming. Dit wordt meestal vastgelegd in richtlijnen, protocollen, standaarden, aanbevelingen, afspraken en standpunten. De OMS heeft bij de ontwikkeling en implementatie van zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire en transmurale medisch-specialistische richtlijnen een initiërende, coördinerende en stimulerende rol. Een richtlijn voor medisch-specialistisch handelen moet waar mogelijk wetenschappelijk aanvaard (evidence based) zijn, alsmede kosteneffectief, in de praktijk goed bruikbaar en bij voorkeur toetsbaar. Richtlijnen hebben geen dwingend karakter. Dit betekent dat in individuele gevallen onder bepaalde omstandigheden van een richtlijn kan en soms zelfs moet worden afgeweken.
- **Visitatie**
Visitatie is een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de medisch specialisten. Het is een vorm van intercollegiale toetsing, waarbij wordt nagegaan of diverse kwaliteits- en

toetsingssystemen aanwezig zijn en functioneren. Visitaties vinden plaats aan de hand van kwaliteitsnormen, die steeds worden bijgesteld, omdat de medisch-specialistische zorgverlening en het kwaliteitsniveau voortdurend in beweging zijn. Visitatie van opleidingspraktijken in het kader van het verkrijgen of behouden van de opleidingsbevoegdheid van assistent-geneeskundigen tot medisch specialist bestaat sinds 1948. Deze visitatie vindt in het algemeen eens in de vijf jaar plaats en is verplicht. Sinds 1989 vindt op basis van vrijwilligheid visitatie plaats van zowel intramurale als extramurale niet-opleidingspraktijken volgens het principe van peer review (visitatie door collega's die in een ander ziekenhuis werkzaam zijn). Deze visitaties betreffen met name de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Visitatie is een taak van de wetenschappelijke verenigingen, die de gegevens dienen te gebruiken om indien nodig beleid, normen en kwaliteitscriteria bij te stellen. De OMS heeft hierin een initiërende, coördinerende en stimulerende rol.

De OMS en het Proefproject Accreditatie (PACE) hebben een proefproject opgezet om te komen tot afstemming van de NIAZ-PACE-normen op de visitatie- en kwaliteitsnormen van de chirurgie (OMS, 1999). Deze afstemming tussen de normen voor de organisatie en de normen voor het beroepsinhoudelijk handelen is noodzakelijk om zoveel mogelijk dubblures te voorkomen. De conclusie van het project luidt dat het visitatie- en het accreditatiesysteem grotendeels complementair zijn. Het zijn twee zelfstandige systemen die elkaar versterken. Een aantal onderwerpen is uniek voor één van beide systemen. Er is ook een aantal onderwerpen dat in beide systemen voorkomt, maar vanuit verschillende invalshoeken. Er wordt ook geconcludeerd dat de afstemming tussen beide systemen op een aantal onderdelen kan worden verbeterd. Om deze afstemming te verbeteren, wordt voorgesteld dat de visitatiecommissies en het auditteam in een bepaald ziekenhuis elkaar kort informeren over onderwerpen die in beide systemen voorkomen en die verbetering behoeven. Aangezien visitatierapporten en auditrapporten niet openbaar zijn en derhalve ook niet kunnen worden ingezien door de auditoren c.q. de visitatoren, wordt voorgesteld voor deze uitwisseling van informatie gebruik te maken van een specifiek hiervoor bestemd formulier. Aangezien de NIAZ-PACE-normen niet voor één medisch specialisme zijn geformuleerd, zijn de conclusies van het onderzoek eveneens van toepassing op de andere erkende medische specialismen.

4.1.4 HKZ-certificering

In 1994 is op gezamenlijk initiatief van koepels van patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) opgericht. De Stichting HKZ richt zich op het harmoniseren van externe kwaliteitsbeoordeling en houdt zich bezig met het opstellen van certificatieschema's en beoordelingsschema's voor de zorgsector. Leidend principe hierbij is het streven naar het transparant maken van wat kwalitatief goede zorg is. Zoals op de website van de stichting HKZ (www.HKZ.nl) staat beschreven, is een certificatieschema een pakket normen voor externe toetsing van kwaliteitssystemen in een bepaalde sector. Deze normen zijn door de veldpartijen zelf beschreven, onder regie van HKZ. De basis voor alle HKZ-schema's wordt gevormd door het HKZ Harmonisatiemodel, dat in onderstaande figuur is weergegeven.



Figuur 4.3: Het HKZ Harmonisatiemodel (bron: www.HKZ.nl)

Dit Harmonisatiemodel vormt een blauwdruk voor alle HKZ-certificatieschema's. In negen rubrieken wordt het totaal aan processen in instellingen voor zorg en welzijn beschreven. Bij de ontwikkeling van een certificatieschema worden de rubrieken sectorspecifiek ingevuld. De normen in het model zijn geformuleerd vanuit het patiënten/consumentenperspectief. Begin 2004 waren er zeventien certificatieschema's gereed, waaronder schema's voor thuiszorg en apotheek. Er zijn ook enkele schema's ontwikkeld die betrekking hebben op binnen ziekenhuizen geleverde zorg, namelijk het certificatieschema voor dialysecentra en het certificatieschema voor radiotherapie.

Een HKZ-schema wordt gebruikt bij de certificering, maar het kan tevens door een instelling worden gebruikt als referentiekader bij het opzetten van een kwaliteitssysteem. Certificering op basis van HKZ-schema's wordt uitgevoerd door een aantal certificatie-instellingen waarmee Stichting HKZ overeenkomsten heeft gesloten. Een HKZ-certificaat geeft aan dat een instelling haar primaire proces en de ondersteunende processen zodanig heeft ingericht, dat wordt voldaan aan de eisen die vanuit de sector zelf en vanuit financiers, patiënten/consumenten en overheid worden gesteld.

4.1.5 Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003

De IGZ, de NVZ, de VAZ en de OMS hebben samen de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' opgesteld (IGZ, 2003). Doel van deze set van meetbare aspecten van de ziekenhuiszorg is het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. Voor het tot stand brengen van deze basisset is samengewerkt met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit. De indicatorenset bestaat uit drie onderdelen: een aantal ziekenhuisbrede indicatoren, een aantal indicatoren die betrekking hebben op de afdeling Spoedeisende Hulp, de Operatiekamers en de Intensive Care en een aantal indicatoren die specifiek zijn voor een bepaalde aandoening of interventie. De volledige indicatorenset is opgenomen in bijlage 1.

Volgens de begeleidende tekst gaat de IGZ deze indicatoren gebruiken voor het houden van preventief toezicht, waarbij wordt opgemerkt dat de Inspectie zich niet alleen op basis van de gepubliceerde indicatoren een oordeel zal vormen, maar dat de gepubliceerde gegevens aanleiding kunnen zijn om een signaal te verifiëren en te verklaren en zo nodig in te grijpen. Het is de bedoeling dat alle ziekenhuizen de informatie omtrent deze prestatie-indicatoren medio 2004 publiceren in hun (kwaliteits-)jaarverslag en/of op hun website. Verder staat in de begeleidende tekst vermeld dat de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' indicatoren bevat op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit en dat deze basisset nog in ontwikkeling is.

4.2 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit zorgvragersperspectief

4.2.1 Inventarisatie informatiebehoefte van de kiezende zorggebruiker door ZonMw

Teneinde vast te kunnen stellen voor welke onderwerpen er minimaal prestatie-indicatoren beschikbaar moeten komen, wordt in het onderzoek van ZonMw de informatiebehoefte van de kiezende zorggebruiker in kaart gebracht (Groenewoud, 2003). Er wordt geconcludeerd dat er nauwelijks onderzoek blijkt te zijn verricht naar de informatie die zorggebruikers wensen en/of gebruiken bij het kiezen voor een bepaald zorgaanbod. Bij gebrek aan dergelijk onderzoek bouwen de onderzoekers voort op de aanname dat indien zorggebruikers keuzen maken, zij voornamelijk zullen letten op de kwaliteit van het zorgaanbod.

De onderzoekers constateren dat de literatuur over kwaliteitsaspecten van zorg die door patiënten belangrijk worden gevonden, prestatie- of kwaliteitsaspecten beschrijft die zorggebruikers in het algemeen van belang achten, dan wel specifiek voor bepaalde zorgaanbieders. Verder bestaat er in de literatuur onenigheid over het belang en de zinvolheid van informatie over de vakbekwaamheid of deskundigheid en dan met name het medisch-technisch handelen van hulpverleners. Aan de ene kant zijn er auteurs en onderzoekers die stellen dat patiënten slechts die prestatie- of kwaliteitsinformatie willen hebben die zij zelf kunnen beoordelen. Objectieve informatie over vakbekwaamheid, deskundigheid of kwaliteit van het medisch-technisch handelen zou hier dan niet bijhoren, aangezien patiënten dit volgens de betreffende auteurs niet goed kunnen inschatten. Volgens deze auteurs zijn de ervaringen van andere patiënten met de deskundigheid of het handelen van de arts een afdoende indicator voor het aspect vakbekwaamheid. Anderzijds duiden diverse onderzoeken erop dat patiënten wel degelijk waarde hechten aan goede, objectieve informatie over vakbekwaamheid en het medisch-technisch handelen.

De onderzoekers hebben uit de literatuur lijsten gedestilleerd met kwaliteitsaspecten voor onder meer ziekenhuizen en specialisten. Deze lijsten met kwaliteitsaspecten staan in de onderstaande twee tabellen vermeld. De aspecten zijn volgens het conceptuele model uit figuur 3.1 ingedeeld in structuur-, proces- en uitkomst-aspecten. Zij staan niet op volgorde van belangrijkheid.

De kwaliteitsaspecten voor de ziekenhuizen zijn voor een deel gebaseerd op een onderzoek van de Consumentenbond (Consumentenbond, 2001). In dit onderzoek, dat door Intomart is uitgevoerd, is onder meer onderzocht welke informatie patiënten graag zouden willen hebben over ziekenhuizen en zorgverleners. Voor wat betreft de ziekenhuizen vindt de overgrote meerderheid van de ondervraagde patiënten informatie over de deskundigheid van de specialisten, een eventuele wachtlijst, deskundigheid van het verplegend personeel en specialisatie/ervaring van het ziekenhuis het belangrijkste. Ook de bereikbaarheid van het ziekenhuis is voor veel patiënten van

belang bij de keuze van een ziekenhuis. De bezoektijden en de kwaliteit van de faciliteiten worden wat minder belangrijk gevonden: ongeveer de helft van de patiënten vindt deze aspecten (zeer) belangrijk. De overige acht aspecten die in onderstaande tabel staan vermeld, betreffen de acht dimensies van zorg waarin de patiënt centraal staat, die door het Picker Institute worden onderscheiden (Edgman-Levitan, 1996). Het Picker Institute is een wereldwijd opererende organisatie, die onderzoek verricht naar de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Tabel 4.1: Behoeft van zorggebruikers aan informatie over ziekenhuizen (bron: Groenewoud, 2003)

A. Structuur-aspecten	B. Proces-aspecten	C. Uitkomst-aspecten
1. Kwaliteit van faciliteiten	3. Deskundigheid medisch specialisten (objectief en ervaring patiënten)	15. Fysiek welbevinden en verlichting van pijn
2. Bezoektijden	4. Deskundigheid verpleegkundig personeel (objectief en ervaring patiënten)	
	5. Specialisatie ziekenhuis / waarmee heeft het ziekenhuis ervaring	
	6. Wachtlijst	
	7. Bereikbaarheid	
	8. Toegang / toegankelijkheid	
	9. Respect voor waarden, voorkeuren en behoeften patiënt	
	10. Coördinatie en integratie van zorg	
	11. Informatie, communicatie en voorlichting	
	12. Emotionele steun en verlichting van angst	
	13. Het betrekken van familie en vrienden	
	14. Overdracht en continuïteit naar huis en de samenleving	

Tabel 4.2: Behoeftte van zorggebruikers aan informatie over medisch specialisten (bron: Groenewoud, 2003)

A. Structuur-aspecten	B. Proces-aspecten	C. Uitkomst-aspecten
	1. Deskundigheid	
	2. Ervaring met specifieke behandeling / operatie	
	3. Aantal jaren ervaring	
	4. Ziekenhuis waar specialist werkzaam is	
	5. Kwaliteit van informatie (over aandoening, over behandeling)	

Vervolgens hebben de onderzoekers een inventarisatie gemaakt van de sets van prestatie-indicatoren die door patiëntenorganisaties zijn ontwikkeld. Dit zijn toetsingsinstrumenten voor toetsing van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. Voor de ziekenhuizen bestaan er toetsingsinstrumenten van de Consumentenbond en de NPCF. Vergelijking van de gewenste met de beschikbare prestatie-informatie brengt aan het licht dat patiëntenorganisaties momenteel nog geen informatie verzamelen over de volgende kwaliteitsaspecten: objectieve informatie over deskundigheid van medisch specialisten en verpleegkundig personeel, coördinatie, integratie, overdracht en continuïteit van zorg, het betrekken van familie en vrienden en het fysiek welbevinden van patiënten. Over de overige kwaliteitsaspecten wordt wel informatie verzameld. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat alleen het ziekenhuisvergelijkingssysteem van de Consumentenbond primair gericht is op het bieden van keuzeondersteunende informatie aan kiezende zorggebruikers. De prestatie-informatie die met de overige toetsingen wordt gegenereerd, wordt gebruikt voor het realiseren van kwaliteitsverbeteringen. Deze informatie is niet beschikbaar voor anderen dan de cliëntenraad van een instelling, de getoetste zorgaanbieder en de toetsingsorganisatie.

Met betrekking tot de medisch specialisten geldt dat patiëntenorganisaties in het geheel geen prestatie-informatie verzamelen.

Tevens hebben de onderzoekers geïnventariseerd welke sets van prestatie-indicatoren aanbieders van zorg gebruiken. Met betrekking tot de ziekenhuizen geldt dat er veel informatie wordt verzameld waaraan patiënten zeggen behoefte te hebben. Hierbij wordt echter opgemerkt dat deze informatie meestal wordt verzameld in het kader van kwaliteitszorg. Het betreft hier interne indicatoren, die niet openbaar worden gemaakt. Dit speelt met name bij door middel van visitatie verzamelde informatie over de deskundigheid van medisch specialisten. Uitzondering hierop vormen de wachttijdgegevens van ziekenhuizen en specialismen die de NVZ publiceert en de resultaten van de ziekenhuisenquête van Elsevier. Kwaliteitsaspecten die door de aanbieders niet worden gemeten, zijn respect voor waarden, voorkeuren en behoeften van patiënten, het bieden van emotionele steun en coördinatie en integratie van zorg.

Prestatie-informatie over de medisch specialisten kan worden verzameld door middel van visitaties en intercollegiale toetsingen. Hierbij wordt nog niet geregistreerd hoeveel jaar ervaring een specialist heeft en of deze ervaring heeft met een specifieke behandeling of operatie.

Vergelijking van enerzijds de door zorggebruikers gewenste en anderzijds de bij patiëntenorganisaties en zorgaanbieders bestaande prestatie-informatie brengt aan het licht dat voor de ziekenhuizen met name prestatie-indicatoren op het gebied van integraliteit en coördinatie

van zorg ontbreken. Verder geldt voor de medisch specialisten dat de ervaring van een arts nog nergens wordt geregistreerd.

4.2.2 Onderzoek van de RVZ naar behoefte aan keuzemogelijkheden

In opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek TNS NIPO onderzocht hoe belangrijk het hebben van keuzemogelijkheid is voor (ziekenhuis)patiënten in verschillende situaties en welke preferenties ze dan hebben (RVZ, 2003). Dit onderzoek is gehouden met behulp van een database met 35.000 huishoudens, die via hun eigen pc meewerken aan allerlei vormen van onderzoek. Aan het onderzoek hebben zowel patiënten als niet-patiënten meegewerkt. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten met een chronische aandoening de meeste behoefte hebben aan keuzemogelijkheden in de zorg. Minder dan de helft van deze patiënten is echter van mening dat er (redelijk) veel keuzemogelijkheden zijn.

Zowel patiënten als niet-patiënten beoordelen de kwaliteit van specialisten en ziekenhuizen in het algemeen als behoorlijk goed. Meer dan de helft van hen is echter wel van mening dat de kwaliteit van specialisten en ziekenhuizen nogal verschilt. Volgens het onderzoeksrapport is dit verschil in kwaliteit een van de redenen waarom keuzemogelijkheden zeer gewenst zijn. Patiënten willen voor een goede specialist of een goed bekend staand ziekenhuis kunnen kiezen.

In het onderzoek zijn elf aspecten van de ziekenhuiszorg meegenomen. Vijf van deze aspecten hebben te maken met toegankelijkheid. Dit zijn wachtlijsten, wachttijden in de wachtkamer, stiptheid van de artsen, telefonische bereikbaarheid en fysieke bereikbaarheid. De overige zes aspecten zijn kennis en kunde van specialisten, kwaliteit van de behandeling in ziekenhuizen, apparatuur van de ziekenhuizen, sfeer en inrichting, efficiënt werken en bejegening van patiënten.

De wens tot het hebben van keuzemogelijkheden lijkt te impliceren dat patiënten moeite zullen doen om informatie in te winnen over de aspecten van de ziekenhuiszorg die zij belangrijk vinden. Voor elk van de elf genoemde aspecten geldt echter dat de meeste patiënten aangeven hierover geen informatie te hebben ingewonnen. Vervolgens is voor elk van deze aspecten de belangrijkheid die patiënten eraan hechten, vergeleken met het percentage personen dat niet naar informatie heeft gezocht, maar denkt weinig moeite te hebben met het inwinnen van informatie op dat gebied. Hieruit blijkt dat voor veel patiënten de kennis van de specialist, de kwaliteit van de behandeling in het ziekenhuis, de bejegening door de artsen en de fysieke bereikbaarheid de belangrijkste keuzecriteria zijn. Kennis van de specialist, kwaliteit van de behandeling en bejegening zijn echter tevens criteria waarover het heel moeilijk lijkt informatie in te winnen. Het inwinnen van informatie over de fysieke bereikbaarheid levert geen problemen op. Uit het onderzoek blijkt verder dat de meeste patiënten die niet naar informatie hebben gezocht, naar de huisarts gaan voor informatie. Daarnaast geven veel patiënten aan informatie in te winnen via familie, vrienden of kennissen met een achtergrond in de zorg of via het internet. Overigens staat ook in het onderzoeksrapport vermeld dat patiënten die wel gezocht hebben naar informatie over de ziekenhuiszorg, van mening zijn dat deze informatie aanzienlijk gemakkelijker te vinden is dan patiënten die dit niet hebben gedaan.

Vervolgens is onderzocht hoe de optimale situatie eruit zou moeten zien. Hiertoe is nagegaan hoe het afwegingsproces voor een keuze zich bij een patiënt voltrekt en welk belang de verschillende aspecten van de zorg hierbij spelen. Dit is gedaan met een conjunct meting, waarbij mensen moeten kiezen tussen steeds wisselende pakketten van zorg. Vijf aspecten die in een

vooronderzoek als belangrijkste naar voren zijn gekomen, zijn in deze conjunct meting opgenomen, te weten kennis en kunde van specialisten, houding van de arts tot de patiënt, locatie van het ziekenhuis, prijs en wachttijd. Uit het onderzoek blijkt dat de bejegening het meest bepalend is voor de keuze die mensen maken, op de tweede plaats gevolgd door de locatie van het ziekenhuis. Opmerkelijk is dat de kennis en kunde van de specialist relatief laag scoort. In het onderzoeksrapport wordt verondersteld dat dit wordt veroorzaakt doordat de kennis van een specialist min of meer als vanzelfsprekend wordt ervaren.

4.2.3 Criteria voor ziekenhuiszorg van de NPCF

De NPCF en haar lidorganisaties hebben in een periode van vier jaar in diverse sectoren van de gezondheidszorg tientallen breed opgezette onderzoeksprojecten uitgevoerd om inzicht te krijgen in de criteria voor kwaliteit van zorg die door de patiënt/consument belangrijk worden gevonden. In de brochure 'Het ziekenhuis. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief' (NPCF, 1996) wordt een algemene inventarisatie gegeven van de criteria voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Deze criteria zijn in de eerste plaats gebaseerd op een analyse van tienduizenden uitspraken van patiënten en hun verwanten over hun verwachtingen en ervaringen met de gezondheidszorg in het algemeen (NPCF, 1995). Ten tweede zijn de gegevens gebruikt die toepassing van het door de NPCF ontwikkelde instrument voor het meten van de kwaliteit van ziekenhuiszorg heeft opgeleverd (NPCF, 1995). In de derde plaats is samen met een aantal ziekenhuizen geïnventariseerd hoe het er in de dagelijkse praktijk van een ziekenhuis aan toe gaat. De criteria in de brochure zijn geordend aan de hand van acht aspecten van kwaliteit van de ziekenhuiszorg, te weten vakbekwaamheid, accommodatie, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie en evaluatie. Hieronder wordt voor elk van deze aspecten een overzicht gegeven van de bijbehorende criteria.

1. Vakbekwaamheid

- a. De kennis en vaardigheden van de hulpverleners zijn qua aard en niveau toereikend voor het uitoefenen van hun specifieke beroep of functie.
- b. De hulpverleners nemen deel aan na- en bijscholingsactiviteiten.
- c. De hulpverleners zijn zich bewust van de grenzen van hun kennis.
- d. De hulpverleners houden zich bij de uitoefening van hun beroep nauwgezet aan de grenzen van hun bekwaamheid.
- e. De hulpverleners vragen tijdig advies aan andere hulpverleners die ten aanzien van het betreffende probleem meer deskundig zijn.
- f. De hulpverleners onthouden zich van handelingen waarvan de zin op goede gronden in twijfel kan worden getrokken.
- g. De hulpverleners toetsen hun kennis en vaardigheden regelmatig aan de eigen ervaringen en aan die van collega's.

2. Accommodatie

- a. Het ziekenhuis is bereikbaar met het openbaar vervoer; de haltes bevinden zich op gemakkelijk te belopen afstanden.
- b. De parkeerplaatsen zijn veilig en de weg ernaar toe is goed begaanbaar, overdekt en niet te lang.
- c. Er is een behulpzame portier, er zijn plattegronden en de afdelingen zijn duidelijk aangegeven.
- d. Binnenkomende patiënten krijgen, indien nodig, begeleiding.
- e. Bij de balie van de polikliniek is gezorgd voor privacy.
- f. De wachtruimtes zijn veilig, schoon en voorzien van alle nodige faciliteiten.

