

Een spiegel voor de zorg

Leren van patiënten in spiegelbijeenkomsten

Rotterdam 15 juni 2007
Student: Femke de Wit, 297292
Studie: Master Zorgmanagement iBMG
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleiding: Roland Bal
Anna Nieboer
Maria Mul

Voorwoord

Deze scriptie vormt het slotakkoord van mijn master Zorgmanagement aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, onderdeel van de Erasmus Universiteit. De periode waarin ik mijn onderzoek heb voorbereid, uitgevoerd en verwerkt in een scriptie is een hele intensieve en leerzame tijd geweest. Vanuit een intrigerend thema, de reflexieve zorgprofessional, is een zoektocht ontstaan naar hoe zorgprofessionals zich laten beïnvloeden door de ervaringen van patiënten. Het feit dat ik zelf als professional ruime ervaring heb in verschillende sectoren van de zorg verscherpt mijn interesse in dit onderwerp. Het was een boeiende ervaring om als onderzoeker te observeren en interviews af te nemen rond een onderwerp dat ik als een wezenlijk aspect van zorgverlening beschouw. Het was goed om onderzoek te kunnen doen naar een vorm van luisteren naar patiënten in een ziekenhuis dat het toepassen van een instrument voor patiëntenparticipatie tot organisatiebreed beleid heeft gemaakt.

Deze scriptie was niet tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal mensen. De projectleiders van het patiëntenparticipatie project in het kader van Sneller Beter, beiden werkzaam bij het CBO, hebben mij de kans gegeven om me te oriënteren op het onderwerp, en hebben me op het spoor gezet richting AMC. Maria Mul, coördinator van de spiegelbijeenkomsten in het AMC, heeft mij geholpen op de weg die volgde, zowel binnen het AMC als binnen mijn onderzoek. Haar feedback en de toetsing van mijn bevindingen aan haar eigen ervaringen heb ik als een waardevolle bijdrage aan dit traject ervaren. De open en geïnteresseerde houding van zowel patiënten als professionals en de bereidheid tot medewerking aan mijn onderzoek heb ik als zeer stimulerend ervaren. Ook de constructieve opmerkingen van Roland Bal, mijn afstudeerbegeleider, waren stimulerend en hielpen me om door te zetten. De snelle reacties op mijn vragen en ingezonden stukken, de grote bereidheid tot overleg op momenten dat ik het nodig had hebben me erg gesteund in deze drukke periode.

En dan als laatste, maar onontbeerlijke schakel de mensen die mij thuis gesteund hebben. De waarde van de hulp die ik gekregen heb in de vorm van oppas, computeroplossingen, meedenken over formuleringen en keuzes en mentale ondersteuning laat zich moeilijk in woorden beschrijven. Rob, dank dat je het volgehouden hebt. Dat je accepteerde dat ons leven er tijdelijk heel anders uit zag, en me de kans en steun gaf om deze opleiding te doen. Joep, straks wordt er niet meer iedere avond in de kamer naast je gestudeerd, maar is er wel weer tijd om samen leuke dingen te gaan ondernemen!

Dank aan jullie allen.

Femke de Wit
15 juni 2007

Samenvatting

Onder invloed van maatschappelijke, politieke en economische ontwikkelingen is de aandacht voor de rol van de patiënt binnen de gezondheidszorg de afgelopen jaren toegenomen. Er is een groeiend besef dat patiënten vanuit een uniek perspectief naar de zorg kijken. Informatie die vanuit dit perspectief geleverd wordt kan een grote bijdrage leveren aan het afstemmen van de zorg op de wensen van de patiënt, en daarmee de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Door middel van patiëntenparticipatie kunnen patiënten feedback geven aan zorgprofessionals over hun ervaringen in de zorg. Theoretische inzichten over de effectiviteit van feedback in relatie tot leereffecten voor professionals laten zien dat een aantal factoren het effect van feedback kan versterken. Actieve betrokkenheid van de professionals bij het genereren van feedback, confrontatie met de complexe werkelijkheid en interactie met patiënten versterken het leereffect. Van de professionals wordt verwacht dat zij luisteren naar de patiënt, zich laten verrassen en uitdagen, en buiten hun eigen bekende denkkaders om gaan zoeken naar oplossingen die de zorg patiëntgericht maken.

De stem van de patiënt kan op verschillende manieren vorm worden gegeven. Eén van de instrumenten voor patiëntenparticipatie is de spiegelbijeenkomst. In deze vorm zijn de zorgprofessionals toevoerder bij een gesprek waarin patiënten vertellen over hun ervaringen in de zorg. Dit onderzoek richt zich op de bijdrage die het middel spiegelbijeenkomst levert aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het onderzoek is kwalitatief en explorerend van aard en beschrijft de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met de spiegelbijeenkomst. Er is niet eerder onderzoek beschreven gericht op dit onderwerp. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Dit ziekenhuis heeft aan de basis gestaan van de ontwikkeling van de spiegelbijeenkomst en past het instrument organisatiebreed toe. Naast het observeren van spiegelbijeenkomsten en nabesprekingen zijn documenten geanalyseerd die informatie verschaffen over de ontwikkeling van het instrument en de inbedding binnen de organisatie. Er zijn interviews afgenomen bij patiënten die hebben deelgenomen aan een spiegelbijeenkomst en bij professionals die als toevoerder aanwezig waren. Het onderzoek bevat een kwantitatieve component in de vorm van enquêtes die door de professionals werden ingevuld na afloop van de bijeenkomst. De resultaten van de enquêtes zijn verwerkt in het beschrijven van de ervaringen van de professionals.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de spiegelbijeenkomst als een krachtig instrument ervaren wordt. Het horen van de ervaringen van de patiënten uit hun eigen mond, het fysiek aanwezig zijn bij het gesprek van de patiënten en het zwijgend toehoren versterken de impact van de feedback. De informatie van de patiënt wordt als waardevol ervaren door de professionals. De feedback die uit de bijeenkomsten naar voren komt overstijgt het niveau van de individuele beleving van de patiënt.

De informatie uit de spiegelbijeenkomsten leidt tot leereffecten op individueel niveau. De zorgprofessionals geven aan dat zij in hun dagelijkse handelen beïnvloed worden door de verhalen van de patiënten. In die zin heeft het instrument een positief effect op de patiëntgerichtheid van de zorg.

Om deze effecten te bestendigen en ook de structuur en organisatie van de zorg te laten profiteren van de feedback moeten individuele leereffecten omgezet worden naar organisatorisch leren. Het verloop van het gedeelte van het vervolgtraject op de spiegelbijeenkomsten dat geobserveerd is geeft aanwijzingen dat deze omzetting niet vanzelfsprekend is. Aandacht voor dit vervolgtraject is nodig om de energie en de informatie die vrijkomen in de spiegelbijeenkomsten om te zetten in concrete veranderacties, die leiden tot structurele verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Summary

Due to societal, political and economical developments and trends the role of the patient has become an important issue in healthcare. There is a growing understanding that patients view healthcare from a unique perspective. Information stemming from this perspective can be an important contribution to designing health care according to the wishes of the patients, and thereby increasing the quality of care.

By involving patients feedback can be gathered about patient experiences in healthcare. Theories concerning the effectiveness of feedback in relation to learning show factors that may enhance the effect of feedback. Active involvement of the professionals in generating feedback, confrontation with the complex reality and interaction with patients increases the effect on learning. Professionals are expected to listen to the patient and to let themselves be surprised and challenged by their stories. They are to look beyond their own perspective to find solutions to enhance patient-centered care.

Patients can be involved in many different ways. One example is the mirror meeting. In a mirror meeting professionals listen to patients talking about their experiences in healthcare. The research described in this thesis investigates the contribution of mirror meetings to improving the quality of health care. The research is of a qualitative and exploring nature. It describes the experiences of patients and healthcare professionals concerning mirror meetings. The research took place in the AMC, a large academic hospital in Amsterdam. In this hospital the mirror meeting was developed, and it is being used throughout the entire organisation. Besides observing mirror meetings and the subsequent discussion meetings, documents were analysed with regard to the development of the instrument. Patients that participated in the mirror meeting were interviewed, and so were professionals that had a listening role in the meeting. The research contained a quantitative element by means of a survey that was held amongst professionals at the end of the meeting. The results of the survey were used for describing the experiences of the professionals.

The results show that the mirror meeting is felt to be a powerful instrument. Listening to the experiences of patients being told by themselves, the physical presence in the meeting and listening without talking back increases the impact of the feedback given. Professionals value the information given by patients. The feedback exceeds the individual patient experience. The information from the mirror meetings leads to individual learning effects. Professionals are affected by the stories of the patients when performing their daily activities. In this way mirror meetings have a positive effect on focusing on patients preferences in healthcare. In order to perpetuate these effects and to make sure that the structure and organisation of healthcare profit from the feedback given, individual learning effects should be transformed to organizational learning. The observed part of the actions subsequent to the meetings indicates that this transformation is not all that obvious. Specific attention is needed to transform the energy and information gathered by the mirror meetings into specific changes in the provision of healthcare services that will cause a structural improvement.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 De patiënt aan het woord.....	6
1.3 Instrumenten voor patiëntenparticipatie	8
1.4 De spiegelbijeenkomst.....	9
1.5 Leeswijzer	10
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader.....	11
2.1 De professionele professional.....	11
2.2 De lerende professional.....	11
2.3 De reflectieve professional.....	12
2.4 Voorwaarden voor leren reflecteren.....	14
2.5 De lerende organisatie.....	15
2.6 Leren van patiënten.....	16
2.7 Onderzoeksvragen	17
Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek	18
3.1 Onderzoeksstrategie.....	18
3.2 Methoden van dataverzameling.....	18
3.3 Respondenten en onderzoekssetting.....	20
3.4 Methode van data-analyse.....	21
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	21
Hoofdstuk 4 Resultaten	22
4.1 Oorsprong en ontwikkeling van de spiegelbijeenkomst.....	22
4.2 Observaties van spiegelbijeenkomsten.....	25
4.3 Ervaringen van zorgprofessionals.....	29
4.4 Na de spiegelbijeenkomsten.....	39
Hoofdstuk 5 Analyse	42
5.1 Invloed van patiënten.....	42
5.2 Ervaringsleren	44
5.3 Reflectie	44
5.4 Lerende organisatie.....	46
Hoofdstuk 6 Conclusies.....	48
6.1 Hoe ervaren patiënten de spiegelbijeenkomsten als instrument om hun ervaringen in de zorgverlening te delen?	48
6.2 Hoe ervaren zorgprofessionals deze vorm van het inventariseren van ervaringen van patiënten?.....	48
6.3 Stimuleert de inhoud van de spiegelbijeenkomsten de zorgprofessional tot reflectie op het eigen handelen?	49
6.4 Verwachten zorgprofessionals dat de informatie uit de spiegelbijeenkomsten tot veranderingen zal leiden in de eigen handelswijze of in de werkwijze van de organisatie?...	49
6.5 Welke rol speelt de spiegelbijeenkomst, als instrument van patiëntenparticipatie, in het vormgeven van de patiëntgerichtheid van de zorg?.....	49
Hoofdstuk 7 Discussie en aanbevelingen	51
7.1 Methodologische overwegingen.....	51
7.2 Vervolgonderzoek.....	51
7.3 Aanbevelingen.....	52

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek benoemd. De context wordt beschreven door middel van een achtergrondschets van het fenomeen patiëntenparticipatie. Vervolgens wordt een koppeling gemaakt tussen instrumenten voor patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg. De waarde van patiëntenparticipatie ligt in de mate van verandering die de professional wil en kan bewerkstelligen in zijn eigen handelen, en dat van de organisatie. In dit proces is de lerende professional dus een belangrijke schakel. De focus van het onderzoek is de wijze waarop een zorgprofessional leert van patiënten. Aan het eind van de inleiding wordt het doel van het onderzoek benoemd en een leeswijzer gegeven.

1.1 Aanleiding

De stem van de patiënt telt. De afgelopen jaren is er in toenemende mate aandacht voor de inbreng van de patiënt binnen de gezondheidszorg. Aan deze ontwikkeling ligt een aantal ontwikkelingen en trends ten grondslag. In de eerste plaats heeft de groeiende aandacht voor kwaliteit van zorg tot een grotere betrokkenheid van patiënten geleid (Binkhorst et al. 2006: 6). Een illustratie hiervan is het feit dat in de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990 gesteld werd dat de patiënt een meer bepalende rol moet krijgen. Ook vanuit de wetgeving wordt het betrekken van patiënten gestimuleerd. De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (1996) stelt in artikel 2 dat iedere zorginstelling een cliëntenraad moet instellen, die de gemeenschappelijke belangen van de cliënten moet behartigen. In de Kwaliteitswet (1996) staat vermeld dat de zorg patiëntgericht moet zijn en moet worden afgestemd op de reële behoeftes van de patiënt (art.2). Minister Hoogervorst definieert in een brief aan de Tweede kamer op 10 februari 2006 kwaliteit van zorg aan de hand van de aspecten veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid. Onder klantgerichtheid verstaat hij “de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de klant” (Ministerie van VWS, 2006).

De verschuiving van overheidstaken, waaronder ook delen van de gezondheidszorg, van het publieke naar het private domein leidt tot groeiende marktwerking. Dit heeft ook effect op de relatie tussen zorgaanbieder en de patiënt als klant: aanbieders zullen, zo is de verwachting, in toenemende mate concurreren om de gunst van de klant. De klant kiest voor een aanbieder die, met voldoende kwaliteit, aansluit bij zijn wensen en verwachtingen (Binkhorst et al. 2006:7). Om deze wensen en verwachtingen helder te krijgen, moet er geluisterd worden naar de stem van de patiënt, moet er aandacht worden besteed aan patiëntenparticipatie.

1.2 De patiënt aan het woord

Leren van patiënten wordt steeds belangrijker voor organisaties. In het nieuwe zorgstelsel moet de klant koning zijn (Volkskrant 09-12-2006). Het meten van patiënttevredenheid alleen is niet meer voldoende om tegemoet te komen aan de preferenties van de patiënt. Patiënten kijken vanuit een ander perspectief naar de zorgverlening dan professionals in de zorg. Ze kijken over de schotten van verschillende organisatieonderdelen heen. Patiënten bezitten een unieke ervaringsdeskundigheid die betrekking heeft op hun persoonlijke ervaring en gezondheidsprobleem, en op de manier waarop daar mee omgegaan wordt in de zorginstelling.

Patiëntenparticipatie maakt gebruik van dit perspectief om de zorg meer af te stemmen op de wensen van de patiënt, en zo de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen (Binkhorst et al. 2006:6).

Patiëntgerichte zorg is een kenmerk van kwaliteit. Irwin (2006: 73s) definieert patiëntgerichte zorg als: *“the care we would like our loved ones to receive”*. Het betekent niet “u vraagt, wij draaien”, maar wel het toewerken naar een zodanige diversiteit in de dienstverlening dat een aanbod-op-maat mogelijk is, en de patiënt duidelijkheid heeft over mogelijkheden en onmogelijkheden van de dienstverlening (Binkhorst et al. 2006:6). Het betekent streven naar eensgezindheid: *“finding common ground”* met als doel meer gelijkheid te brengen in de patiënt/professional relatie (Irwin 2006: 74s).

Naar eensgezindheid kan alleen toegewerkt worden als de wederzijdse verwachtingen helder zijn. Maister (1997: 191) stelt dat miscommunicatie en misverstanden tussen patiënt en professional de belangrijkste redenen zijn waarom kwaliteit in de dienstverlening onder de maat blijft. Deze miscommunicatie heeft meestal betrekking op wat men als succesvolle uitkomst van de dienstverlening beschouwt. Professionals denken dat ze weten wat de patiënten willen, maar dit wijkt vaak af van wat de patiënt wil of verwacht.

Greer (2002: 757) onderzocht de variatie in de medische praktijk en constateerde dat er een proces is dat de mening en het gedrag van patiënten vormt, een ander proces dat de mening en het gedrag van professionals vormt, en interactie tussen deze twee. De sociale situatie, de in de omgeving van de patiënt beschikbare informatie en culturele overtuigingen die medische beslissingen beïnvloeden spelen een rol in patiënten preferenties. Om tot goede afstemming te komen moet de professional op de hoogte zijn van deze preferenties, of de patiënt moet hem vertellen wat zijn verwachtingen en wensen zijn. In ieder geval moeten a priori aannames over patiëntenpreferenties worden vermeden.

Zorgverleners definiëren problemen in het zorgproces over het algemeen in termen van diagnose, niet goed opvolgen van behandelvoorschriften of het niet aanpassen van de leefstijl. Patiënten definiëren problemen meer in termen als pijn, symptomen, problemen in dagelijks functioneren, of problemen in het doen van aanpassingen in leefstijl. Patiënten hebben er het meeste profijt van als deze twee perspectieven met elkaar in verband gebracht worden (Hibbard 2003: I-65). Communicatie tussen patiënt en professional, ofwel participatie van de patiënt in het zorgproces, is een belangrijke voorwaarde om tot uitwisseling van deze perspectieven te komen.

Deze uitwisseling van perspectieven veronderstelt een actieve betrokkenheid van de patiënt. Maar willen alle patiënten wel een actieve rol innemen in hun zorgproces? Uit onderzoek is gebleken dat patiënten hoge preferenties hebben voor informatie over hun ziekte en behandeling, maar dat de preferenties voor participatie minder éénduidig zijn (Hibbard 2003: I-65). In een onderzoek onder chronische patiënten naar preferenties bij medische besluitvorming, vond Arora (2000: 335) dat 69% liever de beslissing aan de arts over laat. Er was een aantal karakteristieken die verband hielden met de preferentie voor participatie. Jonge mensen, beter opgeleiden, mensen met een minder ernstige aandoening en een actieve coping stijl hebben een voorkeur voor actieve participatie (Ibid: 340).

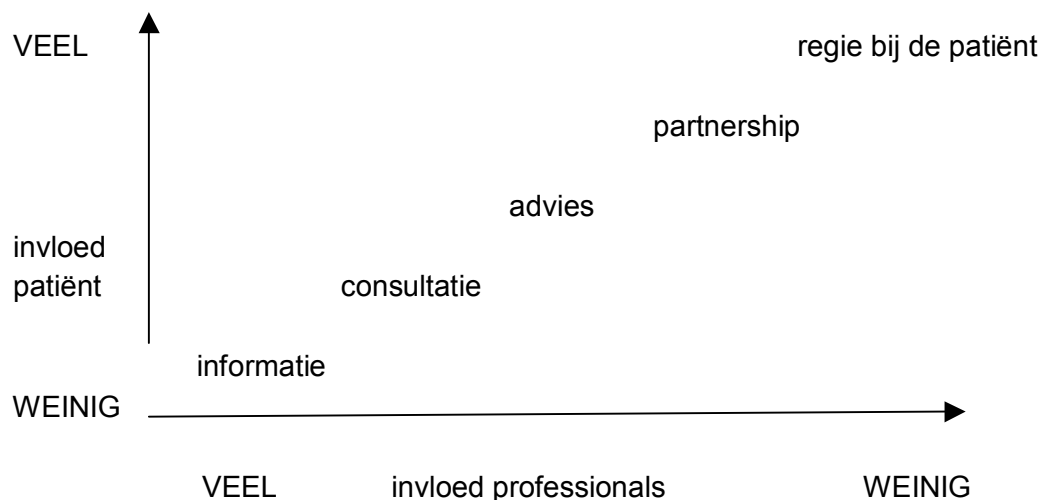
Actieve participatie van patiënten en verzorgers in klinische zorg en kwaliteitsverbetering verbetert de uitkomsten van de zorg (Crawford et al. 2002: 1263). Het is belangrijk om de preferenties van patiënten ten aanzien van betrokkenheid en participatie in de zorg te erkennen en respecteren. Maar het is ook belangrijk om de patiënt kansen te geven en aan te moedigen om te participeren in de mate waartoe ze in staat zijn. (Hibbard 2003: 1-65). Het is een uitdaging om de relatie tussen de patiënt en de professional zodanig te faciliteren dat de individuele voorkeuren van de patiënt in evenwicht zijn met de wens voor meer actieve participatie. Daarvoor moeten passieve patiënten gemotiveerd worden en paternalistische professionals moeten accepteren dat patiënten een actieve rol op zich nemen (Arora 200: 341).

Bate en Robert (2006: 307) stellen dat door te focussen op ervaringen van binnenuit en door de gebruikers van een systeem integraal onderdeel te maken van het ontwerpproces een gezondheidszorgsysteem ontwikkeld kan worden dat de patiënt op de eerste plaats zet. Ervaringen gaan over: "hoe goed mensen het begrijpen, hoe ze zich er onder voelen als ze het gebruiken, hoe het tegemoet komt aan hun doelen en hoe het past in de context waarin ze het gebruiken" (Ibid: 308, vertaling FdW). Een probleem bij het bestuderen van ervaringen is dat ze alleen indirect geobserveerd kunnen worden, door de woorden die patiënten gebruiken om de ervaring te beschrijven als ze er op terug kijken. Woorden vertalen gebeurtenissen in ervaringen, daarom zijn verhalen van patiënten een belangrijk instrument voor verbetering.

Het is belangrijk om het verschil tussen meningen en ervaringen van patiënten te zien. Meninge kunnen geïnventariseerd worden door vragenlijsten, ervaringen kunnen alleen door persoonlijk contact en observatie in kaart gebracht worden (Ibid: 309).

1.3 Instrumenten voor patiëntenparticipatie

Patiëntenparticipatie kan op verschillende manieren vorm gegeven worden. Het CBO (2005: 9) hanteert de participatieladder van Arnstein om de intensiteit van participatie grafisch weer te geven. Hoe hoger op de ladder, hoe meer invloed de patiënten hebben.



Figuur 1

Op de eerste drie treden van de ladder is er sprake van raadpleging van patiënten. Bij advies, 'partnership' en regie bij de patiënt hebben patiënten een actieve inbreng en nemen zij zelf ook initiatieven. Eén van de factoren die van invloed is op de keuze voor een vorm van participatie is het niveau in de organisatie waarop de participatie betrekking heeft. Wanneer meer participatie gewenst is binnen het individuele contact tussen professional en patiënt zullen andere vormen toepasbaar zijn dan in participatie op proces- of organisatieniveau. Ook de ontwikkelingsfase van het proces of project waarbij participatie gewenst is bepaalt mede de keuze voor de vorm. De invloed van de patiënt op het totaalproces is groter wanneer hij er direct vanaf de voorbereidingsfase bij betrokken is. Als hij in de evaluatiefase betrokken wordt kan hij zijn mening en ervaring geven, en invloed uitoefenen op de eventuele bijstelling in het proces (ibid: 9).

