



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis.

Afstudeerproject voorgedragen door:

Franssens Niels

Janssens Elien

Knapen Sara

Put Fenne

Promotor: Lemmens Olga

Inhoudsdeskundige: Ombelets Sander

Academiejaar 2014-2015

Bachelor opleiding Verpleegkunde





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis.

Afstudeerproject voorgedragen door:

Franssens Niels
Janssens Elien
Knapen Sara
Put Fenne

Promotor: Lemmens Olga

Inhoudsdeskundige: Ombelets Sander

Academiejaar 2014-2015

Bachelor opleiding Verpleegkunde



Woord vooraf

De realisatie van deze bachelorproef zou onmogelijk geweest zijn zonder de hulp, steun en tijd van heel wat mensen. Via deze weg zouden wij aan hen graag een woord van dank richten.

Eerst en vooral zouden we graag meneer Sander Ombelets, de hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2 van het Sint-Trudo Ziekenhuis te Sint-Truiden willen bedanken voor het voorstellen van dit boeiend thema voor onze bachelorproef.

Verder willen we graag onze promotor mevrouw Olga Lemmens, lector aan de PXL – departement Healthcare, bedanken voor het begeleiden van ons eindwerk en voor alle raadgevingen die we van haar mochten ontvangen.

Ook een woord van dank aan meneer Erik Nuyts voor de begeleiding van het statistisch deel van deze bachelorproef.

Ten slotte wensen we ook nog alle mensen te danken die ons rechtstreeks en onrechtstreeks hebben geholpen om de graad van Professionele Bachelor te bekomen, onder wie alle docenten en de directie van de PXL, departement Healthcare.

De steun van het thuisfront is moeilijk in woorden uit te drukken, waarvoor hartelijk dank!

Franssens Niels,

Janssens Elien,

Knapen Sara,

Put Fenne.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	7
1. Theoretisch deel	8
1.1 Probleem en doelstelling van het project	8
1.2 Kwaliteit van de zorg.....	8
1.2.1 Het begrip kwaliteit	8
1.2.2 Het bevorderen van de kwaliteit in de zorgsector	9
1.3 Patiëntentevredenheid	11
1.4 Meetinstrumenten.....	13
1.4.1 Stappenplan om tot het meest gepaste meetinstrument te komen.....	16
1.4.2 CQ-Index: meetinstrument voor kwaliteit in de revalidatiezorg.....	22
1.4.2.1 Consumer Quality Index	23
1.4.2.2 De CQ-Index revalidatiezorg	24
1.4.2.3 Waarom de CQ-Index revalidatiezorg en geen ander meetinstrument?	25
1.5 Het begrip revalidatie	25
1.6 Verpleegkundigen op een revalidatieafdeling	26
1.7 Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo	27
1.7.1 Missie	27
1.7.2 Visie.....	27
1.7.3 Doelstellingen	27
1.8 Revalidatieafdeling Z2 Sint-Trudo Ziekenhuis.....	29
1.8.1 Missie en visie.....	29
1.8.2 Doelstellingen	30
1.8.3 De indeling van de afdeling	32
1.8.4 Het multidisciplinaire team.....	32
1.8.5 Doelgroep van de revalidatieafdeling.....	32
1.8.5.1 Neurologische aandoeningen	33
1.8.5.1.a Ischemisch: CVA	33
1.8.5.1.b Hemorragisch: Epiduraal en subduraal hematoom.....	34
1.8.5.1.c Hersentumor	34
1.8.5.1.d Polyneuropathie.....	35
1.8.5.1.e Multiple Sclerose	35
1.8.5.1.f De ziekte van Parkinson	36
1.8.5.1.g Mogelijke behandelingen op de revalidatieafdeling voor neurologische aandoeningen	36
1.8.5.2 Ortho-locomotorische aandoeningen.....	38
1.8.5.2.a Gewrichtsprothesen: totale knie- en heupprothese	38

1.8.5.2.b Amputatie	39
1.8.5.2.c Rugoperatie	39
1.8.5.2.d Polytrauma	39
1.8.5.2.e Mogelijke behandelingen op de revalidatieafdeling voor ortho- locomotorische aandoeningen	40
1.8.5.3 De cijfers	42
1.9 Theoretisch besluit	43
2. Praktisch deel	44
2.1 Het toegepaste stappenplan van Swinkels	44
2.1.1 Stap 1: Wat wilt u meten?	45
2.1.2 Stap 2: Met welk doel wilt u meten?	45
2.1.3 Stap 3: Met welk soort meetinstrument wilt u meten?	45
2.1.4 Stap 4: Hoe vindt u een meetinstrument?	45
2.1.5 Stap 5: Wat is de hanteerbaarheid?	45
2.1.6 Stap 6: Wat is de methodologische kwaliteit?	46
2.1.7 Stap 7: Hoe analyseert u de gegevens?	46
2.1.8 Stap 8: Hoe interpreteert en rapporteert u de gegevens?	46
2.2 De meetinstrumenten	47
2.2.1 CQ-Index revalidatiezorg	47
2.2.1.1 De resultaten van de CQ-Index	47
2.2.2 Vragenlijst voor de teamleden op de revalidatieafdeling	49
2.2.2.1 Het resultaat van de gesloten vragen	49
2.2.2.2 Het resultaat van de open vragen	51
2.2.2.3 Besluit vragenlijst voor de teamleden	52
2.3 Draaiboek voor een tevredenheidsmeting bij de patiënten op de revalidatieafdeling Z2 in St-Trudo ziekenhuis	52
2.3.1 Het doel van het draaiboek	52
2.3.2 Het afstudeerproject 2014-2015: "Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis	53
2.3.3 Afstudeerproject 2015-2016	53
2.3.4 Overzicht van de taken en acties voor de tevredenheidsmeting	54
2.3.5 De verwerking van de vragenlijsten	56
2.3.6 De betrokken personen	57
2.4 Praktisch besluit	58
Besluit	59
Reflectie op het doorlopen proces en het uiteindelijk resultaat	60
Bibliografie	61
Samenvatting	65
Bijlagen	67

Inleiding

Dit eindwerk handelt over de patiëntentevredenheid op de revalidatieafdeling Z2 in het St.-Trudo Ziekenhuis van Sint-Truiden. De rode draad doorheen het hele afstudeerproject is de revalidatie, het meten en de kwaliteit van de revalidatiezorg. Patiëntentevredenheid is hier dan ook een belangrijk onderdeel van.

De hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2 en de zorgmanagers in het St.-Trudo Ziekenhuis willen enerzijds de kwaliteit verhogen van de revalidatiezorg en anderzijds de multidisciplinaire samenwerking bevorderen. Hierdoor kunnen mogelijke knelpunten opgespoord worden in het revalidatieproces, de organisatie en het beleid van de afdeling.

Uit onderzoek blijkt dat kwaliteit en patiëntentevredenheid belangrijke items zijn in de zorg. Dit wordt expliciet toegelicht in de theorie. Het theoriegedeelte bestaat uit negen hoofdstukken. Als eerste worden het probleem en de doelstelling besproken. Vervolgens worden de kwaliteit en de patiëntentevredenheid behandeld. In hoofdstuk vier wordt er met behulp van een stappenplan op zoek gegaan naar het ideale meetinstrument. Hierna wordt het begrip revalidatie geëxpliceerd. In hoofdstuk zes worden de taken van verpleegkundigen op een revalidatieafdeling toegelicht. Uiteindelijk wordt het St.-Trudo Ziekenhuis en de revalidatieafdeling Z2 algeheel besproken. Tot slot bestaat hoofdstuk negen uit een algemeen theoretisch besluit.

Na de theorie wordt de praktijk behandeld. In de praktijk wordt de theorie toegepast op de revalidatieafdeling Z2 van het St.-Trudo Ziekenhuis. Het gevonden stappenplan wordt toegepast in deze bachelorproef, waardoor het uiteindelijke meetinstrument ontdekt is. Deze bachelorproef bestaat uit een pilootproject, waarbij er een tevredenheidsmeting is gebeurd bij tien willekeurige patiënten op de revalidatieafdeling Z2. Het resultaat van deze meting wordt verder toegelicht in het praktijkgedeelte in hoofdstuk twee. Ook het team van de afdeling is ondervraagd geweest. Deze conclusies zijn eveneens in dit hoofdstuk terug te vinden. Dit afstudeerproject is een voorbereiding op de eigenlijke tevredenheidsmeting die wordt verdergezet door studenten verpleegkunde tijdens het schooljaar 2015-2016. De volledige voorbereiding bevindt zich in het draaiboek in hoofdstuk drie. Door het gebruik van dit draaiboek kunnen de studenten onmiddellijk de uiteindelijke meting aanvatten. De praktijk wordt afgesloten met een praktisch besluit.

Deze bachelorproef wordt beëindigd met een besluit, een reflectie, de bibliografie, een samenvatting en de bijlagen.

Alvast veel plezier met het lezen van dit afstudeerproject.

1. Theoretisch deel

1.1 Probleem en doelstelling van het project

De bedoeling is een ideaal meetinstrument vinden, om de tevredenheid van de revalidanten te meten. Op deze manier worden de patiënten betrokken in de zorg op de afdeling. De mening van de patiënten is belangrijk om te achterhalen op welke aspecten de afdeling kan verbeteren om de kwaliteit te verhogen.

Het doel van deze tevredenheidsmeting, is de behandeling van de revalidanten te evalueren zodat de afdeling weet wat de mogelijke verbeterpunten zijn. Deze punten kan de afdeling gebruiken om de kwaliteit van de revalidatieafdeling in het St.-Trudo Ziekenhuis te verbeteren.

Het nut voor de zorgverleners van het gebruik van meetinstrumenten zijn:

- Een beter inzicht krijgen in het eigen handelen,
- Dit handelen verbeteren,
- De communicatie tussen het multidisciplinaire team optimaliseren.

Een groot voordeel van een meetinstrument voor de revalidanten is hen informeren over de zorgverlening en hen hier actief bij te betrekken.

1.2 Kwaliteit van de zorg

Kwaliteit is een belangrijk begrip in de zorgsector. Of de zorg kwaliteitsvol is, hangt voor een groot deel af van de tevredenheid van patiënten en de medewerkers.

1.2.1 Het begrip kwaliteit

Het 'Institute of Medicine' is een Amerikaanse onafhankelijke, non-profit organisatie. Zij hebben als doel de regering en de private sector te helpen bij het maken van beslissingen omtrent gezondheid. Zij definiëren kwaliteit als volgt: "De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis."

(Institute of Medicine, 2001)

Om zinvol met kwaliteit bezig te zijn, is het belangrijk dat de doelstellingen hieromtrent duidelijk omschreven zijn. Kwaliteitsvolle zorg moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

De zorg moet:

1. Veilig zijn: letsels minimaliseren die veroorzaakt zijn door een medische fout, bijvoorbeeld complicaties in verband met het geven van de verkeerde medicatie.
2. Effectief zijn: er moet doeltreffend gebruik gemaakt worden van de middelen die er zijn, om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen, gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
3. Efficiënt zijn: verspilling van materiaal moet vermeden worden.
4. Tijdig zijn: wachttijden en schadelijke vertragingen voor patiënt en zorgverlener zo veel mogelijk vermijden.
5. Gelijkwaardig zijn: er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, afkomst, sociaal-economische status, enz. Dit mag de kwaliteit niet beïnvloeden.
6. De patiënt staat centraal.

(Institute of Medicine, 2001)

1.2.2 Het bevorderen van de kwaliteit in de zorgsector

Het decreet kwaliteitszorg van 17 oktober 2003

Het doel van dit decreet is de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse zorgsector te bevorderen. Met dit decreet wil de overheid voorzieningen responsabiliseren om de kwaliteit van de zorg voortdurend te bewaken en te optimaliseren.

Onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid, zijn gebruikers en voorzieningen samen verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. (art.3, §3) Patiënten hebben een eigen verantwoordelijkheid in de zorg, die mee bepalend is voor de kwaliteit van de zorg. Actieve betrokkenheid en medewerking zijn nodig voor een positief resultaat van de zorg. Patiënten moeten aangespoord worden om hun verwachtingen, noden en klachten kenbaar te maken. De voorziening moet daar op een doelmatige wijze rekening mee houden en op inspelen.

(Mostinckx, J., Deven, F. & Dauwe, P, 2014)

In Vlaanderen tracht men meer transparantie over de resultaten en kwaliteit van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen te krijgen door gebruik te maken van het Vlaams Indicatorenproject (VIP²).

Vlaams Indicatorenproject (VIP²) – kwaliteit in algemene ziekenhuizen

Om een zicht te krijgen in de resultaten en de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen, is er het Vlaams Indicatorenproject (VIP²). Het VIP² bewaakt de kwaliteit van de zorg aan de hand van kwaliteitsindicatoren.

Hiermee kan een ziekenhuis een welbepaald onderdeel van zijn kwaliteit meten en uitdrukken in een cijfer. (*Agentschap Zorg en gezondheid, 2014*)

Het gaat om een basisset van indicatoren die klinische processen en resultaten meten. Ze zijn ingedeeld in vijf domeinen:

1. Moeder en kind: indicatoren over keizersneden, borstvoeding, opname van zuigelingen, heropnames en aanpak van kindermishandeling.
2. Orthopedie (heup- en knieprothesen): indicatoren over verblijfsduur en tijdigheid van zorg.
3. Cardiologie: indicatoren over sterfte, gebruik van aspirine, gebruik van bètablokkers, enz.
4. Borstkanker (oncologie): indicatoren over overleving na vijf jaar, diagnose, behandeling en preventie.
5. Ziekenhuisbreed domein: een aantal ziekte-overkoepelende kwaliteitscriteria zoals heropname, handhygiëne en de ervaring van patiënten.

Naast pathologiespecifieke informatie over de kwaliteit van de zorg, zijn er een aantal aspecten, die breder gaan dan één bepaald domein, denk maar aan handhygiëne, geneesmiddelendistributie en het correct identificeren van patiënten. Daarom werd beslist om een domein 'ziekenhuisbrede indicatoren' in te voeren waarin een aantal kwaliteitsindicatoren, die de pathologiespecifieke domeinen overschrijdt, zijn gebundeld.

(Vleugels A. , 2010)

Daarnaast kunnen ook patiëntenervaringen heel wat aanknopingspunten aanreiken voor het opzetten van verbeterinitiatieven. Wetenschappelijk onderzoek (*Nederkoorn A., Delnoij D., 2008*) en interne bevraging wijzen uit dat er naast het medische, vier aspecten van de zorg doorwegen in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg door de patiënt:

1. Informatie en communicatie,
2. Privacy, respect en bejegening,
3. Toegankelijkheid en betaalbaarheid,
4. Participatie.

(Vleugels A. , 2010)

Het belang van kwaliteitsmetingen in de zorg

Volgens de literatuur van *Siregar Sabrina, Groenwold H.H. Rolf, Versteegh I.M. Michel, Lex A. van Herwerden* zijn er twee belangrijke redenen om kwaliteit van zorg te meten: interne kwaliteitsbewaking in de zorg en openbare verantwoording.

Onder interne kwaliteitsbewaking in de zorg behoren bijvoorbeeld projecten, SMART-doelstellingen, meten en zelfontplooiing. Dit wordt uitgevoerd door een klinische afdeling, ziekenhuis of door de beroepsgroep zelf.

Met openbare verantwoording bedoelt men de subsidies die men krijgt, hoe men patiënten aantrekt, enzovoort.

Op deze manier wordt er voortdurend gestreefd naar verbetering van de kwaliteit.

(Siregar Sabrina, Groenwold H.H. Rolf, Versteegh I.M. Michel, Lex A. van Herwerden, 2012)

1.3 Patiëntentevredenheid

Patiëntentevredenheid beschrijft in welke mate de zorg toekomt aan de subjectieve en objectieve noden van de patiënt. Het is immers vooral de patiënt die kan bepalen of de toegediende zorg er toe bijdroeg om zijn/haar gezondheidstoestand of levenskwaliteit te verbeteren. Niet alleen de gezondheidswinst of beantwoorde noden zijn belangrijk, maar ook de manier waarop de zorg wordt toegediend: de toegankelijkheid van de zorg, de organisatie van de diensten, de houding van de gezondheidswerkers, de voorlichting van de patiënt en de manier waarop de communicatie tussen hulpverlener en patiënt verloopt.

Zowel beleidsmensen als zorgverstrekkers zijn zich steeds meer bewust van de centrale rol van de patiënt bij het bepalen van optimale zorg en kwaliteitsbevordering. Patiënten zijn heel wat beter geïnformeerd en vormen dan ook een waardevolle partner in discussies over de optimale aanpak van hun aandoening. Patiënten hebben dikwijls andere verwachtingen, wensen en prioriteiten dan de zorgverleners. Voor het ziekenhuis is het belangrijk om hier rekening mee te houden. Bovendien is het ook voor een groot stuk de patiënt die de uitkomst van de zorgverlening bepaalt. Informatie over patiëntentevredenheid laat toe probleemgebieden te identificeren en oplossingen voor te stellen. Om deze informatie te verwerven is het van belang om patiëntentevredenheid op een correcte wijze te meten.

(Johan Van der Heyden, 2008)

De belangrijkste argumenten voor het meten van patiëntentevredenheid zijn:

- Variatie in de kwaliteit van de geleverde diensten.
- Tevredenheid als een belangrijk component van de kwaliteit van het leven.