- g. Er is een winkel, een restaurant en er zijn 'hotelfaciliteiten' die nodig zijn om het verblijf van patiënten en hun naasten te veraangemen.
- h. Ziekenhuisafdelingen bieden patiënten en hun bezoek de mogelijkheid om zich terug te trekken en te ontspannen.

3. Informatie

- a. De door patiënten gewenste informatie komt op het juiste moment beschikbaar, is begrijpelijk en relevant.
- b. Patiënten worden volledig geïnformeerd over de aard van hun ziekte of aandoening, het mogelijke verloop en de eventueel blijvende gevolgen ervan.
- c. De hulpverleners geven opening van zaken over het diagnostische onderzoek, de behandeling en de revalidatie, het zorg- of behandelplan en over eventuele wijzigingen en resultaten.
- d. De hulpverleners zien erop toe dat de gegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling en verzorging van de patiënt, op elk moment compleet en actueel zijn en niet in verkeerde handen komen.
- e. Bij de opname in een ziekenhuis wordt een folder uitgereikt met alle gegevens die de patiënt nodig heeft om zich er niet als een kat in een vreemd pakhuis te voelen. Hierin staan de huisregels, de plattegrond, de bezoektijden, de telefoonnummers, hoe men er moet komen, hoe het zit met het eten en de winkel, enzovoort. Ook de klachtregeling wordt hierin beschreven.
- f. Bij de ontvangst op de afdeling krijgt de patiënt informatie over het reilen en zeilen aldaar en over zijn medische probleem. Er zijn brochures voorhanden die de ziekte en/of de mogelijke behandelingen beschrijven.
- g. Bij ontslag wordt de patiënt ingelicht omtrent:
 - het zorg- en verzekeringsstelsel waarop hij een beroep kan doen;
 - de maatschappelijke aspecten van de ziekte en de behandeling;
 - het bestaan van patiëntenorganisaties, instellingen en instanties die van nut kunnen zijn;
 - de vervolgetherapie en de rol van de specialist en de huisarts daarin.

4. Bejegening

- a. De hulpverlener toont respect voor de eigenheid, zelfstandigheid en persoonlijke leefsfeer van de patiënt.
- b. De patiënt wordt tegemoet getreden als een individu met de voor dat individu specifieke omstandigheden en gevoelens.
- c. De hulpverlener realiseert zich dat de patiënt hem vertrouwen schenkt en beschaamt dat vertrouwen niet.
- d. De hulpverlener trekt voldoende tijd uit voor de patiënt, houdt zich aan de regels en komt gemaakte afspraken na.
- e. De patiënt of zijn vertegenwoordiger wordt zoveel mogelijk betrokken bij de keuze van de behandeling en de uitvoering ervan.
- f. De hulpverlener dringt de patiënt geen hulp, adviezen of opvattingen op.

5. Steun

- a. De patiënt wordt beschermd tegen belastende of confronterende situaties.
- b. De hulpverlener biedt de patiënt hulp bij het uiten van emoties en bezwaren, en bij het verwerken van onzekerheid en angsten.
- c. De hulpverlener laat de patiënt niet alleen in levensbedreigende situaties.
- d. De hulpverlener bereidt de patiënt voor op de ongemakken en problemen die gepaard gaan met de behandeling of er waarschijnlijk het gevolg van zullen zijn.

- e. Zonodig worden de patiënt en zijn familie geholpen bij het vinden van de weg terug naar de 'normale' maatschappij.

6. Zelfstandigheid

- a. De patiënt wordt gestimuleerd om zoveel mogelijk deel te nemen aan belangrijke beslissingen over het onderzoek en de behandeling.
- b. Beslissingen van de patiënt worden gerespecteerd.
- c. De hulp en zorg zijn erop gericht om de patiënt zo lang en zo goed mogelijk in zijn eigen leefsfeer te laten functioneren.
- d. De patiënt kan bestaande relaties met ouders/verzorgers en naasten zoveel mogelijk voortzetten.
- e. De patiënt heeft een plek voor zichzelf en voor zijn persoonlijke bezittingen.
- f. De hulp en zorg zijn zo ingericht, dat een zo volledig mogelijk herstel op een zo kort mogelijke termijn en tegen zo laag mogelijke offers wordt bereikt.
- g. De hulpverleners zijn erop bedacht dat de zorg geen onnodige gezondheids- en maatschappelijke problemen doet ontstaan.
- h. De hulpverleners lossen niet alleen acute problemen op, maar proberen ook te voorkomen dat chronische patiënten geen raad weten met de ontregeling die het gevolg kan zijn van hun ziekte.

7. Organisatie

- a. Het ziekenhuis heeft een beleidsplan waarin de uitgangspunten van de dienstverlening zijn vastgelegd, alsmede de werkwijze die gevolgd wordt om deze te realiseren.
- b. Het ziekenhuis biedt bepaalde hulpvormen en –diensten aan en stemt deze op elkaar af.
- c. Het ziekenhuis voert een kwaliteitsbeleid ten aanzien van de medewerkers en de door hen verleende diensten.
- d. De hulpverleners verschaffen duidelijke informatie over alle feiten en regelingen waarvan de patiënt en zijn bezoek op de hoogte moeten zijn.
- e. De inspraak- en klachtprocedures zijn vastgelegd, evenals de overige rechten van patiënten en de wijze waarop deze kunnen worden afgedwongen.
- f. Het ziekenhuis biedt alle hotelfaciliteiten die de patiënt en zijn bezoek nodig kunnen hebben en heeft met derden afspraken gemaakt, opdat de patiënt en zijn bezoek gebruik kunnen maken van de door deze derden leverbare diensten.

8. Evaluatie

- a. Het ziekenhuis heeft een beleidsdocument waarin de eigen filosofie, uitgangspunten, doelstellingen en standaarden staan omschreven.
- b. De organisatie van het ziekenhuis is zo opgezet, dat zichtbaar wordt hoe zij functioneert en met welk resultaat.
- c. Het ziekenhuis geeft regelmatig duidelijke informatie over de aard van de evaluaties, de in dat kader getroffen maatregelen en de resultaten hiervan.
- d. Het ziekenhuis verzamelt op systematische wijze informatie over omvang, kwaliteit, kosten en resultaat van de eigen hulp- en dienstverlening en toetst deze aan de daarvoor vastgestelde maatstaven. De werkwijze en organisatie worden zo nodig aangepast.
- e. De hulpverleners stellen zich open voor collegiale controle en regelmatige inspectie door een daartoe bevoegde instantie.
- f. Het ziekenhuis beschikt over een duidelijke en aan de patiënten bekendgemaakte klachtprocedure.
- g. In het ziekenhuis wordt stelselmatig overleg gevoerd met medewerkers en patiënten.

4.2.4 Ziekenhuisvergelijkingsonderzoek van de Consumentenbond

De Consumentenbond en het Nivel hebben onderzocht wat patiënten vinden van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Hiervoor werden 37 ziekenhuizen onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd onder patiënten van de poliklinieken en opnameafdelingen Cardiologie, Interne geneeskunde, Chirurgie, Gynaecologie, Orthopedie en KNO, alsmede onder de patiënten van het bloedlaboratorium en de röntgenafdeling. In totaal gaven ruim 40.000 patiënten hun mening over de geleverde zorg (Consumentenbond, 2002; Friele 2002).

Er is onderzocht wat patiënten vinden van de informatievoorziening, de bejegening en de service in het ziekenhuis. Informatievoorziening betreft de verstrekte informatie rond ziekte en behandeling, maar ook de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en informatie over bijvoorbeeld de klachtenregeling van het ziekenhuis. Bij bejegening is gekeken naar de bejegening door artsen, verpleegkundigen en overige medewerkers van het ziekenhuis, bijvoorbeeld het personeel bij het afsprakenbureau. Serviceaspecten zijn onder meer de manier waarop afspraken kunnen worden gemaakt, de wachttijden, de wachtkamers en het verblijf in het ziekenhuis. Daarnaast is voor de patiënten die te maken kregen met een klinische opname, ook onderzocht hoe zij het ontslag en de nazorg hebben ervaren. De medische kwaliteit van de behandelingen wordt niet beoordeeld.

Uit het onderzoek blijkt dat – afhankelijk van het specialisme – 90 tot 95% van de ondervraagde patiënten een volgende keer weer voor hetzelfde ziekenhuis zou kiezen. Verder vinden patiënten van zowel de opname als de polikliniek informatievoorziening en bejegening belangrijker dan service en nazorg.

Uit het onderzoek komt niet naar voren wat volgens patiënten het beste ziekenhuis is, aangezien patiënten een verschillend belang hechten aan (de diverse aspecten van) informatievoorziening, bejegening, service en ontslag en nazorg. Verder wordt er geen verschil gevonden tussen patiënten van ziekenhuizen met basiszorg, topklinische zorg en topreferente, alleen door academische ziekenhuizen geleverde, zorg.

Wel laten de onderzoeksresultaten duidelijke verschillen zien tussen ziekenhuizen op het gebied van informatievoorziening, bejegening, service en nazorg en ontslag. Tevens levert het onderzoek een aantal belangrijke algemene verbeterpunten op voor ziekenhuizen, vooral op het gebied van de informatievoorziening. Zo zou de patiënt vaker moeten worden ingelicht over de duur van een behandeling of onderzoek, of het pijnlijk is, de bijwerkingen en de alternatieve behandel mogelijkheden. Daarnaast blijken artsen en verpleegkundigen tegenstrijdige informatie te geven. Verder zou de informatie bij ontslag en nazorg aan patiënten moeten worden verbeterd, bijvoorbeeld door standaard een eindgesprek met patiënten te houden. Patiënten hebben ook behoefte aan meer steun van hun arts op momenten dat ze zich onzeker of gespannen voelen en aan een betere waarborging van hun privacy door de verpleging tijdens vertrouwelijke gesprekken.

4.3 Speerpunten voor de ziekenhuiszorg van het RPCP-Rijnmond

In de vorige paragraaf is een tweetal onderzoeken beschreven naar kwaliteitsaspecten van ziekenhuiszorg die patiënten belangrijk vinden bij het kiezen van een ziekenhuis, te weten het onderzoek van ZonMw (Groenewoud, 2003) en het onderzoek van de RVZ (RVZ, 2003). Op basis van de resultaten van deze twee onderzoeken heeft het RPCP-Rijnmond de volgende zes speerpunten voor de ziekenhuiszorg benoemd:

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

Onder dit aspect valt zowel de continuïteit van zorg binnen het ziekenhuis, als de continuïteit van zorg bij het verlaten van het ziekenhuis. Ook de wachttijd voordat behandeling plaatsvindt, is hierbij van belang.

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

Hieronder vallen verlichting van pijn, emotionele steun en verlichting van angst. Met name voor patiënten met een psychische of verstandelijke handicap is het van belang dat er bij het verlenen van zorg rekening wordt gehouden met hun situatie. Ditzelfde geldt voor kinderen. Zij voelen zich bij verblijf en behandeling in het ziekenhuis vaak minder angstig als er een familielid in de buurt is.

3. Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid speelt een belangrijke rol bij de behandeling, maar daarnaast is ook de algemene veiligheid van de patiënt binnen het ziekenhuis van belang. De veiligheid van materialen en voorzieningen, zoals bijvoorbeeld ziekenhuisbedden, vormt een belangrijk aspect van deze algemene patiëntveiligheid.

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

Het gaat er hier om dat er rekening wordt gehouden met de waarden, voorkeuren en behoeften van de patiënt, zowel voor zover mogelijk met betrekking tot de keuze van de behandeling, als met betrekking tot andere aspecten van de zorgverlening, zoals bejegening en informatievoorziening.

5. Specialisatie van het ziekenhuis

Dit aspect heeft betrekking op de speciale behandelingen waarmee het ziekenhuis ervaring heeft, alsmede op de behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden van andere ziekenhuizen. Informatie over de specialisatie van het ziekenhuis is met name van groot belang voor chronische patiënten en patiënten met een zeldzame aandoening.

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

Het gaat hier om de fysieke bereikbaarheid, zowel per openbaar vervoer als per auto.

De deskundigheid van medisch specialisten en verpleegkundig personeel is niet opgenomen in de lijst van speerpunten, hoewel patiënten aangeven deze zeer belangrijk te vinden. Een belangrijke overweging bij het weglaten hiervan is dat zowel de deskundigheid van de medisch specialisten als de deskundigheid van het verpleegkundig personeel deel uitmaakt van de 'norm Kwaliteitssysteem' van het NIAZ. De NVZ heeft bepaald dat alle aangesloten (algemene) ziekenhuizen uiterlijk in 2005 initieel moeten zijn geaccrediteerd door het NIAZ. Ten behoeve van deze accreditatie zal het NIAZ een audit uitvoeren op basis van deze 'norm Kwaliteitssysteem'.

5 Analyse

5.1 Prestatie-indicatoren voor de speerpunten voor ziekenhuiszorg

Zoals in paragraaf 4.1.5 reeds is besproken, hebben de IGZ, de NVZ, de VAZ en de OMS de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' opgesteld. In de begeleidende tekst bij deze basisset staat vermeld dat de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' nog in ontwikkeling is en momenteel indicatoren bevat op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit.

Uit een nadere beschouwing van de in bijlage 1 opgenomen 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' blijkt dat veel van de indicatoren uit deze basisset inderdaad betrekking hebben op de patiëntveiligheid of op de effectiviteit van de werkwijze in het ziekenhuis. Daarnaast heeft ook een aantal indicatoren betrekking op de continuïteit van zorg c.q. ketenzorg binnen het ziekenhuis. Dit betreft de indicatoren voor een specifieke aandoening of interventie die betrekking hebben op de aanwezigheid van bepaalde faciliteiten, zoals bijvoorbeeld geïntegreerde diabeteszorg, een hartfalenpoli en een stroke service of ziekenhuis stroke-unit. Verder geldt voor de in de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' opgenomen indicatoren voor pijnmetingen bij postoperatieve patiënten dat deze betrekking hebben op het fysieke welbevinden van de patiënt.

Zoals in paragraaf 4.3 staat beschreven, heeft het RPCP-Rijnmond een zestal speerpunten voor de ziekenhuiszorg benoemd, te weten 'Continuïteit van zorg en ketenzorg', 'Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt', 'Patiëntveiligheid', 'Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg', 'Specialisatie van het ziekenhuis' en 'Bereikbaarheid van het ziekenhuis'. De in de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' opgenomen prestatie-indicatoren passen voor een groot deel binnen deze speerpunten. Het RPCP-Rijnmond is van mening dat de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' een goede aanzet geeft tot het bieden van meer transparantie met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Een belangrijk voordeel van deze basisset betreft het feit dat de hierin opgenomen indicatoren meetbaar zijn, in tegenstelling tot veel vanuit zorgvragersperspectief geformuleerde criteria voor ziekenhuiszorg. Het RPCP-Rijnmond wil daarom aansluiten bij de indicatoren uit deze basisset. In deze set ontbreekt echter ook een aantal belangrijke aspecten van de door het RPCP-Rijnmond benoemde speerpunten. Daarom wordt in deze paragraaf een aanvullende set prestatie-indicatoren samengesteld. Voor elk van de zes benoemde speerpunten wordt een aantal prestatie-indicatoren geformuleerd die van belang zijn vanuit het perspectief van de patiënt.

Bij het formuleren van deze prestatie-indicatoren wordt in de eerste plaats uitgegaan van de door de NPCF ontwikkelde criteria voor ziekenhuiszorg die in paragraaf 4.2.3 zijn beschreven (NPCF, 1996). Ook wordt gebruik gemaakt van informatie die verkregen is tijdens de bijeenkomsten van de werkgroepen nieuwbouw ziekenhuizen in de regio Rijnmond, waarin het RPCP-Rijnmond is vertegenwoordigd. Daarnaast is de lijst met prestatie-indicatoren verschillende malen onderwerp van discussie geweest tijdens het werkoverleg van alle beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond. Aan de hand van hun inbreng wordt de lijst met prestatie-indicatoren aangevuld.

5.1.1 Prestatie-indicatoren op basis van de criteria van de NPCF

In paragraaf 4.2.3 staan de criteria voor ziekenhuiszorg beschreven die door de NPCF zijn ontwikkeld. Nadere beschouwing van deze criteria leert dat een deel van de criteria betrekking

heeft op het niveau van individuele hulpverleners en/of patiënten. Dit zijn met name de meeste criteria die onder de aspecten vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun en zelfstandigheid vallen. De overige criteria, die vooral te maken hebben met de aspecten accommodatie, organisatie en evaluatie, hebben betrekking op ziekenhuisniveau. Verder zijn veel criteria niet als meetbare indicatoren geformuleerd.

Een van de doelen van dit onderzoek is te komen tot een aantal meetbare prestatie-indicatoren voor de zes benoemde speerpunten voor ziekenhuiszorg. Het gaat hierbij om prestatie-indicatoren op ziekenhuisniveau. In deze subparagraaf wordt nagegaan welke prestatie-indicatoren op basis van de criteria van de NPCF kunnen worden geformuleerd. Een nadere bestudering van deze criteria levert de onderstaande prestatie-indicatoren op, waarbij de nummers tussen haakjes corresponderen met de nummers van de criteria van de NPCF in paragraaf 4.2.3.

Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

- Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt) (5a)
- Mogelijkheid tot blijven slapen van een naaste (rooming in) (7f)

Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

- Gebruik van een behandelplan dat in overleg met de patiënt is opgesteld en zo nodig wordt bijgesteld (4e, 6a)
- Aanwezigheid van een ziekenhuisbreed beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten (4a, 4b)
- Aanwezigheid van een cliëntenraad (8g)
- Plaatsvinden van intern patiënttevredenheidsonderzoek in het verslagjaar (8d)
- Aanwezigheid van een beschrijving van de voorgenomen verbeteracties naar aanleiding van het patiënttevredenheidsonderzoek (8c, 8d)
- Aanwezigheid van een beschrijving van de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties (8c, 8d)
- Behaald hebben van de initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie (8b)

Specialisatie van het ziekenhuis

- Speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden + aantal behandelingen per jaar (7b)

Bereikbaarheid van het ziekenhuis

- Afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis (2a)
- Vertrektijd van de laatste bus/tram/metro (ruim) na afloop van het laatste bezoek (2a)
- Aanwezigheid van invalidenparkeerplaatsen bij de entree (2b)

Uit bovenstaande inventarisatie blijkt dat de criteria van de NPCF geen aanknopingspunten bieden bij het formuleren van prestatie-indicatoren voor de speerpunten 'Continuïteit van zorg en ketenzorg' en 'Patiëntveiligheid'.

5.1.2 Resultaten van de bijeenkomsten van de werkgroepen nieuwbouw

Bij een flink aantal ziekenhuizen in de regio Rijnmond wordt op het moment van het onderzoek gewerkt aan het verbouwen van het bestaande ziekenhuis of aan het bouwen van een nieuw

ziekenhuis. Een vijftal ziekenhuizen, te weten het Erasmus MC, het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Vlietland ziekenhuis, het Ruwaard van Putten ziekenhuis en het Sint Franciscus Gasthuis, heeft een werkgroep gevormd waarin vertegenwoordigers van patiënten van het betreffende ziekenhuis zich bezighouden met de eisen vanuit patiëntenperspectief waaraan het nieuwe c.q. verbouwde ziekenhuis zou moeten voldoen. In deze werkgroepen is ook het RPCP-Rijnmond vertegenwoordigd. Hoewel tijdens de bijeenkomsten van de werkgroepen de nadruk ligt op de inrichting van het ziekenhuisgebouw en de noodzakelijke faciliteiten, komt er ook een aantal meer algemene wensen en eisen vanuit patiëntenperspectief naar voren.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de zorgvraag van de patiënt per definitie ongedeeld is, hetgeen impliceert dat de patiënt behoefte heeft aan ketenzorg. Dit houdt onder meer in dat de transfer van ziekenhuispatiënten naar huis of naar een verpleeghuis goed moet zijn geregeld. Een andere belangrijke wens is dat de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen bij het bepalen van onderzoek en behandeling. Deze wens impliceert dat er wordt gewerkt met een behandelplan dat in overleg met de patiënt wordt opgesteld en zo nodig wordt bijgesteld. Verder moet het ziekenhuis goed toegankelijk zijn. Van belang hierbij zijn onder meer de bereikbaarheid met het openbaar vervoer en het parkeerbeleid.

Naar aanleiding van de resultaten van deze werkgroepen zijn de volgende prestatie-indicatoren toegevoegd aan de lijst:

Continuïteit van zorg en ketenzorg

- Aanwezigheid van een transferafdeling
- Bestaan van een samenwerkingsverband met één of meer verpleeghuizen
- Bestaan van een samenwerkingsverband met de thuiszorg
- Aantal verpleegdagen van verkeerde bed-patiënten² ten opzichte van het totaal aantal verpleegdagen (%)

Bereikbaarheid van het ziekenhuis

- Uurtarief voor parkeren

5.1.3 Inbreng van de beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond

De speerpunten van het RPCP-Rijnmond voor ziekenhuiszorg en de bijbehorende prestatie-indicatoren zijn vervolgens diverse keren onderwerp van discussie geweest tijdens het overleg van alle beleidsmedewerkers van het RPCP-Rijnmond. Een uitkomst van deze discussies is dat de indicatorenset van het RPCP-Rijnmond alleen prestatie-indicatoren dient te bevatten die het RPCP-Rijnmond ook daadwerkelijk zelf kan beoordelen. Consequentie hiervan is dat deze indicatorenset voornamelijk structuur- en procesindicatoren zal bevatten en weinig of geen uitkomstindicatoren. Zowel op de voorwaardenscheppende factoren van de gezondheidszorg betrekking hebbende structuurindicatoren, zoals beschikbare financiële middelen en menskracht, als op de interactie tussen zorgverleners en patiënten gerichte procesindicatoren, zoals bijvoorbeeld wachttijd en verpleegduur, zijn namelijk meestal goed te beoordelen door patiëntenorganisaties. Dit geldt echter niet voor veel uitkomstindicatoren, die betrekking hebben op een verandering als gevolg van een geneeskundige interventie, zoals bijvoorbeeld sterfte en de waarden van bepaalde klinische parameters bij het verlaten van het ziekenhuis. Om deze indicatoren goed te kunnen

² Een verkeerde bed-patiënt is een uitbehandelde patiënt, die echter nog steeds in het ziekenhuis ligt, omdat er bijvoorbeeld geen plaats is in een verpleeghuis.

beoordelen, is medische kennis vereist, alsmede nadere informatie over bijvoorbeeld de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Aangezien de indicatorenset van het RPCP-Rijnmond echter bedoeld is als aanvulling op de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003', is het niet echt een probleem dat de eerstgenoemde indicatorenset geen uitkomstindicatoren bevat, want de basisset bevat wel een aantal uitkomstindicatoren.