1.4 De spiegelbijeenkomst

Eén van de instrumenten die gekozen kan worden om patiëntenparticipatie vorm te geven is de spiegelbijeenkomst. In een spiegelbijeenkomst vindt een kringgesprek plaats tussen 8 tot 12 (ex) patiënten in aanwezigheid van 15 tot 50 medewerkers (medisch, paramedisch en ondersteunend personeel die betrokken waren bij de zorg voor deze groep patiënten). De spiegelbijeenkomst, ontwikkeld in het Academisch Medisch Centrum, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, is door Sneller Beter pijler 3 als *best practice* geïdentificeerd en wordt inmiddels in een aantal Nederlandse ziekenhuizen toegepast. Het spiegelgesprek kent de volgende structuur: in het gesprek wordt door een gespreksleider aan patiënten gevraagd, hoe ze de dienstverlening ervaren hebben en wat ze daarvan vinden. De betrokken medewerkers zijn als toehoorders aanwezig.

Het doel van de bijeenkomst is om de patiëntgerichtheid van de medewerkers te vergroten door hen (opnieuw) bewust te maken van het patiëntenperspectief (Mul 2005: 5). Het succes van spiegelbijeenkomsten valt of staat met de betrokkenheid van medewerkers. Het instrument vergt hun inzet en een open houding om daadwerkelijk van patiëntenfeedback te willen leren. Medewerkers laten zich door hun eigen patiënten een spiegel voorhouden (Witman 2001: 1).

Samenvattend kan gesteld worden dat patiëntenparticipatie als belangrijk ervaren wordt. Voor het realiseren van patiëntgerichte zorg is eensgezindheid in de zin van het afstemmen van verwachtingen tussen professionals en patiënten nodig. Hiervoor is het van belang om tot een uitwisseling van perspectieven te komen. Dit vraagt om een andere rol van zowel patiënten als professionals. De keuze van het instrument en de fase waarin de patiënt betrokken wordt bepalen mede de mate van invloed van de patiënt.

De zorgprofessional heeft een cruciale rol in het proces van ontvangen van informatie van patiënten tot het plannen en verwezenlijken van verbeteringen in de zorg, die leiden tot een betere aansluiting op de wensen van de patiënt. De vraag is of patiëntenparticipatie daadwerkelijk leidt tot klantgerichte zorg. Zijn zorgprofessionals gevoelig voor de stem van de patiënt? Hechten ze waarde aan de ervaringen van patiënten en zijn ze bereid tot veranderen als de wensen van de patiënten daar toe uitnodigen? Deze vragen staan centraal in dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de ervaringen van professionals en patiënten met één van de instrumenten die gebruikt kan worden voor het vorm geven aan patiëntenparticipatie: de spiegelbijeenkomst.

1.5 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk is de aanleiding voor dit onderzoek aangegeven, wordt een achtergrondschets van patiëntenparticipatie beschreven en het doel van het onderzoek benoemd. Hoofdstuk twee geeft een theoretisch kader, op grond waarvan de centrale vraagstelling en de deelvragen geformuleerd worden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op opvattingen over professionals, theorieën over leren en reflectie en verspreiding van leereffecten binnen de zorgorganisatie. Hoofdstuk drie beschrijft hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In hoofdstuk vier worden de resultaten beschreven, gevolgd door een analyse in hoofdstuk vijf. De conclusies worden weergegeven in hoofdstuk zes. Tenslotte bevat hoofdstuk zeven de discussie en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 De professionele professional

De zorgprofessional is een onontbeerlijke schakel wanneer het gaat om het vertalen van patiënten feedback naar daadwerkelijke verbeteringen in de zorgprocessen. Maar welke vaardigheden vraagt dit van de professional? De zorgprofessional staat onder druk. De werkgever verlangt prestaties en efficiëntie. Patiënten willen hulp, begrip, en snelheid. Door een vergrote toegang tot kennisbronnen zijn patiënten mondiger geworden. De complexe wet- en regelgeving waarbinnen professionals moeten opereren lijkt richting uniformiteit in de dienstverlening te sturen. "Professionals staan in een spagaat tussen confectie die voortvloeit uit complexe wetgeving en het verlangen naar maatwerk. Ze hebben meer ruimte nodig. Er is een nieuw evenwicht nodig tussen mondige burgers en assertieve professionals" (Albeda 2002: 4).

Waar is die assertiviteit van de professional op gebaseerd? Wat wordt er onder een professional verstaan? Maister (1997: 17) stelt dat je niet van jezelf kunt zeggen dat je een professional bent, je kunt alleen hopen dat anderen je als zodanig beschrijven. Hij is van mening dat professionaliteit vooral een kwestie van mentaliteit is, en niet alleen van vaardigheden. "Een echte professional is een expert met hart voor de zaak". Hij typeert professionals als dynamo's, dobberaars of verliezers. De verliezer voldoet niet aan de basisnormen van kwaliteit, klantenservice en hard werken. De dobberaar levert goed werk van hoge kwaliteit, maar er zit geen beweging in. Comfortabel werken met weinig stress. De dynamo wil altijd iets nieuws leren en breidt steeds zijn kennis en vaardigheden uit, hij gaat uitdagingen aan.

Quinn (1996: 72) beschrijft professionals als mensen die een elitaire training ontvangen hebben en die hun oordeel daarom als "heilig" beschouwen. Ze zijn terughoudend in het ondersteunen van organisatiedoelen die niet in lijn zijn met hun eigen overtuigingen. Ze hebben moeite met het accepteren van evaluaties van buiten hun vakgroep en omringen zich met mensen met een gelijkwaardige achtergrond en waarden. Het zijn disciplines die naar binnen gericht zijn. Light (2000:211) zegt dat een professional genoemd worden impliceert dat je de beheersing hebt over kennis en vaardigheden op een bepaald gebied, en dat er op vertrouwd kan worden dat je die eerlijk, betrouwbaar, rechtvaardig en in het belang van de patiënt zult toepassen.

Een goede professional wordt verondersteld beroepsspecifieke kennis en vaardigheden te bezitten en te ontwikkelen. Maar hoe gaat dat in zijn werk?

2.2 De lerende professional

Professionals zijn, door hun langdurige en continue scholing en opleiding, vaak goed in het oplossen van problemen door factoren in de externe omgeving te identificeren en die te corrigeren (Argyris 1991: 6). Zij zijn sterk in eerste orde leren: het oplossen van bekende problemen. Tweede orde leren is relevant bij het oplossen van tot dan toe onbekende problemen, in situaties wanneer oplossingen niet voldoen en bij verrassingen. In tegenstelling tot eerste orde leren worden bij tweede orde leren aannames in twijfel getrokken en wordt er buiten het bekende arsenaal naar nieuwe oplossingen gezocht. Argyris stelt dat professionals door hun hoge expertise niveau beperkte ervaring in het omgaan met falen hebben.

Ze voelen zich in verlegenheid gebracht omdat hun prestaties minder dan perfect zouden zijn en reageren met defensief gedrag als hun eerste orde strategieën niet het gewenste effect hebben. Omdat ze wel streven naar competent handelen komen ze daarmee in een vicieuze cirkel.

Het defensieve gedrag kan volgens Argyris verklaard worden door de manier waarop professionals redeneren over het gedrag van anderen en dat van henzelf. Mensen ontwikkelen een *theory of action*: een set van regels die individuen gebruiken om hun eigen gedrag te ontwerpen en toe te passen en om dat van anderen te begrijpen. Deze wordt zo vanzelfsprekend dat men zich niet meer realiseert dat men uitgaat van deze gedachten. Eén van de wonderlijke aspecten van het gedrag van mensen is dat er vaak een groot verschil is tussen wat men denkt dat men doet en wat men daadwerkelijk doet. Argyris noemt datgene waarop men denkt zijn handelen te baseren de *espoused theory of action*. Maar als je mensen observeert en probeert de veronderstellingen te expliciteren die hun feitelijk gedrag verklaren, gaat het over de *theory in use*. Deze theorie heeft een aantal basiswaarden: hij is gericht op het behouden van controle, het onderdrukken van negatieve gevoelens, het maximaliseren van winst en het minimaliseren van verlies, en de behoefte zo rationeel en doelgericht mogelijk te zijn. Het doel van deze waarden is om een gevoel van dreiging, schaamte, kwetsbaarheid en incompetentie te vermijden. De *theory in use* van de meeste mensen is daarom sterk defensief van aard.

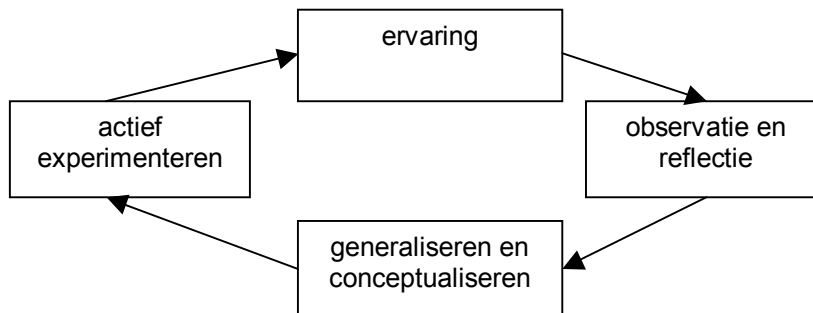
Defensieve reacties zijn contraproductief voor leren en veranderen. Door inconsistenties tussen de *theory in use* en de *espoused theory* te identificeren kan deze defensieve reactie veranderen. Mensen kunnen zich ervan bewust worden dat ze onbewust acties ontwerpen en uitvoeren die ze niet beogen en dat ze daarmee individueel leren blokkeren. Nadenken over de impliciete aannames die ten grondslag liggen aan het dagelijkse handelen is dus nodig om defensieve reacties om te buigen naar een lerende houding. Van 'bewust onbekwaam' kan men zo 'bewust bekwaam' worden.

2.3 De reflectieve professional

De term *knowing-in-action* (Schön 1991: 49) beschrijft kennis die zit opgesloten in de acties van alledag, de impliciete kennis. Als deze kennis te vanzelfsprekend en impliciet wordt, kan de professional belangrijke mogelijkheden missen om na te denken over wat hij doet. Hij gaat denken in dezelfde patronen en wordt selectief onopmerkzaam voor zaken die daarbuiten vallen. Dit werkt vernauwend, en betekent in feite dat de professional heeft "*overlearned*" wat hij weet.

Als de professional gaat reflecteren op de *knowing-in-action* door bijvoorbeeld na te denken over de criteria die zijn keuze bepalen, of hoe hij het probleem formuleert dat hij probeert op te lossen, gaat het over *reflection-in-action*. Schön noemt dit een essentieel onderdeel van de kunst van professionals om om te gaan met onzekere, instabiele of unieke situaties. Hij stelt dat *reflection-in-action* vaak draait om verrassing, het onderkennen van 'bewust onbekwaamheid'. Een ervaring die leidt tot verrassing zet aan tot reflectie (Ibid 56).

Rolfe (1997: 94) schematiseert het *reflection-in-action* concept met behulp van de leercirkel van Kolb:



Figuur 2

De professional gebruikt kennis om een informele theorie te construeren over de situatie waar hij mee geconfronteerd wordt. Hij maakt hypothesen over de mogelijke uitkomsten als hij die theorie gaat toepassen. Vervolgens test hij die hypothesen in de praktijk en reflecteert op de veranderingen die het teweeg brengt. Hij reageert op die veranderingen door de theorie aan te passen, test vervolgens deze nieuwe theorie, en komt zo in een cyclisch proces (Ibid: 95).

Cunliffe (2004: 407) maakt onderscheid tussen reflectieve analyse en kritisch reflectief bevragen. Reflectieve analyse gaat uit van traditionele aannames dat er een objectieve realiteit is die we door logica en theorie kunnen analyseren. Het eerste orde leren: orde scheppen, en verbindingen maken. Kritisch reflectief bevragen daarentegen gaat uit van subjectieve, multiële geconstrueerde realiteiten. Het gaat om het onderzoeken hoe we bijdragen aan de constructie van sociale en organisatorische realiteiten, hoe we met anderen omgaan en hoe we onze positie in de wereld construeren. Het gaat ook om het blootleggen van tegenstellingen, twijfels, dilemma's en mogelijkheden. Reflectieve analyse zoekt systematisch naar patronen, logica en orde. Kritisch reflectieve professionals stellen vragen bij de manier waarop ze handelen en kennis ontwikkelen.

Een cruciaal aspect van het construeren van realiteiten is de keuze voor een benadering. De *outside-in* benadering behelst een theorie ontwikkelen over iets of iemand, en die theorie vervolgens in de praktijk observeren en er op reflecteren. Een *inside-out* benadering impliceert theorie creëren in de praktijk, impliciete kennis naar boven laten komen en bevragen. Het *inside-out* perspectief is geworteld in de eigen ervaring en leidt tot meer diversiteit en pluraliteit. Deze benadering is een cruciale vaardigheid voor kritisch reflectieve professionals (Ibid: 417).

Als deze vorm van reflectiviteit wordt doorgetrokken naar de patiënt-professional relatie impliceert dit dat de reflectieve professional erkent dat zijn technische expertise is ingebed in een context van betekenissen. Hij erkent dat zijn acties voor de patiënt een andere betekenis kunnen hebben dan zijn intentie was en hij stelt zichzelf tot taak te ontdekken wat deze betekenissen zijn. Dit betekent dat hij steeds opnieuw moet reflecteren op wat hij weet. Het betekent ook dat hij erkent dat expertise een manier van kijken is naar iets dat ooit is

geconstrueerd en geherstructureerd kan worden. En het impliceert de bereidheid en competentie om de betekenis van deze expertise in relatie tot de ervaring van de patiënt te onderzoeken (Schön 1991: 296).

Een reflectief contact tussen patiënt en professional vraagt andere competenties en geeft andere bronnen van tevredenheid dan een traditioneel contact.

Waar de professional normaal de rol van de expert had, laat hij nu ook af en toe onzekerheden zien. Hij wordt onderzoeker in zijn eigen praktijk, van zijn eigen handelen, en dit wordt een bron van vernieuwing. De herkenning van fouten met de daaruit voortvloeiende onzekerheid kan een bron van ontdekking worden in plaats van een aanleiding tot een defensieve reactie.

Expert	Reflectieve professional
<ul style="list-style-type: none"> • Ik word verondersteld te weten, en moet dat altijd zo laten lijken, zelfs als ik onzeker ben • Afstand houden van de patiënt, de rol van expert vasthouden. • Zoeken naar eerbied en status in de reactie van mijn patiënt op mijn professionele persoonlijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Ik word verondersteld te weten, maar ik ben niet de enige in deze situatie met relevante en belangrijke informatie. Mijn onzekerheden kunnen een bron van leren zijn voor mij en voor mijn patiënt. • Verbinding zoeken met de gedachten en gevoelens van de patiënt. Respect voor mijn kennis laten ontstaan door zijn ontdekking ervan in de situatie. • De beleving van vrijheid en verbinding met de patiënt ervaren die het gevolg is van het niet langer ophouden van de professionele façade

Tabel 1

Deze verandering komt alleen tot stand als beide partijen een andere rol innemen. Het startpunt kan zowel bij de professional als bij de patiënt liggen. De verandering gaat niet sprongsgewijs, want verwachtingen vormen zich niet gemakkelijk om, zeker niet in stressvolle situaties zoals die tussen professional en patiënt. Competenties moeten zich langzamerhand ontwikkelen, terwijl de bereidheid tot het experimenteren met deze nieuwe manier van interactie toeneemt (Schön:299).

2.4 Voorwaarden voor leren reflecteren

Wat zijn factoren die de bereidheid tot leren en reflecteren, tot het aangaan van een andere vorm van interactie met de patiënt kunnen bevorderen? Boonstra's visie op lerend vernieuwen gaat er van uit dat er geen eenduidige werkelijkheid bestaat en dat feedbackprocessen nodig zijn voor vernieuwing (Boonstra, 2000: 30). Reflectie en betekenisgeving komen tot stand in directe communicatie en interactie. Om onderliggende aannames en interpretaties van gebeurtenissen zichtbaar te maken is het nodig om feedback toe te staan. Verschillen in handelen en denken leggen processen bloot van betekenis geven.

Het expliciteren van en reflecteren op deze verschillen creëert mogelijkheden voor nieuwe, gedeelde aannames en handelingspatronen.

In een systematische review naar de effecten van audit en feedback definieert Jamtvedt (2007: 3) feedback als: "iedere samenvatting van de klinische prestaties van gezondheidszorg over een bepaalde periode".

De conclusie van de review is dat feedback effectief is, maar slechts in beperkte mate. Het effect kan vergroot worden als de feedback op een intensievere manier geleverd wordt. Actieve betrokkenheid van de professional bij het genereren van feedback versterkt het effect van feedback, evenals het toewijzen van specifieke en formele verantwoordelijkheden voor het implementeren van veranderingen.

In een studie onder verpleegkundigen vond Arbon (2003: 152) dat primaire ervaringen waarin de verpleegkundige een belangrijke actor is krachtige bronnen zijn van ervaring. Deze situaties zijn uitdagend, rechtstreeks, en interpretatie en reactie zijn nodig. Dit leidt tot relatief meer herinneren, ervaren en reflectie.

Professionele kennis wordt het beste ontwikkeld door herhaalde blootstelling aan de complexiteit van echte problemen (Quinn 1996: 73). Voor de meeste professionals is de leercurve sterk afhankelijk van de interactie met klanten. Quinn doet een aantal aanbevelingen om het professionele intellect te ontwikkelen. Professionals moeten uitgedaagd worden buiten hun boekkennis en simulatiemodellen. Evaluatie is belangrijk, maar dan wel objectief en door bronnen die gerespecteerd worden. De professionele terughoudendheid in het delen van kennis moet overwonnen worden. Intellectuele kwaliteiten nemen toe in waarde als ze gedeeld worden (Ibid: 74).

Confrontatie met de complexe werkelijkheid, interactie met patiënten, actieve betrokkenheid bij het genereren van informatie over klinische prestaties en het delen van kennis zijn dus belangrijke voorwaarden om tot reflectie en vernieuwen te komen. Maar de professional is deel van een groter geheel: de gezondheidszorgorganisatie waarin hij werkzaam is. Welke factoren zorgen ervoor dat de reflectieve zorgprofessional een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorginstelling?

2.5 De lerende organisatie

Nikula (1999: 62) stelt dat individueel leren en organisatorisch leren soms in disharmonie zijn. De stroom van kennis door de organisatie kan beperkt worden door hiërarchie en door scherpe grenzen tussen diverse professionele groepen en specialismen. Als de hiërarchische en horizontale scheidslijnen sterk zijn stroomt informatie en kennis niet vrijelijk. Verschillende afdelingen handelen veelal op verschillende beelden van de totale situaties en streven verschillende doelen na. Nikula definieert de lerende organisatie als een organisatie die het leren van al zijn leden faciliteert en zichzelf continu transformeert.

Senge (1999: 38) stelt dat individuele vaardigheden in reflectie en onderzoek weinig betekenen als ze niet kunnen worden toegepast in een groter geheel. Hij noemt dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen kleine verbeteracties en wijdverspreide adoptie van nieuwe praktijken. Als je eerst kleinere organisatorische experimenten zorgvuldig opzet en laat draaien, dan adopteren mensen de innovaties sneller tegen de tijd dat het organisatiewijd verspreid moet worden, omdat ze al betrokken waren bij het leren. Maar overzicht op en integratie van het totaal van acties is essentieel. Hij benoemt dit als systeemdenken, en zegt hierover: *"a commitment to seeing the larger system only matters when there is a commitment to the long term. In the short run, everyone can just fix their*

piece". Alleen op de langere termijn kan een organisatie zien dat het stuk voor stuk optimaliseren van de delen leidt tot suboptimaliseren van het geheel (Ibid: 38). Ook Edmonson et al. (1998: 11) stellen dat het betrekken van individuen in het reflecteren op en ontwikkelen van hun eigen denkproces een essentiële voorwaarde is voor het ontwikkelen van een lerende organisatie. Reflectie op individueel niveau moet de aanleiding vormen voor reflectie op organisatorisch niveau. Alleen dan worden in de organisatie ingebedde routines toegankelijk voor verandering.

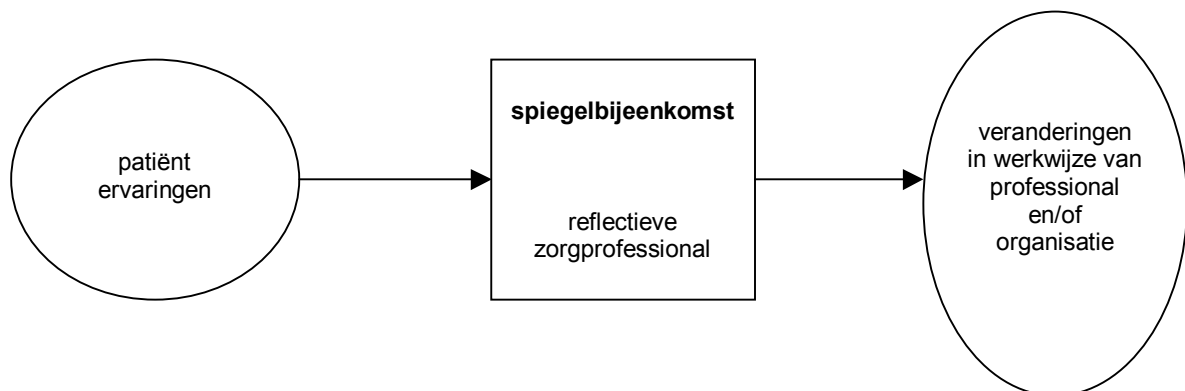
Aandacht voor een vrije informatiestroom die niet gehinderd wordt door hiërarchische of organisatorische scheidslijnen. Klein beginnen, maar vervolgens uitbreiden en inbedden in een groter geheel. Individueel reflecteren op het handelen, maar dit samen laten gaan met reflectie op organisatorisch niveau. Dialoog en interactie. Het werken aan deze voorwaarden vergroot de kans dat een organisatie kan profiteren van het leerproces van de individuele professionals.

