

dient het aanbeveling om bij het actualiseren van de NHG-Standaarden meer aandacht te besteden aan de management-aspecten van de betreffende ziektebeelden.²⁸ Een logische stap is eveneens het effectueren van het voornemen van het NHG om een kadercursus praktijkmanagement te maken. Er is behoefte aan een uitbreiding van het aantal docenten praktijkvoering. Er is dus een reeks van activiteiten noodzakelijk om de kennis en vaardigheden van huisartsen op het gebied van praktijkmanagement te verhogen. De tijd is er rijp voor; de nieuwe eindtermen voor de huisartsopleiding zijn een uitstekend vertrekpunt.

Literatuur

- 1 LHV, NHG, Huisartsenzorg in 2012. Medische zorg in de buurt. Conceptrapport Visie. Utrecht: LHV/NHG, 2002. www.artsennet.nl/lhv.
- 2 Basistakenpakket voor de huisarts. Utrecht: LHV, 1983.
- 3 Sprij B, Casparie AF. De managementtaak van de huisarts. Huisarts Wet 1989;32:468-71.
- 4 Wigersma L, Van Berkenstein LGM, Giesen P. Eindtermen voor de Huisartsopleiding. Utrecht, 2000.
- 5 Van Berkestijn LGM. Raamplan Huisartsopleiding. Utrecht, 2001.
- 6 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001. Artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen, 2001.
- 7 Fairhurst K, Stanley I, Griffiths C. Should medical students learn more about management? Br J Gen Pract 1995;45:2-3.
- 8 Pilon PJH, Dijkers FW. Een manager in huisartsenland. Med Contact 2002;57:290-2.
- 9 Nijland A, De Haan J. Een secretaris voor de Hagro. Medisch Contact 1999;54:839-41.
- 10 De Haan M, Boendermaker PM, Heij I. Het medisch ambacht. Opleiden en leren in de praktijk van de (verpleeg)huisarts. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg, 2002.
- 11 Van Berkestijn LGM. Leren leren. Over de vernieuwing van de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2002;45:248-52.
- 12 Dijkers FW. Praktijkvoering, concept onderwijsprogramma t.b.v. de huisartsopleiding. Leiden: Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde LUMC, 2001.

- 13 De Haan J. Onderwijsdocument Praktijkvoering voor huisarts-groepsbegeleiders. Huisartsopleiding Rijksuniversiteit Groningen, Stichting Praktijkvoering Huisartsen, Groningen, 2002.
- 14 Van den Homberg P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie van huisartspraktijken. Naar toetsing van de praktijkvoering. Huisarts Wet 1995;38:169-74.
- 15 Barneveld GJ, Kavelaars P, Van den Oord PThM, redactie. De arts als ondernemer. Maarsen: Elsevier/Bunge, 1998.
- 16 De Haan J, Meyboom WA, Dijkers FW. Handboek praktijkvoering. Utrecht: NHG/LHV, 1993.
- 17 Van den Hombergh P, Dalhuysen J, Grol R, Dijkers F, Van der Voort H. Checklist praktijkvoering. Een overzicht van de relevante elementen van de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG, 1994.
- 18 De Bruijn JHB, Van Beek CC, Weggeman MCDP. Basics Management voor medici. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- 19 Van de Rijdt-van de Ven AHJ, Konings JWAM. Management van huisartspraktijken. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1998.
- 20 Konings JWAM, Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Praktijkorganisatie en assistentie in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1998.
- 21 Konings JWAM, Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Werkorganisatie en taakverdeling van assistenten. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1999.
- 22 Van de Rijdt-van de Ven AHJ, Konings JWAM. Management van huisartspraktijken. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1999.
- 23 Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Het werkklimaat. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1999.
- 24 Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Werkdruk. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 2000.
- 25 Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of HOED. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 2002.
- 26 Gilligan C, Lowe R. Marketing and General Practice. Oxford/New York: Radcliffe Medical Press, 1994.
- 27 Schroeder K. Top Tips for GPs. A beginner's guide to general practice. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2000.
- 28 De Haan J. De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts. Huisarts Wet 1998;41:16-8.