Een andere uitkomst is dat de indicatorenset van het RPCP-Rijnmond geen indicatoren dient te bevatten die betrekking hebben op een specifiek ziektebeeld. Deze liggen namelijk op het terrein van patiëntenorganisaties die zich speciaal op het betreffende ziektebeeld richten. Het RPCP-Rijnmond behartigt de gemeenschappelijke belangen van de aangesloten patiënten- en consumentenorganisaties en richt zich derhalve op indicatoren op meso-niveau, dus op het niveau van een ziekenhuis.

Het RPCP-Rijnmond is geïnteresseerd in de wachttijden voor de verschillende specialismen en wil met name inzicht hebben in de regionale knelpunten en de oorzaken hiervan.

Met betrekking tot het fysiek welbevinden van de patiënt bevat de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' een aantal indicatoren voor het meten van pijn bij post-operatieve patiënten. Vanuit patiëntenperspectief is het echter van belang dat er voor het meten van pijn niet alleen een algemeen beleid is dat gericht is op volwassen patiënten, maar ook een specifiek beleid voor kinderen en voor patiënten met specifieke aandoeningen, zoals bijvoorbeeld oncologische patiënten.

Voor wat betreft het psychisch welbevinden van de patiënt hecht het RPCP-Rijnmond belang aan het beleid van het ziekenhuis met betrekking tot euthanasie en orgaandonatie. Verder vindt het RPCP-Rijnmond het belangrijk dat het ziekenhuis de mogelijkheid biedt aan een naaste om te blijven slapen bij een patiënt en om aanwezig te zijn bij een patiënt als deze onder narcose wordt gebracht. Dit laatste is vooral van belang bij kinderen en bij patiënten met een psychische of verstandelijke handicap.

Een flink deel van de prestatie-indicatoren uit de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' heeft betrekking op patiëntveiligheid. Het gaat hier om de veiligheid van de behandeling. Het RPCP-Rijnmond is van mening dat daarnaast ook de algemene veiligheid van de patiënt binnen het ziekenhuis van belang is. De veiligheid van materiaal en voorzieningen levert hieraan een bijdrage.

Ten slotte vindt het RPCP-Rijnmond het van belang dat er naast het plaatsvinden van intern patiënttevredenheidsonderzoek, ook sprake is van externe beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg door een patiënten/consumentenorganisatie.

De inbreng van de beleidsmedewerkers levert de volgende aanvullende prestatie-indicatoren op:

Continuïteit van zorg en ketenzorg

- Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de polikliniek langer dan vier weken is (Treeknorm)
- Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor dagbehandeling langer dan zes weken is (Treeknorm)
- Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de kliniek langer dan zeven weken is (Treeknorm)
- Vermelding van de datum waarop de wachttijdgegevens voor het laatst zijn geactualiseerd

Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

- Aanwezigheid van een pijnprotocol voor kinderen, volwassenen en specifieke aandoeningen en groeperingen
- Aanwezigheid van een protocol voor het omgaan met euthanasie
- Aanwezigheid van een protocol voor orgaandonatie
- Mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen

Patiëntveiligheid

- Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan

Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

- Plaatsvinden van externe beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg door een patiënten/consumenten organisatie

5.1.4 Set van prestatie-indicatoren van het RPCP-Rijnmond

Samenvoeging van de resultaten van de voorgaande drie subparagrafen resulteert in de prestatie-indicatoren die in de volgende tabel zijn opgenomen. Voor elke prestatie-indicator staat vermeld of het een S(tructuur)- of een P(roces)-indicator betreft.

Tabel 5.1: Set van prestatie-indicatoren van het RPCP-Rijnmond

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg	
1.1	Wachttijden
P	a. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de polikliniek langer dan vier weken is (Treeknorm)
P	b. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor dagbehandeling langer dan zes weken is (Treeknorm)
P	c. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de kliniek langer dan zeven weken is (Treeknorm)
P	d. Vermelding van de datum waarop de wachttijdgegevens voor het laatst zijn geactualiseerd
1.2	Transfer van patiënten
S	a. Aanwezigheid van een transferafdeling
S	b. Bestaan van een samenwerkingsverband met één of meer verpleeghuizen
S	c. Bestaan van een samenwerkingsverband met de thuiszorg
P	d. Aantal verpleegdagen van verkeerde bed-patiënten ten opzichte van het totaal aantal verpleegdagen (%)

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt		
2.1	S	Aanwezigheid van een pijnprotocol voor kinderen, volwassenen en specifieke aandoeningen en groeperingen
2.2	S	Aanwezigheid van een protocol voor het omgaan met euthanasie
2.3	S	Aanwezigheid van een protocol voor orgaandonatie
2.4	S	Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt)
2.5	S	Mogelijkheid tot blijven slapen van een naaste (rooming in)
2.6	S	Mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen
3. Patiëntveiligheid		
3.1	P	Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan
4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg		
4.1	P	Gebruik van een behandelplan dat in overleg met de patiënt is opgesteld en zo nodig wordt bijgesteld
4.2	S	Aanwezigheid van een ziekenhuisbreed beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten
4.3	S	Aanwezigheid van een cliëntenraad
4.4		Meting van patiënttevredenheid
	P	a. Plaatsvinden van intern patiënttevredenheidsonderzoek in het verslagjaar
	P	b. Plaatsvinden van externe beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg door een patiënten/consumentenorganisatie
	P	c. Aanwezigheid van een beschrijving van de voorgenomen verbeteracties naar aanleiding van patiënttevredenheidsonderzoek en/of externe kwaliteitsbeoordeling
	P	d. Aanwezigheid van een beschrijving van de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties
4.5	S	Behaald hebben van de initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie
5. Specialisatie van het ziekenhuis		
5.1	P	Speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden + aantal behandelingen per jaar
6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis		
6.1		Bereikbaarheid per openbaar vervoer
	S	a. Afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis
	S	b. Vertrektijd van de laatste bus/tram/metro (ruim) na afloop van het bezoek
6.2		Bereikbaarheid per auto
	S	a. Uurtarief voor parkeren
	S	b. Aanwezigheid van invalidenparkeerplaatsen bij de entree

In subparagraaf 3.2.3 worden negen eisen genoemd waaraan een goede set van prestatie-indicatoren moet voldoen. Voor een aantal van deze eisen geldt echter dat beoordeling of de set van prestatie-indicatoren hieraan voldoet, pas mogelijk is na toepassing van de prestatie-indicatoren in de praktijk. Daarom worden deze prestatie-indicatoren eerst gebruikt voor het toetsen van de informatie in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites van de ziekenhuizen en voor het verkrijgen van aanvullende informatie door middel van interviews met de

ziekenhuisdirecteuren. Vervolgens wordt de set van prestatie-indicatoren geëvalueerd aan de hand van de negen genoemde eisen. Deze evaluatie staat beschreven in paragraaf 6.1.

5.2 Informatie over de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen in de regio Rijnmond

5.2.1 Beschrijving van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond

In de regio Rijnmond zijn acht algemene ziekenhuizen en een academisch ziekenhuis gevestigd. In deze subparagraaf wordt een korte beschrijving gegeven van elk ziekenhuis. De betreffende informatie is afkomstig van de websites en de jaarverslagen van de ziekenhuizen.

Erasmus MC

Het Erasmus MC is in 2002 ontstaan als gevolg van de integratie van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Het Erasmus MC is het grootste universitaire medisch centrum van Nederland. 50% van de patiëntenzorg bestaat uit alleen in universitaire centra geleverde topreferente zorg, 15% is topklinische zorg en 35% is algemeen specialistische basiszorg. Het ziekenhuis heeft drie locaties, namelijk het Erasmus MC, het kinderziekenhuis Erasmus MC-Sophia en het toponcologisch instituut Erasmus MC-Daniel. In totaal heeft het Erasmus MC 1237 bedden. Momenteel zijn het Erasmus MC en het Erasmus MC-Sophia gevestigd op het Hobokencomplex, terwijl het Erasmus MC-Daniel nog gevestigd is op de zuidoever. In de toekomst zullen alledrie de locaties verhuizen naar een compleet nieuw medisch centrum, dat in de komende vijftien jaar gebouwd gaat worden in het stadsdeel Hoboken.

Sint Franciscus Gasthuis

Het in 1892 gestichte Sint Franciscus Gasthuis had oorspronkelijk een rooms-katholieke achtergrond, maar tegenwoordig vormen de patiënten een evenwichtige afspiegeling van de bevolking in het verzorgingsgebied. Het ziekenhuis richt zich op het noordelijke gedeelte van Rotterdam, alsmede op de dorpen Berkel, Bleiswijk en Bergschenhoek. Sinds 1975 is het ziekenhuis gevestigd aan de Kleiweg in Rotterdam-Noord. Het Sint Franciscus Gasthuis is een opleidingsziekenhuis dat naast basiszorg ook voor enkele specialismen topklinische zorg aanbiedt. Het ziekenhuis heeft 613 bedden.

Havenziekenhuis

Het Havenziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met een specialisatie in tropenziekten, tegenwoordig vaak reizigersziekten genoemd. Dit ziekenhuis, dat nabij het centrum van Rotterdam is gevestigd, werd in 1927 opgericht als ziekenhuis voor scheeps- en tropische ziekten. Het ziekenhuis heeft 250 bedden.

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid

Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid bestaat uit twee locaties, te weten de locatie Zuider, geopend in 1939, en de locatie Clara, die in 1949 werd opgericht. Beide locaties, die in 2000 zijn gefuseerd, zijn gevestigd in Rotterdam-Zuid en zullen in de toekomst worden gehuisvest in een geheel nieuw gebouw vlakbij het NS-station Lombardijen. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid biedt volledige basiszorg. Daarnaast heeft het ziekenhuis enkele specifieke topklinische functies met een bovenregionale functie. Dit betreft de cardiochirurgie, de hemodialyse, het brandwondencentrum en het hartcentrum. Het ziekenhuis richt zich op de inwoners van Rijnmond-Zuid en heeft 832 bedden.

Ikazia ziekenhuis

Het Ikazia ziekenhuis is een protestants-christelijk ziekenhuis, dat in 1968 werd geopend. Het is gevestigd in Rotterdam-Zuid, nabij het Zuidplein en richt zich op de bevolking van Rotterdam-Zuid en omstreken. In het ziekenhuis, dat 359 bedden telt, zijn alle basisspecialismen vertegenwoordigd. Verder heeft het ziekenhuis een buitenpolikliniek in Barendrecht-Carnisselande.

IJsselland ziekenhuis

Het in Capelle aan den IJssel gevestigde IJsselland ziekenhuis is in 1991 ontstaan uit een fusie van de in Rotterdam-Noord gevestigde ziekenhuizen Eudokia en Bergweg. Het ziekenhuis biedt een breed pakket aan basiszorg. Daarnaast richt het ziekenhuis zich op enkele specifieke (boven-) regionale speerpunten, namelijk gastro-enterologie (gastro-enterologische oncologie en chirurgie), diabetes mellitus (zowel voor kinderen als voor volwassenen) en algemene en chirurgische oncologie. Het ziekenhuis heeft 390 bedden.

Ruwaard van Putten ziekenhuis

Het Ruwaard van Putten ziekenhuis is in Spijkenisse gevestigd en richt zich op de bewoners van Voorne-Putten, Rozenburg, Hoogvliet en Albrandswaard. Het is een middelgroot ziekenhuis, dat basiszorg aanbiedt.

Van Weel-Bethesda ziekenhuis

Het in Dirksland gevestigde Van Weel-Bethesda ziekenhuis is een in 1934 geopend ziekenhuis op protestants-christelijke grondslag. Het ziekenhuis vervult een regionale functie op Goeree-Overflakkee en een deel van Voorne-Putten. Het ziekenhuis heeft een buitenpolikliniek in Hellevoetsluis. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis is een klein ziekenhuis met 140 bedden, dat basiszorg verleent.

Vlietland ziekenhuis

Het Vlietland ziekenhuis is in 2000 ontstaan na een fusie van het Schieland ziekenhuis in Schiedam en het Holy ziekenhuis in Vlaardingen. Het ziekenhuis heeft momenteel nog twee vestigingen, maar er wordt gewerkt aan één nieuwe ziekenhuislocatie in Schiedam. Deze zal naar verwachting in 2006 in gebruik worden genomen. Ook heeft het ziekenhuis twee buitenpoliklinieken in Maassluis en Hoek van Holland. Het Vlietland ziekenhuis is een middelgroot ziekenhuis met 600 bedden, dat basiszorg aanbiedt. Het ziekenhuis richt zich op de bevolking van de regio Nieuwe Waterweg-Noord.

5.2.2 Informatie in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites

In deze subparagraaf wordt getoetst of de ziekenhuizen in de regio Rijnmond op het moment van het onderzoek reeds informatie publiceren over de in paragraaf 5.1 geformuleerde prestatie-indicatoren. Voor deze toetsing wordt gekeken naar de zeven algemene ziekenhuizen in de regio Rijnmond waarvan het RPCP-Rijnmond een kwaliteitsjaarverslag over 2002 heeft ontvangen, te weten het Sint Franciscus Gasthuis, het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Ikazia ziekenhuis, het IJsselland ziekenhuis, het Ruwaard van Putten ziekenhuis, het Van Weel-Bethesda ziekenhuis en het Vlietland ziekenhuis³. Verder wordt ook het universitair medisch centrum Erasmus MC in het onderzoek meegenomen. De meeste ziekenhuizen in de regio Rijnmond hebben het

³ Van het Havenziekenhuis had het RPCP-Rijnmond op het moment van het onderzoek nog geen (kwaliteits-) jaarverslag over 2002 ontvangen.

kwaliteitsjaarverslag geïntegreerd in het algemene jaarverslag. Alleen het Van Weel-Bethesda ziekenhuis brengt naast het algemene jaarverslag elke twee jaar een apart kwaliteitsjaarverslag uit. Op het moment van het onderzoek was het kwaliteitsjaarverslag over 2002 en 2003 echter nog niet beschikbaar.

Naast de (kwaliteits-)jaarverslagen over 2002 worden ook de (kwaliteits)jaarverslagen over 2001 onderzocht, om een wat breder beeld te krijgen van de onderwerpen waarover de ziekenhuizen informatie publiceren. Niet ieder ziekenhuis publiceert immers elk jaar iets over dezelfde onderwerpen. Ook wordt gekeken naar de op 1 maart 2004 op de websites van de ziekenhuizen vermelde informatie. Verder wordt voor het verkrijgen van informatie over de wachttijden gebruik gemaakt van de op 1 maart 2004 op de website www.zwier.nl⁴ vermelde wachttijdgegevens. www.zwier.nl bevat de wachttijden voor de polikliniek, voor dagbehandeling en voor klinische behandeling voor 22 specialismen in de algemene ziekenhuizen en het universitair medisch centrum in de regio Rijnmond. Voor het Vlietland ziekenhuis worden de wachttijden voor de locaties Vlaardingen en Schiedam apart vermeld. De laatste mutatedatum van deze wachttijdgegevens is 15 januari 2004.

Voor elk ziekenhuis wordt getoetst of de (kwaliteits)jaarverslagen van 2001 en 2002 en/of de website van het betreffende ziekenhuis informatie bevatten over de in de vorige paragraaf geformuleerde prestatie-indicatoren die betrekking hebben op de zes speerpunten voor ziekenhuiszorg van het RPCP-Rijnmond. De tabel aan het eind van deze paragraaf bevat de resultaten van deze toetsing. Hieronder volgt een korte samenvatting van de resultaten.

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

Volgens www.zwier.nl hebben de meeste ziekenhuizen een flink aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor een polikliniekbezoek langer is dan de Treeknorm van vier weken. Van de 22 specialismen waarvoor www.zwier.nl wachttijdinformatie bevat, zijn er maar liefst 12 specialismen waarvoor de gemiddelde (afgeronde) wachttijd voor de polikliniek van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond langer is dan vier weken. Dit zijn de volgende specialismen: pijnbestrijding (5,1 weken), allergologie (4,7 weken), neurochirurgie (5,3 weken), dermatologie (4,8 weken), revalidatie (6,6 weken), cardiologie (5,9 weken), orthopedie (10,1 weken), plastische chirurgie (10,1 weken), gastro-enterologie (4,5 weken), neurologie (7 weken), kaakchirurgie (5,5 weken) en reumatologie (8 weken).

Met name de volgende vier specialismen hebben lange wachttijden voor de polikliniek:

- orthopedie; vijf van de tien ziekenhuislocaties waarvoor wachttijden worden geregistreerd, te weten het Ikazia ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis, het Erasmus MC, het Van Weel-Bethesda ziekenhuis en het Havenziekenhuis hebben een wachttijd die (veel) langer is dan de Treeknorm van vier weken;
- plastische chirurgie; zes van de zeven ziekenhuislocaties waarvoor een wachttijd voor de polikliniek voor plastische chirurgie staat geregistreerd, hebben een wachttijd die langer is dan vier weken; alleen in het Ruwaard van Putten ziekenhuis is de wachttijd vier weken;
- reumatologie; drie van de vijf ziekenhuislocaties met een geregistreerde wachttijd voor de polikliniek voor reumatologie hebben een wachttijd langer dan vier weken; dit zijn beide locaties van het Vlietland ziekenhuis en het Ikazia ziekenhuis;

⁴ ZWIER staat voor Ziekenhuis Wachttijd Informatie Eerstelijns Rijnmond. Hoewel sommige ziekenhuizen op hun eigen website wachttijden vermelden, is ervoor gekozen om de wachttijdinformatie van ZWIER te gebruiken, omdat deze website vergelijking van de wachttijden van de verschillende ziekenhuizen mogelijk maakt.

- neurologie; negen ziekenhuislocaties hebben een wachttijd voor de polikliniek die langer is dan vier weken; alleen het Havenziekenhuis heeft een kortere wachttijd.

Het aantal specialismen met een wachttijd voor dagbehandeling die langer is dan de Treeknorm van zes weken of een wachttijd voor klinische behandeling langer dan de Treeknorm van zeven weken, is geringer, hoewel vrijwel elk ziekenhuis wel een of meer specialismen heeft met een te lange wachttijd. Plastische chirurgie is het enige specialisme waarvoor de gemiddelde wachttijden voor dagbehandeling en klinische behandeling van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond langer zijn dan de Treeknormen. De gemiddelde wachttijd voor dagbehandeling is 10,2 weken en in vier van de vijf ziekenhuizen met een geregistreerde wachttijd is de wachttijd langer dan de Treeknorm van zes weken. Alleen in het IJsselland ziekenhuis is de wachttijd vier weken. De gemiddelde wachttijd voor klinische behandeling is 13,4 weken en in alle vijf ziekenhuizen waarvoor deze wachttijd wordt geregistreerd, is deze langer dan de Treeknorm van zeven weken.

Verder valt op dat er enkele ziekenhuizen zijn waarvoor niet alle wachttijden voor dagbehandeling en/of klinische behandeling worden vermeld op www.zwier.nl. Voorts staat op www.zwier.nl niet vermeld wanneer de gegevens van de afzonderlijke ziekenhuizen voor het laatst zijn geactualiseerd. Er wordt alleen een algemene laatste mutatedatum gegeven.

Vijf ziekenhuizen maken melding van de aanwezigheid van een transferafdeling. De meeste ziekenhuizen vermelden het bestaan van samenwerkingsverbanden met verpleeghuizen en thuiszorg. Een drietal ziekenhuizen geeft inzicht in het percentage verkeerde bed-patiënten.

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

Geen enkel ziekenhuis vermeldt de aanwezigheid van een pijnprotocol of van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties. Slechts twee ziekenhuizen vermelden hoe zij met euthanasie omgaan, waarbij een van deze twee ziekenhuizen expliciet aangeeft dat er vanwege de protestants-christelijke signatuur van het ziekenhuis geen euthanasie plaatsvindt. Slechts één ziekenhuis beschrijft de aanwezigheid van een protocol voor orgaandonatie. Vier ziekenhuizen geven aan dat bij opname van kinderen een van beide ouders kan blijven slapen. Slechts één ziekenhuis vermeldt de mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen van kinderen.

3. Patiëntveiligheid

Geen enkel ziekenhuis geeft aan of bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan.

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

Geen van de ziekenhuizen geeft aan of er wordt gewerkt met behandelplannen die in overleg met de patiënt worden opgesteld. Drie van de acht ziekenhuizen beschikken over een cliëntenraad en twee andere geven aan bezig te zijn met de oprichting hiervan. Vijf ziekenhuizen beschrijven het plaatsvinden van patiënttevredenheidsonderzoeken en alle ziekenhuizen geven aan dat er in 2002 een externe kwaliteitsbeoordeling van de geleverde zorg door een patiënten/consumenten organisatie heeft plaatsgevonden. Dit betreft het ziekenhuisvergelijkingsonderzoek van de Consumentenbond, dat eind 2001 is gehouden en waarvan de resultaten in 2002 beschikbaar kwamen. Vijf ziekenhuizen beschrijven de voorgenomen verbeteracties, maar slechts één ziekenhuis beschrijft de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties. Geen enkel ziekenhuis geeft aan een initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie te hebben behaald. Wel geven enkele ziekenhuizen in hun (kwaliteits-)jaarverslag aan naar accreditatie toe te werken.

5. Specialisatie van het ziekenhuis

Drie ziekenhuizen maken melding van één of meer speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert. Geen enkel ziekenhuis geeft informatie over behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden.

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

Slechts één ziekenhuis vermeldt op de website de afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis. Geen enkel ziekenhuis geeft aan of het laatste openbaar vervoer ruim na afloop van het bezoek vertrekt. Vijf ziekenhuizen geven aan of er voor parkeren moet worden betaald en zo ja hoeveel. Een drietal ziekenhuizen vermeldt de aanwezigheid van invalidenparkeerplaatsen bij de entree.

