

EXITINTERVIEW

Patrick VAN DER JEUGT

Stafmedewerker Patiëntenbeleid

Kliniek Sint-Jozef

Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie -
Pittem

WOORD VOORAF

Niemand in de sector zal het nut van het systematisch bevragen van patiënten in twijfel trekken. Vooral het organisatie-management verwacht panklare recepten die een patiëntbevraging een functionele plaats geven binnen bestaande kwaliteitsmodellen zoals IKZ, ISO 9001, EFQM, waarbij doelstellingen, kritische succesfactoren, prestatie-indicatoren en normen worden geoperationaliseerd. De kans is vrij groot dat vanuit deze benadering de bevraging de vorm aanneemt van een satisfactie-onderzoek van bepaalde aspecten van een verblijf, niet zelden service-aspecten, die we kunnen groeperen onder de noemer 'hotelfunctie', en dat de klinische dimensie, met zorginhoudelijke aspecten die zich minder aandienen tot een steekproefsgewijze group-approach, minder of niet aan bod komt.

In ons centrum verliep het niet anders. Vijftien jaar geleden wilde we vooral, en zo snel mogelijk, meten. Begonnen met een onderzoek naar cliëntsatisfactie, werken we momenteel met een exit-interview dat in eerste instantie een evaluatie-instrument is. Het bijzondere aan het opzet is dat de afname in principe op computer gebeurt, dat de antwoorden van patiënten in verband kunnen gebracht worden met andere data zoals bijvoorbeeld de minimale psychiatrische gegevens, dat de patiënten reageren op uitspraken van ex-patiënten verzameld tijdens een uitgebreid vooronderzoek, en vooral dat de voorgeschiedenis ons leert dat een externe format of kant en klaar recept niet noodzakelijk de beste oplossing biedt voor een bevraging van patiënten behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis.

VOORGESCHIEDENIS

In de eerste helft van de jaren tachtig sijpelt het ideeëngoed van de marketing de non-profit

sector binnen. Het is onmiskenbaar dat het negatieve imago van de psychiatrie in het algemeen het uitgangspunt is, en dat onder de slogan 'marketing is een noodzaak en geen luxe' vooral aan sensibiliseren wordt gedacht. Actieplannen voorzien het informeren van het grote publiek, de potentiële verwijzers, beleidsverantwoordelijken, (potentiële) werknemers en patiënten en hun omgeving.

De werkgroep Patiëntenbeleid is één van de initiatieven die rond '85 werd opgestart. Over de oorspronkelijke omschrijving van dit Patiëntenbeleid, *'het afstemmen van de dienstverlening, de werkzaamheid, de planning en het beleid op de wensen en de behoeften van de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie'*, die volledig in de lijn ligt van het streven naar een positief imago, zijn we zo'n vijftien jaar na datum niet zo gelukkig. Je kan er immers vele richtingen mee uit. Met een satisfactie-onderzoek kan gepeild worden of bijvoorbeeld aan de wensen en behoeften van de huidige patiëntenpopulatie inzake dienstverlening in voldoende mate is tegemoet gekomen. Voor het afstemmen van het beleid op de wensen en behoeften van de toekomstige patiëntenpopulatie komen andere instrumenten, zoals bijvoorbeeld registratie van patiënt- en behandelgegevens, trendberekeningen, en wetenschappelijk onderzoek om de hoek kijken.

In '85 wordt, in het verlengde van een studiedag naar aanleiding van het 40-jarig bestaan van de Sint-Jozefskliniek, echter ook de basis gelegd voor een beleid dat op langere termijn kwaliteitsbevorderende initiatieven in goede banen moet leiden. Interne omgevingsinvloeden en externe oriëntatie zullen sleutelwoorden worden van dit beleid, de premisse indachtig dat een adequaat intern functioneren een noodzakelijke voorwaarde is voor het voeren van extern beleid. Aan een effectief marketingbeleid, gericht op het verhogen van de ruiltransacties met diverse publieksgroepen, worden volgende condities verbonden: (1) een goed product aanbieden; (2) satisfactie bij het personeel; (3) het extern verspreiden van een eenvormig en duidelijk beeld van de organisatie door diverse disciplines werkzaam binnen onze voorziening.

Een dialectisch proces van een interne en een externe beleidsvoering ontwikkelt zich, met het streven om de overlap tussen de kenmerkende (feitelijke identiteit) en beoogde eigenschappen (gewenste identiteit) van onze organisatie zo groot mogelijk te houden enerzijds, en het bewegen van het imago (Corporate Image, of het beeld van de organisatie zoals dat bij verschillende publieksgroepen manifesteert) in de richting van de identiteit (Corporate Identity, of de kenmerkende eigenschappen van de organisatie en hoe deze zich manifesteren) anderzijds.

Het is de eerste streefrichting ('intern beleid' genoemd) die de aanzet geeft tot het stapsgewijs expliciteren van de kernwaarden van onze organisatie die, naarmate het marketing-ideeëngoed in onze sector langzaam maar zeker in de richting van interne kwaliteitszorg evolueert, centraal staan in de visie op het kwaliteitsbeleid binnen onze organisatie zoals die zich in de jaren negentig ontwikkelt. We inventariseren de overlap tussen de feitelijke en gewenste identiteit.

De tweede streefrichting ('extern beleid' genoemd) richt zich tot bepaalde doelgroepen (cliënten, verwijzers, stagiairs, overheid e.d.) en concentreert zich op de verhouding (afstemming of afwijking) tussen hun beeld van de organisatie en de identiteit van onze organisatie.

Op het moment dat dit beleid vorm krijgt, wordt het duidelijk dat het satisfactie-onderzoek niet het instrument bij uitstek is. Tevreden cliënten kunnen dan wel een positief beeld uitdragen, belangrijker wordt of hun beeld van onze organisatie in overeenstemming is met onze identiteit. Het verband tussen de scores op een satisfactiemeting en positieve beeldvorming blijft op zijn minst onduidelijk, net zoals het verband tussen een positief beeld en het uitdragen ervan, net als de overeenstemming van een positief beeld met de identiteit van de organisatie (een cliënt kan bijvoorbeeld best tevreden zijn omdat hij hier een week medisch is verzorgd, en dit terwijl zeer korte opnames en verzorging niet in overeenstemming te brengen is met de identiteit van onze organisatie).