Implementatie

Gebruikersraadpleging in de praktijk, de waarde van een patiëntenperspectief

Vera Kampschöer, Els Eijssens

Samenvatting

Kampschöer VM, Eijssens EC. Gebruikersraadpleging in de praktijk, waarde van een patiëntenperspectief. Huisarts Wet 2002;45(12):684-8.

De wachttijden bij de huisarts, de privacy bij de huisartsen- en apotheekbalie, de mogelijkheid om op een gewenst tijdstip een

afpraak te krijgen, de wachttijd aan de telefoon en de uitbreiding van de openingstijden waren de belangrijkste punten om te verbeteren. Dat vonden 463 patiënten van het gezondheidscentrum De Spil in Almere. Bij de voorbereiding van een nieuw beleidsplan vroeg het centrum naar de mening van de gebruikers over het functioneren van het gezondheidscentrum.

Hiervoor werd het model van de gebruikersraadpleging gekozen. In kleine groepjes werkte het team per punt suggesties voor verbetering uit. Dit varieerde van simpele bordjes met informatie tot een andere logistiek van de herhalingsrecepten.

Het uitvoeren van een bestaand model voor gebruikersraadpleging kan veel losmaken in een praktijk. Het kan helpen een klantgerichte houding (verder) te ontwikkelen. Het is een activiteit in teamverband, die tot onderlinge discussies over kwaliteit van zorg leidt. Vooral die veranderingen worden geïmplementeerd die aansluiten bij opvattingen van de medewerkers of veranderingen in de tijdgeest, of die met eenvoudige middelen te realiseren zijn. Een meerwaarde kan worden bereikt als vooraf duidelijke speerpunten en doelen geformuleerd worden en als de suggesties in dialoog met de patiënten uitgewerkt worden.

mw. drs. V.M. Kampschöer, huisarts/centrummanager gezondheidscentrum De Spil, 's-Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere;

mw. drs. E.C. Eijssens, senioradviseur ZiaConsult, Randstad 22-175, 1316 BM Almere.

Correspondentie: vkampschoer@zorggroep-almere.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Inleiding

Na een periode van verbouwingen en personeelsverloop in ons gezondheidscentrum De Spil te Almere konden wij weer tijd besteden aan kwaliteitsverbetering en aanpassing van beleid. Wij wilden als centrum de mening van de patiënten betrekken bij dat nieuwe beleid. Daarnaast waren we net begonnen met het opzetten van een kwaliteitssysteem volgens de normen van het beoordelingsschema van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)¹, waarin sprake is van een 'systematische peiling van de mening van de gebruikers over de zorg en de wijze waarop deze wordt verleend'. In onze beleving is het horen van patiënten bijna synoniem met het houden van een schriftelijke patiëntenraadpleging zoals we dat al eerder in 1991 en 1993 hebben gedaan. Bij ons bekend waren op dat moment de gebruikersraadpleging van Zorggroep Almere² en die van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG),³ en de VIP voor de huisartsenpraktijk.⁴ Om pragmatische redenen kozen we voor de Almeerse gebruikersraadpleging, die met weinig moeite en tijd door het centrum gebruikt kon worden en de mogelijkheid tot vergelijking met andere centra in Almere bood. Andere vormen van het horen van patiënten zijn niet overwogen. De kosten van de raadpleging waren geen groot bezwaar omdat we op dat moment geen andere projecten hadden.

Deze raadpleging ging niet zozeer over de inhoud van de zorg van de diverse disciplines, maar vooral over disciplineoverstijgende serviceaspecten.