2.6 Leren van patiënten

Uit voorgaande bespreking van de literatuur komen aandachtspunten naar voren die van belang zijn wanneer het gaat om het leren door professionals van patiënten. Het aangaan van een reflectief contact met de patiënt betekent dat de professional de impliciete aannames die de basis vormen voor zijn dagelijkse handelen onderzoekt en bevraagt. Hij her- en erkent de specifieke en unieke deskundigheid van de patiënt en is bereid om vanuit dit patiëntenperspectief naar de zorg te kijken.

De patiënt neemt de verantwoordelijkheid op zich om zijn verhaal toegankelijk te maken voor de professional. Gezamenlijk zoeken patiënt en professional naar de betekenis van de gezondheidstoestand van de patiënt. Voor beiden is er sprake van een rolverandering en is het nodig om de competenties die bij de nieuwe rollen horen te ontwikkelen.

Het leren reflecteren van de professional wordt gefaciliteerd door directe communicatie en interactie met patiënten. Confrontatie met de complexe werkelijkheid is een middel om verschillen in beleving en betekenis geven te ervaren en begrijpen. Actieve betrokkenheid bij het genereren van feedback op het handelen vergroot het leereffect. Uitdaging en verrassing stimuleren de professionals om buiten de gebaande paden te denken.



Figuur 3

In het instrument spiegelbijeenkomsten komt een aantal elementen terug die als belangrijke leervoorwaarden genoemd zijn. Patiëntenervaringen zijn het uitgangspunt van de bijeenkomst, professionals worden daardoor geconfronteerd met de werkelijkheid van de zorg vanuit het patiëntenperspectief. De professionals zijn actief betrokken bij het genereren van feedback. Er is directe communicatie, maar de interactie is van een bijzondere aard, omdat professionals toehoorder zijn. Verhelderende vragen zijn aan het einde van de bijeenkomst toegestaan, maar interactie in de vorm van discussie is geen onderdeel van het instrument. Dit vraagt een terughoudende en ontvangende rol van de professional. In het onderzoek zal gevraagd worden hoe professionals deze rol ervaren.

Het belang van objectiviteit van de informatie en respect voor de bronnen is genoemd. Als patiëntenervaringen tegen deze criteria beoordeeld worden, hoe is dan de relevantie voor de professionals? Het is goed mogelijk dat het patiënten perspectief verrassingen biedt voor de professionals, wat als stimulerend voor leren wordt beschreven. Maar voelen de patiënten zich voldoende veilig en gewaardeerd in deze setting om hun ervaringen te delen? Het is belangrijk om zicht te hebben op de input van de spiegelgesprekken: vertellen patiënten in deze bijeenkomsten wat ze belangrijk vinden om te vertellen? De ervaring van de patiënt vormt immers de basis voor reflectie van de professional.

Het afstemmen van verwachtingen is een belangrijk facet bij het komen tot een gezamenlijk perspectief op de zorg. Wat zijn de verwachtingen van patiënt en professional, en draagt de spiegelbijeenkomst bij aan deze afstemming? Deze vragen vormen de aanleiding tot de volgende onderzoeksvragen.

2.7 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek richt zich op de bijdrage die het middel spiegelbijeenkomst levert aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, door enerzijds de input van patiënten te onderzoeken, en anderzijds de mate waarin het zorgprofessionals aanzet tot reflectie en veranderen in kaart te brengen. De centrale vraagstelling is als volgt:

Welke rol speelt de spiegelbijeenkomst, als instrument van patiëntenparticipatie, in het vormgeven van de patiëntgerichtheid van de zorg?

Deelvragen die bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag aan de orde komen zijn:

- Hoe ervaren patiënten de spiegelbijeenkomsten als instrument om hun ervaringen in de zorgverlening te delen?
- Hoe ervaren zorgprofessionals deze vorm van het inventariseren van ervaringen van patiënten?
- Stimuleert de inhoud van de spiegelbijeenkomsten de zorgprofessionals tot reflectie op het eigen handelen?
- Verwachten zorgprofessionals dat de informatie uit de spiegelbijeenkomsten tot veranderingen zal leiden in de eigen handelwijze of in de werkwijze van de organisatie?

Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe het onderzoek vorm heeft gekregen en welke methoden van dataverzameling gebruikt zijn. Eerst wordt beschreven voor welke onderzoeksstrategie gekozen is, en op welke gronden. Hierna volgt een beschrijving van de methoden van dataverzameling en data-analyse, met een koppeling naar validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Tot slot volgt een korte beschrijving van de respondenten en de instelling waar het onderzoek heeft plaats gevonden en de argumentatie voor deze keuze.

3.1 Onderzoeksstrategie

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van spiegelbijeenkomsten. Het gaat hier dan ook om een explorerend onderzoek, een verkenning van de ervaringen met spiegelbijeenkomsten. Een kwalitatieve onderzoeksopzet kenmerkt zich onder andere doordat het is gericht op de subjectieve ervaringen en inzichten van de onderzoekspopulatie. In de sociaal constructivistische benadering wordt er van uit gegaan dat mensen de wereld om zich heen proberen te begrijpen, en dat zij een subjectieve betekenis aan hun ervaringen toekennen. Deze betekenissen zijn divers en gevarieerd. De onderzoeker gaat vooral naar de complexiteit van ervaringen op zoek. Het doel van kwalitatief onderzoek in een sociaal constructivistische context is om zoveel mogelijk op de zienswijze van de respondenten op de te onderzoeken situatie te vertrouwen (Creswell, 2003: 8). Deze onderzoeksopzet sluit daarom goed aan bij de gestelde onderzoeksvragen.

Het proces van het kwalitatieve onderzoek is overwegend inductief, de onderzoeker probeert door informatieverzameling te komen tot een interpretatie van de data. De informatieverzameling is open en flexibel (ibid.: 9). Deze openheid en flexibiliteit geeft ruimte aan onvoorziene en ongeplande gebeurtenissen en maakt het mogelijk om te kunnen achterhalen wat de betekenissen van gebeurtenissen, ervaringen en uitspraken zijn (Maso en Smaling 1998:9). Ook deze kenmerken van kwalitatief onderzoek maken het een geschikte onderzoeksstrategie voor de beschreven onderzoeksvragen.

Het onderzoek bevat ook een bescheiden kwantitatieve component in de vorm van enquêtes. Er is sprake van een *nested strategy* in een *mixed methods* ontwerp. Het kwalitatieve deel van het onderzoek overheerst, het kwantitatieve deel wordt hierin ingebed (ibid: 218). De verzamelde data worden gecombineerd tijdens de analyse fase van het onderzoek. Dit heeft geleid tot een breder perspectief op het geheel en verrijking van de data. Ook kon met de kwantitatieve methoden een grotere groep bereikt worden. Dit heeft tot een bredere kijk op de mening van de respondenten over de onderzoeksvraag geleid en vergroot de representativiteit van de onderzoeksgegevens..

3.2 Methoden van dataverzameling

Het onderzoek is door één onderzoeker uitgevoerd over een periode van vijf maanden. In het onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden, te weten observaties, interviews, enquêtes en documentenonderzoek. Het gebruik van meerdere methoden is van belang bij kwalitatief onderzoek omdat het mogelijkheid geeft gegevens met elkaar te vergelijken en de nauwkeurigheid te controleren (Creswell 2003: 196). Het theoretisch kader, dat de basis vormde voor de topic lijsten voor de interviews en observaties, is opgebouwd vanuit de ervaringen en inzichten die zijn opgedaan door het bijwonen van trainingdagen

voor patiëntenparticipatie (CBO 2007) en gesprekken met inhoudsdeskundigen op het gebied van patiëntenparticipatie in het algemeen, en spiegelbijeenkomsten in het bijzonder. In het literatuuronderzoek is naast het zoeken op kernwoorden gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Relevante literatuur verwees door naar nieuwe zoektermen en literatuur. De verschillende onderdelen van het onderzoek zijn als volgt vormgegeven:

Observaties

Er zijn vier spiegelbijeenkomsten geobserveerd. De observaties vonden plaats aan de hand van een observatieprotocol (zie bijlage 1) De onderzoeker was niet-participerend in de bijeenkomst. Deze observaties waren vooral gericht op de vorm van de spiegelbijeenkomsten. Om een beeld te krijgen van het vervolgtraject na de spiegelbijeenkomsten zijn drie nabesprekingen geobserveerd. De vierde nabespreking vond plaats buiten het tijdsbestek van dit onderzoek. Ook dit waren niet-participerende observaties. De focus van deze observaties lag zowel op de vorm als de inhoud van de besprekingen.

Interviews

Er zijn semi-gestructureerde *face-to-face* interviews afgenomen aan de hand van een topic lijst (zie bijlage 2 en 3). Eén van de respondenten gaf de voorkeur aan een telefonisch interview. De keuze voor deze vorm van interviews is gerelateerd aan de onderzoeksvraag. Om ervaringen in kaart te brengen is persoonlijk contact en een open houding van belang (Bate en Robert 2006: 309). Om zo open mogelijk informatie te vergaren maar wel passend binnen het kader van de onderzoeksvraag en de deelvragen is voor deze vorm van ondervragen gekozen. De volgorde waarin onderwerpen aan de orde kwamen stond niet vast. Op deze manier kon de verhaallijn van de respondent gevolgd worden en kon er dieper in gegaan worden op onderwerpen die van belang waren.

Om het ervaringsaspect zo goed mogelijk te kunnen bevragen werden alle interviews op twee na binnen één, maximaal twee weken na de betreffende spiegelbijeenkomst afgenomen. Er zijn zes patiënten geïnterviewd, waarvan vier in koppels van twee, en negen professionals. Over de geschiedenis en inbedding van de spiegelbijeenkomsten in de organisatie zijn interviews afgenomen met twee inhoudsdeskundigen. De duur van de interviews varieerde tussen een half tot anderhalf uur.

Aan het begin van de interviews is respondenten uitdrukkelijk verteld dat de onderzoeker niet aan het AMC verbonden is, en dat alle gegevens geanonimiseerd verwerkt worden. Alle interviews zijn digitaal opgenomen met toestemming van de respondenten. Hierdoor kan de betrouwbaarheid en kwaliteit van de gegevens gecontroleerd worden.

Documentenonderzoek

De documenten die voor dit onderzoek geanalyseerd zijn bestaan uit materiaal dat informatie verschaft over de keuze van de instelling voor het instrument, de ontwikkeling van het instrument en de inbedding binnen de organisatie. Deze documenten hebben de vorm van notulen, projectplan en -verslag, circulaire, jaarverslagen, voorlichtingsmateriaal etc. Ook al het beschikbare geschreven materiaal dat verspreid werd rond de spiegelbijeenkomsten is geanalyseerd (notulen, uitnodigingsbrieven, agenda's).

Enquêtes

De enquête is een door het AMC (Mul en Witman 2005: 31) ontworpen schriftelijke vragenlijst. Hij bestaat uit negen vragen die met 5-puntsschalen de mening van de professional over de organisatie en de meerwaarde van de bijeenkomst inventariseren, en zes open vragen die indrukken en leerpunten in kaart moeten brengen (zie bijlage 4). Het betreft een nameting die gegevens verzamelt en analyseert ten behoeve van de beschrijving van het nut en leereffect van het instrument spiegelbijeenkomst. De enquête is facultatief. De beslissing voor het al dan niet toepassen van dit instrument ligt bij de afdeling die de betreffende spiegelbijeenkomst organiseert. Door aan te bieden de verzamelde data voor de afdelingen uit te werken heb ik geprobeerd het inzetten van dit instrument te stimuleren. Drie van de vier afdelingen hebben de enquête uitgevoerd. De uitwerking van de enquêtes wordt in beschrijvende statistiek weergegeven.

3.3 Respondenten en onderzoekssetting

Voor wat betreft de professionals bestaat de groep respondenten uit een mix van de professionele disciplines, om zo breed mogelijke ervaringen in kaart te brengen. Voor het benaderen van de respondenten werden afspraken gemaakt met de coördinator van de spiegelbijeenkomsten binnen het AMC. Vervolgens werd per afdeling contact gelegd met de persoon die verantwoordelijk was voor de organisatie van de bijeenkomst en werden afspraken gemaakt over het benaderen van respondenten voor de interviews. Ook de selectie van patiënten is via deze personen verlopen.

Bij één van de spiegelbijeenkomsten zijn geen patiënten geïnterviewd, op verzoek van de betreffende organisatoren van de afdeling. Bij een andere bijeenkomst zijn geen professionals geïnterviewd, omdat er al negen interviews hadden plaatsgevonden. Op basis van de antwoorden van deze interviews was de verwachting dat extra interviews bij de vierde groep geen afwijkende informatie zou opleveren.

De locatie AMC is gekozen, omdat dit ziekenhuis aan de basis heeft gestaan van de ontwikkeling van de spiegelbijeenkomst en dit instrument organisatiebreed wordt toegepast. Hierdoor is er inmiddels veel ervaring opgedaan met deze methode van patiëntenparticipatie. Het Academisch Medisch Centrum is het grootste ziekenhuis in Amsterdam en is verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Het AMC omvat het Academisch Ziekenhuis en de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. De kernactiviteiten van het AMC liggen op het gebied van patiëntenzorg, het geven van medisch wetenschappelijk onderwijs, en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Amsterdam-Zuidoost vormt een groot deel van het basiszorggebied. Kenmerkend voor het AMC is de breedheid van het geneeskundig aanbod.

De organisatie van het AMC is gedecentraliseerd en ingericht op basis van principes van duaal en integraal management. De AMC-organisatie bestaat uit 15 divisies, concernstaven en algemene diensten. Per divisie en per specialisme is een combinatie van management, medici en verpleegkundig bestuurders eerstverantwoordelijk, daarbij ondersteund door eigen bedrijfsbureaus (Jaarverslag AMC 2005).

3.4 Methode van data-analyse

De eerste stap in de analyse van de data was het maken van transcripten van de interviews, uitschrijven van observatiegegevens en het uitwerken van de enquêtes.

Het coderen heeft in eerste instantie inductief plaatsgevonden. Coderen wordt door Creswell (2003:192) beschreven als het proces van het organiseren van het materiaal in “brokken” voordat betekenis gegeven wordt aan deze “brokken”. De keuze voor deze wijze van coderen, het uitgaan van *data-driven codes*, is gerelateerd aan de mogelijke nadelen van het gebruik van *theory-driven codes* (voortkomend uit de literatuur) zoals Boyatzis (1998: 37) die beschrijft.

Deze codes zijn meer gevoelig voor projectie van de kant van de onderzoeker. De bias van de onderzoeker kan het moeilijker maken om de data voor zichzelf te laten spreken. De op theorie gebaseerde codes zijn ontwikkeld buiten de context van het materiaal dat wordt gecodeerd en sluiten mogelijk onvoldoende aan. Om deze problemen te verminderen is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de data te blijven en op inductieve wijze codes te ontwikkelen.

Na het coderen is de informatie in thema's gecategoriseerd. Deze thema's zijn vervolgens gebruikt om een beschrijving van de onderzoeksresultaten te geven. De volgende stap in de analyse was de koppeling van de resultaten met de thema's uit het theoretisch kader. Hier zijn vervolgens conclusies aan verbonden.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek wordt mede bepaald door de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval en de herhaalbaarheid van het onderzoek. Aan deze voorwaarden werd vormgegeven door meerdere spiegelbijeenkomsten op te nemen in het onderzoek. De gevolgde onderzoeksprocedure is uitgebreid gedocumenteerd. De ruwe data zijn gedigitaliseerd opgeslagen.

Procedures en resultaten zijn regelmatig besproken met zowel een begeleider vanuit de opleiding als één vanuit de onderzoeksinstelling. De triangulatie van databronnen had de functie om eventuele inconsistenties in dataverzameling en –analyse te verhelderen (Segers 1999: 197).

Creswell (2003: 196) beschouwt validiteit als een kracht van kwalitatief onderzoek. Het wordt gebruikt om te bepalen of de bevindingen accuraat zijn in de ogen van de onderzoeker, de respondent en/of de lezer. Synoniemen zijn “authenticiteit” en “geloofwaardigheid”. Segers (1999: 196) beschrijft hoe de validiteit verbeterd kan worden door op systematische wijze te zoeken naar informatie en observaties die in een andere dan de veronderstelde richting wijzen. Hieraan is in dit onderzoek vorm gegeven door middel van triangulatie van dataverzamelingsmethoden en databronnen.

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Oorsprong en ontwikkeling van de spiegelbijeenkomst

Het begin

Op 14 januari 2002 kondigt de voorzitter van de Raad van het Bestuur van het AMC in zijn nieuwjaarstoespraak aan dat alle patiëntgebonden afdelingen, zowel klinische als poliklinische, met een zekere regelmaat spiegelbijeenkomsten moeten gaan invoeren. Het echte begin ligt al veel eerder. Al vanaf 1976 organiseert de afdeling Neonatologie avonden voor ouders van wie een kind op de afdeling gelegen heeft. Het doel van deze avonden was om de ouders de mogelijkheid te geven te praten over de couveuse periode en de eerste periode thuis na ontslag van hun te vroeg geboren kind uit het ziekenhuis. Daarnaast hoopte men informatie te krijgen over hoe de behandeling in het ziekenhuis bevallen was, zodat het beleid op de afdeling zo nodig aangepast kon worden. Opvallend was dat de kritiek die op deze avonden geuit werd in de loop der tijd afnam. De aanname was dat dit er op wees dat de klantgerichtheid op de afdeling was toegenomen.

De gespreksavonden hadden de vorm van een kringgesprek van ouders met een gespreksleider, afkomstig van de afdeling. Omdat het personeel de neiging had zichzelf tegen kritische punten van de ouders te verdedigen werd ingevoerd dat de ouders alleen aangehoord mochten worden. Het ging tenslotte om de verhalen van de patiënt. Eén van de initiatiefnemers Leendert Krol, voormalig arts op Neonatologie en vervolgens Hoogleraar medische psychologie, stelde in het blad Status (2002) van het AMC: "Je als medewerker verdiepen in de belevingwereld van de patiënt is net zoiets als je vakliteratuur bijhouden. Laat je dat na, dan kun je je vak niet goed uitoefenen."

Het zat niet in de opzet besloten dat er toehoorders aanwezig waren. De gespreksleiders merkten echter, dat er ook informatie over andere afdelingen ter sprake kwam. De meest effectieve manier om deze informatie bij de juiste mensen terecht te laten komen leek te zijn door ze te vragen de gesprekken bij te wonen als toehoorder.

Geïnspireerd op de goede ervaringen met de ouderavonden ontstond het idee om deze bijeenkomsten breder in te voeren. In 1997 werd door de Raad van Bestuur in het kader van het Sociaal Profiel een aantal projectgroepen geïnstalleerd, waaronder de projectgroep cliëntgerichtheid (Eindverslag project, 1997). Cliëntgericht handelen werd beschreven als het jezelf kunnen verplaatsen in de positie van de klant. Uitgangspunt was dat iedereen die een langere periode op een bepaalde plaats werkt blinde vlekken ontwikkelt: onbewust verdwijnt het perspectief van de patiënt in de routine van alledag. Om deze blinde vlekken op te sporen, en zo de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen, werd gekozen voor het instrument spiegelbijeenkomsten. De term "spiegelbijeenkomst" werd ingevoerd om aan te geven dat het gaat om bijeenkomsten waarbij medewerkers zich door hun eigen patiënten een spiegel laten voorhouden.

De projectgroep organiseerde twee pilots, één gericht op externe klanten, de patiënten, en één op interne klantverhoudingen. De gedachte hierachter was dat de klant niet goed bediend kan worden als medewerkers elkaar niet goed bedienen. De pilot van de interne spiegelbijeenkomst vond plaats tussen chirurgen en verpleegkundigen.

De Raad van Bestuur besloot mede op basis van de bevindingen en het draaiboek van de projectgroep de spiegelbijeenkomsten AMC breed in te voeren. De interne spiegelbijeenkomsten worden op verzoek georganiseerd. Onderdeel van de pilots was de aanwezigheid van toehoorders, zo'n 10 tot 15 per bijeenkomst. Patiënten gaven niet aan dat ze dat een probleem vonden, en de professionals waren enthousiast, dus de aanwezigheid van toehoorders werd een vast onderdeel van de spiegelbijeenkomsten.

Er werd een PR offensief gestart om het begrip cliëntgerichtheid in het AMC nieuw leven in te blazen. Onderdeel hiervan waren affiches met slagzinnen door het hele gebouw: "Goede zorg laat patiënten leiden" en "Patiënten maken de dokter beter".

Deze kreten vatten de doelstelling van de spiegelbijeenkomsten samen: door naar ervaringen te luisteren van mensen die in het AMC opgenomen zijn geweest leert de professional zich beter in te leven in de patiënt. Op deze manier streeft de Raad van Bestuur naar een meer patiëntgerichte cultuur (Status 2002).

Management en coördinatie

Er werd een coördinator aangesteld om de afdelingen te ondersteunen bij het organiseren van een spiegelbijeenkomst. Aanvankelijk was dit voor een periode van twee jaar, maar ook na deze periode bleek het nodig om iemand te hebben die kan coördineren en ondersteunen. De oorspronkelijk beoogde frequentie van drie tot vier maal per jaar bleek niet haalbaar, en werd teruggedraaid naar één keer per jaar.

Het top-down karakter van de beslissing van de Raad van Bestuur heeft twee kanten. Het laat zien dat er steun is vanuit het hoger management voor het invoeren van deze vorm van patiëntenparticipatie. Aan de andere kant brengt het een verplichting met zich mee, die weerstand op zou kunnen roepen. De huidige coördinator van de spiegelbijeenkomsten beschrijft het verplichtende karakter van de maatregel als: "het is ongedocumenteerd geaccepteerd dat het algemeen beleid is". Binnen de cultuur van het AMC hebben de afdelingen, ook bij van bovenaf opgelegde maatregelen, een behoorlijke mate van autonomie en zeggenschap. De gedachte is bovendien, dat als er teveel controle zou zijn, het instrument zijn doel voorbij zou schieten. Het is immers vooral bedoeld om de professional te stimuleren door middel van feedback van de patiënt. Er bestaat een verplichting om spiegelbijeenkomsten te organiseren, het is aan de afdelingen zelf om te beslissen wat ze met de informatie die uit de bijeenkomsten voortkomt doen.