Ondertussen was het meten van cliëntsatisfactie reeds opgestart. Meer

bepalend dan de satisfactiemeting (*wensen*) zelf, is het feit dat Patiëntenbeleid van in de beginfase in verband werd gebracht met een registratie van patiënten- en behandelgegevens, die in de begin jaren negentig verder op punt werd gesteld parallel aan de verdere profilering in doelgroepen (*patiëntenpopulatie*) en behandelprogramma's (*werkzaamheid, planning, beleid*). Samen met deze registratie maakt de patiëntbevraging vanaf het '85 tot nu de kern uit van de werkzaamheden van de werkgroep Patiëntenbeleid. Het instrument dat wordt aangewend voor de bevraging, de procedure en het overleg zijn in de loop van de tijd grondig gewijzigd.

Instrument: van satisfactieonderzoek naar exit-interview op computer.

Satisfactie-onderzoek

Van eind '86 tot begin '89 concentreert de werkgroep Patiëntenbeleid zich op een satisfactie-onderzoek bij de patiëntenpopulatie. Het gekozen instrument is een model ontworpen in Nederland. Met behulp van beoordelingsschalen scoren patiënten hun tevredenheid omtrent (1) de informatie over de algemene organisatie, het medisch gebeuren, de diensten, de activiteiten, (2) de relaties (met personeel en medepatiënten), (3) de accommodatie.

Tot de voordelen van deze beoordelingsmethode behoren de kwantificeerbaarheid en mogelijkheid tot statistische analyse, de snelle afname, het groot bereik (veel items, veel respondenten), de heldere vraagstelling.

Nadelen zijn het bedelven van patiënten onder het groot aantal vragen, de afname in groep die voor concentratieverlies zorgt, de positieve antwoordtendens, de veronderstelling de satisfactie-bepalende criteria te kennen, het ontbreken van vooronderzoek in het eigen centrum, het zeer beperkte contact met de respondenten en de zorgeenheden of afdelingen.

Mondelinge exit-interviews

Begin jaren negentig schakelt de werkgroep patiëntenbeleid over naar kwalitatief onderzoek met behulp van mondelinge exit-interviews. Aanvankelijk een diepte-interview, waarbij het middel als doel op zich niet onbelangrijk was (de patiënt letterlijk aan de

praat krijgen), en waarbij kwalitatieve informatie en imago-bepalende elementen centraal staan, evolueert het exit-interview tot een gestructureerd interview waarbij steeds ruimte gelaten wordt voor feiten en meningen van patiënten die buiten de interviewlijn vallen. Thema's die de rode draad vormen doorheen de gestructureerde mondelinge exit-interviews zijn het beslissingsproces voorafgaand aan behandeling, het aanmeldingsgebeuren, het onthaal op de afdeling, de relatie met het personeel, het programma, de ontslag- en nazorgregeling en eindbeschouwingen. Periodiek worden thema's toegevoegd op vraag van directie en afdelingen, waardoor het exit-interview evolueert in de richting van een evaluatie-instrument.

Voordelen van de interviews zijn het individuele contact met de patiënt, de grotere bereidheid tot medewerking vanuit de afdelingen, de grote hoeveelheid kwalitatieve informatie, de grotere betrokkenheid van de patiënt, het tijdstip van het contact (bij ontslag), het creëren van een cultuur die spreken toelaat.

Als nadelen weerhouden we het verlies aan kwantificeerbare gegevens, de tijdsinvestering (gemiddeld anderhalf tot twee uur per interview: afname en tekstverwerking), de noodzaak tot een extra werkkraft (deeltijds interviewer), het kleine bereik op kliniekniveau (de afnamerondes werden apart per afdeling georganiseerd, waardoor we ongeveer twee jaar nodig hadden om elk van de vijf afdelingen aan de beurt te laten komen).

Exit-interview (begeleid) op computer

Sinds '97 werken we met exits op computer, waarmee we voor het eerst, en dit op een continue wijze, alle patiënten willen bevragen die een verblijf of behandeling in ons centrum afronden. Patiënten worden op het einde van hun behandeling geconfronteerd met positieve of negatieve uitspraken of statements van ex-patiënten, weerhouden na een inhoudsanalyse van de mondelinge interviews, en die betrekking hebben op de verkregen informatie voorafgaand aan en de voorbereiding van de opname, de aanmeldingssituatie, het onthaal en de aanpassing op afdeling en in de leefgroep, de relatie met het afdelingspersoneel, het programma (deskundigheid, doelmatigheid, doeltreffendheid), de voorbereiding van het

ontslag en nazorg. De patiënten kunnen deze statements bevestigen of ontkennen, of aangeven dat ze daarover geen uitgesproken mening hebben. Aanvullend op deze statements kunnen patiënten een aantal aspecten die we associëren met de hotelfunctie van een kliniek (huisreglementen, kamer, cafetaria e.d.), de informatie verkregen voorafgaand aan de opname, aanmelding, onthaal op de afdeling, personeel, het aanbod, de effectiviteit van de behandeling beoordelen op een 10-puntenschaal. Er is tevens een ruimte voorzien voor commentaar.

Er zijn een aantal argumenten die pleiten in het voordeel van de computer-afname, zoals een groter bereik (alle afdelingen tegelijk bevragen), een snellere afname (20 minuten tegenover anderhalf uur), een snellere verwerking en terugkoppeling (zesmaandelijkse terugkoppeling naar elke afdeling, tegenover terugkoppeling na een afnameperiode voor de respectievelijke afdeling), de link met andere patiënt- en behandelingsgegevens (er is bijvoorbeeld een link met een intern mpg-nummer), continuïteit en standaardisatie, neutraliteit interviewer, een actievere participatie vanuit de afdelingen bij de organisatie van de afnames.