- Patiënten die meer en meer op de hoogte zijn van behandelingen, zelfbewust en kritisch zijn, in staat zijn tot het vellen van een eigen oordeel, enz.
- In een commerciële setting is het ultieme kwaliteitscriterium de tevredenheid van de patiënten.
- In een democratische maatschappij is het meten van de tevredenheid van patiënten een middel om tot meer betrokkenheid van de patiënt en meer zelfbeschikkingsrecht te komen.

De mate van tevredenheid is steeds het gevolg van een interactie tussen drie factoren, namelijk: de verwachtingen van de patiënt, de objectieve behoeften van de patiënt en de eigenlijke zorgverlening naar de patiënt toe.

Patiënten die tevreden zijn herinneren zich niets bijzonders en niets slecht van hun verblijf, er waren geen positieve of negatieve verrassingen. Deze patiënten hadden een normale ervaring: hetgeen ze verwachtten.

Enkel wanneer er iets bijzonders voorvalt, verandert een normale ervaring in een buitengewone ervaring. Een buitengewone ervaring kan uit slechte of speciale herinneringen bestaan. Een slechte ervaring resulteert in ontevredenheid. Eén opmerking of onbeleefd gebaar is genoeg om het perfecte verblijf van de patiënt negatief te beïnvloeden.

Patiënten in de revalidatiecentra vinden deskundigheid en een goede behandeling het voornaamste. Ze willen graag serieus genomen worden en zich toevertrouwen aan deskundige handen. Patiënten vinden het belangrijk dat de revalidatiearts en medewerkers bij de opname alles op een begrijpelijke manier uitleggen. Ze willen geen tegenstrijdige informatie krijgen en hechten belang aan privacy bij de lichamelijke verzorging. Minder belangrijk vinden ze bijvoorbeeld telefonische bereikbaarheid van het revalidatiecentrum, een eigen kamer en steun aan en overleg met naasten. Revalidatiepatiënten en hun ouders zijn over het algemeen tevreden met de behandeling en geven deze hoge waarderingsscores.

(Johan Van der Heyden, 2008)

Fred Lee is de schrijver van het boek 'Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9 ½ dingen die u anders zou doen'. Veel ziekenhuizen raakten gemotiveerd en geïnspireerd door dit boek. Tijdens het schrijven hield hij rekening met de perceptie en beleving van de patiënt. Dit maakt het boek succesvol.

Fred Lee heeft in typische commentaren van patiënten die een ziekenhuisverblijf achter de rug hadden, de bijvoeglijke naamwoorden onderstreept. Hierin waren drie categorieën van synoniemen in te herkennen.

1. Synoniemen van bewogenheid,
2. Synoniemen van hoffelijkheid,

3. Synoniemen van vakkundigheid.

De synoniemen van bewogenheid hadden de grootste invloed. De synoniemen van hoffelijkheid kwamen op de tweede plaats. Het minst vaak werden synoniemen van vakkundigheid genoemd.

Hoffelijkheid en vakkundigheid zijn eigenschappen die deel uitmaken van het verwachtingspatroon van de patiënt, maar zijn daarom niet minder belangrijk. Het maakt de patiënt immers tevreden. De bewogenheid van de zorgverstrekkers maakt het verblijf uniek.

Door dit onderzoek toont Fred Lee aan dat er een verband is tussen de prestaties van het personeel en patiëntenevaluaties.

Er zijn drie verzorgingsniveaus:

- Bewogenheid: het personeel moet hiervoor geïnspireerd zijn.
- Hoffelijkheid: dit moet het personeel verplicht hebben.
- Vakbekwaamheid: hiervoor wordt men in dienst genomen.

De patiënten evaluaties voor deze drie verzorgingsniveaus zijn:

- Bewogenheid resulteert in een zeer tevreden patiënt.
- Hoffelijkheid resulteert in een tevreden patiënt.
- Vakbekwaamheid resulteert in een tevreden patiënt.
- Geen van deze drie resulteert in een ontevreden patiënt.

Bewogenheid is iets speciaal, iets wat patiënten niet verwachten. Het heeft betrekking op het emotionele verzorgingsniveau. Het is iets wat spontaan tot uiting komt bij het personeel. Bewogenheid zijn spontane, onverwachte en onvergetelijke momenten. De bewogenheid verandert de band tussen patiënt en verzorgende in iets onvergetelijk, speciaal en persoonlijk. Het tonen van medeleven in tijden van stress, pijn of verdriet kan een enorme steun zijn. Bewogenheid is het begaan zijn met de patiënt.

(Fred Lee, 2009)

1.4 Meetinstrumenten

Om de kwaliteit te verhogen van revalidatiezorg en de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, zijn meetinstrumenten noodzakelijk om dit te kunnen verwezenlijken. De zoektocht naar een gepast meetinstrument en de toepassing op de revalidatieafdeling Z2, dient om de tevredenheid van de revalidanten te bekomen.

Het vele onderzoek naar meetinstrumenten en vragenlijsten resulteerde de laatste jaren in een toenemende belangstelling voor het gebruik hiervan.

Het belangrijkste doel en tevens de meerwaarde van het gebruik van vragenlijsten, is het objectiveren en in maat en getal uitdrukken van klinische verschijnselen (*Feinstein, 1987*). Deze klinische verschijnselen worden daardoor helderder, inzichtelijker en beter te evalueren.

Meetinstrumenten (vooral vragenlijsten) kunnen worden gebruikt voor het leggen van de basis, voor het bepalen van de behandeldoelen en voor het registreren van vooruitgang of achteruitgang (*Liebenson en Yeomans, 1997*).