Tabel 5.2: Resultaten van de toetsing van de (kwaliteits-)jaarverslagen en de websites

	Eras-mus MC		SFG		MCRZ		Ikazia		IJssel-land		R. van Putten		V. Weel-Beth.		Vliet-land	
	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net
1. Continuïteit van zorg en ketenzorg																
1.1 Wachtlijden																
a. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de polikliniek langer dan vier weken is (volgens www.zwier.nl)	9		5		9		7		8		3		9		10+9 ²	
b. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor dagbehandeling langer dan zes weken is (volgens www.zwier.nl)	1 ¹		1		1		3		1		0 ¹		2		1+3 ²	
c. Aantal specialismen waarvoor de wachttijd voor de kliniek langer dan zeven weken is (volgens www.zwier.nl)	0 ¹		x ¹		2		2		1		1		1		2+3 ²	
d. Vermelding van de datum waarop de wachttijdgegevens voor het laatst zijn geactualiseerd																
1.2 Transfer van patiënten																
a. Aanwezigheid van een transferafdeling			x		x				x	x			x	x	x	x
b. Bestaan van een samenwerkingsverband met één of meer verpleeghuizen			x		x		x		x		x		x	x	x	
c. Bestaan van een samenwerkingsverband met de thuiszorg			x		x		x		x		x		x	x	x	
d. Aantal verpleegdagen verkeerde bed-patiënten t.o.v. totaal aantal verpleegdagen (%)			2,6 ⁴		4,01 ⁵								8 ⁴			
¹ slechts enkele wachttijden geregistreerd op www.zwier.nl ² wachttijd Schiedam + wachttijd Vlaardingen ³ geen wachttijden geregistreerd op www.zwier.nl ⁴ in 2002 ⁵ in 2001																
2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt																
2.1 Aanwezigheid van een pijnprotocol voor kinderen, volwassenen en specifieke aandoeningen en groeperingen																
2.2 Aanwezigheid van een protocol voor het omgaan met euthanasie					x								x			
2.3 Aanwezigheid van een protocol voor orgaandonatie			x													
2.4 Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties																
2.5 Mogelijkheid tot blijven slapen van een naaste (rooming in)	x		x				x		x							
2.6 Mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen									x							
3. Patiëntveiligheid																
3.1 Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijv. ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan																

Tabel 5.2: Resultaten van de toetsing van de (kwaliteits-)jaarverslagen en de websites (vervolg)

	Eras- mus MC		SFG		MCRZ		Ikazia		IJssel- land		R. van Putten		V. Weel- Beth.		Vliet- land		
	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	ver slag	inter net	
4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg																	
4.1	Aanwezigheid van een behandelplan dat in overleg met de patiënt is opgesteld en zo nodig wordt bijgesteld																
4.2	Aanwezigheid van een ziekenhuisbreed beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten																
4.3	Aanwezigheid van een cliëntenraad																
	x	x	x	x					i.o.					i.o.		x	x
4.4 Meting van patiënttevredenheid																	
a.	Plaatsvinden van intern patiënttevredenheidsonderzoek in het verslagjaar																
	x		x				x		x								x
b.	Plaatsvinden van externe beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg door een patiënten/consumentenorganisatie																
	x		x		x		x		x		x		x			x	
c.	Aanwezigheid van een beschrijving van de voorgenomen verbeteracties n.a.v. patiënttevredenheidsonderzoek en/of externe kwaliteitsbeoordeling																
	x		x				x		x							x	
d.	Aanwezigheid van een beschrijving van de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties																
									x								
4.5	Behaald hebben van de initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie																
5. Specialisatie van het ziekenhuis																	
5.1	Speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden + aantal behandelingen per jaar																
	x	x			x				x								
6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis																	
6.1 Bereikbaarheid per openbaar vervoer																	
a.	Afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis (in meters)																
												150					
b.	Vertrektijd laatste bus/tram/metro (ruim) na afloop van het bezoek																
6.2 Bereikbaarheid per auto																	
a.	Uurtarief voor parkeren (in euro's)																
		1,20		1,20				0,00		0,00							0,00
b.	Aanwezigheid van invalidenparkeerplaatsen bij de entree																
								x						x			x

5.2.3 Resultaten van de interviews met de ziekenhuisdirecteuren

Aan de hand van de resultaten van de in de vorige subparagraaf beschreven toetsing van de (kwaliteits-)jaarverslagen en websites van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond, is een vragenlijst samengesteld, op basis waarvan semi-gestructureerde interviews zijn gehouden met de directeuren van de ziekenhuizen. Deze vragenlijst is opgenomen in bijlage 2. De interviews dienden voor het verkrijgen van aanvullende informatie over de prestatie-indicatoren, alsmede van andere relevante informatie. Voorafgaand aan het interview hebben de ziekenhuisdirecteuren de vragenlijst toegestuurd gekregen, zodat zij zich op het interview konden voorbereiden. Elk ziekenhuis heeft het concept-verslag van het interview ontvangen, met het verzoek dit indien nodig aan te vullen of te corrigeren. Hieronder worden de resultaten van de interviews samengevat.

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

Wachttijden

Aan de directeuren van de ziekenhuizen is gevraagd wat de oorzaken zijn van de te lange wachttijden en welke acties er worden ondernomen om deze wachttijden te bekorten. Volgens de ziekenhuizen zijn de lange wachttijden voor orthopedie, neurologie en plastische chirurgie een landelijk probleem. Ook de wachttijden voor pijnbestrijding bestaan landelijk. Het Sint Franciscus Gasthuis, het Ruwaard van Putten ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis geven aan dat er een enorme vraag is naar plastische chirurgie. Met name de vraag naar cosmetische ingrepen is gegroeid. Volgens het Ruwaard van Putten ziekenhuis is dit wachttijstprobleem niet eenvoudig op te lossen, maar hebben reconstructieve operaties een hogere urgentie dan cosmetische ingrepen, hoewel dit niet zwart op wit in het beleidsplan staat. Sommige ziekenhuizen hebben een lange wachttijst voor een bepaald specialisme, doordat het betreffende specialisme een bovenregionale functie vervult, zoals bijvoorbeeld gastro-enterologie in het IJsselland ziekenhuis.

De oorzaak van sommige lange wachttijden wordt gevormd door openstaande vacatures, zoals bijvoorbeeld een drie jaar openstaande vacature bij KNO-heelkunde in het Ikazia ziekenhuis, een vacature voor cardiologie in het Van Weel-Bethesda ziekenhuis en vacatures bij cardiologie en neurologie in het Ruwaard van Putten ziekenhuis.

Naast een landelijk tekort en openstaande vacatures noemt het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid als oorzaken voor de wachttijden ook de extra aandacht die de fusie van de locaties Clara en Zuider heeft gevraagd en een gebrek aan capaciteit op de operatiekamers vanwege vacatures voor ondersteunend personeel. Verder geeft het Ruwaard van Putten ziekenhuis aan dat de wachttijst voor kaakchirurgie niet zozeer wordt veroorzaakt door een tekort aan kaakchirurgen, maar meer door een tekort aan tandartsen in de regio, waardoor mensen vaker een beroep doen op de kaakchirurg.

Verder geeft het IJsselland ziekenhuis aan dat het ziekenhuis eigenlijk al sinds de bouw te klein is en dat men hier steeds mee wordt geconfronteerd.

Voor wat betreft zorg die alleen in academische ziekenhuizen wordt verleend, geeft het Erasmus MC aan dat er met name wachttijstproblemen zijn op het gebied van de gespecialiseerde kindervakken (kinderurologie, kinderneurologie) en bij een bepaald soort operaties voor orthopedie (scoliose operaties). Deze laatste operaties vormen met name een probleem vanwege de benodigde (schaarse) capaciteit van de operatiekamers. In dezelfde tijd waarin één scoliose operatie wordt uitgevoerd, kan namelijk een aantal andere minder ingrijpende en tijdrovende operaties worden verricht.

Met betrekking tot het ondernemen van acties om de wachttijden te bekorten, geeft het Ikazia ziekenhuis aan elke maand een uitdraai van de wachttijden te maken om de oorzaken te

analyseren en te kijken wat er aan de wachttijden kan worden gedaan. Volgens dit ziekenhuis zijn de wachttijden op het moment van het interview minder lang dan de wachttijden op www.zwier.nl. Ook het IJsselland ziekenhuis meldt dat er een trendanalyse plaatsvindt en dat de productiegegevens op structurele basis worden besproken tijdens het managementoverleg. Het Sint Franciscus Gasthuis heeft met zorgverzekeraar Zilveren Kruis/Achmea afspraken gemaakt over groei van de productie van het ziekenhuis en aanpak van de wachtlijsten. De afspraak is dat het Sint Franciscus Gasthuis twee procent meer productie mag leveren dan afgesproken, op voorwaarde dat de wachttijden binnen de Treeknormen blijven. Het Vlietland ziekenhuis meldt dat extra productie van heupen en knieën is afgesproken met de zorgverzekeraar ten behoeve van het verminderen van de wachttijden voor orthopedie. Het IJsselland ziekenhuis geeft aan veel aandacht te besteden aan verkorting van de wachtlijst voor met name chirurgie. Aangezien het ziekenhuis een zesde operatiekamer wil openen, wordt er momenteel actie ondernomen om de vakgroep anesthesiologie compleet te krijgen. Het Erasmus MC meldt een aantal afspraken die het met andere ziekenhuizen heeft gemaakt ter vermindering van de wachttijden, zoals afstemming binnen de regio met betrekking tot gynaecologische oncologie en het ook in het ziekenhuis in Dordrecht plaatsen van bestralingsbunkers voor radiotherapie. Verder is met andere ziekenhuizen afgesproken dat door hen naar het Erasmus MC doorverwezen patiënten worden teruggeplaatst zodra er geen speciale zorg meer hoeft te worden verleend.

Tot slot meldt het Sint Franciscus Gasthuis te hebben vernomen dat de wachttijden op www.zwier.nl inmiddels niet meer worden bijgehouden, hetgeen inderdaad het geval blijkt te zijn. De oorzaak waarom de wachttijden voor de kliniek van dit ziekenhuis niet waren vermeld op www.zwier.nl was gelegen in een intern ICT-probleem.

Transfer van patiënten

• Transferafdeling

Zoals reeds uit de jaarverslagen en de websites van de ziekenhuizen bleek, hebben het IJsselland ziekenhuis, het Van Weel-Bethesda ziekenhuis, het Vlietland ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis en het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid een transferafdeling. De ervaringen hiermee zijn over het algemeen positief. Zo geeft het Sint Franciscus Gasthuis aan dat uitbehandelde patiënten tevreden zijn over de transferafdeling, omdat zij hier meer aandacht krijgen dan op een gewone verpleegafdeling. In dit ziekenhuis wordt het gebruik van de transferafdeling gecombineerd met trajectbegeleiding, die in gang wordt gezet zodra iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen. Onderzoek wijst uit dat een op de transferafdeling opgenomen patiënt met een indicatie voor een verpleeghuis een grotere kans heeft uiteindelijk toch naar huis te gaan dan een in een verpleeghuis opgenomen patiënt. Ook in het IJsselland ziekenhuis wijst evaluatieonderzoek uit dat patiënten positief oordelen over de transferafdeling, maar tijdens het interview wordt wel de mening weergegeven dat een transferafdeling in feite een oneigenlijk gebruik van het ziekenhuis is. In het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid blijft het resultaat van het gebruik van de transferafdeling achter bij de verwachtingen. Het ziekenhuis wijt dit zelf aan het hanteren van te stringente criteria voor het al dan niet plaatsen van patiënten op de transferafdeling. Zo worden hier ten tijde van het onderzoek alleen patiënten geplaatst bij wie het zeer waarschijnlijk is dat zij ofwel na een revalidatie van maximaal enkele weken weer naar huis kunnen, ofwel heel lang moeten blijven. De ziekenhuizen die geen transferafdeling hebben, beschikken wel over een bureau nazorg of transferverpleegkundigen die zich bezighouden met ontslagbemiddeling. Redenen die worden gegeven voor het ontbreken van een transferafdeling zijn ruimtegebrek (Erasmus MC en Ruwaard van Putten ziekenhuis) en het feit dat het ziekenhuis van mening is dat een transferafdeling niet tot de core business behoort (Ikazia ziekenhuis). Overigens hebben zowel het Ikazia ziekenhuis als het Ruwaard van Putten ziekenhuis wel een afspraak met Humanitas gemaakt over de inhuur van

een aantal verpleeghuisbedden voor uitbehandelde ziekenhuispatiënten. Hier is dus in feite sprake van een externe transferafdeling.

- **Samenwerking met verpleeghuizen**

Alle ziekenhuizen hebben afspraken gemaakt met een of meer verpleeghuizen. De samenwerking met deze verpleeghuizen wordt als goed ervaren. Het Ikazia ziekenhuis, het Ruwaard van Putten ziekenhuis en het Erasmus MC maken melding van afspraken met verpleeghuizen in het kader van ketenzorgprojecten, zoals een project voor CVA-patiënten.

Daarnaast worden er ook enkele knelpunten gesignaleerd. Zo signaleren het Ikazia ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis dat er in Rotterdam verkeerde bed-patiënten in het ziekenhuis liggen, terwijl er in sommige verpleeghuizen lege bedden zijn. Dit zijn echter niet de verpleeghuizen die de voorkeur van de betreffende patiënten genieten. Hierdoor moeten deze ziekenhuizen regelmatig nieuwe patiënten weigeren. Het IJsselland ziekenhuis probeert dit probleem op te lossen door nog betere afspraken met verpleeghuizen te maken. Zo is er inmiddels een afspraak gemaakt met één van de verpleeghuizen dat patiënten voor drie maanden in het betreffende verpleeghuis kunnen worden geplaatst, totdat er een plek beschikbaar is in het verpleeghuis dat de voorkeur van de patiënt geniet. Ook het Van Weel-Bethesda ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis ondanks het gebruik van de transferafdeling nog steeds te weinig capaciteit heeft voor het opnemen van patiënten. De oorzaak van dit probleem is gelegen in een tekort aan verpleeghuiscapaciteit op Goeree-Overflakkee.

Verder ondervindt het Vlietland ziekenhuis een knelpunt met betrekking tot de plaatsing van psycho-geriatrische patiënten in een verpleeghuis. Vanwege een gebrek aan verpleeghuiscapaciteit in de regio Nieuwe Waterweg-Noord moeten patiënten soms een maand in het ziekenhuis wachten. In het centrum van Rotterdam speelt dit probleem niet, volgens het Sint Franciscus Gasthuis.

- **Samenwerking met de thuiszorg**

Alle ziekenhuizen hebben afspraken met de thuiszorg gemaakt. De samenwerking verloopt over het algemeen goed. Een door het Ikazia ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis, het IJsselland ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda ziekenhuis gesignaleerd knelpunt betreft de indicatiestelling voor thuiszorg voor ziekenhuispatiënten. In principe kan namelijk pas thuiszorg worden geleverd nadat de betreffende patiënt hiervoor geïndiceerd is. Volgens de regels dient het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) binnen 48 uur een indicatiestelling af te geven, maar regelmatig kan het RIO hieraan niet voldoen. De ziekenhuizen wensen meer mogelijkheden om de indicatie achteraf te kunnen stellen. Overigens biedt de huidige wet- en regelgeving reeds de mogelijkheid afspraken te maken met het RIO over het achteraf stellen van indicaties. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis meldt dat het RIO inmiddels akkoord is gegaan met het achteraf stellen van indicaties. Volgens dit ziekenhuis waren er hierdoor in de eerste vier maanden van 2004 50% minder verkeerde bed-patiënten dan in de eerste vier maanden van het voorgaande jaar. Het IJsselland ziekenhuis geeft aan in overleg te zijn met het ministerie van VWS over een route voor het achteraf stellen van indicaties.

Een ander knelpunt heeft te maken met bezuinigingen binnen de thuiszorg. Zo constateert het Ruwaard van Putten ziekenhuis dat de thuiszorginstelling in de betreffende regio financieel onder druk staat en daardoor minder in staat is nieuwe zorgvernieuwingsprojecten uit te voeren.

- **Verkeerde bed-patiënten**

Niet alle ziekenhuizen kunnen tijdens het interview het percentage verkeerde bed-patiënten noemen. Het Ikazia ziekenhuis noemt voor 2003 een percentage verkeerde bed-patiënten van 4%, terwijl dit voor 2002 2,8% was. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid geeft aan dat in 2003 5% van de verpleegdagen voor rekening kwam van verkeerde bed-patiënten en dat dit percentage inmiddels vermoedelijk is gedaald. In het Ruwaard van Putten ziekenhuis liggen gemiddeld

ongeveer tien verkeerde bed-patiënten en in het Vlietland ziekenhuis tien à twaalf. Het Erasmus MC geeft geen cijfers, maar meldt dat het percentage verkeerde bed-patiënten bij bijvoorbeeld neurologie lager is dan in andere ziekenhuizen, omdat het Erasmus MC relatief vaker jonge neurologische patiënten behandelt. Zowel het IJsselland ziekenhuis als het Van Weel-Bethesda ziekenhuis noemen voor 2003 een percentage verkeerde bed-patiënten van ongeveer 8%.

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

Pijnbestrijding

De meeste ziekenhuizen geven aan dat zij over een pijnprotocol voor volwassenen beschikken. In het Sint Franciscus Gasthuis wordt op het moment van het onderzoek met dit protocol een pilot uitgevoerd op één klinische afdeling. Deze pilot wordt vervolgens uitgebreid naar het hele ziekenhuis. Het IJsselland ziekenhuis heeft een pijnprotocol voor de interne en oncologische afdelingen. Momenteel wordt onderzocht hoe dit pijnprotocol breder kan worden geïmplementeerd. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis heeft een protocol voor met name volwassenen met kanker. Het Sint Franciscus Gasthuis, het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid en het Erasmus MC hebben ook een pijnprotocol voor kinderen. Daarnaast is er in dit laatste ziekenhuis een apart pijnprotocol voor chirurgische, orthopedische en oncologische patiënten.

Het Ikazia ziekenhuis geeft aan over een aparte pijnpoli te beschikken. Volgens het ziekenhuis worden de resultaten hiervan in het algemeen als positief ervaren door de patiënten. Er is echter een vrij lange wachlijst. Verder loopt in dit ziekenhuis een kwaliteitsproject, waarbij op twee afdelingen de pijnscores van de patiënten worden gemeten.

Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid beschouwt pijnbestrijding als een specialisme waarmee het ziekenhuis zich van andere ziekenhuizen wil onderscheiden. Het ziekenhuis is erkend als pijncentrum. Ook in dit ziekenhuis is op een aantal afdelingen een pilot gedaan met pijnmetingen. Op de betreffende afdelingen worden deze pijnmetingen inmiddels standaard toegepast en er is voorgesteld deze metingen ziekenhuisbreed te gaan uitvoeren.

De ziekenhuizen geven op het moment van het onderzoek geen schriftelijke informatie aan patiënten over het pijnprotocol. Het Ikazia ziekenhuis en het Erasmus MC melden dat patiënten worden geïnformeerd via individuele hulpverleners. Het Sint Franciscus Gasthuis geeft aan dat het naar aanleiding van het onderzoek van het RPCP-Rijnmond meer informatie over de pijnprotocollen wil gaan verstrekken via het patiënteninformatiecentrum. In het Van Weel-Bethesda ziekenhuis wordt mondelinge informatie verstrekt over het pijnprotocol en tevens wordt informatie verstrekt via de website van het hospice Calando.

Ten slotte is het Ikazia ziekenhuis van mening dat de hoeveelheid pijnmedicatie afneemt wanneer patiënten zelf de regie krijgen over de toediening.

Euthanasie

Alle ziekenhuizen hebben een protocol waarin staat beschreven hoe het ziekenhuis omgaat met euthanasie. Het Ikazia ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda ziekenhuis geven in dit protocol expliciet aan dat er vanwege de protestants-christelijke signatuur van het ziekenhuis geen euthanasie plaatsvindt.

Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis en het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid vermelden informatie over het protocol voor euthanasie op hun website. Daarnaast krijgt in het Van Weel-Bethesda ziekenhuis elke patiënt bij opname informatie met daarin onder meer enkele uitgangspunten van het ziekenhuis, waaronder het uitgangspunt met betrekking tot euthanasie. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis geeft informatie aan patiënten via het informatieboekje dat patiënten voor opname ontvangen. In het Sint Franciscus Gasthuis is er informatie verkrijgbaar via het patiënteninformatiecentrum. Het Erasmus MC meldt dat de individuele arts de patiënt informeert.

Verder was er in het verleden een folder beschikbaar in de Daniel den Hoed kliniek (nu: Erasmus MC-Daniel), maar deze is verouderd. Het voornemen bestaat deze folder te actualiseren. In het IJsselland ziekenhuis is er een folder beschikbaar voor als de patiënt het onderwerp ter sprake brengt. Hierbij wordt opgemerkt dat een dergelijke folder meestal al in een eerder stadium door de huisarts zal zijn uitgereikt. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid geeft aan patiënten op verzoek te informeren, maar aarzelingen te hebben omtrent het actief informeren van patiënten. Volgens dit ziekenhuis is actieve informatieverstrekking aan patiënten vooral van belang voor ziekenhuizen die niet meewerken aan euthanasie. Overigens geven de ziekenhuizen waar wel euthanasie plaatsvindt, aan dat het hierbij slechts om een klein aantal gevallen per jaar gaat, waarbij volgens de landelijke richtlijnen wordt gehandeld.

Orgaandonatie

Alle ziekenhuizen beschikken over een protocol voor orgaandonatie. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis verstrekt hierover informatie in de opnamegids. Het Ikazia ziekenhuis, het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid en het IJsselland ziekenhuis maken melding van een folder met informatie voor nabestaanden, die wordt uitgereikt als de vraag van orgaandonatie zich voordoet. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Sint Franciscus Gasthuis, het Vlietland ziekenhuis, het IJsselland ziekenhuis en het Erasmus MC geven aan een speciale verpleegkundige in dienst te hebben op de Intensive Care om ondersteuning te bieden bij het benaderen van nabestaanden met het verzoek om donatie. Verder is er in het Sint Franciscus Gasthuis ook een donatiefunctionaris aangesteld die als taak heeft het bewustzijn van het personeel te verhogen. Het Ikazia ziekenhuis heeft geen specifiek personeel voor orgaandonatie in dienst, omdat orgaandonatie in dit ziekenhuis relatief weinig voorkomt, onder meer doordat er in het ziekenhuis geen slachtoffers van ongevallen met een ernstig hersentrauma worden opgenomen.

Bescherming tegen belastende of confronterende situaties

Geen van de ziekenhuizen heeft hiervoor een protocol. Ziekenhuizen geven wel aan dat er intern afspraken zijn gemaakt over hoe hiermee moet worden omgegaan, of dat hier aandacht aan wordt besteed naar aanleiding van klachten van specialisten, verpleegkundigen en patiënten. Verder zijn verschillende ziekenhuizen van mening dat er altijd goede informatie moet worden verstrekt over de verschillende behandelmogelijkheden en dat indien mogelijk altijd het minst belastende onderzoek moet worden uitgevoerd.