In het nadeel van een computer-afname spelen het onpersoonlijke karakter computerafname (indien patiënt geen ondersteuning nodig heeft), de vaststelling dat niet alle vragen uit het gestructureerde mondelinge gesprek aan bod kunnen komen, dat door de standaardisatie afdelingsspecifieke informatie verloren kan gaan (het interview heeft grotendeels dezelfde inhoud voor alle afdelingen), het mogelijk gebrek aan computerervaring bij patiënten, de mogelijke uitval, het inschakelen en opleiden van interviewers, het ter beschikking stellen van de nodige infrastructuur (lokalen en computers).

Met volgende initiatieven is gepoogd deze tegenargumenten het hoofd te bieden. (1) Een 8-tal interviewers is opgeleid in het introduceren, begeleiden en afsluiten van het interview; bovendien zijn handleidingen ter beschikking gesteld voor begeleiders en patiënten; (2) in het computerprogramma is een vrije commentaar ruimte voorzien; (3) de specifieke programma's van de subgroepen van alle afdelingen zijn opgenomen in de bevraging (de programmavragen zijn

afdelingsspecifiek), (4) bij de afname hoeft de patiënt enkel de muis te gebruiken en grote antwoordblokken aan te klikken (werken met cursor- en een beperkt aantal functietoetsen is eveneens mogelijk, desnoods kan de afname schriftelijk gebeuren); (5) indien de afname niet doorgaat worden reden en omstandigheden in het programma ingevoerd (op deze manier is er controle op uitval en representativiteit); (6) er zijn twee nieuwe computerlokalen ingericht.

Procedure en Overleg: van Werkgroep Patiëntenbeleid naar aansluiting bij bestaande overlegkanalen.

Werkgroep Patiëntenbeleid: import van een ideeëngoed

De meest markante vaststellingen naar aanleiding van het satisfactieonderzoek was de grote tevredenheid bij de bevraagde populatie, de onmacht om bepaalde aandachtspunten (bijvoorbeeld op het vlak van accommodatie) om te zetten in actieplannen, en de vaststelling dat de uitwerking van een actieplan niet noodzakelijk leidt tot meer tevredenheid bij herhaalde meting. Een matige beoordeling over de informatie met betrekking tot het medisch gebeuren was bijvoorbeeld de aanzet tot een actieplan waarbij patiënten systematisch worden geïnformeerd over naam medicament, functie, bijwerking, periode gebruik, afbouw e.d.

Bij herhaalde meting bleek dat de tevredenheid niet was toegenomen. Een extra ronde 'medicatie' werd ingelast, waarbij werd vastgesteld dat de patiënten grotendeels op de hoogte zijn van naam, functie en nevenwerkingen van de medicatie, dat het merendeel het positief effect van de medicatie niet ontkent, dat de meerderheid tevreden is over de toediening.

Het actieplan leidde met andere woorden tot de gewenste acties (informatie over medicatie), alhoewel ook dit met een korreltje zout dient genomen te worden daar het afdelingsteam opperde dat deze acties reeds lang deel uitmaakten van het takenpakket. Kern van het probleem was de vaststelling dat de tevredenheid van de patiënten over de informatie omtrent het medisch gebeuren niet wordt beïnvloed, dat voor deze tevredenheid geen objectieve norm te vinden was en dat

evenmin een realistisch streefdoel kon geformuleerd worden.

De omschrijving van het Patiëntenbeleid, namelijk 'het afstemmen van de dienstverlening, de werkzaamheid, de planning en het beleid op de wensen en de behoeften van de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie', en het peilen naar die afstemming aan de hand van een satisfactie-onderzoek, leende zich niet tot een verankering tot op de werkvloer.

Bovendien stootten we op het probleem dat de aansluiting bij de bestaande overlegstructuren en –organen eerder moeizaam verliep. Deze waren op dat moment immers volop in ontwikkeling (het intern beleid). De werkgroep Patiëntenbeleid, het onderzoek rond cliëntsatisfactie, leek als import van een ideeëngoed haaks te staan op deze ontwikkelingen.

Kernwaarden van de organisatie: export naar alle geledingen binnen de organisatie

De aansluiting van de werkgroep Patiëntenbeleid bij het bestaande overleg heeft veel te maken met de stapsgewijze explicitering van de kernwaarden van de organisatie: persoonsgerichte zorg op maat, deskundige behandeling en therapie, geïntegreerde zorg, continuïteit van zorg, ethisch verantwoorde zorg en patiëntparticipatie. Bovendien staan deze kernwaarden centraal in de ontwikkeling van een visie op kwaliteitsbeleid, die grotendeels ontwikkeld, opgevolgd en bijgestuurd wordt door de zelfsturende dynamiek van afdelingsteams en stuurgroepen, zoals deze in de loop van jaren negentig binnen onze organisatie vorm kreeg.

Eerder dan dat de motivatie tot kwaliteitsverbetering voort komt uit concurrentiedrang zoals in de privé-sector het geval is, of volledig mikt op de wensen, behoeften en (het meten van) de satisfactie van de cliënt zoals eind jaren tachtig, wordt deze motivatie actueel gestuurd vanuit het verantwoordelijkheidsgevoel voor de best mogelijke hulp aan de cliënt en is ze gericht op de eigen professionele ontwikkeling.

Binnen deze ontwikkeling is het exit-interview, net als de vaste overlegmomenten zoals bijvoorbeeld de patiënten-stafvergadering, één

van de realisaties van het beleid rond de kernwaarde patiëntenparticipatie dat het responsabiliseren van patiënten of het actief betrekken van patiënten in hun behandeling beoogt. Zo komt het ook dat bepaalde aspecten niet of minder aan bod komen in het exit-interview. Informatie over het activiteitenprogramma, de organisatie van de maaltijden, groeps grootte e.d. komen samen met andere, hoofdzakelijk organisatorische aspecten op operationeel niveau (het 'klokwerk' van een leefeenheid) systematisch aan bod in de patiënten-stafvergadering van een leefeenheid en worden daar, conform de verdeling van verantwoordelijkheden binnen het team, opgevolgd en bewaakt.