Ondanks het feit dat er veel meetinstrumenten beschikbaar zijn in de dagelijkse praktijk, worden deze relatief weinig gebruikt. Een reden hiervoor kan enerzijds de hanteerbaarheid ervan zijn: de benodigde tijd, de kosten, de beschikbaarheid en problemen bij de interpretatie van scores. Anderzijds maakt het enorme aantal verschillende meetinstrumenten het moeilijk een keuze te maken. Wanneer, waarom en welke vragenlijst moet er gebruikt worden bij de patiënt? (*Feinstein, 1987*)

Samenvattend zijn de meest voorkomende problemen bij het gebruik van vragenlijsten in de praktijk:

- De hanteerbaarheid,
- De keuze uit het grote aanbod,
- De moeite met het interpreteren van de resultaten.

In 2003 heeft men getracht om hier enige structuur in aan te brengen (*Swinkels, 2003*). Zie stappenplan punt zes.

De Kenniskring Autonomie en Participatie, subgroep meetinstrumenten, van de Hogeschool voor Gezondheid en Techniek Hogeschool Zuyd, streeft ernaar meetinstrumenten zo veel mogelijk voor eenieder toegankelijk te maken en daarmee het gebruik in de praktijk te bevorderen (*Swinkels, 2003*).

Dit gebruik zal volgens Sandra Beurskens, Roland van Peppen, Eric Stutterheim, Raymond Swinkels en Harriët Wittink (2008) de transparantie van het klinisch redeneren vergroten. Ook de communicatie tussen collega's en met verwijzers, zoals huisartsen of specialisten, kan met behulp van meetinstrumenten verhelderd en gestandaardiseerd worden.

Vanuit de maatschappij, zorgverzekeringen en overheid neemt de druk toe om de effecten van zorg zichtbaar te maken. Daarom kan gebruik gemaakt worden van eenvoudige meetinstrumenten die aantonen wat het effect van de zorg is voor de individuele patiënt. Dit sluit ook aan bij de ontwikkelingen op het gebied van evidence-based practice. Verder kunnen meetinstrumenten gebruikt worden als uitkomst- of prestatie-indicatoren, om de kwaliteit van de zorg in kaart te brengen. Daarbij moet duidelijk blijven dat op basis van meetresultaten bij individuele patiënten geen uitspraken gedaan kunnen worden over de (in)effectiviteit van diagnostiek en behandelingen.

Hiervoor is wetenschappelijk onderzoek nodig bij grote groepen patiënten. *(Sandra Beurskens, Roland van Peppen, Eric Stutterheim, Raymond Swinkels en Harriët Wittink, 2008)*

Onder de term 'meetinstrumenten' wordt verstaan:

- Vragenlijsten,
- Observatielijsten,
- Performance (uitvoerings) tests,
- Instrumentele metingen (bv. goniometer).

Meetinstrumenten kunnen worden ingezet voor verschillende doeleinden:

- Diagnostisch of inventariserend,
- Prognostisch,
- Evaluatief.

Meetinstrumenten geven een objectief inzicht in het functioneren van de patiënt op het gebied van:

- Functie - stoornis,
- Activiteiten - beperking,
- Participatie - participatieproblemen,
- Persoonlijke factoren,
- Omgevingsfactoren.

(Van Nierop Petra, 2014)

De voordelen van het gebruik van meetinstrumenten voor:

- Zorgverleners: om inzicht te krijgen en om het eigen handelen te verbeteren.
- Collega's: om de communicatie onderling te verbeteren.
- Patiënten: om bij hen de informatie en betrokkenheid te verhogen.
- Ziekenhuis: voor profilering in de zorgsector.

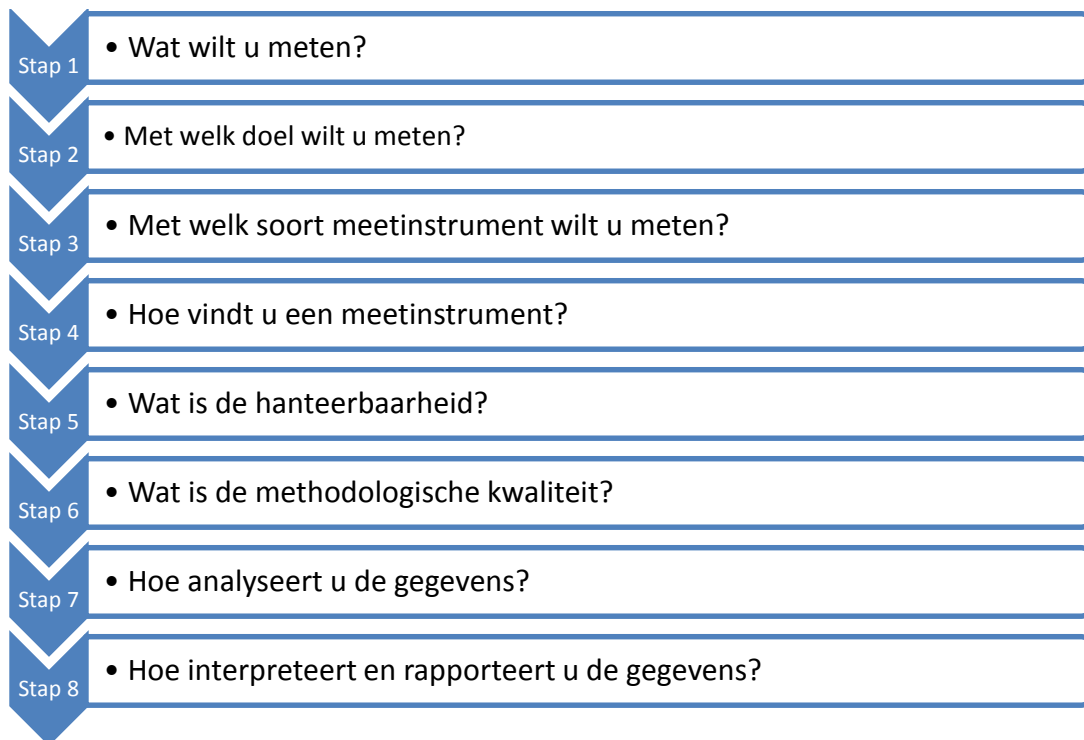
In de gezondheidszorg wordt veel gemeten. Het toepassen van gestandaardiseerde meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk is echter nog beperkt. Niettegenstaande het feit dat in alle richtlijnen voor therapeuten, verpleegkundigen en standaarden voor artsen het gebruik van meetinstrumenten wordt aanbevolen om mogelijke problemen vast te stellen.