Achtergrond

Gezondheidscentrum De Spil is een van de 19 gezondheidscentra in Almere (160.000 inwoners). Het centrum bestaat sinds 1981 en

De kern

- ▶ Een gebruikersraadpleging is het middel bij uitstek bij het bevorderen van patiëntgericht denken.
- ▶ De uitslag van een gebruikersraadpleging geeft bevestiging van beelden maar ook eye-openers.
- ▶ Het nadenken over patiëntenwensen maakt eigen normen, waarden en grenzen duidelijk.
- ▶ Luisteren naar patiënten staat niet gelijk aan 'men vraagt en wij draaien'.
- ▶ Het succes van een raadpleging staat of valt met de bereidheid om te veranderen en de verankering van verbeteracties in een werkplan.

bedient een wijk van 6200 bewoners. De wijk vertoont 'grootstedelijke' kenmerken en er wonen ongeveer 30% allochtonen. Er zijn 28 medewerkers in het centrum werkzaam, verdeeld over 6 disciplines. Vijf parttime huisartsen en vijf assistentes zijn verantwoordelijk voor de huisartsenzorg. In 1998-1999 vond een grote verbouwing en uitbreiding van het gezondheidscentrum plaats: de centrale open balie, waar alle telefoontjes binnenkomen en waar bezoekers voor alle in het centrum gevestigde disciplines zich na binnenkomst melden, werd uitgebreid met een kleine aparte huisartsenbalie in een zijgang, zodat er meer privacy zou zijn in de contacten met de doktersassistentes. Er werd een nieuwe telefooncentrale in gebruikgenomen en een apotheek aangebouwd met een zitbalie. Binnen het team was er een levendige discussie over het uitbreiden van de openingstijden in de vorm van avondspreekuren.

Belangrijkste kwaliteitsmaten

Het onderzoek door middel van de gebruikersraadpleging is gericht op de toereikendheid van het aanbod, de organisatie en de service van het gezondheidscentrum (zie *kader*). Het gaat grotendeels om kwantitatief onderzoek, waarbij de meningen van de gebruikers over genoemde onderwerpen vertaald worden in (waardings)cijfers tussen 1 en 7 en/of in percentages van de respondenten. Alle antwoorden op open vragen naar ergernissen, waarderingen en suggesties worden gecategoriseerd weergegeven in een kwalitatief deel van de rapportage. Het centrum kon drie eigen vragen aan de standaardvragenlijst toevoegen. Bij De Spil gingen deze over de uitbreiding van openingstijden en spreekuren in het centrum, over de indeling van het gebouw na de verbouwing en over de zitbalie bij de apotheek.

Interventie

VOORBEREIDING

De centrummanager en de afgevaardigden van de praktijkmedewerkers (coördinatieteam) bereidden de raadpleging voor. Hierbij werd gebruikgemaakt van de *Handleiding Centrumraadpleging* en de diensten van het externe bureau, dat de begeleiding en uitvoering van alle gebruikersraadplegingen voor Zorggroep Almere verzorgt. Door de uitbesteding van alle logistieke kanten van de raadple-

ging (aanpassingen van de vragenlijst, steekproef, verzending, verwerking en rapportage) kon de aandacht bij de voorbereiding voornamelijk naar de inhoud van de vragenlijst en de opstelling van het team gaan. Deze opstelling is van essentieel belang omdat een raadpleging alleen zin heeft als het team geïnteresseerd is in de uitkomsten ervan en bereid is gehoor te geven aan wensen voor verbetering.

VERSPREIDING VAN VRAGENLIJSTEN

We stuurden aan een steekproef van 1186 personen, 25% van de totale populatie van 16 jaar en ouder, in oktober 1999 een vragenlijst. We screenen de adressen op Turkse en Marokkaans/Arabisch sprekende families en voegden bij hen een Turkse of Arabische brief toe, waarin we hulp door de Turkse of Marokkaanse migrantenvoorlichtster aanboden bij het invullen van de enquête. Niemand maakte hiervan gebruik.