ACTUELE EXIT-DATA

Inhoud van de bevraging

Het huidige concept voorziet een continue toetsing van zowel organisatorische aspecten, houdings- en zorginhoudelijk aspecten, als aspecten van methodisch handelen eigen aan kliniek en afdelingen. Gemeenschappelijk is dat ze allen aansluiten bij de uitwerking of operationalisering van de kernwaarden van de organisatie.

Via inhoudsanalyse van de mondelinge interviews naar statements (op ziekenhuisniveau)

Het grootste gedeelte van het exit-interview bestaat uit uitspraken (statements) van ex-patiënten die we gedurende de periode van mondelinge bevraging hebben verzameld. Het gestructureerde mondelinge interview leverde een grote verzameling aan kwalitatieve gegevens omtrent informatie voorafgaand aan de opname, het aanmeldingsgebeuren, het onthaal op de afdeling, de relaties met personeel en medepatiënten, het programma (individuele gesprekken en therapieën, groepsprogramma, forumactiviteiten, typering van het programma), ontslagregeling, afspraken rond nazorg, naast algemene beschouwingen over een mogelijk resultaat of eventueel effect van de behandeling.

Met betrekking tot bovenstaande thema's zijn doelstellingen op ziekenhuisniveau

geformuleerd, afgeleid uit de kernwaarden van onze organisatie.

De uiteindelijke selectie gebeurde op basis van een inhoudsanalyse van het mondelinge archief. Positieve of negatieve uitspraken van patiënten werden voorgelegd aan een panel van medewerkers en externen, die deze uitspraken selecteerden die best aansloten bij kerndoelstellingen betreffende de verschillende thema's. Er waren natuurlijk ook een aantal beperkende praktische criteria die meespeelden bij de selectie, zoals de begrijpbaarheid van de statements voor de patiëntenpopulatie en het streven naar een interview van maximaal een half uur.

Elk statement omtrent een thema, heeft dus betrekking op een doelstelling betreffende dat thema. Zo is de verdere bewaking en verfijning van de opnamecriteria één van de operationalisering van de kernwaarde 'persoonsgerichte zorg op maat'. Met als gevolg dat patiënten in het exit-interview kunnen aangeven of ze akkoord gaan met statements die een positieve of negatieve uitspraak doen over de afdelings- en subgroep toewijzing.

De mondelinge en schriftelijke patiëntgebonden communicatiestructuur, een exponent van de kernwaarde zorgcommunicatie, verschilt van afdeling tot afdeling. In elke leefeenheid staat echter de directe mondelinge communicatie centraal, waarbij via briefings, weekendoverdrachten en -besprekingen en voornamelijk via intensief teamoverleg (patiëntenbesprekingen) de verschillende disciplines worden betrokken in de informatie-uitwisseling en de bespreking van de behandeling. De schriftelijke communicatie is daarbij ondersteunend. Met als gevolg dat we in het exit-interview patiënten confronteren met een uitspraak die het mogelijk maakt te toetsen of de patiënt van oordeel is of de neuzen van de teamleden inderdaad dezelfde richting staan

Beoordeling zorgprogramma

Voorlopig is één rubriek van het exit-interview gedeeltelijk gericht op het verzamelen van afdelingsspecifieke informatie.

Patiënten beoordelen de activiteiten van het groepsbehandelprogramma, d.i. het gestructureerde weekprogramma van de subgroep waar de behandeling wordt afgerond.

Bij de voorbereiding van de computerbevraging zijn de activiteiten van de diverse subgroepsprogramma's van de leefeenheden ondergebracht in clusters. Dit resulteert in een 24-tal clusters op ziekenhuisniveau (bijvoorbeeld psychotherapie, vrijetijdsbesteding op de afdeling, sociotherapie...).

De patiënten stellen een top drie samen van activiteiten (1) waaruit ze het meest hebben geleerd, (2) waaruit ze het minst hebben geleerd, (3) waaraan ze het liefst deelnamen en (4) waaraan ze het minst graag participeerden, en deze resultaten worden zowel op niveau van de activiteiten als op niveau van de activiteitenclusters verwerkt.

Het onderbrengen van activiteiten in clusters maakt het mogelijk om vergelijkingen te maken op afdelingsniveau (subgroepen vergelijken) en ziekenhuisniveau (afdelingen vergelijken).

Bedoeling is om op basis van deze clusters de beoordeling door patiënten van de onderscheiden dimensies en specialisaties in het aanbod in beeld te brengen (let wel, patiënten beoordelen programma-activiteiten; de clustering zelf is ingebouwd in het computerprogramma). Uitgangspunt daarbij is dat de aangeboden zorgactiviteiten binnen het groepsprogramma een exponent zijn van de specificiteit van de leefeenheid en subgroep, waardoor de exitbevraging zou toelaten of de beoogde specificiteit van een subgroep als dusdanig ervaren wordt door de patiënten.

Zo kent de Depressiekliniek zes subgroepen, waarbij voor een tweetal subgroepen het accent minder op inzichtgevende psychotherapie ligt. Van de patiënten die een behandeling in deze subgroepen afronden kan dan ook verwacht worden dat ze de activiteiten behorende tot een andere cluster kiezen in de betekenis van meest betekenisvolle activiteiten. In de Ontwenningskliniek is één van de vijf modules eveneens toegespitst op inzichtgevende psychotherapie. Van patiënten die in deze subgroep een behandeling afronden mag dan weer verwacht worden dat ze de psychotherapeutische activiteiten aanstippen als de meest betekenisvolle activiteiten, terwijl bij patiënten van andere subgroepen bijvoorbeeld de cluster 'kennis verwerven rond alcoholproblematiek' sterker in beeld zou kunnen komen.