Overigens is tijdens de interviews gebleken dat er behoefte bestaat aan aanvullende uitleg over wat het RPCP-Rijnmond onder belastende of confronterende situaties verstaat.

Blijven slapen van een naaste

Alle ziekenhuizen bieden (al dan niet incidenteel) op enigerlei wijze de mogelijkheid aan een naaste om te blijven slapen bij een kind of een (terminale) volwassene. Sommige ziekenhuizen geven aan dat rooming in soms lastig is vanwege het feit dat er ook meerpersoonskamers zijn, maar hier kan indien noodzakelijk iemand blijven slapen in een piketkamer of ergens op de afdeling. Het Ikazia ziekenhuis beschikt na de renovatie over familiekamers en een inloophuis voor patiënten, familie en patiëntenverenigingen. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid biedt ook de mogelijkheid van rooming in op de verlosafdeling en verder beschikt de Intensive Care van dit ziekenhuis over een familiekamer.

Het Erasmus MC beschikt over kamers waar iemand kan blijven slapen en in het Erasmus MC-Sophia is rooming in mogelijk. Verder kunnen familieleden van ernstig zieke kinderen overnachten in het Ronald Mc. Donald huis. Informatie over de mogelijkheden om te blijven slapen wordt verstrekt in het door de centrale communicatieafdeling opgestelde informatieboekje voor patiënten en via het informatiemateriaal van de verschillende afdelingen. Ook het Ruwaard van Putten ziekenhuis geeft informatie in een folder.

Aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen

In het Ikazia ziekenhuis, het Ruwaard van Putten ziekenhuis, het IJsselland ziekenhuis en het Erasmus MC is dit mogelijk bij kinderen. In deze ziekenhuizen bestaat er geen beleid voor volwassenen, maar de ziekenhuizen geven aan een flexibele houding aan te nemen ten opzichte van eventuele gevallen die zich voordoen, zoals bijvoorbeeld een patiënt die erg verward is. In het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid bestaat deze mogelijkheid niet, omdat de hier werkzame anesthesiologen en microbiologen hier geen voorstander van zijn. Bij kinderen kan er wel iemand mee tot aan de operatiekamers. Ook in het Van Weel-Bethesda ziekenhuis is het niet mogelijk dat er een naaste aanwezig is bij het onder narcose brengen van een patiënt. Het ziekenhuis heeft wel de intentie deze mogelijkheid te gaan bieden, maar hierover loopt nog een interne discussie. Het Sint Franciscus Gasthuis geeft aan dat dit in principe niet mogelijk is, maar dat er met name bij kinderen soms een uitzondering wordt gemaakt. Hetzelfde geldt voor het IJsselland ziekenhuis. Geen enkel ziekenhuis geeft aan te beschikken over schriftelijk informatiemateriaal voor patiënten.

3. Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid van aan te schaffen materialen en voorzieningen

In alle ziekenhuizen wordt met de patiëntveiligheid rekening gehouden. Hier wordt bijvoorbeeld naar gekeken door de technische dienst en/of de materiaaladviescommissie. Zo maakt bijvoorbeeld het Ruwaard van Putten ziekenhuis melding van een materiaaladviescommissie bestaande uit verpleegkundig personeel en de ziekenhuishygiënist, die zowel naar de patiëntveiligheid als naar de patiëntvriendelijkheid kijkt. Met betrekking tot de patiëntveiligheid wordt hier niet gewerkt aan de hand van een protocol of checklist, maar met een impliciet veiligheidsbeleid. Ook het IJsselland ziekenhuis maakt melding van een materiaaladviescommissie. Deze commissie maakt wel gebruik van een checklist. Het ziekenhuis geeft aan dat patiënten niet bij de aanschaf van materialen worden betrokken.

Het Ikazia ziekenhuis geeft aan aandacht te besteden aan de patiëntvriendelijkheid door het inventariseren van klachten, zoals bijvoorbeeld klachten over te weinig instelmogelijkheden van de bedden en door bijvoorbeeld proefbedden te laten uittesten door patiënten. In het Sint Franciscus Gasthuis wordt de cliëntenraad betrokken bij de aanschaf van bijvoorbeeld ziekenhuisbedden. In het Erasmus MC loopt een project om de kwaliteit van de medische apparatuur te verbeteren. In het inspectierapport van de IGZ wordt namelijk een aantal verbeterpunten gesignaleerd. Verder bestaat er binnen het ziekenhuis behoefte aan een kaderscheppend technologiebeleid voor de lange termijn, waardoor onder andere standaardisatie van medische apparatuur mogelijk is. Overigens blijkt tijdens de interviews dat 'rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid' een te vage formulering is. Elke ziekenhuisdirecteur geeft tijdens het interview aan (meestal impliciet) rekening te houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid.

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

Behandelplannen

Geen van de ziekenhuizen heeft een op schrift gesteld beleid met betrekking tot het gebruik van behandelplannen die in overleg met de patiënt zijn opgesteld. Wel geeft bijna elk ziekenhuis aan dat met dergelijke plannen wordt gewerkt. Het behandelplan maakt onderdeel uit van het

verpleegkundig dossier, waarin inzichtelijk wordt gemaakt wat er met de patiënt is besproken met betrekking tot verdere onderzoeken en behandeling.

In het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid ligt het verpleegkundig dossier meestal naast het bed, zodat de patiënt dit kan lezen. Het ziekenhuis geeft aan dat de ervaringen hiermee over het algemeen goed zijn. In het Ikazia ziekenhuis lag het dossier tot voor kort ook naast het bed, maar vanwege het veelvuldige gebruik ligt dit inmiddels weer in de verpleegpost.

Het Erasmus MC meldt dat er vanwege het feit dat het ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is en derhalve een goede voorbeeld-functie vervult, intern veel wordt gesproken over het gebruik van in overleg met de patiënt opgestelde behandelplannen. Tevens worden er colleges gegeven waarbij patiënten aanwezig zijn. Verder wordt opgemerkt dat terugkoppeling over het daadwerkelijke gebruik van in overleg met de patiënt opgestelde behandelplannen kan plaatsvinden via een patiënttevredenheidsonderzoek.

Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis vindt dat de vraag of het ziekenhuis gebruik maakt van in overleg met de patiënt opgestelde behandelplannen niet goed kan worden beantwoord, aangezien er vijftien verschillende specialismen zijn. Volgens het ziekenhuis is centrale sturing moeilijk, behalve als er klachten zijn.

Beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten

Alle ziekenhuizen besteden hier aandacht aan. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid heeft hierop een beleid gedefinieerd, dat het ziekenhuis probeert uit te dragen in functietyperingen, advertenties, jaargesprekken en het handboek voor de integratie van de twee ziekenhuislocaties Clara en Zuider. Het Ikazia ziekenhuis werkt met een algemeen eisenkader voor het verpleegkundig personeel en als er klachten zijn over de bejegening door specialisten, worden deze hierop aangesproken door de directeur. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis houdt jaarlijks een enquête onder huisartsen om de signalen te meten die zij ontvangen van patiënten over de bejegening in het ziekenhuis. In het IJsselland ziekenhuis wordt een in-company training 'Samen voor beter' gegeven aan verpleegkundigen en ander personeel dat met patiënten in contact komt. In principe is deze training ook bestemd voor artsen, maar tot nu toe nemen zij geen deel aan de training.

In het Erasmus MC maakt het onderwerp bejegening onderdeel uit van het onlangs ingevoerde TOB-systeem (Telefonische bereikbaarheid, Openbare ruimte en Bejegening). Dit TOB-systeem heeft tot doel op korte termijn verbeteringen te realiseren. Het systeem omvat onder meer een cursus voor baliepersoneel en administratief personeel en een pilot-project 'Anders werken', dat tot doel heeft meer te werken vanuit de agenda van de patiënt. Om dit te realiseren, moet de hele interne keten van het ziekenhuis worden gereorganiseerd.

Cliëntenraad

Het Vlietland ziekenhuis en het Sint Franciscus Gasthuis beschikken over een cliëntenraad. Daarnaast is er de centrale Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ), die werkzaam is voor alle academische ziekenhuizen, waaronder het Erasmus MC. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Ruwaard van Putten ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis zijn bezig met de oprichting van een cliëntenraad.

Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid geeft aan lang te hebben gearzeld over het oprichten van een cliëntenraad, maar inmiddels zijn het reglement en de profielbeschrijving voor de leden gereed en start de werving binnenkort. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis meldt onlangs te hebben geadverteerd voor een voorzitter voor de cliëntenraad, maar slechts één reactie te hebben ontvangen. Het IJsselland ziekenhuis streeft ernaar aan het eind van 2004 een functionerende cliëntenraad te hebben.

Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis is in tegenstelling tot wat in het jaarverslag staat vermeld, nog niet bezig met de oprichting van een cliëntenraad. Ook het Ikazia ziekenhuis heeft nog geen

cliëntenraad. Dit ziekenhuis meldt dat er intern wordt nagedacht over de oprichting van een cliëntenraad en dat hier ook met de Inspectie voor de Gezondheidszorg over is gesproken, aangezien de aanwezigheid van een cliëntenraad wettelijk verplicht is. Het ziekenhuis is echter van mening dat de betrokkenheid van het RPCP-Rijnmond waardevoller voor het ziekenhuis kan zijn dan de inbreng van een cliëntenraad.

Meting van patiënttevredenheid

In alle ziekenhuizen is in de afgelopen jaren op de een of andere wijze onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten. Vaak vindt dit onderzoek op afdelingsniveau plaats, zoals bijvoorbeeld in het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, waar op de dialyseafdeling één keer per jaar de patiënttevredenheid wordt gemeten. Verder geven in dit ziekenhuis sommige afdelingen een enquête mee aan de patiënten. In het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt de patiënttevredenheid continu gemeten op de afdeling revalidatie/fysiotherapie. Ook krijgen alle klinische patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis een enquête mee naar huis. Verder geeft dit ziekenhuis aan het plan te hebben terugkomgroepen te organiseren voor het meten van de tevredenheid van patiënten over de Intensive Care.

De Vereniging van Academische Ziekenhuizen heeft een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van de patiënttevredenheid in de academische ziekenhuizen. Alle academische ziekenhuizen, waaronder het Erasmus MC, doen mee aan dit onderzoek. Begin 2004 zijn de vragenlijsten verspreid. De resultaten zijn inmiddels bij de ziekenhuizen bekend.

Eind 2004 gaat Prismant een onderzoek uitvoeren naar de tevredenheid van de patiënten van de algemene ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen zich inschrijven bij Prismant om dit onderzoek te laten uitvoeren. Hiervoor moet een ziekenhuis per aan het onderzoek deelnemend specialisme betalen. Verschillende ziekenhuizen beraden zich nog op deelname aan dit onderzoek. Zo vraagt het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid zich af of het mee kan doen aan dit onderzoek, terwijl de eindsituatie met betrekking tot de fusie van de locaties Clara en Zuider nog niet bereikt is. Het Sint Franciscus Gasthuis heeft inmiddels aangegeven met alle specialismen aan dit onderzoek deel te nemen en het Ikazia ziekenhuis doet mee met de specialismen chirurgie en interne geneeskunde. Ook het Van Weel-Bethesda ziekenhuis wil deelnemen, maar voert nog intern overleg over de deelnemende specialismen.

Verder gaat het Sint Franciscus Gasthuis de tevredenheid van de huisartsen over het ziekenhuis meten. Hiervoor heeft het ziekenhuis Bureau Lagendijk, dat een patiënttevredenheidsonderzoek heeft uitgevoerd voor het weekblad Elsevier, opdracht gegeven de voor dit onderzoek gebruikte vragenlijst uit te zetten onder de huisartsen.

Alle ziekenhuizen in de regio Rijnmond hebben meegedaan aan het in 2001 door de Consumentenbond uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek, waarvan de resultaten in de loop van 2002 bekend werden gemaakt. Voor elk ziekenhuis komt uit dit onderzoek een aantal aspecten van de zorgverlening naar voren waarover patiënten over het algemeen tevreden zijn, maar ook een aantal aspecten die volgens de patiënten voor verbetering vatbaar zijn. Deze verbeterpunten zijn met de ziekenhuizen besproken. Over het algemeen melden de ziekenhuizen een aantal acties die zij (mede) naar aanleiding van het onderzoek hebben uitgevoerd om de zorgverlening te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is het ophangen van een digitaal bord waarop de wachttijden worden weergegeven in alle poliklinieken van het Ikazia ziekenhuis, naar aanleiding van klachten over deze wachttijden. Een ander voorbeeld is het vertimmeren van de locatie Clara van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid naar aanleiding van klachten over de huisvesting.

In sommige gevallen is het echter moeilijk om de klachten aan te pakken. Zo hadden patiënten van de afdeling cardiologie van het Sint Franciscus Gasthuis klachten over onder meer de wachtruimte en de verpleegafdeling. Deze wachtruimte en verpleegafdeling zien er echter hetzelfde uit als bij de afdeling orthopedie, waarover patiënten juist zeer tevreden waren.

Andere verbeterpunten die bij de verschillende ziekenhuizen naar voren kwamen, betreffen onder meer de ontslagprocedure, de informatievoorziening, de interne communicatie en de bejegening. In het IJsselland ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda ziekenhuis zijn alleen de knelpunten intern besproken, zonder dat dit heeft geresulteerd in een actieplan.

De ziekenhuizen geven meestal niet aan wat de aantoonbare resultaten van de verbeteracties zijn en hoe deze resultaten zijn gemeten.

Accreditatie door het NIAZ

Op het moment van het onderzoek beschikt geen van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond over een initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis is bezig met het voorbereiden van de initiële accreditatie, waarvoor de officiële startbijeenkomst inmiddels heeft plaatsgevonden. Het ziekenhuis heeft gepland medio 2005 initiële accreditatie aan te vragen. Ook het IJsselland ziekenhuis streeft naar accreditatie in 2005.

Hoewel onlangs door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is bepaald dat alle algemene ziekenhuizen in 2005 initieel moeten zijn geaccrediteerd door het NIAZ, geven de meeste ziekenhuizen in de regio Rijnmond aan 2005 niet te halen. Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid heeft gepland dat het hele ziekenhuis in 2005 accreditatie-waardig is, waarna vervolgens accreditatie zal worden aangevraagd in 2006. Ook het Ruwaard van Putten ziekenhuis heeft volledige accreditatie van het ziekenhuis gepland voor 2006. Andere ziekenhuizen hebben nog geen vastomlijnde accreditatieplannen. Zo geeft het Ikazia ziekenhuis aan intern te hebben afgesproken zich eerst te oriënteren op een goed kwaliteitssysteem en pas daarna op accreditatie, die dan in 2006 of 2007 zou kunnen plaatsvinden. Ook het Sint Franciscus Gasthuis geeft aan pas volgend jaar te gaan nadenken over accreditatie. Overigens wordt door dit ziekenhuis meer geloof gehecht aan meting van de output dan aan het beschrijven van procedures. Verder geeft ook het Erasmus MC aan nu niet met een NIAZ-accreditatie bezig te zijn. Het ziekenhuis werkt met het INK-management model en heeft een op maat gesneden positiebepaling laten uitvoeren. Het ziekenhuis wil de INK-systematiek gaan opnemen in de planning en control cyclus. Na het uitkomen van de nieuwe NIAZ-norm, die meer op het INK-model zal zijn afgestemd, wordt deze mening opnieuw overwogen.

5. Specialisatie van het ziekenhuis

Speciale behandelingen en behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden

Het Ikazia ziekenhuis noemt als speerpunten de palliatieve zorg en de psychosociale zorg bij oncologie. Ten behoeve van dit laatste speerpunt wordt in de opleiding klinische psychologie aandacht besteed aan het omgaan met slecht nieuws-gesprekken en het omgaan met kinderen van ouders met kanker (en omgekeerd).

Het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid heeft een brandwondencentrum. Andere speciale behandelingen betreffen interventie-cardiologie (bijvoorbeeld dotteren), post Intensive Care/High Care-zorg voor pasgeborenen, In Vitro Fertilisatie (IVF) en een level 1 Intensive Care (level 1 is het hoogste niveau, waarbij 24 uur per dag een intensivist aanwezig is).

Het Sint Franciscus Gasthuis noemt als speciale behandelingen sneldiagnostiek bij longkanker, High Care-neonatologie, het plaatsen van stents en minimaal invasieve chirurgie op de afdeling chirurgie en het toepassen van een speciale techniek bij prostaatkanker op de afdeling urologie. Voor wat betreft deze laatste behandeling is het Sint Franciscus Gasthuis het vierde ziekenhuis in Nederland dat deze behandeling toepast. Verder heeft de afdeling dermatologie een centrum voor dagbehandeling voor psoriasis-patiënten en beschikt het ziekenhuis over een flebologisch centrum, dat is overgenomen van het centrum op de Mathenesserlaan. In dit centrum worden in nauwe

samenspraak met het Erasmus MC complexere problemen op het gebied van spataderen behandeld. Tot slot werkt de afdeling oogheelkunde samen met het Oogziekenhuis.

Het Ruwaard van Putten ziekenhuis noemt als speciale behandelingen de bekkenbodembirurgie van de afdeling gynaecologie. Tevens gaat deze afdeling met een vorm van IVF beginnen. Verder wordt er door de afdeling psychiatrie veel aandacht besteed aan het herkennen van een delier, waarvoor een herkenningsprotocol is opgesteld. Daarnaast wordt er gewerkt aan het verbeteren van de keten voor acute zorg. Tot slot wil het ziekenhuis de zorgverlening voor oncologie (met name op het gebied van borstkanker) en de electieve heupoperaties perfectioneren, mede in verband met de NIAZ-accreditatie. Voor deze accreditatie is het noodzakelijk elk jaar een aantal hoofdprocessen te verbeteren.

Het IJsselland ziekenhuis heeft als speerpunten gastro-enterologie, diabetes voor zowel volwassenen als kinderen, oncologie en kindergeneeskunde. Verder wordt binnenkort ook sportgeneeskunde een speerpunt van het ziekenhuis. Hiervoor wordt samengewerkt met het Erasmus MC.

Het Vlietland ziekenhuis noemt als speerpunt de mammapoli.

Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis heeft als speerpunt palliatieve zorg. Voor dit speerpunt vervult het ziekenhuis een regionale functie. Verder geeft het ziekenhuis aan goed te zijn in transmurale projecten, zoals bijvoorbeeld een transmuraal oncologie project. Voordeel bij dit soort projecten is de overzichtelijkheid van het adherentiegebied, dat geen overlap vertoont met het adherentiegebied van andere ziekenhuizen.

In het jaarverslag van het Erasmus MC worden hart-, lever-, long- en niertransplantaties vermeld als speciale behandelingen. Tevens wordt voor elk van deze transplantaties vermeld hoeveel transplantaties er per jaar worden uitgevoerd. Verder noemt het Erasmus MC tijdens het interview onder andere het moeder en kind-centrum, het pijnkenniscentrum en virologie, waarbij echter wordt aangegeven dat er om politieke redenen niet echt een officiële lijst van belangrijkste behandelingen is.

Tijdens de interviews met de ziekenhuisdirecteuren werd geen informatie verkregen over het per jaar uitgevoerde aantal speciale behandelingen.

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

Bereikbaarheid per openbaar vervoer

De meeste ziekenhuizen zijn goed bereikbaar per openbaar vervoer. Voor nadere informatie over de afstand van verschillende haltes voor openbaar vervoer tot de ziekenhuizen, is gebeld met het telefoonnummer voor Openbaar Vervoer Reizigersinformatie (0900-9292). Soms is de halte voor openbaar vervoer ver verwijderd van het ziekenhuis. Dit geldt bijvoorbeeld voor de tramhalte bij het Sint Franciscus Gasthuis. Tijdens het interview heeft het ziekenhuis aangegeven bezig te zijn over het verplaatsen van deze tramhalte, hetgeen naar het ziekenhuis hoopt in 2005 zal plaatsvinden. Het Sint Franciscus Gasthuis is overigens wel goed bereikbaar met de bus, die op het ziekenhuisterrein stopt.

Het IJsselland ziekenhuis ligt op een loopafstand van zeven minuten van het dichtstbijzijnde metrostation. Het ziekenhuis is ook bereikbaar met de bus, die op drie minuten lopen van het ziekenhuis stopt. De laatste bus vertrekt echter om 19.44 uur. Dit is weliswaar na afloop van het algemene bezoeken, dat tot 19.30 uur duurt, maar nog voor het einde van het bezoeken op de kinderafdeling. Het ziekenhuis geeft aan al jaren in gesprek te zijn over de dienstregeling van de bus. Probleem is echter de rentabiliteit van de betreffende buslijn. In het verleden heeft het ziekenhuis het bezoeken aangepast aan de dienstregeling, maar na klachten van patiënten is deze verandering weer ongedaan gemaakt. Het lange termijn-huisvestingsplan van het ziekenhuis bevat plannen voor een extra metro-station.

Ook de tramhalte bij het Vlietland ziekenhuis in Schiedam ligt op een loopafstand van 7 minuten. Dit ziekenhuis is ook bereikbaar met de bus, die voor de deur stopt.

Bereikbaarheid per auto

De meeste ziekenhuizen hebben op het moment van het onderzoek een parkeerprobleem. Om het parkeerprobleem bij het Sint Franciscus Gasthuis op te lossen, wordt op het ziekenhuisterrein een parkeergarage gebouwd, waardoor er 350 extra parkeerplaatsen worden gecreëerd. Ook bij het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt het aantal parkeerplaatsen uitgebreid. Verder is het beleid van het ziekenhuis gericht op het geven van voorrang aan patiënten bij het parkeren, door medewerkers van het ziekenhuis te stimuleren met het openbaar vervoer te komen. Ook het Erasmus MC wil een dergelijk beleid gaan voeren.

Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis wil medewerkers van het ziekenhuis zoveel mogelijk buiten het ziekenhuisterrein laten parkeren en houdt om die reden de slagboom van het terrein 's ochtends tot half negen gesloten. Verder is het ziekenhuis in gesprek met de gemeente over uitbreiding van het parkeerterrein, maar dit verloopt moeizaam. Het IJsselland ziekenhuis heeft in het lange termijn-huisvestingsplan plannen opgenomen voor de bouw van een parkeergarage op het ziekenhuisterrein, teneinde het aantal parkeerplaatsen te verdubbelen.