(Sandra Beurskens, Roland van Peppen, Eric Stutterheim, Raymond Swinkels en Harriët Wittink, 2008)

1.4.1 Stappenplan om tot het meest gepaste meetinstrument te komen

Het is van belang dat er gemeten wordt met meetinstrumenten die voor het onderwerp relevant zijn. In de literatuur wordt gebruik gemaakt van een stappenplan voor het toepassen van meetinstrumenten in de praktijk. (Petra van Nierop, 2014)

In de literatuur van Sandra Beurskens, Roland van Peppen, Eric Stutterheim, Raymond Swinkels en Harriët Wittink presenteert men het stappenplan waarin er onderzoek gedaan wordt naar het juiste meetinstrument. Dit plan is gebaseerd op de originele versie van Swinkels en bestaat uit acht stappen om het ideale meetinstrument te vinden.



Stap 1: Wat wilt u meten?

De eerste stap gaat over wat u wilt meten en bij wie. De vraagstelling staat in deze stap centraal. Deze zal gebaseerd zijn op de hulpvraag van de patiënt. Het is van belang om na te gaan op welk niveau er gemeten wordt, bijvoorbeeld op het niveau van stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten of participatie. Er kunnen ook externe (bijvoorbeeld de omgeving) en persoonlijke factoren meegenomen worden. (*International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF), WHO, 2002*)

Wat u wilt onderzoeken heeft sterk te maken met de doelstelling van het meten. Deze doelstelling kan meervoudig zijn:

- Diagnostisch doel: wat is de status praesens van deze patiënt met betrekking tot de te meten variabele?

- Prognostisch doel: heeft deze patiënt verhoogde kans op ontwikkeling van chroniciteit of op vertraagd herstel?
- Evaluatief doel: heeft de behandeling geleid tot verbetering van de situatie?
- Inventariserend doel: welke informatie is noodzakelijk om de behandeling af te stemmen op de individuele patiënt?

Stap 2: Met welk doel wilt u meten?

Bij de tweede stap is het van belang om duidelijk te weten wat het doel is van de meting. Bijvoorbeeld wanneer het meetinstrument gebruikt wordt als hulpmiddel in de diagnostische fase, om inzicht te krijgen in de prognose van de patiënt of ter evaluatie van de ingezette behandeling.

Wat men wil meten en hoe men dit wil meten bepaalt de keuze van het meetinstrument. Ook wordt er bepaald wat er later met de meetresultaten zal gebeuren.

Meetinstrumenten zijn min of meer gestandaardiseerde instrumenten om gegevens te verzamelen die belangrijk zijn voor de klinische praktijk en voor wetenschappelijk onderzoek. In de praktijk kan men om verschillende redenen gebruik maken van vragenlijsten of performancetesten, bijvoorbeeld om:

- Een betrouwbare uitspraak te doen over factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van een aandoening (etiologische factoren).
- De herkenning van bepaalde problemen te vergroten (screening), als hulpmiddel bij of standaardisering van de diagnostiek en als probleeminventarisatie.
- Prognostische kenmerken vast te stellen.
- De behandeling te evalueren.

Stap 3: Met welk soort meetinstrument wilt u meten?

De derde stap beschrijft waarmee gemeten kan worden. Meten is mogelijk met instrumentele meetinstrumenten, observatielijsten, performancetesten of vragenlijsten. Verder kan er onderscheid gemaakt worden tussen ziektespecifieke (meten de gevolgen van een specifieke ziekte, zoals bv. pijn en stijfheid bij artrose) en generieke meetinstrumenten (meten kwaliteit van leven voor de algemene bevolking, ongeacht de aan- of afwezigheid van ziekten). Welk meetinstrument gekozen wordt, is afhankelijk van de vraagstelling en het doel van de meting.

Meetinstrumenten kunnen niet alleen worden ingedeeld naar het doel van het meten, maar ook naar:

1. De methode van het meten;

Er wordt verschil gemaakt tussen objectieve metingen, subjectieve metingen, observationele metingen en performancetesten.

Bij objectieve metingen gaat het om fysieke metingen of laboratoriumtesten. Hieronder vallen vooral de diagnostische metingen: het meten van bloeddruk, temperatuur en gewicht, het vaststellen van bloedwaarden, enz. Ook beeldvormende technieken vallen onder de diagnostische metingen.

Bij subjectieve metingen is er sprake van een beoordeling van de zorgverlener of patiënt. Het voordeel van subjectieve metingen is dat ze aanvullende informatie kunnen geven op de objectieve testen. Een voorbeeld hiervan is om de patiënt te bevragen over zijn dagdagelijkse activiteiten.

Observationele metingen zijn metingen waarbij gedrag gestructureerd of ongestructureerd door een waarnemer wordt geobserveerd. Er zijn bijvoorbeeld observatiechecklists voor patiënten met pijn, die niet kunnen communiceren. Op deze checklists wordt waargenomen gedrag gescoord.

Performancetesten zijn gestandaardiseerde methoden om het vermogen tot activiteiten te meten. Gestandaardiseerde performancetesten, zoals de 6-Minuten Wandeltest (6MW), de Sit-and-Reach Test en de Stand-up-and-Go Test simuleren dagelijkse activiteiten. Meestal zijn de criteria bij deze testen tijd, afstand en/of het aantal herhalingen in een bepaalde tijd.