Het surplus van het clusteren van programma-activiteiten is dat op deze wijze exitgegevens kunnen gelinkt worden met andere toepassingen, zoals de minimale psychiatrische gegevens (mpg), waar eveneens gegevens over het aanbod of programma middels rubrieken worden geregistreerd met het oog op beleidsmatige informatie. De validiteit van het meten van zorginhoudelijke aspecten op deze wijze kan echter ernstig in vraag gesteld worden. Laten mpg-items, net zoals de intern gehanteerde clustering, toe op de specificiteit van leefeenheden en hun subgroepen in kaart te brengen? We kunnen niet voorbij aan de vaststelling dat, net zoals bij de itemconstructie van de zorginhoudelijke rubrieken van mpg, bij de interne clustering in ons ziekenhuis veeleer het middel (bijvoorbeeld vrijetijdsactiviteit op de leefeenheid) dan het doel (bijvoorbeeld ter ondersteuning) als criterium is gebruikt.

Zorginhoudelijke aspecten blijven dan ook een aandachtspunt in de verdere ontwikkeling van ons instrument. We kunnen daarbij denken aan het opnieuw selecteren van uitspraken uit ons 'mondeling archief' die verband houden met diverse typeringen van het aanbod, het opstarten van een nieuw vooronderzoek met mondelinge vraagstelling met het oog op het verzamelen van kwalitatieve informatie omtrent doelstellingen en specificiteit van het aanbod. Ook het verder operationaliseren (op respectievelijk het niveau van de subgroep, de leefeenheid, het ziekenhuis) van de (hoofd)zorgfuncties, en in het verlengde zorg- of behandelnoten, binnen het aanbod is aan de orde. Recent is beslist om de discussie over doelstellingen, clustering en functies binnen een ruimer kader, waarin zich ook de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier situeert, op te volgen.

Kwantitatieve informatie

De patiënten kennen op een 10-puntenschaal een score toe aan een aantal aspecten die we associëren met de hotelfunctie van een leefeenheid of kliniek. We vragen de patiënten globale scores te geven voor opvang op de afdeling, de afdelings- en ziekenhuisreglementen, de kamer, het sanitair, de leefruimtes op de afdeling, de cafetaria, het eten, ontspanningsmogelijkheden buiten de

therapie-uren, de informatie voorafgaand aan de behandeling, het personeel.

Deze items hebben vooral een antennefunctie. Ze refereren op een zeer globale wijze naar het satisfactie-onderzoek. Lage scores zetten aan tot het inlassen van extra vragen omtrent het betreffende aspect. Een systematisch lage score voor bijvoorbeeld personeel kan aanleiding geven tot het inlassen van extra vragen omtrent zowel houdingsaspecten (vriendelijkheid, openheid), organisatorische aspecten (bereikbaarheid) en deskundigheid. Tot hiertoe is het inlassen van aanvullende vragen niet nodig (geen systematische lage scores) of opportuun (verouderde accommodatie terwijl verhuis naar nieuwbouw zich op korte termijn aankondigt) geweest.

Aanvullend kan de patiënt een score geven voor het groepsprogramma, de individuele therapieën en gesprekken, de groepsactiviteiten buiten het subgroepprogramma (het forum voor persoonsvorming, dat afdelings-overstijgende activiteiten aanbiedt). In tegenstelling tot het groepsprogramma en de individuele therapieën en gesprekken (de inbreng van de diverse disciplines wordt bevraagd), zijn de forumactiviteiten niet opgenomen in het standaardpakket. Het probleem is praktisch van aard: het actuele Forum-computerprogramma kan niet geïmporteerd worden in het Exit-computerprogramma.

Door de patiënt een score te laten toekennen aan groepsprogramma, individuele therapieën en activiteiten en Forum-activiteiten, krijgen we toch een beeld van de verhouding tussen deze drie zorginhoudelijke aspecten.

Tenslotte kan de patiënt het resultaat van de behandeling omzetten in een score. De motivering hiervoor is eerder van onderzoeksmatige aard. Het berekenen van correlaties met andere kwantitatieve variabelen behoort tot de mogelijkheden.

Open commentaar

Tenslotte is een commentaarveld voorzien. Elke patiënt kan hierin de antwoorden toelichten en thema's aanbrengen die niet aan bod zijn gekomen in het exit-interview.

Andere Exit-data

De antwoorden van de patiënt worden aangevuld met data afkomstig van de interviewer. Bovendien voert de administratief medewerkster, ingeval een verblijf in ons ziekenhuis niet gevolgd wordt door een interview, eveneens exit-gegevens in. Er worden dus exit-data verzameld met betrekking tot elk beëindigd medisch-psychiatrisch verblijf.

De interviewer maakt vooraf het computerprogramma startklaar. Door het invoeren van de beginletters van de naam van de patiënt wordt een mpg-tabel geactiveerdⁱ. De interviewer koppelt op deze manier het exit-interview aan een medischpsychiatrisch verblijf binnen mpg.

Andere data die bij de opstart worden ingevoerd of bevestigd: datum van afname, tijdstip begin afname, leefeenheid, subgroep, eerste opname of heropname. Een laatste rubriek die voorafgaand aan de afname aan bod komt is 'einde verblijf'. Het exit-interview is immers bestemd voor patiënten die een behandeling met voltijds of deeltijds verblijf afronden. Voor patiënten in dagbehandeling is volgende regeling uitgewerkt: (1) geen afname van patiënten die, voorafgaand aan de dagbehandeling, niet waren opgenomen; (2) een afname op het moment van het afsluiten van de partiële periode indien de perioden van volledige en partiële behandeling een aaneensluitend geheel vormen én de patiënt alle dagen aanwezig is; (3) een afname op het ogenblik dat de patiënt overstapt naar een 'bijzonder' regime (afbouwen: bij patiënten die bijvoorbeeld nog éénmaal per week komen en dit voor een langere periode, is het niet opportuun te wachten met de exit-afname tot het einde van het medischpsychiatrisch verblijf).