Ook het Ikazia ziekenhuis kent een parkeerprobleem vlakbij het ziekenhuis. De gemeente gaat hier in de buurt meer parkeerplaatsen creëren. Overigens is er op 200 meter van het ziekenhuis een parkeergarage met voldoende plaatsen, maar voor veel patiënten is dit te ver. Tevens is er een parkeerprobleem bij de locatie Zuider van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, dat mede wordt veroorzaakt door de overlast van de aanleg van een nieuwe tramlijn. Deze is bijna gereed en zal dan voor de deur van het ziekenhuis stoppen.

Bij een aantal ziekenhuizen kan gratis worden geparkeerd, terwijl bij andere ziekenhuizen voor het parkeren moet worden betaald. Parkeren op het terrein van het Sint Franciscus Gasthuis en in de parkeergarage van het Erasmus MC kost € 1,20 per uur. Voor parkeren op het terrein van het Ruwaard van Putten ziekenhuis moet € 1,= per uur worden betaald, terwijl voor parkeren in de buurt van het Ikazia ziekenhuis € 1,25 per uur in de parkeermeter moet worden gedaan.

Alle ziekenhuizen hebben één of meer parkeerplaatsen voor invaliden in de buurt van de ingang.

7. Overige aandachtspunten

Mening over de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003

Aan alle ziekenhuizen is gevraagd wat zij vinden van de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003', die is opgesteld door de IGZ, de NVZ, de VAZ en de OMS. De meeste ziekenhuizen vinden het op zich een goed initiatief om in het kader van het verhogen van de transparantie landelijk een aantal scoringspunten te formuleren om ziekenhuizen te vergelijken. Er wordt echter wel een aantal bezwaren tegen deze indicatorenset genoemd.

Zo vinden het Ikazia ziekenhuis en het Vlietland ziekenhuis het ongelukkig dat de informatie over de prestatie-indicatoren met terugwerkende kracht over 2003 moet worden aangeleverd. Ook het Van Weel-Bethesda ziekenhuis geeft aan niet alle indicatoren beschikbaar te hebben. Verder twijfelen het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Sint Franciscus Gasthuis en het Vlietland ziekenhuis aan de vergelijkbaarheid van de indicatoren. Zij zijn van mening dat de getallen niet zomaar vergelijkbaar zijn en verduidelijking behoeven, onder meer omdat de diagnosemix en de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis hierop van invloed zijn. Het Vlietland ziekenhuis geeft aan dat er veel protesten van specialisten zijn in verband met de validiteit van de indicatoren en ook het IJsselland ziekenhuis vindt sommige indicatoren discutabel. Ook in het Sint Franciscus Gasthuis stonden de specialisten eerst negatief tegenover de basisset, maar dit veranderde omdat de OMS zich achter dit initiatief heeft gesteld. Verder is het Ikazia ziekenhuis van mening dat de 'Basisset

prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003' een verhoging van de administratieve lasten veroorzaakt in een tijd waarin er moet worden bezuinigd.

Het Erasmus MC beschouwt de meeste indicatoren als relevant en geeft aan zelf ook invloed te hebben gehad op de vast te stellen indicatoren. Het ziekenhuis vindt het aantal indicatoren echter wel groot.

De meeste ziekenhuizen gaan de informatie over de prestatie-indicatoren zowel in het jaarverslag als op de website publiceren. Het Ikazia ziekenhuis en het Ruwaard van Putten ziekenhuis hebben aangegeven dat publicatie op de website vooralsnog op problemen stuit, aangezien hun websites nog niet interactief worden beheerd. Beide ziekenhuizen hebben wel plannen om hun website interactief te gaan beheren.

Overige opmerkingen

Het Ikazia ziekenhuis, het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, het Vlietland ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis geven aan het een goed idee te vinden als het RPCP-Rijnmond overleg gaat voeren met de IGZ over de mogelijkheid tot één gezamenlijke set van prestatie-indicatoren te komen. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis vindt het goed dat in kaart wordt gebracht wat patiënten belangrijk vinden en dat het RPCP-Rijnmond het opstellen van prestatie-indicatoren vanuit het patiëntenperspectief in overleg met de ziekenhuizen doet. Aangezien dit ziekenhuis een nieuwe patiëntengids gaat samenstellen, vraagt het zich ook af of informatie over de betreffende prestatie-indicatoren misschien in een patiëntengids thuishoort.

Het IJsselland ziekenhuis is van mening dat de set prestatie-indicatoren van het RPCP-Rijnmond een aantal eye-openers bevat en heeft niet het gevoel te worden overvraagd. Het ziekenhuis geeft het RPCP-Rijnmond de suggestie mee om samen met de IGZ om de paar jaar andere accenten te leggen en andere thema's te kiezen waarvoor prestatie-indicatoren worden geformuleerd. Op deze manier kan worden voorkomen dat bepaalde thema's waar telkens op wordt getoetst, teveel aandacht krijgen, ten koste van andere kwaliteitsaspecten die ook aandacht behoeven.

Het Ikazia ziekenhuis geeft aan het gevoerde gesprek ook nuttig te hebben gevonden vanwege de toelichting die het RPCP-Rijnmond gaf op de verschillende onderdelen van het onderzoek.

Het Erasmus MC ten slotte meldt plannen te hebben om een kwaliteitshandvest te ontwikkelen met zorgverzekeraar Achmea met daarin afspraken voor individuele patiënten.

6 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Zoals in paragraaf 1.3 staat beschreven, luidt de probleemstelling voor dit onderzoek als volgt:

Welke prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg zijn voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging en in welke mate geeft de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites van de ziekenhuizen gepubliceerde informatie een goed beeld van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren?

Deze probleemstelling kan worden uitgesplitst in de volgende vier deelvragen:

1. Welke prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg zijn voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging?
2. Bevatten de kwaliteitsjaarverslagen en de websites van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond informatie over deze prestatie-indicatoren?
3. Geeft de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites gepubliceerde informatie over deze prestatie-indicatoren een goed beeld van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren?
4. Hoe scoren de ziekenhuizen in de regio Rijnmond op deze prestatie-indicatoren en welke knelpunten komen er naar voren?

In de volgende drie paragrafen worden deze vier deelvragen beantwoord.

6.1 Evaluatie van de geformuleerde prestatie-indicatoren

Deelvraag 1:

Welke prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg zijn voor het RPCP-Rijnmond bruikbaar om zo goed mogelijk invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging?

In subparagraaf 3.2.3 worden negen eisen genoemd voor een goede set van prestatie-indicatoren. Hieronder wordt nagegaan in hoeverre de in dit onderzoek gebruikte set van prestatie-indicatoren aan deze eisen voldoet.

1. Prestatie-indicatoren moeten gebaseerd zijn op heldere en consistente definities

De meeste van de gebruikte prestatie-indicatoren blijken aan deze eis te voldoen. Voor de volgende twee indicatoren geldt echter dat met name tijdens de interviews met de ziekenhuisdirecteuren is gebleken dat de gehanteerde definitie niet nauwkeurig genoeg is:

- Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt) (2.4). Er blijkt behoefte te bestaan aan een aanvullende uitleg over wat, afgezien van het genoemde voorbeeld, onder belastende of confronterende situaties wordt verstaan.
- Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan (3.1). 'Rekening houden met' blijkt een te vage formulering te zijn. Elke ziekenhuisdirecteur geeft tijdens het interview aan dat het betreffende ziekenhuis hieraan (meestal impliciet) voldoet.

2. Prestatie-indicatoren moeten valide zijn

Er zijn tijdens het onderzoek geen problemen met de validiteit van de indicatoren naar voren gekomen.

3. Prestatie-indicatoren moeten niet vatbaar zijn voor manipulatie

De set van prestatie-indicatoren bevat twee indicatoren die mogelijk vatbaar kunnen zijn voor manipulatie, te weten de wachttijden (1.1) en het percentage verpleegdagen van verkeerde bed-patiënten (1.2d). Voor de wachttijden geldt dat manipulatie niet waarschijnlijk is, aangezien deze op internet staan vermeld en relatief eenvoudig telefonisch zijn te controleren. Het percentage verkeerde bed-patiënten is wat minder inzichtelijk, aangezien niet elk ziekenhuis dit in het jaarverslag of op de website publiceert of tijdens het interview kan noemen. Ook hier lijkt echter grootschalige manipulatie van de gepubliceerde cijfers niet waarschijnlijk, aangezien de zorgverzekeraars als financiers van behandelingen en verpleegdagen inzicht hebben in de ligduur van de individuele patiënt en daarmee een indicatie hebben voor de grootte van dit percentage.

4. Prestatie-indicatoren moeten beknopt zijn en beperkt in aantal

De set van prestatie-indicatoren bestaat uit zeventien indicatoren, waarvan er vijf uit verschillende onderdelen bestaan. Alle indicatoren zijn beknopt geformuleerd. De set voldoet dus aan deze eis.

5. Prestatie-indicatoren moeten zijn gebaseerd op geloofwaardige, betrouwbare informatie

Het is aannemelijk dat ook aan deze eis wordt voldaan, aangezien de gebruikte informatie in de eerste plaats afkomstig is uit de jaarverslagen en van de websites van de ziekenhuizen, hetgeen beide openbare bronnen zijn. Verder is de informatie in de tweede plaats verkregen via de interviews met de ziekenhuisdirecteuren. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat niet voor elk ziekenhuis alle gewenste informatie is verkregen.

6. Prestatie-indicatoren moeten acceptabel zijn voor de organisatie die getoetst wordt

Tijdens de interviews met de ziekenhuizen zijn geen signalen ontvangen dat dit niet het geval zou zijn.

7. Prestatie-indicatoren moeten betekenisvol zijn

De gebruikte prestatie-indicatoren hebben betrekking op zes van te voren geformuleerde speerpunten. Het is dus duidelijk wat de betekenis is van de betreffende aspecten van de ziekenhuiszorg.

8. Een set van prestatie-indicatoren moet een goede mix bevatten van de diverse typen indicatoren

De betreffende set van prestatie-indicatoren bevat alleen structuur- en procesindicatoren. Aangezien deze set echter bedoeld is als aanvulling op de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003', die ook uitkomstindicatoren bevat, is dit geen probleem.

9. Prestatie-indicatoren moeten begrijpbaar zijn

De enige prestatie-indicator waarvoor tijdens de interviews is gebleken dat nadere uitleg noodzakelijk is, betreft de indicator 'Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt)' (2.4). Dit wordt echter voornamelijk veroorzaakt door een te onduidelijke definitie (zie eis 1).

Als antwoord op deelvraag 1 kan worden geconcludeerd dat de in dit onderzoek gebruikte set van prestatie-indicatoren, op de bij de evaluatie van eis 1 genoemde twee onduidelijke definities na, voldoet aan de in subparagraaf 3.2.3 geformuleerde negen eisen waaraan een goede set van prestatie-indicatoren moet voldoen. Na aanscherping van de definities van de twee betreffende indicatoren is deze set van prestatie-indicatoren dus bruikbaar voor het RPCP-Rijnmond om invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging.

6.2 Evaluatie van de toetsing door middel van kwaliteitsjaarverslagen en websites

Deelvraag 2:

Bevatten de kwaliteitsjaarverslagen en de websites van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond informatie over deze prestatie-indicatoren?

Deelvraag 3:

Geeft de in de kwaliteitsjaarverslagen en op de websites gepubliceerde informatie over deze prestatie-indicatoren een goed beeld van de werkelijke situatie betreffende deze prestatie-indicatoren?

Om deze twee deelvragen te beantwoorden, wordt voor elk van de gebruikte prestatie-indicatoren nagegaan of de kwaliteitsjaarverslagen en de websites van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond hierover informatie bevatten en of de gepubliceerde informatie een goed beeld geeft van de werkelijke situatie. Hierbij wordt nogmaals opgemerkt dat bijna alle ziekenhuizen in de regio Rijnmond het kwaliteitsjaarverslag in het algemene jaarverslag hebben geïntegreerd.

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

1.1 Wachttijden

- Geen van de jaarverslagen van de ziekenhuizen bevat informatie over de wachttijden voor de polikliniek, voor dagbehandeling en voor klinische behandeling. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze gegevens ook niet geschikt zijn voor publicatie in een jaarverslag, aangezien zij steeds veranderen. Vrijwel alle wachttijden staan geregistreerd op www.zwier.nl.
- De op www.zwier.nl geregistreerde wachttijden geven een goede indicatie van de werkelijke wachttijd op de datum waarop de gegevens voor het laatst zijn geactualiseerd.

1.2 Transfer van patiënten

- Vijf ziekenhuizen vermelden in hun jaarverslag en/of op hun website dat zij over een (interne) transferafdeling beschikken. Zeven ziekenhuizen maken in hun jaarverslag melding van een samenwerkingsverband met één of meer verpleeghuizen en met de thuiszorg. Een van deze ziekenhuizen vermeldt deze samenwerkingsverbanden ook op de website. Drie ziekenhuizen vermelden in hun jaarverslag het percentage verkeerde bed-patiënten.
- Uit de interviews blijkt dat de overige ziekenhuizen geen transferafdeling hebben. Verder geven alle ziekenhuizen aan afspraken te hebben gemaakt met één of meer verpleeghuizen en met de thuiszorg. Niet alle ziekenhuizen kunnen tijdens het interview het percentage verkeerde bed-patiënten noemen. Bijna alle jaarverslagen en één website

geven dus een goed beeld van de werkelijke situatie met betrekking tot de transfer van patiënten, afgezien van het percentage verkeerde bed-patiënten, dat vaak ontbreekt.

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

2.1 Aanwezigheid van een pijnprotocol voor kinderen, volwassenen en specifieke aandoeningen en groeperingen

- De jaarverslagen en de websites bevatten hierover geen informatie.
- Uit de interviews blijkt dat de meeste ziekenhuizen beschikken over een pijnprotocol voor volwassenen. Daarnaast hebben sommige ziekenhuizen ook een apart pijnprotocol voor kinderen en/of chirurgische, orthopedische en oncologische patiënten. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.

2.2 Aanwezigheid van een protocol voor het omgaan met euthanasie

- Twee ziekenhuizen vermelden in hun jaarverslag of op hun website hoe zij met euthanasie omgaan. Een van deze twee ziekenhuizen geeft aan dat er vanwege de protestants-christelijke signatuur van het ziekenhuis geen euthanasie plaatsvindt.
- Uit de interviews blijkt dat alle ziekenhuizen beschikken over een protocol voor het omgaan met euthanasie. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.

2.3 Aanwezigheid van een protocol voor orgaandonatie

- Slechts één ziekenhuis maakt hiervan melding in het jaarverslag.
- Tijdens de interviews geven alle ziekenhuizen aan over een protocol voor orgaandonatie te beschikken. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.

2.4 Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt)

- Geen enkel ziekenhuis schrijft hierover iets in het jaarverslag of op de website.
- Tijdens de interviews geven alle ziekenhuizen, na aanvullende uitleg over wat onder belastende of confronterende situaties wordt verstaan, aan dat zij hiervoor geen protocol hebben. Hier geven de jaarverslagen en websites dus een goed beeld van de werkelijke situatie.

2.5 Mogelijkheid tot blijven slapen van een naaste (rooming in)

- De helft van de ziekenhuizen vermeldt op de website dat het ziekenhuis bij de opname van kinderen aan een van beide ouders de mogelijkheid biedt op de kamer te blijven slapen.
- Uit de interviews blijkt dat alle ziekenhuizen op enigerlei wijze de mogelijkheid bieden aan een naaste om te blijven slapen bij een kind of een (terminale) volwassene. Geen enkel jaarverslag en slechts de helft van de websites geeft dus een goed beeld van de werkelijke situatie.

2.6 Mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen

- Eén ziekenhuis geeft op de website aan dat dit mogelijk is.
- Een aantal ziekenhuizen geeft tijdens de interviews aan dat dit mogelijk is bij kinderen en dat de ziekenhuizen flexibel staan tegenover eventueel voorkomende gevallen bij

volwassenen. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.

3. Patiëntveiligheid

- 3.1 Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan.
- Geen enkel ziekenhuis verschaft hierover informatie in het jaarverslag of op de website.
 - Tijdens de interviews geven alle ziekenhuizen aan dat er bij de aanschaf (meestal impliciet) rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en een aantal ziekenhuizen geeft aan dat met de patiëntvriendelijkheid rekening wordt gehouden. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie, waarbij dient te worden opgemerkt dat tijdens de interviews is gebleken dat 'rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid' een te vage formulering is.

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

- 4.1 Aanwezigheid van een behandelplan dat in overleg met de patiënt is opgesteld en zo nodig wordt bijgesteld
- Geen enkel ziekenhuis geeft hierover informatie via het jaarverslag of de website.
 - Elk ziekenhuis geeft tijdens het interview aan dat er wordt gewerkt met behandelplannen die in overleg met de patiënt zijn opgesteld. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.
- 4.2 Aanwezigheid van een ziekenhuisbreed beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten
- Geen enkel ziekenhuizen verstrekt hierover informatie in het jaarverslag of op de website.
 - Tijdens het interviews geven alle ziekenhuizen aan hieraan op uiteenlopende manieren aandacht te besteden. De jaarverslagen en websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.
- 4.3 Aanwezigheid van een cliëntenraad
- De drie ziekenhuizen die over een functionerende cliëntenraad beschikken, maken hiervan melding in het jaarverslag en op de website. Verder vermelden twee ziekenhuizen in hun jaarverslag bezig te zijn met het oprichten van een cliëntenraad.
 - Tijdens de interviews geeft een van de twee ziekenhuizen die hadden vermeld bezig te zijn met het oprichten van een cliëntenraad, aan dat er nog geen nadere actie is ondernomen. Daarnaast werken twee andere ziekenhuizen inmiddels ook aan de oprichting van een cliëntenraad. De jaarverslagen en websites geven dus een redelijk goed, maar niet geheel actueel beeld van de werkelijke situatie.
- 4.4 Meting van patiënttevredenheid
- Alle ziekenhuizen beschrijven in hun jaarverslag dat zij hebben meegedaan aan het door de Consumentenbond uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek. Daarnaast beschrijven vijf ziekenhuizen in hun jaarverslag dat zij intern onderzoek hebben gedaan naar de tevredenheid van hun patiënten. Deze vijf ziekenhuizen beschrijven ook de voorgenomen verbeteracties. Slechts één ziekenhuis beschrijft ook de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties.

- Uit de interviews blijkt dat ook in de overige ziekenhuizen onderzoek wordt gedaan naar de tevredenheid van patiënten. Verder melden de meeste ziekenhuizen welke verbeteracties zij in gang hebben gezet. Informatie over de resultaten van deze verbeteracties wordt echter meestal niet gegeven. Vijf van de acht jaarverslagen geven dus een redelijk beeld van de werkelijke situatie, waarbij dient te worden opgemerkt dat hierin meestal niet de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties staan beschreven. De websites bevatten in het geheel geen informatie over dit onderwerp en geven dus geen goed beeld.

4.5 Behaald hebben van de initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie

- Geen enkel ziekenhuis geeft in het jaarverslag of op de website aan een initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie te hebben behaald. Wel geven enkele ziekenhuizen in hun jaarverslag aan te werken aan NIAZ-accreditatie.
- Tijdens de interviews blijkt inderdaad dat geen enkel ziekenhuis is geaccrediteerd. Een aantal ziekenhuizen heeft echter wel vastomlijnde plannen voor accreditatie. De jaarverslagen en websites geven dus op zich een goed beeld van de werkelijke situatie met betrekking tot de indicator 'Behaald hebben van de initiële of ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie'. Zij geven echter geen actueel beeld van de stand van zaken met betrekking tot het traject om een accreditatie te behalen.

5. Specialisatie van het ziekenhuis

5.1 Speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden + aantal behandelingen per jaar

- Drie ziekenhuizen geven in hun jaarverslag informatie over speciale behandelingen en slechts één van deze drie ziekenhuizen vermeldt speciale behandelingen op de website. Verder vermeldt slechts één ziekenhuis ook het aantal behandelingen per jaar.
- Tijdens de interviews noemen alle ziekenhuizen een aantal speciale behandelingen. Voor drie van de jaarverslagen en één website geldt dus dat zij een goed beeld geven van de werkelijke situatie, met dien verstande dat het aantal behandelingen meestal ontbreekt.

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

6.1 Bereikbaarheid per openbaar vervoer

- De jaarverslagen van de ziekenhuizen bevatten geen informatie over de bereikbaarheid per openbaar vervoer. Slechts één van de ziekenhuizen vermeldt op de website de afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis.
- Uit de interviews en uit de via het telefoonnummer voor Openbaar Vervoer Reizigersinformatie verkregen inlichtingen blijkt dat sommige haltes voor openbaar vervoer ver van het ziekenhuis zijn verwijderd. De jaarverslagen en de meeste websites geven dus geen goed beeld van de werkelijke situatie.

6.2 Bereikbaarheid per auto

- De meeste ziekenhuizen geven op hun website informatie over de parkeerkosten en enkele ziekenhuizen maken hier melding van de aanwezigheid van invalidenparkeerplaatsen in de buurt van de ingang. Geen van de jaarverslagen bevat informatie hierover.

- De meeste websites geven dus in tegenstelling tot de jaarverslagen een goed beeld van de werkelijke situatie.

Als antwoord op deelvraag 2 kan worden geconcludeerd dat de meeste jaarverslagen informatie bevatten over de indicatoren die betrekking hebben op de transfer van patiënten en de meting van de patiënttevredenheid, alsmede over de stand van zaken met betrekking tot het functioneren c.q. oprichten van een cliëntenraad. Daarnaast bevat een aantal jaarverslagen informatie over de speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert. Verder verschaft een gedeelte van de websites van de ziekenhuizen informatie over de cliëntenraad en de mogelijkheid te blijven slapen bij een naaste en bevatten de meeste websites informatie over de indicatoren die betrekking hebben op de bereikbaarheid per auto. Voor de overige indicatoren geldt dat zowel de jaarverslagen als de websites hierover geen informatie bieden.

Ter beantwoording van deelvraag 3 kan worden geconcludeerd dat voor meer dan de helft van de gebruikte prestatie-indicatoren geldt dat de jaarverslagen en websites geen goed beeld geven van de werkelijke situatie. De jaarverslagen en websites bevatten namelijk over de meeste van deze indicatoren in het geheel geen informatie, terwijl uit de interviews blijkt dat veel ziekenhuizen wel aandacht besteden aan de meeste zaken. Verder kan worden geconstateerd dat de informatie met betrekking tot de prestatie-indicatoren die wel in de jaarverslagen en op de websites wordt gepubliceerd, over het algemeen overeenkomt met de werkelijkheid. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat sommige informatie in met name de jaarverslagen op het moment van het onderzoek niet meer actueel blijkt te zijn.