De coördinator ziet het als haar rol om stimulerend te zijn naar de afdelingen toe:

"masseren, informeren, enthousiasmeren en opnieuw proberen". Zij heeft het overzicht welke spiegelbijeenkomsten georganiseerd zijn, en om welke redenen andere bijeenkomsten niet plaatsgevonden hebben. De Raad van Bestuur krijgt in het kwartaaloverleg van de afdelingen een overzicht van het aantal spiegelbijeenkomsten dat georganiseerd is. De verslaglegging van de inhoud van de bijeenkomsten is alleen bedoeld voor de afdelingen. De projectleider van de pilots en coördinator in de eerste periode van de spiegelbijeenkomsten vertelt dat de verslaglegging nooit bedoeld is als evaluatie-instrument voor het management. De coördinator heeft jaarlijks overleg met de Raad van Bestuur over de gang van zaken rond de spiegelbijeenkomsten.

Draaiboek

Het door de projectgroep opgestelde draaiboek voor de spiegelbijeenkomsten heeft inmiddels een aantal updates ondergaan.

De kern van de spiegelbijeenkomst is onveranderd: een groep (ex) patiënten voert onder leiding van een gespreksleider een kringgesprek. Het instrument is geëvolueerd op een aantal punten. Zo worden nu vóóraf vragen die leven op de afdeling geïnventariseerd, is er een nabespreking ingevoerd en wordt er aangeraden om aan de hand van het verslag van de bijeenkomst een sterktezwakte analyse uit te voeren, waarin positieve punten en verbeterpunten benoemd worden.

In het draaiboek wordt de werkwijze uitgebreid beschreven. Er wordt uitgegaan van twee voorbereidende bijeenkomsten, en één nabespreking. De coördinator van de spiegelbijeenkomsten is aanwezig bij de voor- en nabesprekingen. Per afdeling wordt een projectgroep samengesteld die verantwoordelijk is voor de voorbereiding en uitvoering van de spiegelbijeenkomst. Bij de besprekingen moet bij voorkeur het management van de afdeling aanwezig zijn, zowel de chef de clinique of chef werkplek als de hoofdverpleegkundige. In de praktijk varieert de samenstelling van de projectgroepen per afdeling, en vaak ook per te organiseren spiegelbijeenkomst. De praktische organisatie van de bijeenkomst wordt ook gezien als leerervaring, en deze taak wordt daarom soms gerouleerd.

Er wordt gestreefd naar een homogene groep patiënten omdat de ervaring geleerd heeft dat een kringgesprek met een groep mensen die een aantal kenmerken gemeen hebben beter verloopt dan een gesprek in een heterogene groep (Witman 2002:93).

Er wordt gezocht naar een zo representatief mogelijke groep, deze hoeft niet aselekt te zijn, stelt het draaiboek. Aangeraden wordt juist ook de patiënten uit te nodigen van wie verwacht wordt dat ze in staat zijn tot een kritische bijdrage.

De bijeenkomst wordt bijgewoond door toehoorders: ziekenhuismedewerkers die direct bij de zorg voor de patiënten betrokken zijn geweest (medisch, paramedisch en ondersteunend personeel). Zoveel mogelijk professionals worden geacht aanwezig te zijn, voor zover de dienst het toelaat. Aanwezigen mogen de uren van hun aanwezigheid compenseren.

De gespreksleiders zijn mensen die geen directe binding met de organiserende afdeling hebben, en dus als onafhankelijk beschouwd kunnen worden. Aspirant gespreksleiders ondergaan een opleiding in drie fasen. Zij volgen eerst een cursus, wonen daarna een bijeenkomst bij als toeschouwer en leiden vervolgens één of meer bijeenkomsten onder supervisie van een docent. De gespreksleider dient vooral gesprekstechnische kennis en vaardigheden te hebben. Enige kennis over de gang van zaken op de organiserende afdeling en kennis met betrekking tot de patiëntengroep is gewenst. Om deze reden wonen de gespreksleiders de tweede voorbereidingsbijeenkomst bij.

Informatievoorziening

Bij de ziekenhuisbrede introductie van de spiegelbijeenkomsten is een instructievideo gemaakt, die uitleg geeft aan medewerkers over het doel en de opzet van de bijeenkomsten. Ook het draaiboek geeft de professionals uitgebreide instructies, niet alleen ten aanzien van de organisatie van de bijeenkomsten, maar ook over de rol van de toehoorders. Alle documenten die nodig zijn voor de organisatie zijn te downloaden via het AMC intranet en worden met regelmaat door de coördinator geactualiseerd. Voorafgaand aan de spiegelbijeenkomst worden de medewerkers verder op de hoogte gesteld van de gang van zaken via e-mail. De informatie aan de patiënten bestaat uit een uitnodigingsbrief, waarin het doel, de gang van zaken en praktische zaken zoals tijdstip en locatie kort uiteengezet worden.

Verloop van een spiegelbijeenkomst

In het eerste deel van een bijeenkomst worden onderwerpen besproken die door de patiënten zelf ter sprake worden gebracht. Voorafgaand aan de bijeenkomst is op de organiserende afdeling een inventarisatie gemaakt van onderwerpen waar men graag informatie over wil ontvangen. Deze vragen komen in het tweede deel aan de orde. Vervolgens krijgen de toehoorders de gelegenheid vragen te stellen aan de patiënten. Dit mogen alleen vragen ter verheldering of toelichting zijn. Tenslotte mogen de patiënten indien gewenst nog enige vragen stellen aan de toehoorders. Inhoudelijke vragen die de persoonlijke medische situatie van de patiënt betreffen worden geacht buiten het kringgesprek om aan de orde te komen. Aangeraden wordt om op de bijeenkomst de mogelijkheid tot napraten te laten volgen, bijvoorbeeld door het aanbieden van een drankje voor patiënten en medewerkers na afloop. Dit biedt de mogelijkheid tot informele contacten en napraten over de eventuele emoties die de spiegelbijeenkomst heeft opgeroepen.

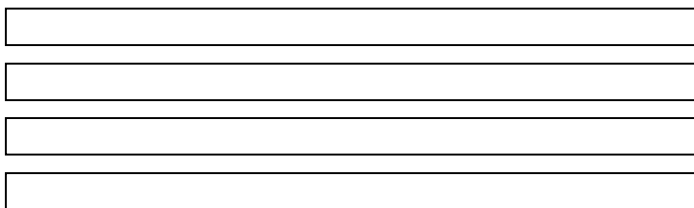
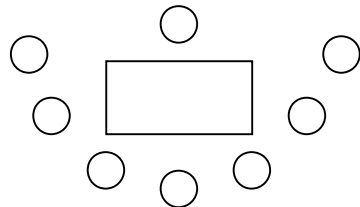
4.2 Observaties van spiegelbijeenkomsten

De vier spiegelbijeenkomsten die in het kader van het onderzoek geobserveerd werden waren georganiseerd voor uiteenlopende groepen. Op twee bijeenkomsten waren ouders van jonge kinderen aanwezig, op één mantelzorgers van patiënten met een spierziekte, en op de laatste patiënten van een chirurgische verpleegafdeling. Allen zijn te beschouwen als klanten van het ziekenhuis. Ook bij de toehoorders was veel variëteit. Naast artsen, verpleegkundigen, paramedici, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, psychologen, gastvrouwen, diëtisten en andere medewerkers die direct op de afdeling bij de zorg voor de uitgenodigde groep klanten betrokken zijn, waren er ook mensen uitgenodigd die op een andere wijze betrokken zijn bij de zorg. Medewerkers uit andere ziekenhuizen waarmee voor die bepaalde groep patiënten een samenwerkingsverband bestaat, en medewerkers van andere afdelingen waar kinderen vóór of na het verblijf op de organiserende afdeling verblijven waren aanwezig. Dit biedt de mogelijkheid om naast feedback op het functioneren van de afdeling ook informatie te krijgen over het vervolgtraject van de patiënten en over overgangen, inclusief de informatieoverdracht. Verder waren er medewerkers van patiëntenverenigingen, aspirant gespreksleiders en partners van patiënten aanwezig. Het aantal toehoorders varieerde tussen de 30 en 45 mensen.

De setting

Drie bijeenkomsten vonden plaats in dezelfde zaal. Deze ruimte ligt vlak bij de hoofdingang, bezoekers hoeven alleen door de ontvangsthal van het ziekenhuis heen om er te komen. De zaal heeft tapijt, gordijnen en een warme verlichting. Eén van de professionals die betrokken was bij de voorbereiding vertelt in een nabespreking deze zaal expliciet als locatie gekozen te hebben vanwege de intimiteit van de zaal. De vierde bijeenkomst vond plaats in een andere zaal. Deze ruimte was groter, er lag zeil, whiteboards aan de muren, toehoorders zaten op schuin oplopende stoelen, als een soort tribune. Er werd gebruik gemaakt van geluidsversterking, er stonden grote microfoons op tafel. Omdat er meer patiënten verwacht werden dan er kwamen, stonden er veel tafels en stoelen, die maar gedeeltelijk gebruikt werden. Als gevolg hiervan was er een relatief grote afstand tussen de gespreksleider en de gesprekspartners. De sfeer van deze zaal was zakelijker.

De opstelling van de stoelen van de patiënten was in alle bijeenkomsten gelijk: een kringvorm met de ruggen van de stoelen zoveel mogelijk naar de zaal toe, en de gespreksleider(s) met het gezicht naar de zaal. Verschillen zaten in de verdere opstelling: geen tafels in het midden, een aantal grote tafels in het midden met microfoons erop, een klein salontafeltje met een bos bloemen erop als middelpunt. Op ongeveer twee meter afstand van de kring beginnen de rijen stoelen voor de toehoorders.



Figuur 4 Schematische weergave opstelling

De patiënten geven in interviews aan verrast te zijn door de gekozen opstelling. Eén van de ouders geeft zelfs aan dat de opstelling hetgeen is wat hem het meeste is bijgebleven van de bijeenkomst: “Ik vond het een hele gewaarwording, je zit met je rug naar een hele groep mensen”. Een ander ouder is hier nog explicieter in, hij vond het ongeleefd om met zijn rug naar de toehoorders te zitten. “Ik vind het niet netjes, en het werkt niet, want de helft ontgaat ze”. Hij benadrukt dat hij het belangrijk vindt dat de zaal niet alleen hoort maar ook ziet, en dat door het missen van de non-verbale aspecten een deel van de informatie verloren gaat. Een ander vindt het jammer dat er niet gekeken kan worden wie er allemaal aanwezig zijn. Maar de patiënten noemen ook dat ze door deze opstelling de zaal na verloop van tijd vergeten, en dat de focus echt op het gesprek in de kring komt te liggen. Er is ook begrip voor de opstelling: “Ik denk dat heel veel mensen zich wel geïntimideerd voelen, je ziet ook de reactie van de mensen in de zaal”. Een ouder zegt: “Als je in dat groepje zit en die toehoorders houden zich stil en de gespreksleider houdt het contact dan is dat groepje heel klein”.

Verwachtingen van de patiënten

De verwachtingen van de patiënten over het verloop van de spiegelbijeenkomsten waren divers: een één-op-één gesprek, een glazen wand waarachter de toeschouwers zich zouden bevinden, twee tot vijf professionals als toehoorder, een interview setting die opgenomen zou worden. Het moment en de manier van confrontatie met de zaal vol toeschouwers verschilden per bijeenkomst. Bij twee van de bijeenkomsten kwamen toehoorders en patiënten tegelijk de zaal binnen. Eén van de afdelingen had de patiënten een half uur eerder uitgenodigd dan de toehoorders. Een andere afdeling ontving de ouders in een apart zaaltje vooraf aan de bijeenkomst. Daar werd informatie gegeven over het komende gesprek, waarna men onder begeleiding van een arts en verpleegkundige de inmiddels met toehoorders gevulde zaal betrad.

Geen van de geïnterviewde patiënten was voorbereid op de grootte van de groep toeschouwers. “Ik was wel een beetje geshockt omdat ik dacht, moet ik nu ten overstaan van iedereen mijn mond open doen” zegt één van de ouders. Toch geven de meeste patiënten aan dat het misschien niet zo goed zou werken als ze van te voren precies hadden geweten hoe groot de groep toehoorders zou zijn. Men geeft aan dat de spanning van te voren groter geweest zou zijn, en dat men misschien zelfs afgehaakt zou zijn.

Verloop van de bijeenkomst

De opening van de bijeenkomst werd in alle gevallen door één van de artsen c.q. de chef de clinique gedaan. Hij verwelkomt de aanwezigen en benadrukt het belang van de bijeenkomst. Vervolgens wordt door de arts of de gespreksleider een korte toelichting op de gang van zaken gegeven. Benadrukt wordt dat men uitgenodigd wordt vrijuit te spreken over zijn of haar ervaringen, met in het achterhoofd of het ruimte biedt voor verbetering voor de afdeling. Benadrukt wordt ook dat verschillen in beleving van belang zijn, en dat men het niet met elkaar eens hoeft te worden. Het noemen van dit punt zorgt ervoor dat discussies die tussen gesprekspartners dreigen te ontstaan wanneer men van mening verschilt over een bepaalde zaak in de kiem gesmoord kunnen worden vóórdat er waardeoordelen aan gekoppeld worden. Toehoorders worden aangemoedigd tot “luisterend leren”.

De lijst van vragen die tijdens de voorbesprekingen opgesteld wordt was soms lang, ruim dertig vragen. Dit had tot gevolg dat, hoewel de gespreksleider een deel van de vragen kon verweven in de loop van het gesprek, er een flink aantal vragen overbleef, die vervolgens meer tot een vraag-antwoord situatie leidden dan tot een gesprek. Patiënten vonden dit niet hinderlijk, voor de toeschouwers was dit wel één van de factoren die maakten dat het gesprek als lang ervaren werd.

Spelregels en interrupties

De regels voor de toehoorders worden aan het begin van de bijeenkomst nog een keer duidelijk genoemd: geen interrupties, geen discussie, vergoelijking of verdediging wanneer men in gesprek mag met de patiënten aan het einde van de bijeenkomst. De aanwezigen in de zaal lijken alle keren sterk doordrongen van deze spelregels. Er is wat geschuifel en geritsel, een enkele keer wat gemompel, maar verder is iedereen stil, twee uur lang. Een gedisciplineerde stilte. Eén keer laat een medewerker zich een reactie ontvallen tijdens het gesprek van de patiënten. Dat voorval illustreert de verbondenheid met deze regel: de medewerker slaat verschrikt haar handen voor haar mond, omzittenden wijzen haar (lachend) terecht. Het gesprek loopt vervolgens gewoon door.

Ook andere interrupties lijken geen noemenswaardige invloed op het verloop van het gesprek te hebben. Een pieper gaat af, er wordt gelachen in de zaal, er is geroezemoes na een opmerking van een patiënt. Een aantal maal richt een patiënt zich tot de zaal. Een vrouw geeft een paramedicus een compliment en kijkt de zaal in of hij aanwezig is. Over het algemeen herstelt het gesprek zich direct na zo’n incident. De kring wordt weer gesloten. Eén gespreksleider is er wat strenger in en roept een ouder terug als zij zich naar de zaal draait: “naar mij kijken, je praat hier”. De patiënten registreren de interrupties, zijn zich weer even bewust van de zaal, maar pakken de draad van het gesprek weer snel op. Het feit dat alle toehoorders zich aan de instructies houden wordt gezien en gewaardeerd. “Het is lovend” en “Het is een must dat ze zich aan de instructies houden. Als er uit zo’n groep commentaar komt dan is het beslotene meteen weg”.

Ruimte voor het verhaal

Het feit dat er alleen geluisterd wordt creëert ruimte bij de patiënten om hun verhaal te vertellen: “Je hebt ruimte om te vertellen, zonder dat het een discussie wordt” zegt één van de ouders. Een ander vertelt: “Ik had er een goed gevoel over, ik heb gezegd wat ik had willen zeggen”. Ook de andere respondenten geven aan voldoende ruimte ervaren te hebben voor hun eigen verhaal.

Eén van de ouders geeft aan dat het nu makkelijker was om ervaringen te vertellen dan tijdens het verblijf in het ziekenhuis. De emotionele betrokkenheid tijdens de opname is hoog. “Je bent alleen maar met je kind bezig”. Ook de hulpverlener- patiënt relatie speelt een rol. “Soms kom je toch in het ouderwetse patroon omdat je zo overgeleverd bent. Als het er echt op aan komt dan denk je toch: zij weten het het best”. Met wat meer tijd er overheen is er wat meer afstand en wordt het makkelijker om over de ervaringen te praten. Een patiënt zegt: “Ik had ook het idee dat ik vrijuit moest praten, want anders had mijn inbreng geen zin”. Een ander: “Ze willen niet alleen maar horen dat het geweldig is want daarvoor zitten ze er niet”. Niet alle aanwezigen hadden die afstand nodig om hun verhaal te kunnen doen. Een ouder had geen negatieve opmerkingen in te brengen op de bijeenkomst, en zei daarover: “Als ik kritiek had gehad dan had die arts me al lang en breed gehad”. In de bijeenkomsten valt op dat kritiek vaak ingeleid wordt door positieve opmerkingen, en dat de patiënten de neiging hebben veel te relativiseren: “Ik begrijp wel dat het druk was, maar..”. Ook zijn de patiënten zorgvuldig in het vanuit zichzelf formuleren, er wordt niet tot nauwelijks gegeneraliseerd.

De gespreksleider zorgt er door doorvragen voor dat het kritiekpunt helder is, en vraagt of de inbrenger een antwoord op zijn punt verlangt. Wanneer aangegeven wordt dat het om een mededeling gaat, wordt benoemd dat het punt opgenomen wordt in de notulen, en een vervolg zal krijgen op de afdeling. Vaak wordt de patiënt ook bedankt voor zijn inbreng. Als aan de patiënten gevraagd wordt hoe het geweest zou zijn als de professionals in de kring gezeten zouden hebben, dus als zij zouden hebben meegepraat in plaats van alleen toe te horen, is er maar één ouder die daar de voorkeur aan geeft. Hij denkt dat er efficiënter gepraat zou kunnen worden, omdat er direct antwoord gegeven zou kunnen worden op eventuele vragen. De andere respondenten geven de voorkeur aan de gehanteerde opzet. “Als de medewerkers van de afdeling in de kring gezeten zouden hebben dan zou ik niet zo openhartig hebben kunnen praten”.

“Als er bijvoorbeeld iemand zit waar je geen goede ervaring mee had dan wordt het misschien best wel lastig om dingen te benoemen, dan kan het misschien gewoon wel een vervelend gesprek worden”. “Het zou het moeilijk maken om dingen in één keer te zeggen, dan ga ik dingen misschien anders zeggen”.

Motieven voor aanwezigheid

De geïnterviewde patiënten zijn overwegend positief over hun ervaringen in het AMC. Voor sommigen was dat ook juist de motivatie om mee te doen aan het gesprek. “De zorg staat over het algemeen heel negatief bekend, ik denk dat het belangrijk is dat er ook een positieve ervaring naast staat”. Een ander heeft lang getwijfeld of ze deel zou nemen aan de bijeenkomst, “ik ben niet zo’n prater in het openbaar”. Ze is achteraf blij dat ze gekomen is, want “Ik zou het spijtig vinden als het een negatief verhaal was geworden, want het kan heel goed gaan”. Anderen halen hun motivatie uit het feit dat zij zichzelf goed geholpen voelen,

en dat hun bijdrage misschien een ander kan helpen. Een andere ouder omschrijft het als een wederdienst, “Zij hebben ons geholpen, ik ben het ook wel verplicht om hun dan te helpen”. Een vierde motivatie die genoemd wordt is dat een aantal patiënten het prettig vindt om met mensen met gelijksoortige ervaringen over de ziekenhuisperiode te praten.

Het slot van de bijeenkomst

Na anderhalf tot twee uur wordt het kringgesprek afgerond, en mogen de toehoorders vragen stellen. Er worden een paar aanvullende of verhelderende vragen gesteld. Eén van de spiegelbijeenkomsten vormt hierop een uitzondering, daar worden vragen gesteld die de individuele ziektegeschiedenissen van de patiënten betreffen. Ook de patiënten stellen daar vragen over hun persoonlijke situatie aan de zaal. Er ontstaat een discussie tussen een arts en een patiënt, en wat later gaan twee artsen met elkaar in discussie in reactie op de vraag van een patiënt. Een tot dan toe gedisciplineerd verlopen bijeenkomst verandert in het laatste kwartier. De gespreksleiders proberen bij te sturen, maar slagen daar niet in. De sfeer lijkt voor de patiënten en betrokken professionals niet vervelend te worden, voor andere toehoorders roept het wel bevreemding op. Het lijkt alsof de sfeer van de afdeling: zonder gêne open en bloot de ziektegeschiedenis vertellen, zich op dat moment verplaatst heeft naar de spiegelbijeenkomst, en daarom ook niet als vreemd ervaren wordt.

De bijeenkomst wordt afgesloten met een dankwoord naar de patiënten en de toehoorders, en de patiënten krijgen op alle bijeenkomsten een presentje. Dit wordt zeer gewaardeerd. Er wordt uitgebreid gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot napraten door zowel patiënten als toehoorders. Dit moment biedt ruimte voor individuele contacten. Na ongeveer een half uur vertrekt iedereen uit de ruimte.