Resultaten

Er kwamen 463 van de 1186 lijsten ingevuld terug, een respons van 40%. Als totaalscore werd een rapportcijfer van 7,4 gegeven. Binnen het totaal van negen centrumraadplegingen in Almere variëren de scores tussen de 7 en de 7,8. Veel informatie kwam beschikbaar via de reacties op de punten: gewenste verbeterin-

gen, overige wensen en concrete suggesties. Zo deden 37 mensen suggesties over het verruimen van de openingstijden.

DE UITSLAG OP DE STANDAARDVRAGEN

Van de voorgelegde kwaliteitsaspecten scoorden er 3 onvoldoende (<5). Het betrof de privacy aan de balie, de mogelijkheid om een afspraak op een gewenste dag/tijdstip te krijgen en als meest negatieve punt: de (wachtkamer)wachtijd voor de huisarts en het gebrek aan informatie daarover.⁵

De top-5 van ergernissen had betrekking op de volgende punten: 1. wachttijden in de wachtkamer; 2. het gebouw en de sfeer in het gebouw; 3. de mogelijkheid om een afspraak op een gewenst tijdstip te kunnen maken; 4. de mogelijkheid bij de eigen huisarts terecht te kunnen en 5. de bejegening.

Het meest tevreden waren de respondenten over de duidelijke indeling van het verbouwde centrum, het niet of nauwelijks voorkomen van tegenstrijdige adviezen en de vriendelijke bejegening door de algemene baliemedewerkers.

De top-5 van punten die het meest gewaardeerd werden, was: 1. de attitude van de medewerkers; 2. het gebouw en de sfeer in het gebouw; 3. individuele hulpverleners, vaak met naam genoemd; 4. alle eerstelijnsvoorzieningen onder één dak (ex aequo met individuele hulpverleners en 5. de organisatie.

Gebruikersraadpleging gezondheidscentra Almere

Doel

Gezondheidscentra willen zicht krijgen op ervaringen, meningen, tevredenheid en behoeften van gebruikers van gezondheidscentra over de kwaliteit van service en organisatie van zorg en diensten.*

Inhoud en meting

- ▶ organisatieaspecten (gesloten zevenpuntsvragen): bereikbaarheid, bejegening, informatie, privacy, afspraak op gewenst tijdstip, wachttijden, geen tegenstrijdige adviezen
- ▶ verleende zorg/diensten en de eigenlijke behoefte hieraan (deels gesloten vragen)
- ▶ ergernissen, waardering en suggesties voor verbetering (open vragen)
- ▶ weging van de mate van belang (vraag naar voor patiënten belangrijkste aspecten)
- ▶ toegevoegde specifieke vragen (maatwerk per centrum)
- ▶ algemene waardering (rapportcijfer)

Vorm

Het ging om ongeveer 30 vragen verdeeld over vier A4's, aangevuld met een aanbiedingsbrief met toelichting.

Methode

Standaardinhoud vragenlijst in 1994 vastgesteld met behulp van literatuur, inbreng van managers van Almeerse gezondheidscentra en RPCP Flevoland.

Aselecte steekproef (16 jaar en ouder) werd getrokken uit ons HIS.

Omvang steekproef werd bepaald door gewenste return (minimaal 300 lijsten).

Vragenlijst en antwoordevelop werden verstuurd naar het huisadres. Er volgde geen rappel.

Statistische bewerking: rechte tellingen, correlaties met rapportcijfer.

Samenvatting geeft viermaal een top-5: ergernissen, waardering, laagste scores, belangrijkste aspecten in ogen van gebruikers. Vergelijkingscijfers met andere gezondheidscentra worden bijgeleverd.

Organisatie

- ▶ coördinatie door manager met ondersteuning van adviesbureau
- ▶ voorbereiding met behulp van beschikbaar draaiboek (zelf doen)
- ▶ op maat maken van standaardvragenlijst en aanbiedingsbrief (adviesbureau)
- ▶ steekproef, verzending, inzameling, data-entry, rapportage (adviesbureau)
- ▶ uitkomsten vertalen in acties ter verbetering (zelf doen)

* Voor de kwaliteit van zorg van afzonderlijke disciplines kent Zorggroep Almere een ander type raadplegingen

DE UITSLAG OP DE CENTRUMSPECIFIEKE VRAGEN

Wat de centrumspecifieke onderwerpen betreft vond 49% van de respondenten het zeer belangrijk dat het centrum langer open zou blijven.