6.3 Onderzoeksresultaten en knelpunten

Deelvraag 4:

Hoe scoren de ziekenhuizen in de regio Rijnmond op deze prestatie-indicatoren en welke knelpunten komen er naar voren?

Om deze deelvraag te beantwoorden, wordt hieronder voor elk van de zes speerpunten een samenvatting gegeven van de onderzoeksresultaten. Tevens wordt een overzicht gegeven van de gesignaleerde knelpunten.

6.3.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten per speerpunt

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

Wachttijden

Van vrijwel alle ziekenhuizen staan de wachttijden voor de polikliniek, voor dagbehandeling en voor klinische behandeling geregistreerd op de website www.zwier.nl. Deze website, die de mogelijkheid biedt de wachttijden van de verschillende ziekenhuizen in de regio Rijnmond met elkaar te vergelijken, bevat alleen een algemene laatste mutatedatum. Er wordt niet vermeld hoe recent de wachttijden voor de afzonderlijke ziekenhuizen zijn. Ook bevat de website voor een van de ziekenhuizen geen wachttijden voor klinische behandeling. Volgens het betreffende ziekenhuis komt dit door een intern automatiseringsprobleem. Verder wordt deze website volgens een van de ziekenhuizen inmiddels niet meer bijgehouden, hetgeen inderdaad het geval blijkt te zijn. Tijdens de interviews geven verschillende ziekenhuizen aan dat de wachttijden voor orthopedie, neurologie, plastische chirurgie en pijnbestrijding een landelijk probleem zijn. Verder hebben

sommige ziekenhuizen een lange wachtlijst voor een bepaald specialisme, doordat het betreffende specialisme in dit ziekenhuis een bovenregionale functie vervult. Voor wat betreft zorg die alleen in academische ziekenhuizen wordt verleend, zijn er met name lange wachtlijsten bij de gespecialiseerde kindervakken (kinderurologie, kinderneurologie) en bij een bepaald soort operaties voor orthopedie (scoliose operaties).

Sommige lange wachttijden worden veroorzaakt door (langdurig) openstaande vacatures, zowel voor specialisten als voor personeel voor de operatiekamers. Eén ziekenhuis noemt als een van de oorzaken de extra aandacht die de fusie heeft gevraagd. Verder geeft het Ruwaard van Putten ziekenhuis aan dat de wachtlijst voor kaakchirurgie niet zozeer wordt veroorzaakt door een tekort aan kaakchirurgen, maar meer door een tekort aan tandartsen in de regio, waardoor patiënten vaker een beroep doen op de kaakchirurg.

Voor wat betreft acties om de wachttijden te bekorten, vermelden twee ziekenhuizen tijdens de interviews afspraken met de zorgverzekeraar te hebben gemaakt over extra productie. Eén ziekenhuis noemt afstemming met andere ziekenhuizen binnen de regio. Een ander ziekenhuis heeft plannen voor het openen van een extra operatiekamer.

Transfer van patiënten

De vijf ziekenhuizen die over een (interne) transferafdeling beschikken, vermelden dit in hun jaarverslag en/of op hun website. De ervaringen hiermee zijn over het algemeen positief. De drie ziekenhuizen die geen transferafdeling hebben, beschikken wel over een bureau nazorg of over transferverpleegkundigen die zich bezighouden met ontslagbemiddeling. Verder hebben twee van deze ziekenhuizen een afspraak gemaakt met Humanitas over de inhuur van een aantal verpleeghuisbedden voor uitbehandelde ziekenhuispatiënten. Hier is dus in feite sprake van een externe transferafdeling.

Uit de interviews blijkt dat alle ziekenhuizen afspraken hebben gemaakt met een of meer verpleeghuizen. Zeven van de acht ziekenhuizen maken hiervan melding in hun jaarverslag en een van deze ziekenhuizen vermeldt dit ook op de website. De ziekenhuizen ervaren de samenwerking met de verpleeghuizen als goed. Er wordt echter ook een drietal knelpunten gesignaleerd. Ten eerste signaleren het Ikazia ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis dat er in Rotterdam verkeerde bed-patiënten in het ziekenhuis liggen, terwijl er in sommige verpleeghuizen lege bedden zijn. De betreffende patiënten hebben echter een voorkeur voor een ander verpleeghuis. Gevolg hiervan is dat de ziekenhuizen regelmatig nieuwe patiënten moeten weigeren. Ten tweede moet ook het Van Weel-Bethesda ziekenhuis regelmatig nieuwe patiënten weigeren, vanwege een tekort aan verpleeghuiscapaciteit op het eiland Goeree-Overflakkee. Ten derde maakt het Vlietland ziekenhuis melding van een gebrek aan capaciteit voor het plaatsen van psycho-geriatrische patiënten bij de verpleeghuizen in de regio, waardoor deze soms een maand in het ziekenhuis moeten wachten. In de interviews komt ook naar voren dat alle ziekenhuizen afspraken hebben gemaakt met de thuiszorg. Zeven ziekenhuizen maken hiervan ook melding in hun jaarverslag en/of op hun website. De samenwerking verloopt over het algemeen goed. Een aantal ziekenhuizen signaleert echter een knelpunt met betrekking tot de indicatiestelling voor thuiszorg voor ziekenhuispatiënten, die regelmatig niet binnen de wettelijk vastgelegde 48 uur wordt afgegeven. Eén ziekenhuis geeft aan inmiddels afspraken met het RIO te hebben gemaakt over het achteraf stellen van de indicatie, hetgeen volgens dit ziekenhuis heeft geleid tot een sterke reductie van het aantal verkeerde bed-patiënten. Een ander knelpunt, dat door het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt gesignaleerd, betreft het feit dat thuiszorginstellingen door de bezuinigingen minder in staat zijn nieuwe zorgvernieuwingprojecten uit te voeren.

Drie ziekenhuizen vermelden in hun jaarverslag het percentage verkeerde bed-patiënten. Niet alle overige ziekenhuizen kunnen tijdens de interviews het percentage verkeerde bed-patiënten voor hun ziekenhuis noemen. De meeste percentages variëren tussen de 2 en 5%. In zowel het Van Weel-Bethesda ziekenhuis als het IJsselland ziekenhuis echter ligt dit percentage rond de 8%.

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

Pijnbestrijding

Geen enkel ziekenhuis geeft in het jaarverslag of op de website informatie over de aanwezigheid van een pijnprotocol. In de interviews geven de meeste ziekenhuizen aan dat zij beschikken over een pijnprotocol voor volwassenen. Daarnaast hebben sommige ziekenhuizen ook een apart pijnprotocol voor kinderen en/of chirurgische, orthopedische en oncologische patiënten. Een aantal ziekenhuizen meldt tijdens het interview dat er een pilot wordt uitgevoerd met betrekking tot het meten van pijnscores, of dat deze scores standaard worden gemeten op enkele afdelingen. Verder beschikken enkele ziekenhuizen over een aparte pijnpoli. De wachtlijst hiervoor is echter vrij lang. Geen enkel ziekenhuis informeert patiënten schriftelijk over het pijnprotocol. Eén ziekenhuis geeft aan dat er informatie wordt verstrekt via de website van het hospice. Een ander ziekenhuis wil naar aanleiding van het onderzoek van het RPCP-Rijnmond meer informatie over de pijnprotocollen gaan verstrekken via het patiënteninformatiecentrum.

Euthanasie

Twee ziekenhuizen vermelden in hun jaarverslag of op hun website informatie over de wijze waarop het ziekenhuis omgaat met euthanasie. Een van deze twee ziekenhuizen geeft hier expliciet aan dat er vanwege de protestants-christelijke signatuur van het ziekenhuis geen euthanasie plaatsvindt. Uit de interviews blijkt dat dit laatste ook geldt voor een van de ziekenhuizen die hierover geen informatie op de website vermeldt. Alle ziekenhuizen geven tijdens de interviews aan te beschikken over een protocol voor het omgaan met euthanasie. Enkele ziekenhuizen informeren hun patiënten over dit protocol via het informatieboekje dat patiënten bij opname krijgen uitgereikt of op verzoek via het patiënteninformatiecentrum. Er bestaan aarzelingen tegenover het actief informeren van patiënten. Actief informeren van patiënten lijkt vooral van belang voor ziekenhuizen die niet meewerken aan euthanasie.

Orgaandonatie

Hoewel slechts één ziekenhuis in het jaarverslag melding maakt van een protocol voor orgaandonatie, geven alle ziekenhuizen tijdens de interviews aan over een dergelijk protocol te beschikken. Enkele ziekenhuizen beschikken over een folder met informatie voor nabestaanden, die wordt uitgereikt als de vraag van orgaandonatie zich voordoet, terwijl een ander ziekenhuis informatie verschaft via de opnamegids. Een aantal ziekenhuizen heeft een speciale verpleegkundige in dienst op de Intensive Care om ondersteuning te bieden bij het benaderen van nabestaanden met het verzoek om donatie. Verder heeft één ziekenhuis een donatiefunctionaris aangesteld om het bewustzijn van het personeel te verhogen.

Bescherming tegen belastende of confronterende situaties

Geen enkel ziekenhuis schrijft hierover iets in het jaarverslag of op de website. Tijdens de interviews geven alle ziekenhuizen aan dat zij hiervoor geen protocol hebben. Wel zijn er intern afspraken gemaakt over hoe hiermee moet worden omgegaan, of wordt hieraan aandacht besteed naar aanleiding van klachten van specialisten, verpleegkundigen en patiënten. Verder blijken de ziekenhuizen behoefte te hebben aan aanvullende uitleg over wat onder belastende of confronterende situaties wordt verstaan.

Blijven slapen van een naaste

De helft van de ziekenhuizen vermeldt op de website dat het ziekenhuis bij de opname van kinderen aan een van beide ouders de mogelijkheid biedt op de kamer te blijven slapen (rooming

in). Uit de interviews blijkt dat alle ziekenhuizen al dan niet incidenteel op enigerlei wijze de mogelijkheid aan een naaste bieden om te blijven slapen bij een kind of een (terminale) volwassene. Dit kan niet altijd op de kamer van de patiënt, omdat er ook meerpersoonskamers zijn. Enkele ziekenhuizen geven aan patiënten te informeren via een folder of informatieboekje.

Aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen

Een aantal ziekenhuizen geeft tijdens de interviews aan dat dit mogelijk is bij kinderen. Slechts één van deze ziekenhuizen vermeldt deze mogelijkheid op de website. In deze ziekenhuizen bestaat er geen beleid voor volwassenen, maar de ziekenhuizen staan flexibel tegenover eventueel voorkomende gevallen, zoals bijvoorbeeld een patiënt die erg verward is. Twee ziekenhuizen geven expliciet aan deze mogelijkheid niet te bieden. Een van deze ziekenhuizen geeft als reden dat de hier werkzame anesthesiologen en microbiologen hier geen voorstander van zijn. Geen enkel ziekenhuis geeft aan schriftelijk informatiemateriaal te hebben voor patiënten.

3. Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid van aan te schaffen materialen en voorzieningen

Geen enkel ziekenhuis verschaft hierover informatie in het jaarverslag of op de website. Tijdens de interviews geven alle ziekenhuizen aan dat er bij de aanschaf rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid, bijvoorbeeld door de technische dienst en/of de materiaaladviescommissie. Het veiligheidsbeleid is echter vaak impliciet; er wordt meestal niet gewerkt met een protocol of checklist.

Sommige ziekenhuizen geven tijdens het interview aan aandacht te besteden aan de patiëntvriendelijkheid door het inventariseren van klachten, het laten uittesten van bijvoorbeeld proefbedden door patiënten, of door de cliëntenraad te betrekken bij de aanschaf. In een van de ziekenhuizen loopt een project om de kwaliteit van de medische apparatuur te verbeteren.

Overigens blijkt tijdens de interviews dat 'rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid' een te vage formulering is.

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

Behandelplannen

Hoewel bijna elk ziekenhuis tijdens het interview aangeeft dat er wordt gewerkt met behandelplannen die in overleg met de patiënt zijn opgesteld, geeft geen enkel ziekenhuis hierover informatie via het jaarverslag of de website. Ook heeft geen enkel ziekenhuis hiervoor een op schrift gesteld beleid. De behandelplannen maken onderdeel uit van de verpleegkundige dossiers. Eén ziekenhuis merkt op dat terugkoppeling over het daadwerkelijke gebruik van in overleg met de patiënt opgestelde behandelplannen kan plaatsvinden via een patiënttevredenheidsonderzoek.

Beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten

Alle ziekenhuizen besteden aandacht aan de bejegening van patiënten, maar zij verstrekken hierover geen informatie in het jaarverslag of op de website. Sommige ziekenhuizen geven tijdens het interview aan dat zij een handboek of eisenkader voor (verpleegkundig) personeel hebben. Eén ziekenhuis meldt dat als er klachten zijn over de bejegening door specialisten, deze hierop worden aangesproken door de directeur. Een ander ziekenhuis maakt melding van een cursus voor baliepersoneel en administratief personeel. Een derde ziekenhuis geeft een training aan zowel verpleegkundig personeel als overige medewerkers die in contact komen met patiënten.

Clëntenraad

Drie van de acht ziekenhuizen hebben een functionerende cliëntenraad. Drie andere zijn bezig met het oprichten van een cliëntenraad. De meeste ziekenhuizen geven via het jaarverslag informatie over de stand van zaken met betrekking tot het oprichten c.q. functioneren van de cliëntenraad. Eén ziekenhuis vermeldt in het jaarverslag bezig te zijn met de oprichting van een cliëntenraad, maar geeft tijdens het interview aan dat hiertoe nog geen verdere actie is ondernomen. Daarnaast geven de ziekenhuizen die reeds een functionerende cliëntenraad hebben, hierover ook informatie op hun website.

Meting van patiënttevredenheid

Alle ziekenhuizen beschrijven in hun jaarverslag dat zij hebben meegedaan aan het patiënttevredenheidsonderzoek dat de Consumentenbond in 2001 heeft uitgevoerd. Over het algemeen melden de ziekenhuizen tijdens de interviews dat de resultaten van dit onderzoek zijn besproken en dat zij (mede) naar aanleiding van dit onderzoek een aantal acties hebben uitgevoerd om de zorgverlening te verbeteren. Een tweetal ziekenhuizen geeft echter aan alleen de resultaten te hebben besproken.

Daarnaast beschrijven vijf ziekenhuizen in hun jaarverslag dat zij intern onderzoek hebben gedaan naar de tevredenheid van hun patiënten. Dezelfde vijf ziekenhuizen geven in hun jaarverslag ook de voorgenomen verbeteracties aan naar aanleiding van de interne tevredenheidsmeting en/of het onderzoek van de Consumentenbond, maar slechts één ziekenhuis beschrijft de resultaten van de uitgevoerde verbeteracties. Geen enkel ziekenhuis geeft informatie op de website.

Uit de interviews blijkt dat ook in de overige ziekenhuizen onderzoek wordt gedaan naar de tevredenheid van patiënten en dat dit onderzoek meestal op afdelingsniveau plaatsvindt. Verder geven de meeste ziekenhuizen tijdens de interviews aan welke verbeteracties zij in gang hebben gezet. Informatie over wat de aantoonbare resultaten van deze verbeteracties zijn en hoe deze resultaten zijn gemeten, wordt echter meestal niet gegeven.

Drie ziekenhuizen melden dat zij deelnemen aan het tevredenheidsonderzoek dat Prismant eind 2004 gaat uitvoeren onder de patiënten van de algemene ziekenhuizen.

Accreditatie door het NIAZ

Geen van de ziekenhuizen beschikt op het moment van het onderzoek over een initiële of ziekenhuisbrede accreditatie. Hoewel volgens de NVZ alle aangesloten ziekenhuizen in 2005 initieel moeten zijn geaccrediteerd, geven de meeste ziekenhuizen in de interviews aan 2005 niet te halen. Een tweetal ziekenhuizen werkt echter wel toe naar accreditatie in 2005. Sommige ziekenhuizen hebben vastomlijnde plannen voor accreditatie, terwijl andere aangeven zich eerst te willen richten op een goed kwaliteitssysteem. De ziekenhuizen vermelden hierover geen informatie op hun website en slechts weinig informatie in hun jaarverslag.

5. Specialisatie van het ziekenhuis

Speciale behandelingen en behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden

Slechts drie van de acht ziekenhuizen geven in hun jaarverslag informatie over speciale behandelingen en alleen het Erasmus MC vermeldt een aantal speciale behandelingen op de website. Tijdens de interviews noemen alle ziekenhuizen een aantal speciale behandelingen. De genoemde behandelingen variëren van interne speerpunten c.q. verbeterpunten tot speciale technieken die slechts in een aantal ziekenhuizen in Nederland worden toegepast. Uiteraard heeft

dit te maken met het feit of een ziekenhuis uitsluitend basiszorg levert, of ook topklinische en/of topreferente zorg. Informatie over het aantal behandelingen per jaar werd meestal niet verkregen.

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

Bereikbaarheid per openbaar vervoer

De jaarverslagen van de ziekenhuizen bevatten geen informatie over de bereikbaarheid per openbaar vervoer en slechts één van de ziekenhuizen vermeldt op de website de afstand van de halte voor openbaar vervoer tot het ziekenhuis. Uit de interviews en uit de via het telefoonnummer voor Openbaar Vervoer Reizigersinformatie verkregen inlichtingen blijkt dat sommige haltes voor openbaar vervoer ver van het ziekenhuis verwijderd zijn, met name de tramhaltes bij het Vlietland ziekenhuis in Schiedam en het Sint Franciscus Gasthuis en de metrohalte bij het IJsselland ziekenhuis. Het Sint Franciscus Gasthuis en het Vlietland ziekenhuis zijn wel goed bereikbaar met een andere vorm van openbaar vervoer, die dicht bij het ziekenhuis stopt. Alleen voor het IJsselland ziekenhuis, dat op zeven minuten lopen van het dichtstbijzijnde metrostation ligt, is dit niet altijd het geval. Dit ziekenhuis is ook bereikbaar met de bus, die op drie minuten lopen van het ziekenhuis stopt. De laatste bus vertrekt echter om 19.44 uur. Op dit tijdstip zijn nog niet alle bezoeken afgelopen.

Bereikbaarheid per auto

De meeste ziekenhuizen geven in het interview aan een parkeerprobleem te hebben. Elk van deze ziekenhuizen geeft ook aan dat er aan een oplossing van dit probleem wordt gewerkt. Een drietal ziekenhuizen voert een beleid om medewerkers zoveel mogelijk van het parkeerterrein bij het ziekenhuis te weren. Verder heeft een aantal ziekenhuizen plannen voor de bouw van een parkeergarage of voor uitbreiding van het parkeerterrein. Contacten met de gemeente over het creëren van meer parkeerplaatsen verlopen echter soms moeizaam.

Bij een aantal ziekenhuizen kan gratis worden geparkeerd. Voor de overige ziekenhuizen variëren de parkeerkosten van € 1,= tot € 1,25 per uur. De meeste ziekenhuizen geven op hun website informatie over de parkeerkosten.

Alle ziekenhuizen hebben een of meer invalidenparkeerplaatsen in de buurt van de ingang.

7. Overige aandachtspunten

Mening over de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003'

De meeste ziekenhuizen geven tijdens de interviews aan het op zich een goed initiatief te vinden in het kader van het verhogen van de transparantie landelijk een aantal scoringspunten te formuleren om ziekenhuizen te vergelijken. Er wordt echter wel een aantal bezwaren tegen deze indicatorenset genoemd. Deze hebben onder meer betrekking op het feit dat de informatie met terugwerkende kracht over 2003 moet worden aangeleverd, twijfels over de validiteit en vergelijkbaarheid van de indicatoren, de hoeveelheid indicatoren en angst voor een verhoging van de administratieve lasten in tijden van bezuinigingen.

De meeste ziekenhuizen geven aan de informatie over de prestatie-indicatoren zowel in het jaarverslag als op de website te gaan publiceren. Twee ziekenhuizen geven aan dat publicatie op de website voorsnog op problemen stuit, aangezien hun websites nog niet interactief worden beheerd. Beide ziekenhuizen hebben wel plannen om hun website interactief te gaan beheren.

Overige opmerkingen

Een viertal ziekenhuizen geeft tijdens het interview aan het een goed idee te vinden als het RPCP-Rijnmond overleg gaat voeren met de IGZ over de mogelijkheid te komen tot één gezamenlijke set van prestatie-indicatoren. Een van de ziekenhuizen brengt naar voren dat informatie over de prestatie-indicatoren misschien in een patiëntengids thuishoort. Een ander ziekenhuis vindt dat de set van prestatie-indicatoren van het RPCP-Rijnmond een aantal eye-openers bevat. Dit ziekenhuis geeft het RPCP-Rijnmond de suggestie mee samen met de IGZ om de paar jaar andere accenten te leggen en andere thema's te kiezen waarvoor prestatie-indicatoren worden geformuleerd. Op deze manier kan worden voorkomen dat bepaalde thema's waar telkens op wordt getoetst, teveel aandacht krijgen, ten koste van andere kwaliteitsaspecten die ook aandacht behoeven.

6.3.2 Gesignaleerde knelpunten

In deze subparagraaf worden de in bovenstaande samenvatting reeds genoemde knelpunten, die betrekking hebben op zorginhoudelijke zaken, samengevat. Naast deze knelpunten worden er ook enkele organisatorische aandachtspunten onderscheiden.

Zorginhoudelijke knelpunten

1. De wachttijden voor orthopedie, neurologie, plastische chirurgie en pijnbestrijding vormen een landelijk probleem.
2. De wachtlijst voor kaakchirurgie in het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt volgens het ziekenhuis veroorzaakt door een tekort aan tandartsen in de betreffende regio.
3. Volgens het Ikazia ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis liggen er in Rotterdam verkeerde bed-patiënten in het ziekenhuis, terwijl sommige verpleeghuizen lege bedden hebben, omdat de betreffende patiënten een voorkeur hebben voor een ander verpleeghuis. Hierdoor moeten de ziekenhuizen regelmatig nieuwe patiënten weigeren.
4. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis ervaart een tekort aan verpleeghuiscapaciteit op Goeree-Overflakkee.
5. Het Vlietland ziekenhuis ervaart een gebrek aan opnamecapaciteit voor psycho-geriatrische patiënten bij de verpleeghuizen in de regio Nieuwe Waterweg-Noord.
6. Verschillende ziekenhuizen ervaren de indicatiestelling voor thuiszorg voor ziekenhuispatiënten als een knelpunt. Het komt namelijk regelmatig voor dat deze niet binnen de wettelijk voorgeschreven termijn van 48 uur kan worden afgegeven.
7. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis signaleert dat de thuiszorginstelling in de betreffende regio door de bezuinigingen minder in staat is nieuwe zorgvernieuwingsprojecten uit te voeren.