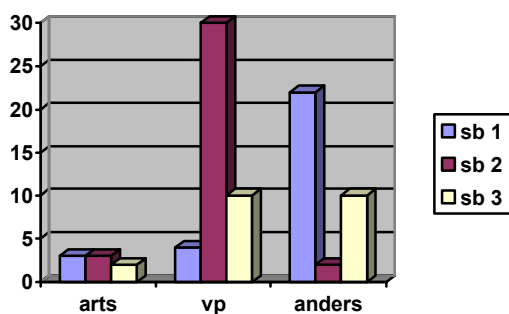
Informatie achteraf

Alle geïnterviewde patiënten hebben helder dat het doel van de bijeenkomst is dat de professionals kunnen leren van hun ervaringen. Zij verwachten niet terug te horen wat er met hun inbreng gebeurt. Twee ouders zeggen dat ze het wel prettig zouden vinden om een vorm van verslag te krijgen. Eén van hen ziet mogelijke problemen bij een verslag voor patiënten: “Als ze het doen moeten ze het goed doen”. Hij noemt dat het bijvoorbeeld vervelend kan zijn als je een punt dat je hebt ingebracht niet terug ziet in het verslag. Ook een ander voorziet wat problemen: “Wat ze doen met die informatie hoeft niet direct meetbaar te zijn”. Voor hem is het zo wel een afgerond geheel, zijn partner is wel nieuwsgierig of er wat met hun verhaal gedaan wordt. Een ander heeft geen behoefte aan informatie na de spiegelbijeenkomst: “Ik heb er vertrouwen in dat ze er wat mee doen”.

4.3 Ervaringen van zorgprofessionals

Aanwezigheid

De spiegelbijeenkomsten worden goed bezocht door de professionals, er zijn tussen de 30 en 45 toehoorders. Gemiddeld driekwart van de aanwezigen levert de enquête die op de bijeenkomst wordt uitgedeeld in. Zoals eerder beschreven is er een grote variëteit aan disciplines aanwezig. Wanneer deze verdeeld worden over drie groepen, te weten artsen, verpleegkundigen en overige disciplines, dan kunnen de groepen als volgt grafisch weergegeven worden.

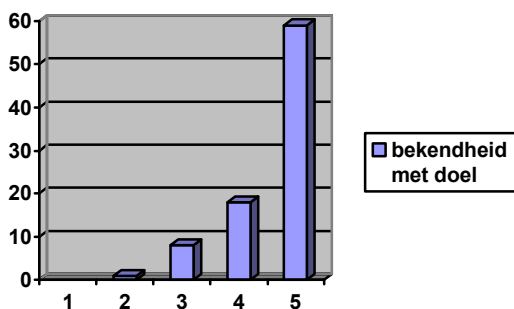


Grafiek 1 aanwezige disciplines

De grote verschillen in verdeling van de aanwezige disciplines laat zich voor een deel door het type afdeling dat de bijeenkomst organiseert verklaren. Spiegelbijeenkomst 1 (sb1) is een poliklinische afdeling, bijeenkomst 2 betreft een intensive care afdeling, en nummer 3 een klinische zorgafdeling.

Verwachtingen

De zorgprofessionals zijn op meerdere manieren geïnstrueerd over het verloop van een spiegelbijeenkomst en de rol die zij daarin als professional hebben. Zij beschikken over informatie waarop zij hun verwachtingen van de bijeenkomst kunnen baseren. Het merendeel heeft bovendien al eerder één of meer bijeenkomsten meegemaakt. Eén van de respondenten beschrijft de sfeer als volgt: “Er is onder het publiek iets van verwachting, van lichte spanning, een klein beetje opwinding”. Eén professional verbaasde zich, ondanks uitgebreide voorlichting, toch over het feit dat de patiënten met de rug naar haar toe zaten. Zij wijt dit aan het feit dat het niet de vorm is die je normaal gewend bent. Zodra ze zich realiseerde wat het beoogde effect van deze opstelling was, had ze er alle begrip voor. In de enquête wordt de professionals gevraagd of het doel van de bijeenkomst vooraf bekend was. Op een 5-puntsschaal, waarbij 5 voor “volkomen duidelijk” en 1 voor “totaal onbekend” staat, waren de scores als volgt.



Grafiek 2 bekendheid met doel

Er wordt hoog gescoord op deze vraag. De observaties van de bijeenkomsten ondersteunen deze cijfers, de lange gedisciplineerde stilte maakt indruk. Verondersteld mag dus worden, dat de voorlichtingscampagne voor medewerkers zijn doel bereikt.

Professional als toehoorder

Eén van de zaken waar de medewerkers goed over geïnformeerd en geïnstrueerd zijn is het toehoren in stilte. De patiënten geven aan respect te hebben voor het feit dat zorgprofessionals in zo'n grote getale aanwezig zijn, en dat ze voor de duur van de bijeenkomst stil zijn en luisteren. De professionals die geïnterviewd zijn onderschrijven allemaal het belang van het stil zijn, maar de mate waarin zij moeite met die rol hebben varieert.

“Ik voel me niet passief als toehoorder, ik voel me heel actief. Er gebeurt zoveel, ik heb niet de behoefte om te interrumperen of er tussen te gaan zitten”.

“Ik heb niet gedacht: nu zou ik wat willen zeggen, want ik had me er echt op ingesteld om niets te zeggen”.

“Ik had een aantal keren van: dat wil ik wel uitleggen, maar dan ga ik achterover leunen, want dat is niet waarvoor ik daar ben”.

“Ik vond het heel ingewikkeld dat ik niet mocht reageren toen mijn aandeel in de zorg aan de orde was”.

Een respondent vertelt: “Eén ouder zei veel ongenueanceerde dingen, hij schetste een beetje een scheef beeld. Dan heb je wel zoiets van ‘ja maar’ in je”. Een arts: “Artsen gaan vaak uitleggen, maar een beetje in de verdedigende sfeer, daarom is het goed als artsen zich rustig houden om patiënten het woord te laten doen. Als artsen zich er mee gaan bemoeien krijg je al gauw dat ze het hele gesprek gaan domineren”. Een andere professional ervaart dat er meer van het verhaal van de patiënt zelf komt als hij als toehoorder geen vragen kan stellen.

De gespreksleider maakt soms andere keuzes in doorvragen op en verdiepen van een onderwerp dan sommige toehoorders zouden willen. Dat blijken moeilijke momenten te zijn. “Ik had meer doorgevraagd, ik ben wel iemand die het naadje van de kous wil weten” en “Ik had die vraag willen stellen, het was jammer dat ik het niet kon doen, maar dat is de regel van het spel”.

Een lastige situatie is ook die waarin een patiënt vertelt niet over een bepaalde zaak geïnformeerd te zijn, en de professional met zekerheid weet dat het wel aan de orde is geweest. “Dat voelt raar als je dan je mond niet mag open doen, dan loopt professionaliteit en persoonlijkheid een beetje door elkaar heen”. Maar: “Het zet me aan het nadenken, ik vond het opvallende, verrassende feedback”: Een respondent noemt het een heel nieuw iets: een professional die niet in discussie gaat of als participant evalueert, maar toehoort, en zich daar kwetsbaar in opstelt.

Het toehoorder zijn heeft meer effect dan alleen het ruimte bieden aan de ervaringen van de patiënten. “Ik denk wel dat het feit dat ik niet mag reageren invloed heeft op hoe de informatie binnenkomt” beschrijft een professional. Een ander zegt: “Het komt anders binnen als je niet gaat reageren, daardoor blijft het meer hangen omdat je het niet weg kunt praten. Je verdedigen of verantwoorden is ook een manier om het weg te zetten, om er niet meer over na te denken”. En: “Dat niet meteen kunnen reageren is juist het goede, je moet incasseren en als groep ga je daar mee verder”.

Het feit dat men met de afdeling als groep aanwezig is, wordt als betekenisvol ervaren. “Je zit met zijn allen als groep ernaar te luisteren, het is ook wel genieten”.

“Dat samen beleven is een heel krachtig iets, het opent ook weer andere dingen, je ziet elkaar op een andere manier, eigener. Het opent ook weer even om op een andere manier contact met collega’s te hebben”. Een professional geeft aan dat het vooral op zo’n moment dat er openheid van zaken wordt gegeven belangrijk is dat je er als team zit, want “Dat doe je niet zo snel, een kijkje in de keuken”.

Aan het einde van de bijeenkomst is er ruimte voor vragen van toehoorders. Er wordt over het algemeen weinig gebruik gemaakt van deze gelegenheid. Hier wordt het volgende over gezegd:

“De vraag die ik had ingediend was niet aan de orde gekomen. Ik heb hem niet aan het eind gesteld. Ik dacht toen: het is goed zo, het voelde een beetje als mosterd na de maaltijd”

“Aan het eind is het soms lastiger om op iets in te haken wat al geweest is, dan is het al voorbij”.

“Ik wilde af en toe wel meer weten, maar niet in die mate dat ik dat aan het eind nog wilde vragen”.

Professionals geven ook aan dat ze “vol” zijn na anderhalf tot twee uur intensief luisteren. In die zin werkt deze afspraak bedoeld of onbedoeld als een soort zeef: alleen hele prangende vragen komen aan het einde van de bijeenkomst nog aan de orde.

Aanwezigheid in de zaal

Wanneer de professionals gevraagd wordt hoe zij het ervaren om aanwezig te zijn in de zaal, en of er een verschil is met bijvoorbeeld het bekijken van een video opname van dezelfde spiegelbijeenkomst, vinden vrijwel alle respondenten dat de fysieke aanwezigheid een wezenlijke factor is in de beleving van de verhalen van de patiënt.

“Ik denk dat het aanwezig zijn in de zaal veel directer is, je voelt en hoort en ziet signalen, je voelt het ook, je bent veel meer bij het gesprek betrokken, je zit er helemaal in”

“Die geluiden uit de zaal horen erbij, gemompel van herkenning”

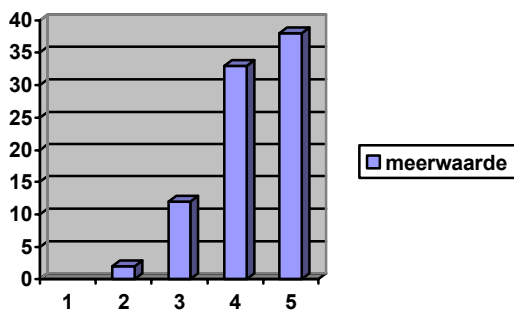
“Soms merk je toch instemming of herkenning zonder dat ze dat hardop roepen, als je daar tussen zit is dat het beste”

“Dingen komen wel anders binnen, rechtstreekser, je bent toch deelgenoot, ook al praat je niet mee. Ook al zitten die mensen met de rug naar je toe, er wordt toch met je gecommuniceerd”

“De impact is groter op het moment dat je fysiek aanwezig bent, je kunt heel erg de emotie voelen en de energie”

“Ik denk dat het veel meer effect heeft als je het uit de mond van de mensen zelf hoort, en dan hoor je het ook uit de eerste hand”

In de enquête wordt gevraagd in hoeverre het bijwonen van de spiegelbijeenkomst een meerwaarde had boven het lezen van een verslag. Op een 5-puntsschaal, waarbij 5 voor “de meerwaarde staat buiten kijf” en 1 voor “er is geen meerwaarde” staat, waren de scores als volgt:



Grafiek 3 Meerwaarde van het bijwonen van de bijeenkomst

Ervaringen uit de eerste hand

De professionals geven aan dat de ervaringen van de patiënten directer binnenkomen door het fysiek aanwezig zijn als de verhalen verteld worden. Maar wat komt er binnen, wat vinden de professionals van de ervaringen van de patiënt?

“Feedback van de ouders is uiteraard heel belangrijk, want het is de feedback waar je het voor doet”, zegt één van de respondenten. De professionals zijn het eens over de waarde van de mening van de patiënt. Andere uitspraken die dit illustreren zijn: “Ik vind dat een ouder heel veel recht van spreken heeft” en “de bevestiging van de waarde van je werk is heel belangrijk om van ouders terug te horen. We kunnen het allemaal wel zo mooi bedenken maar het gaat erom hoe zij het ervaren”.

Een respondent benoemt waarom het zo belangrijk is om de ervaringen van patiënten te horen. “Voor ons is het werk, voor de ouders hun leven. Wij kunnen er zo uit stappen. We hebben heel veel impact op het leven van mensen”.

Filteren van feedback

De informatie die van ouders komt wordt gewogen door de professionals. “Per ouder kan de beleving heel erg verschillen, dus je kunt wel een klein beetje relativeren wat er gezegd wordt” wordt genoemd, en: “Ik denk dat ik kritiek van ouders anders verwerk dan die van collega’s. Bij ouders komt er meer subjectiviteit bij kijken, ik probeer in te schatten waar de reactie vandaan komt, wat zijn de omstandigheden. Bij collega’s is dat wat meer gelijkwaardig, dat is meer een soort van objectief kijken naar een handeling”. Deze respondenten vertellen dat er, nadat de feedback gewogen is, geen verschil meer is met bijvoorbeeld de feedback van een collega.

Anderen geven aan dat feedback van patiënten wél anders binnenkomt dan die van collega’s. Een professional beschrijft een situatie waarbij ze vergeten was een monitor aan te zetten. De feedback van een collega hierop ervaart ze als iets puur zorgtechnisch. Over de kritiek van de ouders op hetzelfde punt zegt ze: “Het is terug te brengen op iets gevoelsmatigs, namelijk: ik voel mij niet veilig als jij dat doet”. En dat komt anders binnen. “Ik voel me schuldiger als een ouder me aanspreekt dan als een collega me aanspreekt”. Er is meer emotionele lading bij de kritiek van ouders, en het werkt daarom dieper door. De impact van feedback van ouders heeft te maken met de beladenheid waarmee ze het vertellen en wat het ze gedaan heeft.

Een andere professional schetst heel beeldend wat voor haar het verschil is. “Als een chef de clinique wat tegen me zou zeggen en een moeder van een kindje zou ik de kritiek van de

moeder iets zwaarder laten wegen. Dat van die moeder zakt, dat voel ik hier (wijst op buik). Andere kritiek, bijvoorbeeld over organisatorische zaken, raakt een andere laag". Feedback van patiënten wordt ook ingewikkelder gevonden: "Het is meer op eieren lopen. Feedback bij cliënten is heel erg gekleurd vanuit de achtergrond en het ziektebeeld van de patiënt. Ik ben, als het om chronische zieken gaat, veel meer geneigd toe te geven. Bij feedback van collega's kan je heel open en direct terug communiceren".

Samenstelling van de groep

Er is voor alle vier bijeenkomsten veel moeite gedaan om voldoende patiënten bij elkaar te krijgen. Bij twee van de vier bijeenkomsten is de groep uiteindelijk toch vrij klein. De respondenten uit deze spiegelbijeenkomsten, zowel de professionals als de patiënten geven aan dat de grootte van de groep invloed heeft op de filtering van de informatie. Men mist de interactie: patiënten die aanhaken op elkaar en zo tot een verdieping en verbreding van onderwerpen komen. "Ik vond het heel smal doordat er zo weinig ouders waren, je hebt weinig interactie".

Ook de waarde van de informatie komt enigszins ter discussie te staan bij een aantal professionals. "Het is goed als je vijf verschillende mensen hoort over een bepaald iets, omdat je dan toch meer een representatief klankbord hebt. Doordat je het van verschillende kanten hoort kan je er een genuanceerde mening over vormen".

En : "Ik vind dat het wel een beetje af doet aan de waarde van de info als er maar zo weinig ouders zijn. Zeker omdat één ouder zo dominant was. Goed om te horen, maar ik weet niet of dat zo representatief is voor de beleving van andere ouders". Het wordt als mogelijk zwak punt van de spiegelbijeenkomst genoemd: "Het zijn natuurlijk maar een paar ouders van honderden die daar op de afdeling hebben gelegen".

Grootte van de groep

Ook de samenstelling van de groep is een belangrijke factor. "Het is belangrijk dat je een gemêleerde groep krijgt maar het vraagt ook wel een bepaald soort ouders om hier aan mee te doen ". Daarmee ontstaat een selectie van patiënten. "Door de open uitnodiging krijg je een bepaalde selectie van ouders, omdat het een select gezelschap is wordt het gesprek gefocust op een paar ervaringen". Eén van de professionals ziet dit niet als een probleem: "Ik denk dat de ouders die naar de spiegelbijeenkomsten komen toch een bepaald soort ouders zijn, niet een doorsnee van de ouders die hier komen. Juist omdat het mondige mensen zijn moet je ze serieus nemen, want al die mensen die het niet durven zeggen of niet kunnen verwoorden die heb je daarmee direct erbij".

De wenselijkheid dat de groep groot genoeg is om door de toehoorders als representatief ervaren te worden wordt door de meeste respondenten duidelijk aangegeven. Als de eerste ronde schriftelijke uitnodigingen te weinig respons oplevert wordt er nagebeld. Soms worden de uitnodigingscriteria verruimd om een groep bij elkaar te krijgen die groot genoeg is. Voor één van de bijeenkomsten werden 26 ouders uitgenodigd. Met nabellen waren er vier schriftelijke en vier mondelinge toezeggingen. Uiteindelijk waren er op de bijeenkomst ouders van vier kinderen. Bijlage 6 geeft een overzicht van motieven voor afwezigheid, zoals deze door patiënten aangegeven werden op de antwoordstrook van de uitnodiging of wanneer ze nagebeld werden. De organisator van deze avond zegt over de afzeggingen: "Ik vind dat wel de grootste stress".

Vrijblijvendheid

De problemen met het tot stand brengen van een representatieve groep roepen de vraag op hoe vrijblijvend de uitnodiging naar de patiënten toe zou moeten zijn. Er zitten voor de respondenten een aantal kanten aan. Men vindt enige aansporing geoorloofd, misschien zelfs iets meer dan nu gebeurt. “Ik vind dat men iets te bescheiden is hier in huis naar patiënten toe om dat te vragen”. En “Voor de energie die er van hieruit in de spiegelbijeenkomst gestopt wordt moet het eigenlijk niet vrijblijvend kunnen zijn”.

De andere kant is dat men patiënten niet teveel wil belasten. “Het is heel beladen, de tijd in het ziekenhuis heeft veel impact gehad. Ze zijn even blij dat ze op adem komen thuis, ik denk dat het te belastend is om ze te pushen om te komen”. En er zit nog een kant aan: “Het kan voor mensen zelf ook heel zingevend zijn of een punt ergens achter zettend dat je je verhaal nog een keer vertelt met het nut voor andere ouders”.

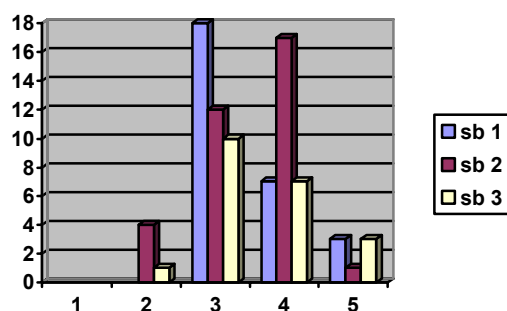
Iets aansporing mag dus, maar dat moet wel gedaan worden door iemand die dat met gemak doet, want: “als je het gevoel hebt dat het eigenlijk niet kan dan geef je dat door”. De meest voor de hand liggende oplossing lijkt de professionals om meer uitleg te geven aan patiënten. “Als je uitlegt dat het voor ons van het grootste belang is dat ze ons vertellen hoe ze bejegend zijn in de tijd dat ze hier als klant op de afdeling waren komen er misschien iets meer”. Ook het benadrukken dat het voor andere ouders ook fijn is om ervaringen van andere ouders te horen is een aanbeveling van één van de respondenten.

Blinde vlekken

Of de groepen nu als groot genoeg ervaren worden of niet, de spiegelbijeenkomsten leveren een grote hoeveelheid informatie op. Niet alles is nieuw wat in het gesprek passeert, maar zoals een toehoorder het formuleert: “Alle kleine anekdotes maken me erg bewust waar ik mee bezig ben”. Een ander beschrijft: “Het werd heel helder en duidelijk, het was niet nieuw, maar het werd uitvergroot”. Het directe contact met de ouders wordt als een effectieve manier beschreven om blinde vlekken op te sporen.

“Het heeft me ook wel weer geleerd dat ik ingesloten patronen krijg na meer dan tien jaar werken, door de spiegelbijeenkomst word je in de gelegenheid gesteld om daar weer eens over na te denken”.

Een vraag in de enquête inventariseert in hoeverre de bijeenkomst verrassende nieuwe gezichtspunten naar voren bracht (score 5) tot totaal niet informatief was (score 1).



Grafiek 4 Informatiewaarde van de bijeenkomst

De waarden geven aan dat de informatiewaarde kan variëren per bijeenkomst, maar dat slechts een zeer kleine groep de bijeenkomst als niet tot nauwelijks informatief ervaren heeft.

Op de afdelingen wordt de dagen na de spiegelbijeenkomst regelmatig gepraat over wat er gezegd is: “Het gonst na”, wordt er gezegd. De informatie die uit de bijeenkomsten naar voren komt, de feedback van patiënten, kan uit zowel positieve als negatieve punten bestaan. Over het ontvangen van positieve feedback zegt één van de professionals: “Dat is heel prettig, dan voel je je een beetje opgetild, dat heeft met erkenning en bevestiging te maken”. Niet iedereen verwerkt positieve feedback op dezelfde manier, een respondent geeft aan het lastig te vinden om complimenten te ontvangen. Een ander geeft aan een duidelijk verschil te ervaren in het ontvangen van verschillende soorten feedback: “Als je een compliment krijgt, die gaat zo naar binnen. Kritiek probeer ik te wegen”.

“Als er kritiek komt roept dat wel iets op van teleurstelling, dat roept iets op van daar moeten we iets aan doen, liefst zo dat het de volgende keer als een positief punt wordt genoemd” zegt een ander. “Het reflecteert ook even, je ziet jezelf ook lopen, hoe je soms kan reageren, zo van: twintig dingen in mijn hoofd en er niet helemaal bij zijn als ouders wat vertellen. Voor mezelf heb ik dan zoiets: je moet er gewoon helemaal zijn, je moet op dat moment keuzes maken”. Ook als er kritische dingen gezegd werden die niet direct betrekking op het eigen werk hadden werd dit als leerpunt opgepakt. “Er waren kritische dingen over andere ziekenhuizen maar die ik wel meeneem omdat ik ook verpleegkundige ben, ik kan in diezelfde val lopen”.

Stof tot denken

Feedback zet aan tot nadenken, zeggen de professionals, en dat geldt zowel voor positieve als negatieve feedback. Ook een compliment dat binnenkomt leidt tot reflectie: “Blijkbaar is de sfeer hier goed, en dat is dus een belangrijk punt om zo te houden”. Na de bijeenkomst waar dit punt uitgebreid aan de orde kwam wordt in een gesprek tussen collega’s op de gang nagedacht over de complimenten over de sfeer. In een, zoals ze het zelf noemt, kort-door-de-bocht analyse, benoemt een professional een belangrijke factor die in haar optiek bijdraagt aan de goede sfeer: het feit dat er stabiliteit heerst in het team, en dat dit zich blijkbaar doorvertaalt in de houding van de verpleegkundigen naar de ouders.