2. De complexiteit van het meten;

Vragenlijsten variëren van heel simpel (een vraag) tot complex (verschillende schalen en domeinen). Meetinstrumenten bestaan uit schalen. Een schaal bestaat uit ten minste één, maar meestal een aantal items uit hetzelfde domein met antwoord opties. Er zijn single-itemschaalinstrumenten, zoals 'Hoe is uw gezondheid?' (mogelijke antwoorden: 'uitstekend', 'heel goed', 'goed', 'matig', 'slecht'), multi-itemschaalinstrumenten die een domein meten (bijvoorbeeld pijn) en multi-itemschaal-instrumenten die verschillende domeinen meten (bijvoorbeeld pijn, fysieke en sociale activiteiten en geestelijke gezondheid, zoals bij een vragenlijst over de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven).

3. De specificiteit van het meten

Er zijn een aantal meetinstrumenten waarin de patiënt wordt gevraagd om de activiteiten die het meest beperkt zijn door de aandoening aan te geven. Iedere patiënt maakt hiermee zijn eigen schaal. Met patiëntspecifieke instrumenten wordt het meest specifiek gemeten, met generieke instrumenten het minst specifiek. Het voordeel van ziekte- en patiëntspecifieke meetinstrumenten is dat er geen niet-relevante vragen worden gesteld. Verder zijn ziekte- en patiëntspecifieke meetinstrumenten in het algemeen gevoeliger voor verandering (responsiever) dan generieke instrumenten.

Met generieke meetinstrumenten kan de impact van een ziekte op de gezondheidsstatus worden gemeten en kan de impact van verschillende aandoeningen (bijvoorbeeld kanker en de ziekte van Parkinson) met elkaar vergeleken worden. Ook kan de gezondheidsstatus van patiënten met een bepaalde aandoening vergeleken worden met die van mensen zonder aandoeningen.

De keuze van een generiek of ziektespecifiek instrument hangt af van het doel van het meten. Om de problemen van een individuele patiënt goed in kaart te brengen, de patiënt te volgen tijdens de behandeling en het effect van de behandeling te evalueren is een ziektespecifiek (of patiëntspecifiek) instrument waarschijnlijk optimaal. Voor het vergelijken van patiëntengroepen (binnen de praktijk, of met collega's buiten de praktijk) zijn generieke instrumenten een betere keuze.

Stap 4: Hoe vindt u een meetinstrument?

De volgende stap is het vinden van het meetinstrument. Veel meetinstrumenten zijn vrij beschikbaar of tegen een vergoeding te verkrijgen. Verschillende databanken raadplegen is essentieel voor het vinden van goede meetinstrumenten.

Stap 5: Wat is de hanteerbaarheid?

Het volgende is de hanteerbaarheid van het meetinstrument. In de praktijk is dit een belangrijk aspect. Het moet gehanteerd kunnen worden door iedereen die het nodig heeft. Veel meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor onderzoek en door hun lengte en complexiteit zijn ze niet geschikt voor de dagelijkse praktijk.

In het algemeen kan de hanteerbaarheid voor de patiënt worden onderverdeeld in vier aspecten, die hieronder worden toegelicht.

1. Leesbaarheid (bij vragenlijsten):

Omdat niet iedereen even taalvaardig is, verdient een vragenlijst met korte zinnen en makkelijke woorden de voorkeur boven een vragenlijst die 'moeilijker' Nederlands gebruikt.

2. Aard van de vragen:

Privacygerelateerde vragen kunnen door patiënten als een inbreuk worden ervaren. De mate waarin patiënten tevreden zijn over een vragenlijst neemt af wanneer er vragen in staan die als privacygevoelig worden ervaren.

3. Afnametijd en frequentie van afname van de metingen:

Het is moeilijk om een algemene uitspraak te doen over een hanteerbare afnametijd. Dit hangt af van de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt.

Bij lange wachttijden kan het zijn dat de patiënt meer geneigd is langere vragenlijsten in te vullen, anderen zijn te ziek om vragenlijsten in te vullen. De tevredenheid van patiënten lijkt af te nemen wanneer de duur van het invullen van de vragenlijst meer dan tien minuten is.

4. Fysieke en cognitieve belasting van de patiënt:

Hoe langer en moeilijker de vragenlijst of hoe zwaarder de performancetest is, hoe meer er van een patiënt wordt gevraagd. Soms is het niet mogelijk om de patiënten een vragenlijst te laten invullen of performancetesten te laten doen, bijvoorbeeld mensen met verminderde cognitie.

Naast de hanteerbaarheid voor de patiënt is de hanteerbaarheid voor de zorgverlener van belang.

In een drukke praktijk moet een meetinstrument niet alleen betrouwbaar, valide en responsief zijn, maar ook kort en simpel te gebruiken. De score moet eenvoudig te bepalen zijn. Verder moet de score een bijdrage leveren aan de klinische besluitvorming.

De belasting van de zorgverlener kan worden onderverdeeld in drie aspecten, die hieronder worden toegelicht:

1. Ervaring van de zorgverlener:

Hoe simpeler een meetinstrument te gebruiken is, hoe lager de belasting van de zorgverlener. Met ingewikkelde, maar ook met simpele meetinstrumenten moet eerst worden geoefend voordat ze in de praktijk gebruikt kunnen worden.

2. Voorwaarden:

Praktische zaken kunnen het gebruik van een bepaald meetinstrument in de weg staan. Voorbeelden hiervan zijn:

- Kosten van het meetinstrument: niet alle meetinstrumenten zijn vrij toegankelijk en gratis te gebruiken. Er zijn bepaalde meetinstrumenten waarvoor er auteursrechten moeten betaald worden.
- Benodigheden voor gebruik van het meetinstrument: bij sommige meetinstrumenten zijn voor de afname van de test bepaalde voorwerpen nodig of moet de ruimte waar de test wordt afgenomen aan bepaalde voorwaarden voldoen.
- Beschikbaarheid (van vragenlijsten) in de Nederlandse taal: zelf vragenlijsten vertalen is niet aan te raden.