Organisatorische aandachtspunten

1. Om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van een website waarop wachtlijstgegevens van verschillende ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken, is het van belang dat:
 - alle ziekenhuizen alle benodigde informatie steeds tijdig aanleveren;
 - de website (zeer) regelmatig wordt geactualiseerd;
 - op de website niet alleen de laatste algemene mutatie-datum wordt vermeld, maar ook voor elk ziekenhuis de datum waarop de betreffende gegevens voor het laatst zijn geactualiseerd (als deze datum afwijkend is).
2. Om de website met informatie over (het beleid van) het ziekenhuis actueel te houden, is het nuttig als ziekenhuizen hun website interactief beheren.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

Bruikbaarheid van de indicatoren

Uit het onderzoek blijkt dat de meeste van de gebruikte prestatie-indicatoren bruikbaar zijn voor het RPCP-Rijnmond om invulling te geven aan zijn taak van collectieve belangenbehartiging. Voor twee prestatie-indicatoren geldt echter dat met name tijdens de gesprekken met de ziekenhuisdirecteuren is gebleken dat de gehanteerde definitie niet nauwkeurig genoeg is. Dit betreft de volgende twee indicatoren:

- Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties (bijvoorbeeld vlak voor een operatie geconfronteerd worden met een net geopereerde patiënt). Er blijkt behoefte te bestaan aan aanvullende uitleg over wat, afgezien van het genoemde voorbeeld, onder belastende of confronterende situaties wordt verstaan.
- Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan. 'Rekening houden met' blijkt een te vage formulering te zijn. Elke ziekenhuisdirecteur geeft tijdens het interview aan dat het betreffende ziekenhuis hieraan (meestal impliciet) voldoet.

Informatie in de (kwaliteits-)jaarverslagen en op de websites

De meeste (kwaliteits-)jaarverslagen bevatten informatie over de indicatoren die betrekking hebben op de transfer van patiënten en de meting van de patiënttevredenheid, alsmede over de stand van zaken met betrekking tot het functioneren c.q. oprichten van een cliëntenraad. Daarnaast bevat een aantal jaarverslagen informatie over de speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert. Verder verschaft een gedeelte van de websites van de ziekenhuizen informatie over de cliëntenraad en de mogelijkheid voor een naaste om te blijven slapen en bevatten de meeste websites informatie over de indicatoren die betrekking hebben op de bereikbaarheid per auto. Voor de overige indicatoren geldt dat zowel de jaarverslagen als de websites hierover geen informatie bieden.

Voor meer dan de helft van de gebruikte prestatie-indicatoren geldt dat de jaarverslagen en websites geen goed beeld geven van de werkelijke situatie. De jaarverslagen en websites bevatten namelijk over de meeste van deze indicatoren in het geheel geen informatie, terwijl uit de interviews blijkt dat veel ziekenhuizen wel aandacht besteden aan de meeste zaken.

Zorginhoudelijke knelpunten

Verder komen uit de toetsing van de (kwaliteits-)jaarverslagen en de websites, alsmede uit de gesprekken met de ziekenhuisdirecteuren, de volgende knelpunten naar voren die betrekking hebben op zorginhoudelijke zaken:

1. De wachttijden voor orthopedie, neurologie, plastische chirurgie en pijnbestrijding vormen een landelijk probleem.
2. De wachtlister voor kaakchirurgie in het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt volgens het ziekenhuis veroorzaakt door een tekort aan tandartsen in de betreffende regio.
3. Volgens het Ikazia ziekenhuis en het IJsselland ziekenhuis liggen er in Rotterdam verkeerde bed-patiënten in het ziekenhuis, terwijl sommige verpleeghuizen lege bedden hebben, omdat de betreffende patiënten een voorkeur hebben voor een ander verpleeghuis. Hierdoor moeten de ziekenhuizen regelmatig nieuwe patiënten weigeren.
4. Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis ervaart een tekort aan verpleeghuiscapaciteit op Goeree-Overflakkee.

5. Het Vlietland ziekenhuis ervaart een gebrek aan opnamecapaciteit voor psycho-geriatrische patiënten bij de verpleeghuizen in de regio Nieuwe Waterweg-Noord.
6. Verschillende ziekenhuizen ervaren de indicatiestelling voor thuiszorg voor ziekenhuispatiënten als een knelpunt. Het komt namelijk regelmatig voor dat deze niet binnen de wettelijk voorgeschreven termijn van 48 uur kan worden afgegeven.
7. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis signaleert dat de thuiszorginstelling in de betreffende regio door de bezuinigingen minder in staat is nieuwe zorgvernieuwingsprojecten uit te voeren.

Organisatorische aandachtspunten

Naast de genoemde zorginhoudelijke knelpunten komen uit de onderzoeksresultaten ook enkele organisatorische aandachtspunten naar voren:

1. Om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van een website waarop wachtlijstgegevens van verschillende ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken, is het van belang dat:
 - alle ziekenhuizen alle benodigde informatie steeds tijdig aanleveren;
 - de website (zeer) regelmatig wordt geactualiseerd;
 - op de website niet alleen de laatste algemene mutatie-datum wordt vermeld, maar ook voor elk ziekenhuis de datum waarop de betreffende gegevens voor het laatst zijn geactualiseerd (als deze datum afwijkend is).
2. Om de website met informatie over (het beleid van) het ziekenhuis actueel te houden, is het nuttig als ziekenhuizen hun website interactief beheren.

7.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt een aantal aanbevelingen gedaan naar aanleiding van het in deze scriptie beschreven onderzoek. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in aanbevelingen voor het RPCP-Rijnmond en aanbevelingen die bestemd zijn voor de ziekenhuizen in de regio Rijnmond.

7.2.1 Aanbevelingen voor het RPCP-Rijnmond

Verpleeghuiscapaciteit

1. Het knelpunt waarbij er aan de ene kant verkeerde bed-patiënten in het ziekenhuis liggen, omdat er geen plaats is in het verpleeghuis van hun voorkeur, terwijl er aan de andere kant verpleeghuizen met lege bedden zijn, bespreken met de zorgkantoren in de regio. Herallocatie van verpleeghuisbedden zou een mogelijke oplossing voor dit probleem kunnen bieden.
2. Aandacht vragen bij het zorgkantoor op de Zuid-Hollandse eilanden voor het tekort aan verpleeghuiscapaciteit op Goeree-Overflakkee.
3. Aandacht vragen bij het zorgkantoor in de regio Nieuwe Waterweg-Noord voor het gebrek aan opnamecapaciteit voor psycho-geriatrische patiënten bij de verpleeghuizen in de regio.

Indicatiestelling

4. Het knelpunt met betrekking tot de indicatiestelling voor thuiszorg voor ziekenhuizen, die wettelijk binnen 48 uur moet worden afgegeven, maar in de praktijk vaak langer op zich laat wachten, onder de aandacht brengen van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) en bij de betreffende gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor het functioneren van de RIO's.

Overleg met zorgverzekeraars

5. Overleg voeren met de zorgverzekeraars over de in dit onderzoek geformuleerde set van prestatie-indicatoren, de scores van de ziekenhuizen op deze prestatie-indicatoren en de

gesignaleerde knelpunten, zodat de zorgverzekeraars deze prestatie-indicatoren mee kunnen nemen bij de onderhandelingen ten behoeve van de contractering van ziekenhuizen.

Afstemming met de IGZ

6. Na aanscherping van de definities van de indicatoren 'Aanwezigheid van een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties' en 'Bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening houden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan' overleg voeren met de IGZ om te komen tot een gezamenlijke set van prestatie-indicatoren.

7.2.2 Aanbevelingen voor de ziekenhuizen

Informatieverstrekking aan patiënten

1. Meer schriftelijke informatie verstrekken aan patiënten over zaken die zij belangrijk vinden, zoals:

- hoe het ziekenhuis omgaat met pijnbestrijding, euthanasie en orgaandonatie;
- de mogelijkheden voor een naaste van de patiënt om te blijven slapen en aanwezig te zijn bij het onder narcose brengen;
- speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich van andere ziekenhuizen wil onderscheiden.

Naast folders en ander papieren informatiemateriaal, zoals het informatieboekje dat bij opname wordt verstrekt, kan ook de website van het ziekenhuis een belangrijke rol spelen bij het informeren van patiënten.

Wachttijden

2. Structureel meer inzicht bieden in de oorzaken van te lange wachttijden, de acties die worden ondernomen om deze te verminderen en de resultaten van deze acties.

Patiënttevredenheidsonderzoek

3. Inzicht bieden in de resultaten van zowel intern als extern patiënttevredenheidsonderzoek. Hierbij zijn vooral de volgende aspecten van belang:
 - de sterke punten van het ziekenhuis en de verbeterpunten;
 - de naar aanleiding van de verbeterpunten uitgevoerde verbeteracties;
 - de aantoonbare resultaten van deze verbeteracties;
 - de wijze waarop deze resultaten zijn gemeten.

Literatuur

- Berg, M. & W. Schellekens (2002). Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Medisch Contact*, Jaargang 57 nr. 34.
- Casparie, e.a. (2001). *Evaluatieonderzoek Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: Zon.
- Consumentenbond (2001). *Keuzen in de zorg. Een schriftelijk onderzoek uitgevoerd door Intomart B.V. te Hilversum*. Den Haag: Consumentenbond.
- Consumentenbond (2002). 37 ziekenhuizen vergeleken. *Consumentengids*, Juli 2002.
- Delfgauw, J. (2002). *Patiëntenrechten*. Leiderdorp: RPCP Groep Zuid-Holland.
- Delnoij, D.M.J., A.H.A. ten Asbroek, O.A. Arah, T. Custers & N.S. Klazinga (2002). *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring (vol 1): the definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor: Health Administration Press.
- Edgman-Levitan, S. & P.D. Cleary (1996). What information do consumers want and need? *Health Affairs*. Winter 1996. 15(4): 42-56.
- Friele, R.D. c.s. (2002). Patiënten nemen de maat. *Medisch Contact*, Jaargang 57 nr. 26/27.
- Groenewoud, A.S. & R. Huijsman (2003). *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Den Haag: ZonMw.
- IGZ, NVZ, VAZ & OMS (2003, december). *Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003*.
- IKG Rijnmond (2003). *Patiëntenrechten. Informatiefolder over de rechten van de patiënt / cliënt*. (Folder 1 t/m 9). Rotterdam: RPCP-Rijnmond.
- Loon, K. van & E. van der Horst (2001). *Kwaliteitsjaarverslagen nader bekeken. Een instrument om kwaliteitsjaarverslagen volgens de Kwaliteitswet te beoordelen vanuit patiëntenperspectief*. Rotterdam: RPCP-Rijnmond.
- NPCF (1995). *Overzicht en analyse van criteria*. Utrecht: NPCF.
- NPCF (1995). *Samen werken aan patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen*. Utrecht: NPCF.
- NPCF (1996). *Het ziekenhuis. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht: NPCF.
- OMS & PACE (1999). *Afstemming visitatie en accreditatie*. Utrecht: OMS.

Oudenampsen, D. & M. Brugman (2002). *Kwaliteit verantwoord. Naar een standaard voor kwaliteitsjaarverslagen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

RVZ (2003). *Kiezen in de gezondheidszorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*. Zoetermeer: RVZ.

Schellekens, W., M. Berg & N. Klazinga (2003). Vliegen en gevlogen worden. Mythen en mogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders. *Medisch Contact*, Jaargang 58 nr. 08.

Sluijs, E.M. & A. Janse (2002). *Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen? Een beschouwing over het gebruik van normen om patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen*. Utrecht: Nivel.

Tweede Kamer (2002, 10 juni). *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. KST62166, ISSN 0921 – 7371. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers.

Websites

www.erasmusmc.nl	Erasmus MC
www.havenziekenhuis.nl	Havenziekenhuis
www.HKZ.nl	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
www.ikazia.nl	Ikazia ziekenhuis
www.INK.nl	Instituut Nederlandse Kwaliteit
www.mcrz	Medisch Centrum Rijnmond-Zuid
www.NIAZ.nl	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
www.Orde.nl	Orde van Medisch Specialisten
www.rpz.nl	Ruwaard van Putten ziekenhuis
www.sfg.nl	Sint Franciscus Gasthuis
www.snellerbeter.nl	Programma Sneller Beter
www.vlietland-ziekenhuis.nl	Vlietland ziekenhuis
www.ysl.nl	IJsselland ziekenhuis
www.zhsdirksland.nl	Van Weel-Bethesda ziekenhuis
www.zwier.nl	Ziekenhuis Wachttijd Informatie Eerstelijns Rijnmond

Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CRAZ	Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen
FONA	Fouten, Ongevallen, Near-Accidents
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
LCKZ	Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteit van Zorg
LOREP	Landelijke Organisatie RPCP's
MIP	Meldingen Incidenten in de Patiëntenzorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PACE	Proefproject Accreditatie
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
ZWIER	Ziekenhuis Wachtijd Informatie Eerstelijns Rijnmond
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen

Bijlage 1: Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003

Deze bijlage bevat de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003', zoals deze in december 2003 is vastgesteld door de IGZ, de NVZ, de VAZ en de OMS. Sommige indicatoren zijn voorzien van een S. Deze S staat voor 'gesuggereerd' en geeft aan dat rapportage over deze indicatoren niet verplicht is.

Indicatoren Patiëntveiligheid/Effectiviteit I – Ziekenhuisbreed

	Structuur	Proces	Uitkomst
1. Decubitus	1.1 Decubitusregistratie		1.2 Puntprevalentie decubitus 1.3S Incidentie bij patiënten met totale heupvervangning
2. Bloedtransfusie	2.1 Aanwezigheid van hemovigilantiebeleid		2.2S Transfusiereacties
3. Medicatieveiligheid	3.1 Beschikbaarheid intramuraal en poliklinisch medicatie-overzicht 3.2 Beschikbaarheid extramuraal medicatie-overzicht 3.3 Gebruik van een intern formularium		
4. Zorg ICT	4.1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens op de spreekkamer en op de afdeling 4.2 Beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de spreekkamer en op de afdeling 4.3 Vrij toegang tot internet en interne en externe e-mail voor zorgprofessionals		
5. Wondinfecties	5.1 Wondinfectieregistratie		
6. Complicatie-registratie	6.1 Complicatieregistratie per specialisme / discipline		
7. Risico-inventarisatie	7.1 Aanwezigheid van een risicoinventarisatie		

**Indicatoren Patiëntveiligheid/Effectiviteit
II – SEH / OK / IC**

	Structuur	Proces	Uitkomst
1. Pijn na operatie		1.1 Pijnmetingen bij postoperatieve patiënten a) Doet uw ziekenhuis gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten? b) Percentage patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting is gedaan c) Welk instrument gebruikt u voor pijnmetingen? d) Meet u pijn bij verschillende condities van een patiënt?	1.2S Percentage patiënten die binnen de eerste 72 uur na een operatie een pijnscore lager dan 4 aangeven.
2. Volume van risicovolle interventies		2.1 Volume aneurysma van de abdominale aorta operaties a) Aantal patiënten waarbij een niet-acute AAA operatie is uitgevoerd b) Aantal patiënten waarbij een acute AAA operatie is uitgevoerd c) Aantal (vaat)chirurgen dat AAA operaties zelfstandig en/of superviserend heeft verricht 2.2 Volume oesophaguscarcinoom resecties a) Aantal patiënten waarbij een oesophagus resectie is uitgevoerd b) Aantal chirurgen dat oesophagus resecties zelfstandig en/of superviserend heeft verricht	
3. Laparoscopie		3.1S Cholecystectomie a) Ratio laparoscopische versus open chirurgie b) Ratio laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling versus laparoscopische cholecystectomie in klinische opname	3.2S Conversie van laparoscopische naar open chirurgie voor cholecystectomie
4. Afgezegde operaties		4.1 a) Afgezegde electieve operaties binnen 24 uur voor de OK b) Gemiddeld hoeveel dagen voor een operatie worden patiënten opgeroepen?	
5. Ongeplande heroperaties		5.1 a) Percentage ongeplande heroperaties b) Drie meest voorkomende heroperatie-indicaties	
6. IC	6.1 24 uren- beschikbaarheid	6.2 a) Gemiddelde beademingsduur van beademde patiënten per type IC b) Mediane beademingsduur	

**Indicatoren Patiëntveiligheid/Effectiviteit
III – Aandoening/interventie-specifiek**

	Structuur	Proces	Uitkomst
1. Zwangerschap		1.1 Totaal aantal keizersneden 1.2S Percentage vaginale bevallingen na een keizersnede	
2. Diabetes	2.1 Geïntegreerde diabeteszorg	2.2 Gemiddelde HbA1C-waarde 2.3 Tweejaarlijkse oogheelkundige controle	
3. Hartfalen	3.1 Hartfalenpoli	3.2 Heropname voor hartfalen	
4. Myocardinfarct			4.1 Ziekenhuissterfte na opname voor een AMI 4.2S 30-daagse sterfte na opname voor een AMI
5. CVA	5.1 Stroke service / ziekenhuis stroke-unit		5.2 Ziekenhuissterfte na opname voor een CVA 5.3S 30-daagse sterfte na opname voor een CVA
6. Heupfractuur		6.1 Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur geopereerd is	
7. Totale heupvervangning	7.1 Joint care		
8. Mammatumor	8.1 Mamma poli	8.2 Diagnose binnen vijf dagen	
9. Cataract chirurgie	9.1 Cataractstraat 9.2 Complicatieregistratie cataract chirurgie		9.3 a) Gecorrigeerde visus b) Gemiddelde afwijking van de gewenste eindrefractie
10. Refractie chirurgie			10.1 Vermindering refractieafwijking

Bijlage 2: Vragenlijst ten behoeve van de interviews met de ziekenhuisdirecteuren

1. Continuïteit van zorg en ketenzorg

Wachttijden

- Waardoor worden de te lange wachttijden veroorzaakt? Wordt er actie ondernomen om deze wachttijden te verminderen? Zo ja, wat voor actie?
- *(Indien van toepassing)* Waarom worden niet alle wachttijden geregistreerd op www.zwier.nl?

Transfer van patiënten

- Heeft het ziekenhuis een transferafdeling? Zo ja, hoe zijn de ervaringen hiermee?
- Bestaat er een samenwerkingsverband met een of meer verpleeghuizen? Zo ja, hoe verloopt deze samenwerking? Zijn er knelpunten?
- Bestaat er een samenwerkingsverband met de thuiszorg? Zo ja, hoe verloopt deze samenwerking? Zijn er knelpunten?
- Welk percentage van de verpleegdagen komt voor rekening van verkeerde bed-patiënten?

2. Fysiek en psychisch welbevinden van de patiënt

Pijnbestrijding

- Is er een pijnprotocol voor kinderen, volwassenen en specifieke aandoeningen en groeperingen? Zo ja, worden patiënten hierover geïnformeerd? Hoe?

Euthanasie

- Is er een protocol voor het omgaan met euthanasie? Zo ja, worden patiënten hierover geïnformeerd? Hoe?

Orgaandonatie

- Is er een protocol voor orgaandonatie? Zo ja, worden patiënten hierover geïnformeerd? Hoe?

Bescherming tegen belastende of confronterende situaties

- Is er een protocol om patiënten te beschermen tegen belastende of confronterende situaties? Zo ja, wat houdt dit protocol in?

Blijven slapen van een naaste

- Bestaat de mogelijkheid tot blijven slapen van een naaste (rooming in), zowel bij kinderen als bij volwassenen? Zo ja, worden patiënten over deze mogelijkheid geïnformeerd? Hoe?

Aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen

- Bestaat de mogelijkheid tot aanwezigheid van een naaste bij het onder narcose brengen? Zo ja, worden patiënten hierover geïnformeerd? Hoe?

3. Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid van aan te schaffen materialen en voorzieningen

- Wordt er bij de aanschaf van materiaal en voorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuisbedden) rekening gehouden met de patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid hiervan? Zo ja, op welke manier?

4. Op de behoeften en voorkeuren van de patiënt afgestemde zorg

Behandelplannen

- Wordt er gewerkt met behandelplannen die in overleg met de patiënt worden opgesteld en zonodig bijgesteld?

Beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten

- Is er een ziekenhuisbreed beleid met betrekking tot de bejegening van patiënten? Zo ja, wat houdt dit beleid in?

Cliëntenraad

- *(Indien van toepassing)* Zijn er plannen voor de oprichting van een cliëntenraad?

Meting van patiënttevredenheid

- Vindt er patiënttevredenheidsonderzoek plaats?
- Volgens het onderzoek van de Consumentenbond zijn patiënten minder tevreden over de volgende aspecten (*aspecten noemen*). Is er actie ondernomen om deze tevredenheid te verhogen? Zo ja, wat voor actie? Wat was het resultaat?

Accreditatie door het NIAZ

- Door de NVZ is bepaald dat alle aangesloten ziekenhuizen in 2005 initieel moeten zijn geaccrediteerd door het NIAZ. Werkt het ziekenhuis op dit moment aan accreditatie? Zo ja, in welke fase is het ziekenhuis momenteel / wat is de planning?

5. Specialisatie van het ziekenhuis

Speciale behandelingen en behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden

- Zijn er speciale behandelingen die het ziekenhuis uitvoert en/of behandelingen waarmee het ziekenhuis zich wil onderscheiden van andere ziekenhuizen? Zo ja, welke en hoeveel behandelingen per jaar?

6. Bereikbaarheid van het ziekenhuis

Bereikbaarheid per auto en met het openbaar vervoer

- Hoe is de bereikbaarheid van het ziekenhuis per openbaar vervoer en per auto? Zijn er knelpunten?

7. Overige vragen

Mening over de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003'

- Wat vindt het ziekenhuis van de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003'?
- Gaat het ziekenhuis deze in het (kwaliteits-)jaarverslag en/of op de website publiceren?
Wanneer?

Overige opmerkingen

- Zijn er nog zaken die u zijn opgevallen? Hebt u nog suggesties?