Niet alles wat op de bijeenkomsten gezegd wordt leidt direct tot reflectie. Een arts benoemt het bij de afsluiting van een bijeenkomst als “een stofwolk die moet neerdalen”. Een professional spreekt er een week later in gelijke termen over: “Je verwerkt het niet op dat moment, het komt mondjesmaat terug op onverwachte momenten”.

Al te lang moet er ook niet gewacht worden met nadenken over wat er gezegd is, getuige de volgende opmerking: “We hebben nog niet geëvalueerd, en het is alweer drie weken geleden, dus het zakt alweer een beetje weg”.

Een professional beschrijft dat het bewust zijn rondom de spiegelbijeenkomsten weer even komt bovendrijven. “Hoe goed wij het ook soms bedenken, het hoeft niet allemaal zo over te komen. Dat moeten we soms slikken en dat maakt kwetsbaar”. De kwetsbaarheid, de lof en kritiek, en de bewustwording, zijn stof tot denken: “Als ik een opmerking krijg probeer ik meteen in strategieën te denken, van: hoe kan ik dat de volgende keer verbeteren”.

Leerpunten

Wanneer professionals gevraagd wordt wat ze het meeste is bijgebleven van de bijeenkomst worden vaak de verschillen in beleving tussen patiënten genoemd. “Het is opvallend hoe de perceptie kan verschillen” en “Mij is het meest bijgebleven dat het maatwerk is wat wij moeten leveren en dat dat heel ingewikkeld is”. Maar ook communicatieproblemen maken indruk. Een patiënt vertelt hoe door onvoldoende afstemming tussen de voorschriften van de arts en de keuken de etenskar aan zijn neus voorbij rijdt, in de onterechte veronderstelling dat hij nuchter moet zijn. De beschrijving van dit incident leidt er toe dat meerdere professionals de communicatie rondom voedingsvoorschriften als leerpunt voor de afdeling benoemen.

Leerpunten hoeven in de interviews niet actief uitgevraagd te worden, die worden, al pratende over de spiegelgesprekken, spontaan genoemd. In de enquête worden open vragen gesteld over wat de professionals het meest is bijgebleven, wat zij er persoonlijk van leren en wat zij als leerpunten voor de afdeling zien.

De vier vragen zijn als volgt geformuleerd:

- De belangrijkste opmerking/ uitspraak vond ik:
- De volgende uitspraak/ patiënt zal ik niet gauw vergeten:
- Persoonlijk heb ik het volgende geleerd:
- Ik heb de volgende leerpunten en/of actiepunten voor de afdeling gehoord:

In de antwoorden wordt een overweldigende hoeveelheid punten genoemd. In antwoord op vier vragen in drie enquêtegroepen met een totale respons van 86 professionals worden 452 punten genoemd.¹ De antwoorden op de enquêtevragen laten zich niet duidelijk in categorieën onderscheiden: wat de één als leerpunt noemt staat bij de ander onder “de belangrijkste uitspraak vond ik”. Ook andere antwoordcategorieën lopen door elkaar heen. De vraag naar leerpunten voor de afdeling levert de meeste punten op, een totaal van 206. In het totaal van antwoorden uit de interviews en enquêtes kan wel een onderscheid aangebracht worden in punten die indruk hebben gemaakt op de professionals, leerpunten die vooral persoonlijk en aan attitudeaspecten gerelateerd zijn, en leerpunten die meer op de organisatie van de zorg gericht zijn, al dan niet op afdelingsniveau. In de volgende tabel worden de antwoordcategorieën geïllustreerd aan de hand van een aantal letterlijke uitspraken en geschreven antwoorden van de respondenten.

¹ Dit is een optelling van alle op de enquêteformulieren genoteerde punten, dus inclusief onderlinge overlap

<p>Punten die zijn bijgebleven:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Onmacht voelt het zwaarste ○ Weinig begrip van uitvoeringsinstanties ○ Het hele gezin heeft te leiden onder deze ziekte ○ Wat normaal is voor verpleegkundigen is niet normaal voor ouders ○ Overplaatsing is heftig voor ouders ○ Het geven van veel informatie genereert soms meer vragen dan antwoorden op vragen ○ Wisselende behoefte aan informatie ○ Mondigheid van ouders, niet alles zomaar aannemen ○ Patiënt die drie keer kwam maar niet op OK schema stond ○ Stukje zorg geven uit hun hart ○ Het lange wachten bij opname, bv. 9.00 uur gekomen, 12.00 uur komt arts ○ Afdeling was geweldig, tijd voor de patiënt
<p>Persoonlijke leerpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informatie geven, hoe dan ook, en herhalen ○ In overleg met het team toch vroeger zaken aankaarten, ook al liggen ze gevoelig ○ Grote variatie in soort mantelzorgproblematiek ○ Het gebruik van het woord "normaal" (n.b. in het beschrijven van wat er met een prematuur kind kan gebeuren) was voor de ene ouder verschrikkelijk, voor de ander een strohalmpje ○ Niet teveel als vanzelfsprekend aannemen ○ Elke ouder vergt een andere aanpak, dit moet je goed kunnen aanvoelen ○ Dat elk woord op een weegschaal gelegd wordt ○ Doorvragen naar belevingen van ouders helpt om betere zorg te leveren ○ Communicatie is zeer belangrijk, naar patiënten toe maar ook naar collega's ○ Goed luisteren naar de patiënt, klachten serieus nemen ○ Terughoren of je de goede en genoeg info gegeven hebt en of je ouders voldoende ingelicht hebt en niet nodeloos ongerust hebt gemaakt
<p>Leerpunten op organisatie niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stroomlijnen poli ○ Samengestelde spreekuren ○ 24 uur gespecialiseerde hulp ○ Meer e-mail ondersteuning ○ Nog beter voorbereiden op overplaatsing/ ontslag ○ Meer controle op gebruik ouderkamer ○ Hanteren van continuïteit van zorg door 1 of 2 verpleegkundigen ○ Dat informatie van internet een rol speelt, meer uitleg? ○ Steeds mondiger wordenden ouders, invloed op medische beleid, hoe ga je daarmee om? ○ Goede registratie van allergie en controle daarop ○ Verbeteren verslaglegging ○ Ouders blijven stimuleren in de participatie van de zorg ○ Uitleg en verschaffen informatie moet nog meer verbeteren, voorkomt onduidelijkheid en angst ○ Als patiënten echt ziek zijn <u>moet</u> de zaalarts komen ○ Tegenstrijdigheden binnen de verschillende disciplines ○ Strenger naleven van bezoektijden ○ Dieet doorgeven blijft gebrekkig, moet beter ○ Leerling verpleegkundigen moeten niet alleen een opname gesprek voeren

Tabel 2 Leerpunten

In de enquête wordt de toehoorders gevraagd op een 5-puntsschaal aan te geven in hoeverre de bijeenkomst voor hen inspirerend werkt, waarbij 5 staat voor 'inspirerend' en 1 voor 'totaal niet inspirerend'. Tabel 3 geeft de gemiddelde waarden voor de scores aan.

	SB 1	SB 2	SB 3
Mate van inspiratie	3.9	4.2	3.9

Tabel 3 Inspiratie

De professionals geven aan geïnspireerd te raken door de bijeenkomst, en noemen een grote hoeveelheid leerpunten op. De bijeenkomsten genereren een schat aan informatie en inspiratie.

De kracht van de spiegelbijeenkomst

Aan het eind van het interview wordt de professionals gevraagd de kracht van de spiegelbijeenkomst te beschrijven. Dat levert antwoorden op als:

“Het is een soort samengebald iets in tijd en plek, je zit daar met je idealen van goede zorg. En daar achter zit je angst en verlangen, dat speelt allemaal mee. Dat samen beleven is een heel krachtig iets”.

“Ik vind de inbreng van ouders op deze manier positief, Ik heb liever dat ze zeggen wat op hun hart ligt dan dat het zit te broeien en dat er achter je rug om geklaagd wordt”

“Dat je eilandjes overstijgend kijkt. Dat gebeurt in het multidisciplinair overleg ook, maar niet zo helder, het gebeurt niet voor je ogen, het blijven casussen, het is papier. Dat je er op zit, dat maakt uit.”

“Prachtig om te horen dat je in de waan van je werk een soort arrogantie krijgt dat wij wel weten hoe het moet, en dan wordt je weer even terug gezet op je plaats”.

“Dat je alleen moet luisteren en dat je dat goed moet doen”

Eén van de respondenten denkt lang na over deze vraag. Als het antwoord komt is het kort maar krachtig: “dat mensen praten en jij toehoort, het idee erachter, dat werkt gewoon!”

De professionals zijn allen overwegend positief over het instrument, de kanttekeningen die zij hebben liggen vooral op het gebied van de organisatie. Het luisteren naar patiënten met open oren en ogen, maar zonder commentaar en weerwoord levert een krachtige impuls tot reflectie op.

4.4 Na de spiegelbijeenkomsten

De nabespreking

De nabespreking van de spiegelbijeenkomst dient binnen vier tot zes weken na de bijeenkomst plaats te vinden. Bij twee van de vier geobserveerde spiegelbijeenkomsten lukt het om de projectgroep, coördinator en gespreksleider(s) binnen deze termijn bij elkaar te krijgen, bij de andere twee is de tussenliggende periode langer en/of zijn niet alle betrokkenen aanwezig. In de periode voorafgaand aan de nabespreking is door drie van de vier afdelingen een verslag gemaakt, al dan niet aan de hand van gemaakte geluidsopnames. De lengte van de verslagen van de bijeenkomsten variëren tussen de twee en zeven pagina's. In twee van de drie verslagen wordt verslag gedaan aan de hand van een beknopte letterlijke weergave van de vragen en antwoorden, één van de verslagen bestaat uit een korte samenvatting. Het draaiboek beveelt aan het verslag verder uit te werken naar een sterktezwakte analyse. Er wordt een format aangereikt waarin positieve feedback, negatieve feedback en wensen/ suggesties beschreven kunnen worden. Eén van de drie afdelingen heeft voorafgaand aan de nabespreking een lijst van positieve en

negatieve feedback punten opgesteld. Ook de agenda voor de bespreking wordt aangereikt in het draaiboek. De coördinator van de spiegelbijeenkomsten zit de nabespreking voor, bij afwezigheid wordt zij waargenomen door de gespreksleider.

Tijdens de nabespreking wordt eerst teruggekeken op de ervaringen met de spiegelbijeenkomst.

Vervolgens wordt aan de hand van het verslag gesproken over de informatie die de spiegelbijeenkomst heeft opgeleverd. In de drie geobserveerde nabesprekingen wordt globaal dezelfde lijn gevolgd: als een punt aan de orde wordt gesteld, is de eerste weging of het een item is dat hoort binnen het bereik van de afdeling. Vervolgens wordt bekeken of het een veranderbaar punt betreft, en welke acties er mogelijk al rond dit punt genomen zijn in het verleden. Als er geconstateerd wordt dat er ruimte en mogelijkheid voor verandering is, wordt het als actiepunt genoteerd. Ook de positieve punten komen aan de orde. Hiervan wordt vastgesteld dat het belangrijk is om ze te behouden.

Bij de nabesprekingen van spiegelbijeenkomsten waar een enquête gehouden is zijn de resultaten wel aanwezig, maar niet opgenomen in het verslag. De enquêteresultaten worden nauwelijks besproken en zijn niet verspreid over de afdeling.

Actiepunten

Een voorbeeld van een punt dat buiten het bereik van de afdeling ligt is de communicatie tussen artsen in een perifeer ziekenhuis, waar een samenwerkingsverband mee bestaat. In eerste instantie wordt dit punt terzijde gelegd, maar vervolgens wordt genoemd dat, hoewel het een kritiekpunt op een ander ziekenhuis betreft, je toch zelf ook je voordeel er mee kunt doen. Verder blijkt één van de cardiologen spreekuur te houden in het betreffende ziekenhuis, en wordt afgesproken het kritiekpunt aan haar door te geven, zodat zij het vervolgens met de artsen van dat ziekenhuis kan bespreken.

Een voorbeeld van een niet-veranderbaar punt is de vraag naar een ruimte op de afdeling voor ouders. Er wordt besproken dat er op de afdeling geen ruimtes over zijn, en dat er voor vrijkomende ruimtes al wachtlijsten bestaan. Een punt waar al acties op zijn ondernomen is de voorbereiding op overplaatsing. In de nabespreking worden de lopende acties nog een keer op een rijtje gezet, besloten wordt dat nog meer aandacht nodig is, vervolgens wordt het punt ondergebracht bij de werkgroep die al rond dit onderwerp geformeerd was.

Voorbeelden van punten die leiden tot verbeteracties zijn:

feedback	actiepunt
Behoeftte aan 24-uurs noodhulp (van poliklinische patiënten)	Verwijzen naar de accurate instanties, extra aandacht voor voorlichting eerste lijn (huisartsenpost)
Kritiek op herhaling van testen	Meer supervisie op keuzes van arts-assistenten in testen Meer uitleg aan patiënten wanneer het gaat om follow-up of overdoen van testen
Veel informatie die tijdens de opname gegeven wordt, gaat verloren.	Gericht gaan kijken naar de informatievoorziening rond de opname en hier meer structuur in aan gaan brengen.
Doublures in vragen bij opeenvolgende consulten arts en doktersassistente	Afspraak om tussen de consulten door kort te overleggen zodat doublures voorkomen worden

Tabel 4 Voorbeelden van actiepunten

Ook andere acties kunnen voortkomen uit de nabespreking. Bij één van de afdelingen wordt de discussie over de mate van regie overnemen van de patiënt weer aangewakkerd door de spiegelbijeenkomst. Besloten wordt om dit in een volgend teamoverleg middels casuïstiek aan de orde te laten komen.

Het volgende punt op de agenda is feedback voor de gespreksleiding. Hierbij komen zaken als dominantie van gesprekspartners, sfeer, hanteren van de agenda en dergelijke aan de orde. Op één van de nabesprekingen wordt opgemerkt dat het voorzitten van een spiegelbijeenkomst een heel andere dimensie heeft dan het voorzitten van bijvoorbeeld een vergadering. Het ruimte creëren voor de patiënten is een bijzonder aspect.

Vervolgens wordt de organisatie geëvalueerd. Op de nabesprekingen van de bijeenkomsten waar weinig patiënten aanwezig waren wordt dit punt en de inspanning die het gekost heeft om de groep bij elkaar te krijgen uitgebreid besproken. Er worden afspraken gemaakt over het kort vóór de bijeenkomst nogmaals contact opnemen met de patiënten, en over wat de grens is qua grootte van de groep voor het laten doorgaan van de bijeenkomst. Andere bespreekpunten zijn bijvoorbeeld de evaluatie van de gebruikte ruimte en voorzieningen en de selectie van de patiënten.

Het laatste punt van de bespreking is de planning van de volgende bijeenkomst. Dit gebeurt door globaal de periode vast te stellen waarin de volgende spiegelbijeenkomst zal plaatsvinden. Er vindt een korte uitwisseling van gedachten plaats over mogelijke onderwerpen en/of patiëntengroepen die zich lenen als onderwerp voor de volgende bijeenkomst.

Het vervolg

Eén van de drie afdelingen heeft van de nabespreking een verslag gemaakt. De organiserend verpleegkundige geeft aan dat het haar niet duidelijk is of dat verslag naar de hele afdeling toegaat. Op de nabespreking van de tweede bijeenkomst worden actiepunten genoteerd. Deze worden via de mail naar de medewerkers op de afdeling verspreid. Op de nabespreking van de derde bijeenkomst was er geen afspraak gemaakt over het notuleren, en bleek niemand een verslag gemaakt te hebben. Concrete vervolgafspraken met betrekking tot de actiepunten worden niet gemaakt op de nabesprekingen.

De coördinator van de spiegelbijeenkomsten is betrokken tot en met de nabespreking. Wat er vervolgens met de informatie die is verkregen gebeurt is de verantwoordelijkheid van de afdeling. De besproken actiepunten worden door de aanwezigen op de nabespreking meegenomen naar stafvergaderingen, teambesprekingen en/of werkoverleg. Zaken die passen binnen bestaande werkgroepen worden daarin ondergebracht. Eén van de aanwezigen op de nabespreking geeft aan dat er voor nieuwe projecten op hun afdeling weinig ruimte is. De budgetten voor dit jaar zijn krap, en “mensen die in een werkgroep bezig zijn staan niet aan het bed”.

Verslaglegging van de bijeenkomst naar de patiënten komt op één nabespreking aan de orde, op verzoek van de coördinator. Geen van de andere afdelingen heeft dit als bespreek- of actiepunt.

Hoofdstuk 5 Analyse

Het onderzoek richt zich op de ervaringen van professionals en patiënten met één van de instrumenten die gebruikt kunnen worden voor het vorm geven aan patiëntenparticipatie: de spiegelbijeenkomst, en de rol die de spiegelbijeenkomst heeft in het vormgeven van de patiëntgerichtheid van de zorg. In de theoretische inleiding wordt genoemd dat de afstemming tussen patiënt en professional niet als vanzelfsprekend aangenomen moet worden. Het ruimte bieden aan het perspectief van de patiënt biedt mogelijkheden om de verwachtingen van patiënten en professionals met elkaar in overeenstemming te brengen. Dit vraagt een actieve houding van de patiënt, een bereidheid om zijn ervaringsdeskundigheid te delen. Het vraagt van de professional een bereidheid tot leren, tot reflectie op zijn dagelijks handelen. Het vraagt ook de bereidheid om verrast te worden en bewuste onbekwaamheid te erkennen, en om die verrassing te gebruiken om vragen te gaan stellen bij de manier waarop hij zijn handelen en kennis ontwikkelt. De professional is de schakel tussen het ontvangen van informatie van patiënten en het verwezenlijken van verbeteringen in de zorg.

Er worden een aantal voorwaarden genoemd die het effect van feedback versterken, zoals actieve betrokkenheid bij het genereren van informatie, interactie met patiënten, het delen van kennis en confrontatie met de werkelijkheid. Om de feedback daadwerkelijk tot veranderingen in de organisatie te laten leiden is het belangrijk dat informatie verspreid wordt, en dat leren gefaciliteerd wordt. Reflectie op individueel niveau moet de aanleiding vormen voor reflectie op organisatorisch niveau, zodat de organisatie kan profiteren van het leerproces van de individuele professionals. In dit hoofdstuk worden de beschreven resultaten van het onderzoek geanalyseerd door koppeling aan de relevante literatuur uit het theoretisch kader.

5.1 Invloed van patiënten

De klanten van het AMC, de gebruikers van de zorg die er voor kiezen in te gaan op de uitnodiging voor de spiegelbijeenkomst, hebben een verhaal te vertellen. Ze doen moeite om aanwezig te zijn: nemen vrij van hun werk, regelen oppas, komen van ver en stappen de setting weer binnen waarin zij veel hebben meegemaakt. Hun motivatie varieert: sommigen willen hun positieve ervaringen delen, anderen hebben kritiekpunten en soms vragen die zij kwijt willen. Zij nemen een actieve rol in in het contact met de zorgprofessionals. De door Arora (2000:335) gevonden karakteristieken die verband houden met een voorkeur voor actieve participatie in de zorg zijn niet zo éénduidig te herkennen in de groep patiënten die geïnterviewd zijn in het kader van dit onderzoek. Leeftijd en opleiding varieert, en de aandoeningen die de patiënten zelf of hun kinderen hadden waren soms ernstig van aard.

Het zwaartepunt van de informatievoorziening rond de spiegelbijeenkomsten ligt bij het informeren van de zorgprofessionals vóór de bijeenkomst. Zelfs als het de eerste bijeenkomst is die zij bijwonen weten zij wat ze kunnen verwachten. De patiënten ontvangen een beperkte hoeveelheid informatie en weten niet goed wat hen te wachten staat. Dit leidt tot verrassing en soms schrik, maar het komt niet als negatieve ervaring naar voren in de gesprekken. Het draaiboek doet de suggestie om de patiënten na afloop een kort verslag te toe te sturen, maar in de praktijk gebeurt dit meestal niet. De asymmetrie in de informatievoorziening roept vragen op over welke rol de patiënt toebedeeld krijgt.

Patiënten worden gevraagd naar hun mening en ervaring in de evaluatiefase van de zorg. Geplaatst op de participatieladder van Arnstein (CBO 2005:9) komt de spiegelbijeenkomst in het midden uit: er wordt actief gezocht naar de mening van patiënten en hun voorstellen en ideeën worden van belang geacht. Er is echter geen sprake van partnership: gezamenlijke besluitvorming op basis van de inbreng van patiënten vindt niet plaats. De rol van de patiënt stopt wanneer de spiegelbijeenkomst is afgelopen.

De professionals hebben het gevoel dat de groep patiënten zich selecteert door de open uitnodiging, en dat vooral de meer mondige, beter opgeleide patiënten hun aanwezigheid toezeggen. De samenstelling van de groep lijkt voor de professionals echter niet af te doen aan de waarde van de informatie die de patiënten geven. Hun uitspraken bevestigen de positie van de patiënt als eindgebruiker van de zorg, en daarmee het belang van hun mening over die zorg: "Het gaat er om hoe de patiënten het ervaren".

De grootte van de groep lijkt wel een factor van belang. De representativiteit van de mening van de patiënt komt ter discussie te staan als die niet ingebed is in de mening van andere patiënten. Wanneer de groep klein is, komt er minder interactie tot stand tussen de patiënten. Een mening van een patiënt krijgt geen weerwoord of bijval, waardoor onduidelijk blijft of de mening gedeeld wordt door anderen.

Quinn (1996:73) noemt gerespecteerde en objectieve bronnen van evaluatie een belangrijke voorwaarde voor evaluatie ter stimulering van professioneel intellect. De professionals zien de patiënt als een gerespecteerde bron van evaluatie, maar de mate van ervaren objectiviteit lijkt samen te hangen met de omvang van de groep.