In het programma zijn oefenschermen ingebouwd. De interviewer kan op basis van de vingeroefeningen van patiënten inschatten of ze in staat zijn de antwoorden zelf in te voeren. Soms is het noodzakelijk dat de interviewer bijspringt.

In regel blijft de interviewer in de buurt, ingeval de patiënt bijkomende vragen heeft. De interviewer sluit het programma af nadat de patiënt het computerlokaal heeft verlaten, echter niet zonder bijkomende gegevens in te voeren die kunnen bijdragen tot een eventuele op punt stelling van de afnameprocedure, zoals

tijdstip einde afname (de duur van de afname kan in het oog gehouden worden) en de geboden hulp (bijvoorbeeld: patiënt heeft geen hulp nodig, hulp bij het aanklikken, volledige overname van invoer door de interviewer).

Bovendien schat de interviewer via rubriek 'toestand van de patiënt' in of de gemoedstoestand of het gedrag van de patiënt mogelijks van negatieve invloed was op het verloop van de afname (bijvoorbeeld: weerspanning, nerveus). Indien de interviewer van oordeel is dat de exit-data onbetrouwbaar zijn, of wanneer de interviewer twijfelt aan de betrouwbaarheid van de afname, kan dit worden aangegeven in rubriek 'betrouwbaarheid van de afname' (betrouwbaar, niet betrouwbaar, twijfelachtig).

In situaties waarbij een computerafname niet mogelijk is, wordt een schriftelijke afname voorzien. Aanvankelijk uitsluitend bedoeld om bij niet-geplande ontslagen de patiënt toch de kans te geven verschillende aspecten van de behandeling te laten beoordelen, worden schriftelijke afnames ook wel eens aangewend bij beperkingen van de patiënt (een computerafname zou te lang duren) en in situaties waarbij geen computerlokaal of interviewer beschikbaar is. Achteraf voert de interviewer de gegevens in, wordt de koppeling met medischpsychiatrisch verblijf (mpg-tabel) gemaakt, en wordt de reden genoteerd waarom de afname schriftelijk en niet op computer is verlopen.

Ook het ontbreken van een exit-interview is een exit-gegeven. Voor elk medischpsychiatrisch verblijf dat niet gevolgd wordt door een exit-afname, wordt de reden van het niet plaatsvinden genoteerd. Dit proces wordt bewaakt door de administratief medewerkster, die deze reden, die door de hoofdverpleegkundigen wordt opgegeven, invoert in het exit-programma. Ook deze informatie wordt gekoppeld aan een mpg-tabel, en juist daardoor kan de representativiteit van de bevraagde populatie nauwkeurig bestudeerd worden.

Bovendien laten de resultaten van enkele uitspraken ons toe om de antwoorden van de patiënten te toetsen op consistentie. Daartoe is in het verwerkingsprogramma een controle-techniek ingebouwd.

PRAKTISCHE ORGANISATIE EN BEHEER

Praktische organisatie.

Een achttal interviewers (sanitair werksters, stagiaires dienst administratie) onthalen en begeleiden de patiënten bij de afname. De hoofdverpleegkundigen nemen een coördinerende taak op zich, waardoor gegarandeerd wordt dat de patiënt tijdig uitleg krijgt over de afname, dat er een concrete afspraak met interviewers en patiënten wordt gemaakt, dat bij het niet plaatsvinden van een interview de reden daartoe wordt genoteerd.

In samenwerking met de hoofdverpleegkundigen werkt een stafmedewerker een afnameplan uit. Elke afdeling heeft haar vaste afnamemomenten, wekelijks gemiddeld zo'n twee uur per afdeling. Bij deze planning is rekening gehouden met het activiteitenprogramma tijdens de ontslagweek zodat interviews en activiteiten elkaar niet overlappen.

Een administratief medewerkster controleert wekelijks het aantal afnames, ziet toe op de volledigheid van de gegevens, houdt de afnametijd en het opvolgen van de planning in het oog.

Beheersniveaus

Een stafmedewerker ontwikkelt en beheert het systeem, en is tevens verantwoordelijk voor dataverwerking, -analyse, -verslaggeving en opvolging. Een administratief medewerkster beheert computer- en verwerkingsprogramma, controleert de koppeling met mpg, en staat in voor de opleiding van de interviewers.

Het directiecomité ziet toe op het algemeen verloop van de procedure, interpreteert de betekenis van de bevindingen, formuleert hypothesen, selecteert verbeterprocessen, zoekt daarbij – naargelang het organisatorische aspecten, houdingsaspecten of aspecten van methodisch handelen betreft - het meest geschikte kanaal of overlegstructuur, van waaruit het verbeterproces dan wordt gestuurd. Hoofdverpleegkundigen introduceren de concrete resultaten in het team, dat op haar beurt afdelings specifieke of discipline-specifieke werk- en actiepunten opstelt.

Borging

Tweemaal per jaar is er een verwerking op ziekenhuis- en op afdelingsniveau, zodat er een inherente cyclische structuur groeit van terugkoppeling van resultaten, detecteren van aandachtspunten, omzetten van aandachtspunten in actiepunten, terugkoppeling van nieuwe resultaten.

Rapportering is voorzien op 'centraal' en 'decentraal' niveau. Op ziekenhuisniveau worden de resultaten van de verschillende afdelingen naast elkaar geplaatst en gesitueerd ten overstaan van het resultaat op ziekenhuisniveau; op afdelingsniveau worden de resultaten van de verschillende subgroepen gepresenteerd en vergeleken met het resultaat op ziekenhuisniveau.