De privacy aan de huisartsenbalie scoorde slecht, ondanks de – in onze ogen – bouwkundige verbetering. De zitbalie van de apotheek werd gewaardeerd vanwege de tijd en aandacht die daarmee aan de patiënten wordt gegeven, maar scoorde laag door het gebrek aan privacy.

Van raadpleging naar verandering

In het coördinatieteam werden de resultaten met de externe begeleider besproken. We selecteerden allereerst de verbeterpunten, waarbij we rekening hielden met de patiënten top-5, de meest voorkomende ergernissen, de laagste scores en de uitkomsten bij andere centra. In *tabel 1* staan de geselecteerde onderwerpen genoemd met vermelding van hun scores.

Tabel 1 Punten ter verbetering naar belangrijkheid

Kwaliteitsaspect	Positie op top-5 gebruikersbelang	Positie op top-5 ergernissen	Score op 7-puntschaal*
Telefonische bereikbaarheid	1	-	5,1
Privacy aan de huisartsenbalie	2	-	3,6
Bejegening aan telefoon en balie	3	5	5,4
Afspraak op gewenst tijdstip	4	3	4,9
Wachttijden in de wachtkamer (>20 min)	5	1	3,9
Wenselijkheid ruimere openingstijden		-	5,3

* 1 = meest negatieve score; 7 = meest positieve score

In een tweede bespreking werden de verbeterpunten met behulp van onderstaande aanwijzingen aan een kritische beschouwing onderworpen:

- ▶ Herken je de mening van de gebruikers op dit punt of niet?
- ▶ Wat kan die mening verklaren?
- ▶ Gaat het hier om een punt dat we kunnen en willen verbeteren, of is dit een kwestie van beter uitleggen waarom het is zoals het is?
- ▶ Als we willen verbeteren, moeten we het probleem analyseren: Wat speelt allemaal een rol in de huidige situatie? Waaraan ligt het dat het nu niet beter gaat? Zijn mensen de oorzaak? Licht het aan gebrekkige middelen? Hebben we geen goede procedures of methodes, of houden we er ons niet aan? Doen wij het op zich goed, maar lukt het niet om de klant duidelijk te maken wat de spelregels zijn?
- ▶ Welke verbeteringsuggesties zijn door de deelnemers aan het onderzoek al gegeven?
- ▶ Welke verbeteringsuggesties hebben we zelf (denk aan de mogelijke oorzaken)?
- ▶ Hoe zorgen we dat een sterk punt sterk blijft of nog sterker wordt?

Ook werden voor het opstellen van de verbeter- of voorlichtingsacties de volgende suggesties gedaan: zorg dat de acties die je

wilt ondernemen *acceptabel* zijn voor wie ze uit gaan voeren, *haalbaar* zijn (tijd, geld, inspanningen), een duidelijk omschreven *werkwijze* hebben, een duidelijk *meetbaar* doel hebben en in een *tijdspad* opgenomen zijn.

Effecten

De volgende thema's werden uitgewerkt door groepjes van twee personen, die op afgesproken tijdstippen rapporteerden aan het coördinatieteam.

PRIVACY BIJ DE HUISARTSENBALIE

Wij hebben de routes van mensen rond de balie bekeken. Door de patiënten voor twee bepaalde huisartsen in een apart deel van de wachtkamer plaats te laten nemen, hoeven deze patiënten niet meer langs de balie te lopen. Er is voor de balie een rode streep op de grond getrokken en een bordje met 'svp hier wachten' opgehangen. Een offerte voor een plexiglas afscheiding op de balie is aangevraagd. Bij meer persoonlijke vragen neemt de assistente de patiënt vaker mee naar achteren. Op de ochtenden (als er drie assistentes aanwezig zijn), worden de telefoontjes afgehandeld in de ruimte achter de balie in plaats van aan de balie zelf, waardoor de hoorbaarheid voor andere patiënten afneemt.