Er is een mogelijk verband tussen de grootte van de groep en de wijze waarop de patiënten uitgenodigd worden voor de bijeenkomst. Hibbard (2003: 1-65) beschrijft dat het belangrijk is om patiënten kansen te geven en aan te moedigen om te participeren in de zorg in de mate die ze kunnen. De organiserende professionals geven aan de vrijblijvendheid van de uitnodiging voor de spiegelbijeenkomst belangrijk te vinden. Eén of twee brieven kan, nabellen ook, maar de patiënt moet zich zeker niet verplicht voelen. Dit lijkt vooral gerelateerd te zijn aan de opvatting van de professionals dat de patiënten al zwaar genoeg belast zijn of zijn geweest, en dat het bijwonen van de bijeenkomst een extra inspanning van ze vraagt.

Een ander dilemma wordt gecreëerd door de behoefte aan een homogene groep. Hoe breder de criteria die gehanteerd worden voor het uitnodigen, hoe groter de potentiële groep aanwezige patiënten. Maar verbreding van de criteria kan de homogeniteit van de groep in gevaar brengen, en daarmee het verloop van het gesprek bemoeilijken.

Het begrip objectiviteit van Quinn is ook van belang wanneer het gaat om het ontvangen en verwerken van feedback. Een aantal professionals benoemt de verschillen tussen feedback van patiënten en die van collega's in termen van subjectiviteit en emotionele beladenheid. Dit heeft consequenties voor de manier waarop de feedback ontvangen wordt. De informatie wordt gefilterd: de mening van anderen over het betreffende issue wordt gevraagd, de context van de opmerking en de invloed van de emotionele status van de patiënt worden mee gewogen. De emotionele verbondenheid heeft voor sommigen ook consequenties voor hoe de feedback binnenkomt: het raakt ze meer, en dieper.

5.2 Ervaringsleren

De professionals zijn bereid tot luisteren. Het type professional dat Quinn (1996: 72) beschrijft, dat moeite heeft met het accepteren van evaluaties buiten hun vakgroep, is moeilijk herkenbaar in deze groep respondenten. Deze groep zorgverleners past beter in de categorie “dynamo’s” van Maister (1997:17): bereid om iets nieuws te leren, en met hart voor de zaak.

Bate en Robbert (2006:307) beschrijven het leren van ervaringen, het belang van verhalen van patiënten als instrument voor verbetering. De professionals onderschrijven dit wanneer ze vertellen over hoe belangrijk hun fysieke aanwezigheid in de zaal is. De ervaring strekt zich in die situatie verder uit dan alleen het horen vertellen van de ervaringen van de patiënten. Ook de aanwezigheid van hun collega’s, het voelen, zien en horen in de zaal is een wezenlijke factor in de beleving van de spiegelbijeenkomst.

Het horen van de, vaak emotioneel beladen, verhalen uit de mond van de patiënt zelf kan beschreven worden als een primaire ervaring (Arbon 2003:152). Het is immers een situatie die rechtstreeks en uitdagend is, en interpretatie en reactie nodig heeft. Niet alleen vertellen de patiënten over situaties waarin de zorgverleners betrokken waren, het aanwezig zijn als toehoorder wordt ook als actieve betrokkenheid ervaren. Jamtvedt (2007:3) benoemt dat deze actieve betrokkenheid bij het genereren van feedback het effect van de feedback versterkt.

De professionals bevestigen dit met hun uitspraken. Ze beschrijven een grotere impact, meer effect als men het uit de mond van de mensen zelf hoort, en zeggen dat kritiek rechtstreeks binnen komt. De feedback van patiënten, de informatie die dit oplevert komt aan. Het raakt de professionals en zet ze aan tot reflectie. Defensief gedrag (Argyris 1991:6), veroorzaakt door het feit dat de professionals in verlegenheid gebracht zijn omdat hun prestaties niet perfect zijn, is niet direct waarneembaar. Integendeel, er wordt opgemerkt dat men graag meer negatieve feedback zou willen hebben, meer leerpunten. Men is bereid zich te laten verrassen. Ook negatieve verrassingen, zoals de situatie waarin een patiënt in de bijeenkomst zegt niet geïnformeerd te zijn over een bepaalde zaak, terwijl de betreffende professional dit herhaaldelijk aan de orde heeft laten komen, zetten aan tot reflectie.

5.3 Reflectie

Het perspectief dat de patiënt biedt op de zorg, door vanuit zijn eigen ervaring te vertellen, maakt dat een bekend veronderstelde situatie onbekende elementen en zelfs verrassing blijkt te bevatten. Een goed voorbeeld hiervan is de situatie waarin artsen en verpleegkundigen jonge ouders proberen gerust te stellen door ze te vertellen dat veel van de dingen die hun kindje doormaakt normaal zijn voor een te vroeg geboren kind. Een moeder vertelde op de spiegelbijeenkomst dat zij veel moeite had gehad met het gebruik van de term “normaal”, want: “niets wat ons kindje overkomt is normaal”. In de enquête van deze bijeenkomst werd deze opmerking 33 keer genoemd, als belangrijkste uitspraak en als leerpunt. Een woord dat men als geruststellend bedoeld had, bleek een heel ander effect op de ouder te hebben. De *inside-out* benadering die Cunliffe (2004: 417) beschrijft en die voorwaardelijk is voor een kritische reflectieve professional wordt hiermee geïllustreerd. De professional erkent immers dat zijn acties voor de patiënt een andere betekenis kunnen hebben dan zijn intentie was. Het zet de professionals aan het denken. Hun eigen traditionele aanname dat de term “normaal” geruststellend werkt wordt ter discussie gesteld.

Ook problemen waarvoor al strategieën bedacht waren blijken niet opgelost te zijn. Zo voelen ouders zich ondanks uitgebreide informatie en bezoeken aan het perifere ziekenhuis toch slecht voorbereid op de overplaatsing van hun kinderen. Een ander voorbeeld is het feit dat meerdere ouders op een spiegelbijeenkomst aangeven dat de informatie die ze op de dag van opname hebben gekregen totaal niet binnen is gekomen. De shock van de opname was zo groot, dat de ouders in een roes waren en niet in staat waren informatie te verwerken. Dit bemoeilijkte vervolgens de communicatie met de professionals in het vervolg van de opname, omdat voortgeborduurd werd op deze bekend veronderstelde informatie. De spiegelbijeenkomsten leveren de professionals onbekende problemen, oplossingen die niet blijken te voldoen en verrassingen. Dit is stof voor tweede orde leren (Argyris 1991:6), er moeten immers oplossingen worden gezocht buiten het bekende arsenaal, en bestaande aannames worden in twijfel getrokken.

Het denken in dezelfde patronen waardoor selectieve onopmerkzaamheid kan ontstaan, zoals beschreven door Schön (1991:49) is de professionals niet onbekend. Zij beschrijven hoe de spiegelbijeenkomst hen helpt deze blinde vlekken gewaar te worden. Ze ervaren dit ook als waardevol, noemen dit punt om de kracht van het instrument te beschrijven. De professionals zijn zich bewust van het feit dat hun *knowing-in-action* (Schön 1991:56), hun impliciete kennis te vanzelfsprekend kan worden en accepteren de spiegel die de patiënt hen voorhoudt. De respondenten gaan niet alleen uit van hun eigen werkelijkheid, maar accepteren de ervaringen van de patiënten als een andere werkelijkheid, waar rekening mee gehouden moet worden. Ze lijken bereid tot kritisch reflectief bevragen (Cunliffe 2004:407). Ze accepteren tegenstellingen en dilemma's, en gaan op zoek naar mogelijkheden om deze te overbruggen, ook al lijkt dat soms moeilijk. De individualiteit van de patiënt komt door deze vragen weer meer op de voorgrond te staan: "Het is maatwerk wat wij moeten leveren en dat is heel ingewikkeld".

De uitwisseling van perspectieven, het met elkaar in verband brengen van probleemdefinities van patiënten met die van professionals, zoals Hibbard (2003: 1-65) beschrijft, wordt in de spiegelbijeenkomsten op een bijzondere manier vorm gegeven. Er is immers geen sprake van direct interactie tussen beide partijen. De patiënten, op één na, geven aan juist meer ruimte en vrijheid voor het vertellen van hun verhaal te ervaren vanwege het feit dat de professionals niet in de gesprekskring zitten. Een aantal professionals mist de interactie, met name wanneer het gaat om doorvragen, dus verdieping op een bepaald onderwerp, en sturing van het gesprek wanneer bepaalde informatie gemist wordt.

De setting en de opstelling in de zaal van de bijeenkomst levert aanvankelijk bij de patiënten en sommige professionals wat verbazing op, maar wordt over het algemeen als functioneel gezien en als passend bij de opzet en het doel van de spiegelbijeenkomst. De patiënten geven aan binnen deze setting voldoende ruimte te ervaren om hun verhaal te vertellen.

Hoewel er, op de vragenronde aan het einde van de bijeenkomst na, geen sprake is van directe verbale interactie tussen professional en patiënt, kan de interactie in de spiegelbijeenkomst beschreven worden als een reflectief contact (Schön 1991:299). De toebehorende professional is onderzoeker van zijn eigen praktijk, stel zich kwetsbaar op en laat onzekerheden toe. Hij zoekt, door het commentaarloos toehoren, verbinding met de gedachten en ervaringen van de patiënt. *Reflection-in-action* (ibid: 56) ontstaat wanneer de

professional gaat reflecteren op de informatie die dit contact hem oplevert. De grote hoeveelheid leerpunten uit de interviews en enquêtes laat een grote bereidheid tot het herkennen van leerpunten zien.

De verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de dienstverlening worden verhelderd door naar zijn ervaringen te luisteren. Er wordt toegewerkt naar "finding common ground" (Irwin (2006: 73s) met als doel het komen tot meer patiëntgerichte zorg. De definitie van de projectgroep Cliëntgerichtheid van het AMC: "het jezelf kunnen verplaatsen in de positie van de klant" is een stap op weg naar patiëntgerichte zorg zoals Irwin die omschrijft: "The care we would like our loved ones to receive" (ibid: 74s).

Om van het herkennen van leerpunten tot daadwerkelijke veranderingen te komen is het nodig acties te verbinden aan de leerpunten. Het cyclische karakter van *reflection-in-action* (Rolfe 1997: 95) behelst ook het experimenteren met de nieuw verkregen inzichten. De in tabel 2 getoonde voorbeelden van persoonlijke en organisatorische leerpunten laten zien dat de bereidheid tot experimenteren aanwezig is. De professionals beschrijven attitudeveranderingen zoals doorvragen, luisteren en niet teveel als vanzelfsprekend aannemen. Zij doen voorstellen die de organisatie van de zorg beter laat aansluiten op de wensen van de patiënten, zoals samenstelde spreekuren, e-mail ondersteuning en verbeterde verslaglegging.

5.4 Lerende organisatie

In een redactioneel commentaar stelt Crul (2007: 575) na het bijwonen van een spiegelbijeenkomst dat echt luisteren naar (groepen) patiënten de zorg wel eens meer zou kunnen verbeteren dan "al die kwaliteitsinstrumenten". Deze opmerking laat iets zien van de impact die het instrument kan hebben. Om te komen tot verbeteringen in de zorg is echter ook de vertaalslag van deze impact naar concrete verbeteringen door het gebruik van kwaliteitsinstrumenten nodig.

In een systematische review van artikelen die het betrekken van patiënten in de gezondheidszorg beschrijven, concluderen Crawford et al. (2002: 1263) dat het betrekken van patiënten een bijdrage levert aan de planning en ontwikkeling van de zorgverlening, in de zin van bijvoorbeeld verbetering van informatiebronnen voor patiënten, vereenvoudiging van de procedures voor het maken van afspraken en een meer patiëntgerichte attitude. Echter, de effecten van dit proces op de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening (in termen van tevredenheid, kwaliteit van zorg, gebruik van diensten en gezondheidsuitkomsten), zijn niet bekend. Deze bevindingen wijzen er op dat de bijdrage die patiëntenparticipatie kan hebben aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg niet vanzelfsprekend is.

De spiegelbijeenkomsten leveren leerpunten en veranderideeën op. In de nabesprekingen worden deze punten besproken en wordt geselecteerd welke aspecten onderdeel zijn van bestaande verbeteracties en voor welke zaken nieuwe acties ontwikkeld moeten worden. Kleinere verbeterpunten zoals bijvoorbeeld de verdubbeling van vragen bij opeenvolgende intakes zijn al opgelost in de periode tussen de bijeenkomst en de nabespreking. Voor veranderingen die een intensievere aanpak vragen worden in de nabesprekingen vaak geen concrete actieplannen gemaakt, en worden geen verantwoordelijkheden toegewezen. Een

voorbeeld hiervan is de informatievoorziening rond de opname. Genoemd wordt dat hier meer structuur in aangebracht moet worden, en dat dit een actiepoint is.

Verdere afspraken worden op dat moment niet gemaakt. Een ander voorbeeld is dat gesignaleerd wordt, naar aanleiding van onvrede van ouders over het herhalen van onderzoeken, dat jonge dokters soms onderzoeken overdoen uit onzekerheid. Het blijft in deze nabespreking bij deze constatering, er worden geen vervolgstappen afgesproken.

In het theoretisch kader is genoemd dat het effect van feedback vergroot wordt wanneer er specifieke en formele verantwoordelijkheden voor het implementeren van veranderingen worden toegewezen (Jamtvedt 2007:3). De vraag in hoeverre de verkregen feedback daadwerkelijk tot verandering van organisatorische routines leidt ligt buiten het bestek van dit onderzoek, maar een aantal aspecten van de gang van zaken na de spiegelbijeenkomst roept vragen op. Het kost drie van de vier keer moeite om tot een afspraak voor de nabespreking te komen. Twee van de vier keer is er wel een volledig verslag van de spiegelbijeenkomst, het derde verslag is beperkt in omvang en inhoud en het vierde ontbreekt vooralsnog. Eén van de vier verslagen bevat een sterktezwakteanalyse. Over de verslaglegging van de spiegelbijeenkomst en nabespreking naar de afdeling bestaat onduidelijkheid. Schriftelijke verslaglegging wordt over het algemeen niet gedaan naar de afdeling, punten worden meegenomen naar bestaande overlegsituaties. Ook over de enquête uitslagen wordt geen verslag gedaan naar de afdeling, de resultaten worden ook in de nabespreking nauwelijks besproken. Er lijken daarmee aanwijzingen te zijn dat het vervolg op de spiegelbijeenkomst dat betrekking heeft op organisatorische veranderingen, de belangrijke tussenstappen die nodig zijn om van feedback naar verbeteringen te komen, minder effectief verloopt dan wenselijk is.

Het AMC faciliteert het leren van zijn professionals door het opleggen van de verplichting tot het regelmatig organiseren van spiegelbijeenkomsten. De definitie van een lerende organisatie van Nikula (1999:62) behelst daarnaast een continue transformatie van de organisatie. Voorwaarde hiervoor is een vrije stroom van informatie, niet gehinderd door hiërarchische en horizontale scheidslijnen. De informatie die uit de spiegelbijeenkomsten naar voren komt lijkt in het AMC vooral op afdelingsniveau gebruikt te worden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er geen afdelingsoverstijgende inhoudelijke terugkoppeling is van de resultaten van de bijeenkomsten. De relatieve autonomie van de afdelingen lijkt in dit geval verspreiding van de verkregen inzichten op organisatie niveau niet te bevorderen. Edmonson et al. (1998: 11) beschrijven dat reflectie op individueel niveau de aanleiding vormt voor reflectie op organisatorisch niveau. Senge (1999: 38) stelt dat individuele vaardigheden in reflectie pas tot hun recht komen als ze worden toegepast in een groter geheel. De leerpunten die leiden tot voorstellen die organisatorische zaken betreffen moeten ingebed worden in het grotere geheel van de organisatie van de afdeling of de instelling om tot daadwerkelijke verbeteringen te leiden. Individuele leerpunten die attitude aspecten betreffen kunnen ook wanneer ze op individueel niveau blijven tot veranderingen in de zorg leiden. Eén zorgverlener die doorvraagt op de beleving van de patiënt en daarin zorgvuldiger dan voorheen zijn woorden kiest kan een verschil maken in de patiëntgerichtheid van de zorg. Om de patiëntgerichtheid van een afdeling en een instelling te bevorderen is verspreiding en bestendiging van dit effect nodig.

Hoofdstuk 6 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de geanalyseerde resultaten uit de interviews, enquêtes en bestudeerde documenten. Vervolgens wordt een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling: Welke rol speelt de spiegelbijeenkomst, als instrument van patiëntenparticipatie, in het vormgeven van de patiëntgerichtheid van de zorg?

6.1 Hoe ervaren patiënten de spiegelbijeenkomsten als instrument om hun ervaringen in de zorgverlening te delen?

De geïnterviewde 'klanten' van het AMC, zelf patiënt of ouder/verzorger van een patiënt, laten zich in positieve bewoordingen uit over de spiegelbijeenkomst. Zij waarderen het initiatief en het feit dat zoveel professionals de tijd nemen om naar hen te luisteren. Zij zijn weinig voorbereid op de setting en opzet van de bijeenkomst. De patiënten geven aan dat zij geen hinder ondervinden van de toehoorders, en ervaren voldoende ruimte en veiligheid voor het vertellen van hun ervaringen. De meeste geïnterviewde patiënten denken dat zij in deze setting vrijer vertellen dan wanneer de professionals onderdeel zouden zijn van de gesprekskring.

Het soort onderwerpen dat aan de orde komt betreft onder andere bejegening, communicatie (waaronder intake en ontslaggesprek, informatievoorziening), overplaatsing en overdracht, continuïteit van de zorg, faciliteiten en sfeer op de afdeling. De patiënten relativeren vaak zelf hun kritiekpunten. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de kritische opmerking te laten volgen door een opmerking die begrip laat zien voor de werkdruk op de afdeling. Slechts een enkele keer komen er opmerkingen in de trant van: "dit had niet mogen gebeuren". Op een enkele uitzondering na komen er ook geen punten naar voren die om directe beantwoording vragen. De geïnterviewde patiënten ervaren het vertellen van hun ervaringen op de bijeenkomst als bron van leermateriaal voor de professionals als een afgerond geheel. Terugrapportage over de resultaten van de bijeenkomst wordt niet verwacht, maar door een aantal patiënten wel als gewenst ervaren.

6.2 Hoe ervaren zorgprofessionals deze vorm van het inventariseren van ervaringen van patiënten?

Ook de geïnterviewde professionals zijn positief over het instrument spiegelbijeenkomst. Het feit dat er een verplichting rust op het organiseren en bijwonen van de bijeenkomsten lijkt geen invloed uit te oefenen op de beleving ervan. De professionals voelen zich goed geïnformeerd en conformeren zich aan de afgesproken regels. De functie en het nut van de regels wordt herkend. Het toehoren zonder inmenging in het gesprek van de patiënten wordt soms als moeilijk ervaren. Kunnen doorvragen op het moment dat een bepaalde zaak wordt besproken is één van de dingen die gemist wordt. Het fysiek aanwezig zijn in de zaal temidden van teamgenoten wordt als een duidelijke meerwaarde ervaren. Ook het feit dat men de ervaringen uit de mond van de patiënt zelf hoort heeft invloed op de manier waarop de informatie binnenkomt, de feedback heeft meer impact. De grootte van de groep heeft invloed op de waarde die gehecht wordt aan de informatie. Ook de professionals missen in een kleine groep de interactie tussen de patiënten. In hun beleving zou interactie tussen patiënten beter aangeven in hoeverre de gegeven feedback gedeeld wordt door andere patiënten.

6.3 Stimuleert de inhoud van de spiegelbijeenkomsten de zorgprofessional tot reflectie op het eigen handelen?

De professionals zijn bereid tot luisteren en vinden de mening en ervaringen van de patiënten van belang. Zowel positieve als negatieve feedback stimuleert tot reflectie. De verhalen en ervaringen van patiënten worden naast hun eigen ervaringen gezet, en men is bereid de eigen aannames in twijfel te trekken. De spiegelbijeenkomsten worden gewaardeerd om het feit dat blinde vlekken die in het professionele handelen zijn ontstaan naar voren worden gebracht.

Informatie van patiënten wordt gefilterd door vergelijking met de eigen ervaring, met die van anderen en door de context van de informatie in ogenschouw te nemen. De emotionele beladenheid van de informatie en de anekdotische waarde maken dat de feedback een sterke impact heeft. De verschillen in ervaringen van patiënten belichten de noodzaak en uitdaging van het maatwerk van zorgverlening.

6.4 Verwachten zorgprofessionals dat de informatie uit de spiegelbijeenkomsten tot veranderingen zal leiden in de eigen handelswijze of in de werkwijze van de organisatie?

De informatie uit de spiegelbijeenkomsten leidt tot een grote hoeveelheid leerpunten, zowel op attitude als op organisatorisch niveau. De professionals ervaren de bijeenkomsten als inspirerend en worden in hun dagelijkse handelen beïnvloed door de verhalen van de patiënten.

De concrete vertaling van leerpunten naar actiepunten op organisatorisch niveau moet gedragen worden door de projectgroep van de afdeling. In de nabesprekingen werden voornemens gemaakt om speerpunten uit de informatie van de spiegelbijeenkomsten vorm te geven binnen het afdelingsbeleid. De speerpunten werden geformuleerd door de informatie te wegen op veranderbaarheid en verantwoordelijkheid en door ze af te zetten tegen acties die al waren ondernomen of gepland waren. Kleine verbeteracties werden direct uitgevoerd, de concrete uitvoering van grotere acties werd niet in de nabesprekingen besproken. De professionals geven aan dat veel van de aspecten die naar voren gekomen zijn onderdeel zijn van lopend beleid, of als nieuwe aandachtspunten ondergebracht kunnen worden bij lopende projecten. De stappen die nodig zijn voor de vertaling van leerpunten naar verbeteracties zoals het organiseren van nabesprekingen, verslaglegging en verspreiding van resultaten worden niet altijd even effectief uitgevoerd en lijken voor verbetering vatbaar.

6.5 Welke rol speelt de spiegelbijeenkomst, als instrument van patiëntenparticipatie, in het vormgeven van de patiëntgerichtheid van de zorg?