Per semester zijn er drie deelverslagen. In eerste instantie een *kernverslag*, bestemd voor directie en de stuurgroepen van de afdelingen, met patiëntbeoordelingen over het zorgaanbod, over de afdelings- en subgroepoewijzing, aangevuld met eindbeschouwingen en algemene evaluatie van het verblijf in ons centrum. Afdelingsspecifieke items zoals de beoordeling van het subgroepprogramma aan de hand van de activiteiten, zijn bestemd voor de stuurgroepen en worden op een hoger abstractieniveau teruggekoppeld naar de directie aan de hand van de ingebouwde clustering van de activiteiten.

Een tweede deelverslag – *Procedure en Bereik* - bevat resultaten die aandachtspunten in verband met instrument en procedure aan het licht moeten brengen. Het bereik, de uitval, de representativiteit van de bevraagde populatie, usability of gebruiksvriendelijkheid van de computertoepassing komen hier aan bod.

In het *analyseverslag* tenslotte worden de antwoorden die betrekking hebben op één en dezelfde rubriek (bijvoorbeeld aanmelding, onthaal op de afdeling, relatie met personeel) samen verwerkt. De rapportering op ziekenhuisniveau beperkt zich hier tot het globale totaalresultaat en de positionering van de afdelingsresultaten ten aanzien van dit globale ziekenhuisresultaat.

De afdelingsverslagen, bestemd voor de stuurgroepen, bevatten de meer concrete afdelingsspecifieke resultaten op subgroepniveau. In deze verslagen worden

specifieke aandachtspunten omschreven, die door de stuurgroep kunnen worden vertaald in actiepunten. Bij de volgende afname vindt een resultaatmeting plaats, waarbij het mogelijk effect van de acties wordt gemeten.

Los van deze semesteriële terugkoppeling via de drie deelverslagen worden in een *beleidsverslag* bevindingen met elkaar in verband gebracht.

Een eerste mogelijk onderwerp van dit beleidsverslag zijn de eventuele verbanden tussen gegevens afkomstig uit diverse rubrieken van het exit-interview. Een voorbeeld: is, en in welke mate is er een verband tussen de beoordeling van het eindresultaat van de behandeling enerzijds en de beoordeling van groepsprogramma, individuele gesprekken en therapieën, forum-activiteiten e.a. aspecten van het zorgaanbod anderzijds?

Het beleidsverslag kan tevens de exitresultaten spiegelen of toetsen aan specifieke doelstellingen op ziekenhuis-, afdelings- en subgroepniveau. De beoordelingen van de activiteitencluster 'psychotherapie' in de psychotherapeutisch onderbouwde subgroepen is een voorbeeld van het toetsen van de beoogde impact van bepaalde accenten naar zorginhoud.

Tenslotte kunnen verbanden worden gezocht tussen exit-gegevens en minimale psychiatrische gegevens. Speelt bijvoorbeeld de behandelduur een rol in het positief of negatief beoordelen van diverse aspecten van ons zorgaanbod? Hoe staan patiënten met somatische problemen (DSM IV-gegevens) tegenover de 'verzorgings-' en 'psychotherapeutische' dimensie van ons zorgaanbod? Is de bevraagde populatie voldoende representatief, en indien niet, welke groep van patiënten is ondervertegenwoordigd en kunnen we deze groep op een andere wijze dan met een exit-interview bereiken?

Dit beleidsverslag groeit, en selectief kunnen nieuwe invalshoeken worden voorgesteld om gegevens zinvol met elkaar in verband te brengen. We denken op jaarbasis een viertal thema's voor beleidsmatige verwerking te kunnen selecteren.

IN HET SPOOR VAN HET EXIT-INTERVIEW

Reeds in '92 en '93 zijn, in het verlengde van het toen nog mondelinge interview, patiënten van één van de afdelingen (ontwenningss-kliniek) gecontacteerd in het kader van een verkennend drop-out en follow-up onderzoek. Beide experimenten konden als geslaagd worden beschouwd. Niet enkel lag het bereik vrij hoog (twee derden van de bereikbare patiënten ging op de uitnodiging in), tevens waren de resultaten van de bevraging vrij bevredigend (een positief beeld van de afdeling bij de drop-outs; een positieve terugblik bij follow-up).

Met de koppeling van de exit-data aan de minimale psychiatrische gegevens, en meer specifiek door de objectivering van de (niet-) bevraagde populatie en gegevens omtrent het verblijf, kan het drop-out en follow-up onderzoek nauwer aansluiten bij de systematische exit-bevraging.

Bevraging van mogelijk drop-outs

Door het linken van exit-data aan minimale psychiatrische gegevens kan de bevraagde populatie vrij nauwkeurig gesitueerd worden.

We kunnen de bevraagde populatie profileren aan de hand van sociodemografische gegevens, behandelduur, aantal vorige behandelingen in ons centrum of in een andere voorziening (ingebouwd in vrije zone mpg) e.d.

Het *bereik* van de exits kan exact bepaald worden. We berekenen dit met de verhouding tussen het aantal bevragingen enerzijds, en het totaal aantal afgeronde medischpsychiatrische verblijven op ziekenhuis-, afdelings- en subgroepniveau anderzijds.

We beschikken eveneens over aanwijzingen betreffende het profiel van de niet-bevraagde populatie. Inzicht in de *uitval* kan bekomen worden door bijvoorbeeld een analyse van de kenmerken van de afgeronde medischpsychiatrische verblijven die niet uitmondde in een interview, door de reden te bekijken waarom het interview niet doorging, door een overzicht van niet bruikbare interviews (beoordeling interviewer) of geëlimineerde interviews die inconsistente gegevens bevatten.