WACHTTIJD BIJ DE HUISARTSEN

Bij dit onderwerp hebben we gekeken naar maatregelen om de wachttijd daadwerkelijk te verkorten en maatregelen om de informatie over en beleving van de wachttijd te verbeteren.

Het vrije inloopspreekuur is afgeschaft en vervangen door een spoedspreekuur aan het eind van de ochtend en de middag. Dit spreekuur wordt ingedeeld door de doktersassistentes. Om de beoordeling door de assistentes te verbeteren hebben zij een telefoon- en triagetraining gekregen. In de spreekuren worden pauzes gepland om het uitlopen te verminderen.

Na het afschaffen van het inloopspreekuur zijn er goed zichtbare bordjes in de wachtkamer opgehangen met de volgende tekst: 'Wacht u langer dan 15 minuten op uw afspraak? Vraag dan even aan de assistente hoe lang het nog gaat duren.' Hiermee spreken wij uit dat voor ons maximaal 15 minuten een acceptabele wachttijd is, maar dat langer een reden voor overleg is. Patiënten vragen sindsdien makkelijker bij de assistente hoe lang het nog duurt. Een abonnement op twee dagbladen moet het wachten veraangenaam. Een video-informatiesysteem voor de wachtkamer verzorgd door een particulier bedrijf vonden we bij nader inzien niet geschikt. In de apotheek werd een proef gestart met muziek in de wachtkamer, ook om de hoorbaarheid aan de zitbalie te verminderen.

OPENINGSTIJDEN

Er is een proefperiode gestart waarbij elke huisarts één avond in de week tot 18.00 uur spreekuur houdt. Indien mogelijk is er ook een assistente aanwezig, maar dit lukt niet altijd. Na een half jaar wordt bekeken hoeveel vraag er naar een spreekuur om deze tijd is, en hoe de huisartsen de belasting ervaren.

TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

We willen het telefonisch aanvragen van herhalingsrecepten ontmoedigen en het gebruik van de receptenbus vergemakkelijken. Hiertoe geeft de apotheker bij alle recepten voor chronisch gebruik een blauw receptbriefje met het etiket van het medicijn. Dit blauwe briefje kan buiten in de receptenbus gegooid worden en bevat alle informatie voor het herhalingsrecept. Op dit blauwe briefje, in de patiëntenkrant en op een los A4 staat de procedure van de herhalingsrecepten vermeld. In de apotheek liggen ook standaardformulieren om een receptaanvraag te faxen en in de toekomst te mailen. In principe worden telefonische aanvragen alleen nog bij uitzondering in behandeling genomen. Dit heeft geleid tot een drastische afname van het aantal telefoontjes in de ochtend. Omdat de assistentes nu altijd de volledige receptgegevens hebben, kunnen zij de herhalingsrecepten sneller en met minder fouten verwerken.

Vanwege de afschaffing van het inloopsprek uur hebben de assistentes een telefoontraining gevolgd om de vragen van patiënten beter te kunnen beoordelen en sommige vragen zelf af te handelen. Dit leidde op korte termijn wel tot een langere wachttijd aan de telefoon, wat al een klacht was. Op drukke tijden zitten er nu twee assistentes aan de telefoon, en het aantal binnenkomende lijnen is verminderd van drie naar twee. De assistentes worden nu minder gestoord door binnenkomende lijnen. De patiënten worden nu niet meer lang in de wacht gezet, maar treffen weer wat vaker de kans op een gesprek.