Op basis van de beantwoording van de deelvragen kan de centrale vraagstelling als volgt worden beantwoord. De spiegelbijeenkomst wordt door professionals als een krachtig instrument ervaren. Het schudt wakker, biedt eye-openers, onthult blinde vlekken. De directe interactie met de patiënten die vertellen over hun ervaringen in het primaire zorgproces maakt dat de informatie rechtstreeks binnenkomt, en hen raakt. De fysieke aanwezigheid bij het gesprek is daarbij een zeer belangrijke factor. Er is geen ontkomen aan de feedback die gegeven wordt, als zwijgende toehoorder kan men alleen ontvangen. De professionals zijn daartoe bereid en zien de informatie van de patiënt als waardevolle feedback, die hen aanzet

tot reflectie. De patiënt wordt als ervaringsdeskundige gezien en als diegene waar de zorg uiteindelijk om draait.

De patiënten die aanwezig waren op de spiegelbijeenkomst waarderen het feit dat er naar hun mening gevraagd wordt en vinden het belangrijk om hun ervaringen te vertellen. Dit geldt zowel voor positieve als negatieve ervaringen. Ze ervaren voldoende veiligheid en ruimte in deze setting om hun verhaal te vertellen. Zij denken in deze setting hun verhaal makkelijker te kunnen vertellen dan wanneer de professionals onderdeel zouden zijn van het gesprek.

Er komt een breed scala aan onderwerpen aan de orde, die zowel de inhoud als de vorm van de zorg betreffen. De patiënten geven feedback die de individuele ervaringen overstijgt. De ervaringen van de patiënten laten de professionals over de schotten van de zorg heen kijken. De spiegelbijeenkomst heeft, zoals één van de professionals zegt, “een eilandjes overstijgend effect”. De patiënten houden de professionals daadwerkelijk een spiegel voor, en de professionals zijn bereid om er in te kijken en er lering uit te trekken. In de periode na de bijeenkomst gonst het op de afdelingen van de reacties en emoties. De verhalen van de patiënten blijven hangen en beïnvloeden de professionals in hun dagelijkse handelingen. Ze zijn zich meer bewust van de beleving van de patiënt van hun handelingen, en richten zich daarnaar. In die zin heeft de spiegelbijeenkomst in de periode na de bijeenkomst een effect op de patiëntgerichtheid van de zorg.

Om te zorgen dat deze effecten bestendigen en dat er meer structurele effecten optreden dienen ook organisatorische routines beïnvloed te worden door de ervaringen van de patiënten. Inbedding van wensen van patiënten in de organisatie en het beleid van de afdeling vraagt om een omzetting van actiepunten in verbeteracties. In het deel van het traject na de spiegelbijeenkomsten dat in dit onderzoek geobserveerd is verliep deze omzetting niet zonder problemen. Het enthousiasme dat direct na de bijeenkomst waarneembaar was en de impact van het horen van de ervaringen van de patiënten dreigt aan kracht te verliezen wanneer weer overgegaan wordt tot de drukke werkzaamheden van alledag. Een goed zicht op de structurele effecten van de spiegelbijeenkomsten kan pas verkregen worden wanneer er onderzoek gedaan wordt naar de activiteiten die de afdelingen hebben ontplooid naar aanleiding van de feedback uit de spiegelbijeenkomsten.

De spiegelbijeenkomst biedt een enorm potentieel aan leerpunten en is voor de zorgprofessionals een sterk motiverend instrument. Het is daarmee in potentie een krachtig instrument in het versterken van de patiëntgerichtheid van de zorg. Om dit potentieel waar te maken en om te zetten in structurele veranderingen in de werkwijze van de professionals en de organisatie is een goed vervolgtraject nodig, waarin de energie en informatie die vrijkomt in de bijeenkomsten omgezet wordt in concrete verbeteracties. Wanneer dit op consistente wijze gebeurt, kan de spiegelbijeenkomst een belangrijke rol spelen in het vorm geven van de patiëntgerichtheid van de zorg.

Hoofdstuk 7 Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methodologische kwaliteit van het onderzoek. De beperkingen en de waarde van het onderzoek voor de praktijk worden belicht. Daarnaast wordt een aantal aanbevelingen gedaan.

7.1 Methodologische overwegingen

Het onderzoek is begrensd in tijd en omvang, dit heeft consequenties voor de keuzes die gemaakt zijn in de dataverzameling. Binnen de tijdsduur van het onderzoek was het mogelijk om vier spiegelbijeenkomsten te volgen. Dit is een beperkt deel van de totale hoeveelheid spiegelgesprekken die jaarlijks georganiseerd wordt in het AMC. In zekere zin ging het in drie van de vier bijeenkomsten om bijzondere patiëntengroepen, namelijk ouders van patiënten en mantelzorgers. Aan de andere kant zijn ook deze groepen klant van het ziekenhuis en ontvangers van zorg, en zijn ook andere patiëntengroepen bijzonder te noemen.

De keuze van respondenten werd gedaan door de afdeling. Dit gebeurde op verzoek van de onderzoeker niet aselekt. Voor wat betreft de professionals was de vraag om naast een mix van disciplines ook te zoeken naar een mix voor wat betreft de mening ten opzichte van de spiegelbijeenkomsten. Op deze manier is geprobeerd om zowel positief als negatief kritische professionals te spreken. De groep geïnterviewde patiënten was klein. Ook hierin is geprobeerd om een mix te krijgen. Hierbij werd, op basis van de observatie van de spiegelbijeenkomst, vooral gezocht naar verschillen in het gemak waarmee patiënten hun inbreng naar voren brachten.

De enquête is bij drie van de vier bijeenkomsten uitgevoerd. Hoewel het goed geweest was als dit bij alle bijeenkomsten gebeurd was, vertoonden de resultaten dermate veel overeenkomsten dat de antwoorden als illustratief beschouwd kunnen worden (zie bijlage 5). De gegevens zijn geanalyseerd en gecodeerd door één persoon. Het is mogelijk dat op basis van deze keuzes een vertekening heeft plaatsgevonden. Door de data uit de verschillende bronnen bij elkaar te brengen, met elkaar te confronteren en in verband met de literatuur te brengen is geprobeerd dit zoveel mogelijk op te vangen.

De resulterende mix in patiënten en professionals en de databronnen triangulatie vergroot de representativiteit van de resultaten, en daarmee de generaliseerbaarheid naar andere afdelingen en ziekenhuizen. De resultaten uit dit explorerende onderzoek kunnen zicht geven op de mogelijke effecten van spiegelbijeenkomsten en daarmee leerzaam zijn voor andere ziekenhuizen. Vooral voor de Sneller Beter ziekenhuizen die bezig zijn om patiëntenparticipatie in hun instelling vorm te geven kunnen deze resultaten behulpzaam zijn bij het kiezen van instrumenten.

7.2 Vervolgonderzoek

Het onderzoek geeft inzichten over een deel van het traject rond de spiegelbijeenkomst, en roept vragen op over andere delen van het traject. Gezien de gerapporteerde impact van de spiegelbijeenkomsten en de veelheid aan verbeterpunten die uit de bijeenkomsten voort komen wordt nieuwsgierigheid gewekt naar de effecten op de zorgverlening. Onderzoek naar de mate waarin en manier waarop actiepunten uit de bijeenkomsten omgezet worden in verbeterresultaten kan inzicht geven in de mate waarin dit instrument tot concrete

veranderingen in de zorg leidt. Deze vraag lijkt mede relevant omdat het instrument spiegelbijeenkomsten een niet geringe investering in tijd en geld betekent. Ook het herhalen van dit onderzoek in een andere setting kan interessante informatie opleveren. De eerder genoemde Sneller Beter ziekenhuizen, waar men begint met ervaring op te doen met dit instrument zijn hier een voorbeeld van. Maar ook instellingen waar het contact met de patiënt langduriger en vaak nog niet afgerond is vormen een interessante setting voor onderzoek naar de werking van spiegelbijeenkomsten.

7.3 Aanbevelingen

De grootte van de groep was een prominent item in de interviews. Zowel professionals als patiënten gaven aan verbreding en verdieping van ervaringen te missen omdat er minder interactie optreedt in een kleine groep gesprekspartners. De grootte van de groep werd ook als een grote stressfactor ervaren, immers het door kunnen gaan van de geplande bijeenkomst hangt af van het aantal aanwezige patiënten. Uitbreiding van de uitnodigingscriteria lijkt geen voor de hand liggende oplossing, omdat de groep dan minder homogeen wordt. Een actievere benadering van de patiënten, met een meer nadrukkelijke uitleg van het nut en de functie van de spiegelbijeenkomsten voor de kwaliteit en patiëntgerichtheid van de zorg zou wel kunnen leiden tot minder problemen op dit gebied. In het verlengde hiervan kan de opvallende informatieasymmetrie rond de spiegelbijeenkomsten tussen professionals en patiënten een aanleiding vormen om de informatiestroom naar patiënten te verbeteren. Een patiënteninformatiefolder kan ervoor zorgen dat de patiënten beter voorbereid zijn op de spiegelbijeenkomst. Deze informatie kan worden uitgebreid door een telefonische toelichting wanneer contact met patiënten opgenomen wordt over de uitnodiging. Wanneer de opkomst van patiënten een probleem blijft vormen zou verder onderzoek naar motieven van patiënten om de bijeenkomsten bij te wonen of af te zeggen geïndiceerd zijn. Ook de informatievoorziening naar patiënten na de spiegelbijeenkomst zou een prominentere plaats in mogen nemen.

Voor wat betreft de informatievoorziening naar de professionals in het traject na de spiegelbijeenkomst lijken er geen eenduidige afspraken te zijn. Meer uniformiteit met betrekking tot de verspreiding van de resultaten en actiepunten die voortkomen uit de spiegelbijeenkomsten, enquêtes en nabesprekingen kan de transparantie van de effecten van de bijeenkomst ten goede komen.

In de nabesprekingen viel op dat veel actiepunten genoemd werden, en dat voor lang niet alle punten een concreet plan van aanpak gemaakt werd. Door actieplannen en verantwoordelijkheden specifieker te benoemen in de besprekingen en de verslaglegging kan er mogelijk een meer solide basis gelegd worden voor het ontwikkelen van structurele verbeteringen.

Een laatste aanbeveling betreft de verspreiding van de resultaten van de spiegelbijeenkomst. Een ander effect van het feit dat de verantwoordelijkheid voor het verwerken van feedback naar verbeteracties bij de afdelingen ligt is dat de effecten ook alleen op afdelingsniveau bekend zijn. De kracht van de impact die het instrument spiegelbijeenkomst oplevert verdient het om organisatiebreed belicht te worden. Patiënten en professionals van alle afdelingen mogen horen welke resultaten geboekt kunnen worden wanneer er geluisterd wordt naar patiënten.

LITERATUUR

Albeda, H., Blaauwbroek, H., Zwart, K. 2002. 'Verslag congres 'Antwoorden op vraagsturing' [Internet] ICV, 24-01-2007 [aangehaald op 24-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.icv.nl/icvn/media/verslagcongres031031.doc>

(AMC) 2007. *Jaarverslag 2005* [Internet]. AMC, 11-02-2007 [aangehaald op 11-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.amc.nl/upload/teksten/voorlichting/jaarverlagen/JAARVERSLAG%202005%20.pdf>

Anoniem. 2002. *Cijfers helpen ook ziekenhuizen verder*. [Dagblad]. De Volkskrant, 09-12-2006.

Arbon P. 2004. 'Understanding experience in nursing'. *Journal of clinical nursing* 13 (2) :150-157.

Argyris C. 1991. 'Teaching smart people how to learn'. *Harvard Business Review* 5 :5-15.

Arora N.K., McHorney C. 2000. 'Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?'. *Medical Care* 38 (3):335-341.

Bate P., Robert G. 2006. 'Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient'. *Quality and Safety in Health Care* 15 (5):307-310.

Binkhorst T., Weerts M., Schipaanboord A. 2006. *Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis. Een handboek*. Utrecht: CBO.

Boonstra J.J. 2000. *Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Amsterdam: Vossiuspers

Bowling A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Maidenhead: Open University Press.

Boyatzis. 1998. Developing themes and codes. In: *Transforming qualitative information*. Londen: Sage.

Crawford M.J., Rutter D., Manley C. et al. 2002. 'Systematic review of involving patients in the planning and development of health care'. *British Medical Journal* 325: 1263

Creswell, J.W. 2003. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Londen: Sage Publications.

Crul B.V.M. 2007. Hoofdredactioneel commentaar. *Medisch Contact* 14 (575)

Cunliffe A.L. 2004. 'On becoming a critically reflective practitioner'. *Journal of management education* vol. 28 No. 4:407-426.

Edmondson A., Moingeon B. 1998. From organizational learning to the Learning Organization. *Management Learning* 29 (1):5-20.

Greer A.L., Goodwin J.S., Freeman J.L., Wu Z.H. 2002 'Bringing the patient back in. Guidelines, practice variations, and the social context of medical practice'. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 18:747-761

Hibbard J.H.2003. 'Engaging health care consumers to improve the quality of care'. *Medical Care* 41-1 suppl.:61-70.

Hoogervorst H. 2006. *Kwaliteit van zorg.: hoog op de agenda. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal* [Internet]. Ministerie van VWS, 03-02-2007 [aangehaald op 03-02-2007]. Bereikbaar op http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=34695&VolgNr=315

Irwin R.S., Richardson N.D. 2006. 'Patient-Focused Care. Using the right tools'. *Chest* 130:73s-82s.

Jamtvedt G., Young J.M., Kristoffersen D.T., O'Brien M.A., Oxman A.D. 2007. 'Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review)'. *The Cochrane Library* 1:1-23.

Light D. 2000. The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power. Pp: 201-216. In *Handbook of medical sociology*. Londen: Prentice Hall.

Maister H.M. 1997. *Een echte professional. Over de moed om goed te zorgen voor uw mensen, uw cliënten en uw carrière*. Schoonhoven: Academic Service

Maso I., Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam en Meppel: Boom.

Mul M., Witman Y. 2005. *Spiegelbijeenkomsten. Een methode voor feedback van patiënten. Werkboek voor de organisatie*. Amsterdam:AMC.

Nikula R.E. 1999. 'Organisational learning within health care organisations'. *International Journal of Medical Informatics* 56 (1-3):61-66.

Rolfe G. 1997. 'Beyond expertise:theory, practice and the reflexive practitioner'. *Journal of clinical nursing* 6:93-97.

Segers J., Hutjes J. 1999. De gevalsstudie. Uit: Segers J. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorkum.

Senge P. 1999. 'It's the Learning: the real lesson of the Quality Movement'. *Journal for Quality and Participation* 22(6): 34-40.

Schön D.A. 1991. *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Londen: Temple Smith.

Quinn J.B., Anderson P., Finkelstein S. 1996. 'Managing professional intellect: making the most of the best'. *Harvard Business Review* 74 (29:71-80).

Witman Y. 2001. 'Op spreekuur bij de patiënt'. *Medisch contact* 56 (19).

Bijlage 1 Observatiepunten spiegelbijeenkomsten

Opstelling

Ruimte

Rust

(Informeel) sfeer

(Ont)spanning

Interrupties

Rol gespreksleider

Doorvragen/verhelderen

(Nieuwe) vragen stellen

Sturing gesprek

Alles gezegd/kunnen zeggen

Tijd om te praten

Vrije ruimte

Gedrag omstanders

Manier van vragen omstanders

Reacties patiënten op vragen

Bijlage 2 Topiclijst interview patiënten

Introductie

- Voorstellen
- Doel en kader onderzoek
- Toestemming opnemen-controle
- Verwerken info (anoniem)
- Rode lijn gesprek
- Noemen dat ik niet aan AMC verbonden ben

Vragen

- Hoe hebt u deze spiegelbijeenkomst ervaren
- Wat is u het meeste bijgebleven
- Wat was uw motivatie om mee te doen
- Wat waren uw verwachtingen vooraf van spiegelbijeenkomst
- Zijn deze verwachtingen uitgekomen
- Wat was uw gevoel over de bijeenkomst na afloop/thuis
- Verschil met ontslaggesprek
- Was de agenda bekend (vragen afdeling)
- Had u het gevoel dat er voldoende ruimte was voor uw eigen verhaal
- Hoe heeft u de lengte van het gesprek ervaren
- Was u zich bewust van de mensen in de zaal-effect
- Wat deden interrupties met u/het gesprek
- Hoe was het anders geweest als de toehoorders er niet waren geweest
 - zijn er onderwerpen/zaken niet besproken, mn kritiek, die u in deze setting niet durfde te vertellen.
 - zou u deze zaken wel in een persoonlijk gesprek met een arts of hoofdverpleegkundige hebben willen bespreken?
 - Zou u dat ook durven?
 - zo niet, zou u deze zaken wel met een onafhankelijke contactpersoon hebben durven/ willen bespreken
- Hoe was het anders geweest als de professionals gesprekspartner waren geweest
- Heeft u de info vooraf en na afloop als voldoende ervaren
- Heeft u suggesties voor verandering

Afsluiting

- Suggesties
- Contact bij vragen
- Dank

Bijlage 3 Topiclijst interview professionals

Introductie

- Voorstellen
- Doel en kader onderzoek
- Toestemming opnemen-controle
- Verwerken info (anoniem)
- Rode lijn gesprek

Vragen

Functie/afdeling

Werkervaring hier

Hoeveel spiegelbijeenkomsten bijgewoond

Hoe staat u tegenover de spiegelbijeenkomsten

Algemene evaluatieve vraag

Hoe heeft u deze spiegelbijeenkomst ervaren

Wat is u het meeste bij gebleven

Inhoud

Wat waren uw verwachtingen vooraf van deze bijeenkomst

Zijn deze verwachtingen uitgekomen

-waren het bekende of nieuwe feiten

-waren er verrassingen

Effect persoonlijk

Wat neemt u mee uit/wat leert u van deze bijeenkomst (zet het u aan tot nadenken)

- wat doen kritische opmerkingen met u (defensieve reactie)
- wat doen positieve opmerkingen met u
- is er een verschil tussen feedback/info van ouders en bv. collega's en/of leidinggevende

Welke leerpunten neemt u mee uit deze bijeenkomst

Hoe gaat u deze leerpunten vorm geven/verandert er iets aan uw werkwijze

Welke veranderingen zijn er volgens u nodig n.a.v. deze bijeenkomst

Wie is er verantwoordelijk voor die veranderingen

Effect organisatie

Zijn er leerpunten voor de afdeling en/of organisatie

Hoe moet daar, in het vervolg op deze bijeenkomst, vorm aan gegeven worden

Wie is verantwoordelijk voor die veranderingen

Vorm

Wat vindt u van de keuze voor dit instrument

- Veiligheid
- Sfeer
- Ruimte voor inbreng
- goed-minder-wat kan beter

Hoe ervaart u de rol als toehoorder (betrokkenheid bij genereren info, geen interactie)

Verschil met andere vormen van feedback (bv. video-opname gesprek, focusgroep)

Bijdrage aan zorgproces

Dragen spiegelbijeenkomsten bij aan patiëntgerichte zorg, waarom

Wat verstaat u onder patiëntgerichte/goede zorg

Patiënten zijn vrij om te kiezen of ze meedoen of niet, wat vindt u daarvan

- Patiënten preferenties
- Patiënten activeren

Draagt het middel spiegelbijeenkomst bij tot het afstemmen van de verwachtingen van patiënt en professional

Afsluiting

Suggesties

Contact bij vragen

Dank

Bijlage 4 Voorbeeld enquête

Enquête spiegelbijeenkomst afdeling.....gehouden op.....

Vul in wat van toepassing is:

1. Ik ben werkzaam als:
 - Arts
 - Verpleegkundige
 - Anders te weten.....

2. Het doel van deze bijeenkomst was vooraf

volkomen duidelijk totaal onbekend

5	4	3	2	1

3. Het tijdstip van de bijeenkomst

was uitstekend had niet slechter gekozen kunnen worden

5	4	3	2	1

4. De duur van de bijeenkomst was

precies goed veel te lang

5	4	3	2	1

5. De verstaanbaarheid van de bijeenkomst was

uitstekend zeer slecht

5	4	3	2	1

6. De meerwaarde van het bijwonen van deze spiegelbijeenkomst boven het lezen van een verslag staat buiten kijf er is geen meerwaarde

5	4	3	2	1

7. De bijeenkomst

bracht verrassende nieuwe gezichtspunten naar voren was totaal niet informatief

5	4	3	2	1

8. De bijeenkomst werkte

inspirerend		totaal niet inspirerend		
5	4	3	2	1

9. De belangrijkste opmerking/ uitspraak vond ik:

10. En de volgende uitspraak/ patiënt zal ik niet gauw vergeten:

11. Persoonlijk heb ik het volgende geleerd:

12. Ik heb de volgende leerpunten en/of actiepunten voor de afdeling gehoord:

1.

2.

3.

etc

13: Ik heb de volgende opmerkingen/ suggesties: (bijv gemiste onderwerpen, organisatie, gespreksleiding, welke patiëntengroep voor de volgende bijeenkomst?)

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!²

² Lever deze enquête svp in bij:

Bijlage 5 Enquête-uitslagen - gemiddelde scores

	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5	Vraag 6	Vraag 7	Vraag 8
SB 1	4,6	4,2	4,2	3,7	4,3	3,5	4,2
SB 2	4,7	3,8	3,7	3,5	4,2	3,4	3,9
SB 3	4,3	4	3,2	3,8	4,2	3,6	3,9

Bijlage 6

Motieven voor afwezigheid van patiënten op spiegelbijeenkomsten

- Behandeling is naar omstandigheden goed bevallen, mede daarom vinden wij het niet noodzakelijk om van de uitnodiging gebruik te maken
- We werken allebei
- De gang naar het ziekenhuis is ons niet in de koude kleren gaan zitten, ons kind is nog niet helemaal zorgenvrij, we willen de hal van het AMC liever even niet zien (we juichen deze bijeenkomst wel toe)
- Andere bezigheden (cursus)
- Geen behoefte
- Andere afspraak en kind zal nog een keer opgenomen worden
- Beide partners verhinderd op de datum
- Geen behoefte, hoofdstuk gesloten, liever niet terugkijken op deze moeilijke periode
- Tijd ongunstig i.v.m. files en man moet werken
- Vakantie
- Oppasproblemen

Inventarisatie vond plaats door middel van antwoordstroken bij de uitnodiging of door telefonisch contact enige weken na het verzenden van de uitnodiging.