Zo is vrij recent een voorstel geformuleerd om mogelijke drop-outs te bevragen. Praktisch betekent dit dat we eerst via het exit-programma en het mpg-programma de patiënten selecteren die in aanmerking komen voor een extra-bevraging. We selecteren deze patiënten die niet of nog nooit zijn geïnterviewd, die niet zijn ontslagen op basis van een wederzijds akkoord, en die gedurende een langere periode (bijvoorbeeld twee jaar) slechts één medisch-psychiatrisch verblijf in onze kliniek meemaken. Aan deze patiënten wordt een vragenlijst opgestuurd die enerzijds gestoeld is op het exit-interview, zodat vergelijking gewaarborgd is met de beoordeling van de bevragede patiënten die ontslagen zijn op basis van een wederzijds akkoord. Anderzijds beogen we om met deze bevraging dieper in te gaan op de reden van het ontslag (informatie die we kunnen vergelijken met de visie van het team), en bovendien een zicht te krijgen op de actuele situatie van de patiënt (zijn hulpvragen, zijn zorgnood of – consumptie).

Follow-up

Ook met betrekking tot een eventueel follow-up onderzoek openen zich extra mogelijkheden op basis van ons exit-ontwerp. Naast het mogelijke effect van een behandeling in ons ziekenhuis op zich, kan dit follow-up onderzoek verrijkt worden met onze kennis van patiënt- en behandelkenmerken. Het bevragen van patiënten over de opeenvolging van hun GGZ-contacten in dit ziekenhuis of elders, is, gezien de recente ontwikkelingen op beleidsniveau (we denken aan het ideeëngoed inzake zorgcircuits), zeker relevant.

Ook hier is werk aan de boeg, niet enkel intern. Ook een link met een herziene mpg die zich toespitst op zorgfuncties, kan hier een stap voorwaarts betekenen.

Kwaliteitsdecreet Vlaamse Overheid en Benchmarking psychiatrische ziekenhuizen

We moeten ons afvragen in welke mate onze exit-bevraging een blijvend surplus betekent ten aanzien van de verplichte kwaliteitsbevorderende initiatieven, opgelegd door het kwaliteitsdecreet van de Vlaamse Overheid. Anderzijds reikt deze bevraging ons nu reeds thema's aan die perfect passen binnen

de filosofie van een kwaliteitsplan. Twee actuele actiepunten - een groter bereik van de bevraging voor een bepaalde afdeling, een ontslagprocedure voor een andere afdeling - zijn trouwens opgenomen als indicatoren binnen een vrij thema van het kwaliteitsplan.

Beide benaderingen kunnen elkaar waarschijnlijk vinden binnen een model of een taxonomie van besturingsniveaus (trans-actioneel, operationeel, management, strategisch) enerzijds en systeemelementen (structuren, processen en resultaten) anderzijds.

Waar ons concept van het exit-interview aansluiting zoekt bij de klinische dimensie en (zorg)functies, en daartoe de case-by-case approach benadert (zie de link met de minimale psychiatrische gegevens), sluit de steekproefsgewijze group-approach van het kwaliteitsdecreet vooral aan bij structuren en processen op niveau van de organisatorische besturing. Voor thema's die bijvoorbeeld geassocieerd worden met een klantgerichte administratieve en logistieke dienstverlening biedt ons exit-concept niet de meest voor de hand liggende oplossing, doch dringt zich een steekproefsgewijze en meer projectmatige aanpak op.

Sinds een paar jaar participeert ons ziekenhuis in een benchmarkinggroep van Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen, waarin diverse thema's volgens de benchmarkingmethodiek (en het achterliggend EFQM-model) ontwikkeld en opgevolgd wordenⁱⁱ. Recent komt ook in deze groep patiënttevredenheid ter sprake. Enkele tips kunnen we onze collega's alvast meegeven:

- Maak het onderscheid tussen een satisfactie-onderzoek en een onderzoek dat via een bevraging van patiënten wil toetsen of de kernwaarden van de eigen professionele werking worden bereikt;
- Geef de klinische dimensie een plaats binnen de kernwaarden van de organisatie;
- Opteer voor een satisfactie-onderzoek rond de hotelfunctie van een psychiatrisch ziekenhuis;
- Hanteer daarbij een steekproefsgewijze group-approach;

- Benut de bestaande dynamiek in de leefeenheden en de bestaande cultuur van participatie en overleg; creëer de noodzakelijke voorwaarden waardoor aan team en patiënten de verantwoordelijkheid kan gegeven worden bepaalde thema's zelf uit te werken en op te volgen;
- Indien u zorginhoudelijke aspecten bij patiënten wilt bevragen: opteer voor een vooronderzoek met het oog op het verzamelen van kwalitatieve informatie, opteer voor een case-by-case approach en continue bevraging;
- Enkele methodologisch tips: het is voor een patiënt makkelijker te reageren op uitspraken van ex-patiënten dan zelf persoonlijk aangesproken te worden om een mening te formuleren, probeer vat te krijgen op de representativiteit van de bevroegde populatie door de bevraging van patiënten te koppelen aan andere patiënt- of behandelgegevens, bouw een aantal vragen in die de antwoorden toetst op inconsistentie, probeer positieve en negatieve antwoordtendenzen te vermijden (gebruik daartoe positief en negatief geformuleerde vragen);
- Geef het exit-interview een eigen plaats binnen een ruimer geheel van systematisch bevragen van de patiënten (het bevragen van drop-outs, follow-up of ander effectonderzoek): niet alle patiënten worden immers bereikt, het tijdstip van ontslag is niet het meest voor de hand liggend moment om bijvoorbeeld het effect van de behandeling te meten.

We kunnen onze collega's, voor zover nodig, ook een illusie armer maken: een kant en klaar recept is er niet. Ook intern noteren we graag de discussies over het nut van enkele vragen, over de zin van het verwerken van afdelingsgegevens op ziekenhuisniveau, over de problemen die een relatief kleine groep van patiënten (echter geconcentreerd op één of twee afdelingen) heeft met het werken met de computer, over het surplus van het verband met minimale psychiatrische gegevens.

ⁱ De gegevens worden anoniem verwerkt: de resultaatsquery's in het accessprogramma worden gelinkt aan mpg-nummer en aan andere mpg-velden, behalve IP02 (naam van de patiënt).

ⁱⁱ Vermeire, M., Bechmarking met psychiatrische ziekenhuizen, *Hospitalia*, 2001/2, p. 68 e.v.