Leerpunten en vervolg

Het uitvoeren van een bestaande gebruikersraadpleging vraagt weinig voorbereiding van de medewerkers en kan in betrekkelijk weinig tijd veel aanknopingspunten voor verbetering bieden. Je wordt als het ware gedwongen de praktijk door de ogen van de patiënt te bekijken. De voorbereiding heeft ons weinig tijd gekost, iedereen vond het wel weer eens tijd voor een patiëntenraadpleging en de centrumspecifieke vragen waren vrij snel bedacht. Achteraf gezien hadden we meer aandacht moeten besteden aan de keuze van de onderwerpen waarover we vragen wilden stellen, en daarbij moeten bespreken welke waarde we aan die informatie geven.

Het meeste werk kwam tijdens en na het bespreken van de uitkomsten van de raadpleging. Belangrijk aandachtspunt was voor ons om niet meteen in de verdediging te schieten, maar echt door de bril van de patiënten naar hun knelpunten, wensen en suggesties te kijken. Het grote aantal klachten over gebrek aan privacy bij de huisartsen- en apotheekbalie hadden we na de verbouwing niet meer verwacht. Ook waren we verrast door de grote hoeveelheid opmerkingen over de lange wachttijd in de wachtkamer. Deze punten leidden niet alleen tot een aanpassing van de logistiek in het gebouw, maar ook tot onderlinge discussies over welke normen voor ons bij een goede kwaliteit horen.

In het jaar na de raadpleging is tweemaal via een artikel in de patiëntenkrant gerapporteerd over de uitwerking van de raadpleging. De mening van de gebruikers zelf hebben wij niet bij de uit-

werking van hun suggesties betrokken.

Op het moment van de raadpleging was er geen cliëntenraad in de Zorggroep Almere en we hebben de mogelijkheid om de RPCP te consulteren niet benut. Er is inmiddels een cliëntenraad geïnstalleerd en het plan is om deze raadpleging en de uitwerking ervan met deze raad te bespreken.

Conclusies

Vooraf veranderingen die wij zelf ook als een probleem ervoeren en die voor ons haalbaar waren, zijn echt doorgevoerd. Soms slopen ze aan bij wensen voor verandering die al langer leefden en waarvoor deze raadpleging de duw in de rug was om er echt mee aan de slag te gaan, zoals het afschaffen van het inloopsprek uur en het instellen van een avondsprek uur. Het meest succesvol waren de veranderingen die op korte termijn met weinig middelen uit te voeren waren (bordjes in wachtkamer, verandering in procedure van herhalingsrecepten).

De andere werkwijze van de doktersassistentes aan de telefoon sloot goed aan bij de later op gang gekomen discussie over de triagefunctie van de assistentes en is mede daardoor goed ingebed. Dit geeft ook aan dat een patiëntenraadpleging niet een losstaand iets is, het is een onderdeel van een proces van continue kwaliteitsverbetering, waarin nu de stem van de patiënten expliciet gehoord wordt. Het doordringt de medewerkers van de noodzaak om na te denken over wat bepaalde ontwikkelingen voor patiënten kunnen betekenen en om de organisatie van de zorg niet alleen vanuit het oogpunt van de medewerkers te bekijken. Als de voorbereiding en uitwerking samen met patiënten uitgevoerd worden, geldt dat nog veel sterker.⁶

Literatuur

- 1 Beoordelingsschema/Certificatieschema Gezondheidscentra. Utrecht: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 1999.
- 2 Eijssens EC. Handleiding gebruikersraadpleging gezondheidscentra, Zorggroep Almere/ZiaConsult. Almere, 2001.
- 3 Gebruikers raadplegen in gezondheidscentra. Een handleiding voor het gezondheidscentrum. Utrecht: Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra, 1998.
- 4 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen H, Van den Bosch W, Van Haren J. Visitatie van huisartsen. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG 1999.
- 5 Zorggroep Almere, Gebruikersraadpleging De Spil 1999. Almere: Gezondheidscentrum de Spil, Almere, 2000.
- 6 Sixma H. Patiëntenperspectief en kwaliteitsprojecten, 5 toepassingsgerichte tips. Kwaliteit in beeld 2002;2:11-2.