- Verkrijgbaarheid van het meetinstrument: soms kan het lastig zijn om aan een bepaald meetinstrument te komen.
- Afnametijd: over het algemeen geldt dat hoe meer items een vragenlijst telt, hoe langer het duurt om een vragenlijst in te vullen.
- Benodigde tijd voor het evalueren en interpreteren van de scores.

3. Interpretatie:

Bij het gebruik van meetinstrumenten gaat het in de meeste gevallen om kwantitatieve gegevens: gegevens die kunnen worden uitgedrukt in getallen. Het interpreteren van kwalitatieve informatie is erg lastig. In de praktijk worden kwalitatieve gegevens dan ook vaak omgezet naar kwantitatieve gegevens. Voorbeeld is de Visuele Analoge Score in verband met pijnmeting (VAS-score)

Stap 6: Wat is de methodologische kwaliteit?

Naast de hanteerbaarheid zijn aspecten van de methodologische kwaliteit van de gevonden meetinstrumenten van groot belang. Hiervoor is enige methodologische kennis vereist. Duidelijk moet zijn wat de begrippen validiteit, reproduceerbaarheid, responsiviteit en betrouwbaarheid inhouden en hoe ze beoordeeld moeten worden om het juiste meetinstrument te kunnen selecteren.

De algemene definitie van validiteit is: ‘de mate waarin het meetinstrument meet wat het beoogt te meten’. Deze definitie geeft meteen al aan dat u, voordat de validiteit bepaald wordt, duidelijk voor ogen moet hebben wat u wilt meten. “Wordt er gemeten wat er bevraagd moet worden?”

Behalve dat een meetinstrument valide moet zijn, moet het ook reproduceerbaar zijn. Dit wil zeggen dat bij herhaling van de meting dezelfde uitkomst moet worden verkregen.

Naast validiteit en reproduceerbaarheid is er ook nog responsiviteit. Bij responsiviteit gaat het erom of een meetinstrument in staat is om optredende veranderingen te meten. Het verwijst naar de mate waarin een instrument werkelijke veranderingen kan achterhalen.

Een onderzoek is betrouwbaar wanneer het onderzoek zou herhaald worden en er dezelfde resultaten naar voren komen. Zo niet, is het onderzoek onbetrouwbaar.

Stap 7: Hoe analyseert u de gegevens?

Wanneer het meetinstrument eenmaal toegepast is, is het van belang dat men weet hoe de meetresultaten geanalyseerd moeten worden.

Bij veel meetinstrumenten zit een handleiding waarin staat hoe een totaalscore bepaald wordt of hoe scores per schaal berekend moeten worden. Hierbij is enige kennis van (beschrijvende) statistiek nodig.

Stap 8: Hoe interpreteert en rapporteert u de gegevens?

Nadat de meetresultaten zijn verzameld en geanalyseerd, volgt het interpreteren en rapporteren van deze meetgegevens. Hierbij staat de toepassing binnen het onderzoek en behandeling in de dagelijkse praktijk centraal.

Ten aanzien van het rapporteren kan onderscheid gemaakt worden tussen rapportage naar verwijzers of collega's en rapportage naar de patiënt.

Het analyseren, interpreteren en rapporteren zal volgend jaar aan bod komen, wegens tijdsgebrek. Zie ook stap acht in het stappenplan in de praktijk.

(Sandra Beurskens, Roland van Peppen, Eric Stutterheim, Raymond Swinkels en Harriët Wittink, 2008)

Waarom dit stappenplan?

Dit stappenplan heeft als meerwaarde dat het gericht is op de praktijk van verpleegkundigen en (para)medische zorgverleners. De auteurs van dit stappenplan hebben een (para)medische achtergrond. Andere stappenplannen zijn vaak aandoeningsgericht, terwijl dit stappenplan gericht is op een patiëntenbenadering. Dit stappenplan is makkelijk verwoord en praktijkgericht. Het geeft aandacht aan de waarde van het meten. Elke zorgverlener kan hiervan gebruik maken. Het is geschikt voor een grote doelgroep. Het doel van dit stappenplan is om het juiste meetinstrument te vinden dat toepasbaar is in een zorgsituatie, rekening houdend met de patiënt en diens revalidatie. Met het juiste meetinstrument wordt bedoeld: een kwaliteitsvol meetinstrument dat aandacht besteedt aan de waarde van het meten.

1.4.2 CQ-Index: meetinstrument voor kwaliteit in de revalidatiezorg

Volgens Hermans H.E.G.M. (2011) zijn er om de kwaliteit van de revalidatiecentra in kaart te brengen twee CQ-Index (Consumer Quality) vragenlijsten ontwikkeld: één voor volwassen patiënten en één voor de ouders van kinderen die in revalidatie zijn.

Het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft twee CQ-Indexvragenlijsten ontwikkeld over de kwaliteit van zorg in de revalidatiecentra.

Het onderzoek is uitgevoerd in 2010 met subsidie van ZonMw en in samenwerking met Revalidatie Nederland, Stichting Miletus, de Vereniging voor RevalidatieArtsen en de patiëntenorganisaties LSR (Landelijk Steunpunt cliëntenRaden) en NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie). ZonMw financiert gezondheidsonderzoek en stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. Stichting Miletus is een samenwerkingsverband van enkele grote zorgverzekeraars.

Op allerlei terreinen binnen de gezondheidszorg worden momenteel CQ-Indexvragenlijsten ontwikkeld. Kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels en richtlijnen van de overheid, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van patiënten, cliënten of hun vertegenwoordigers. *(Hermans H.E.G.M. 2011)*

1.4.2.1 Consumer Quality Index

De Consumer Quality Index (CQ-Index of CQI) wordt beschreven door Delnoij Diana en Michelle Hendriks. (2008). De CQ-Index is een Nederlandse gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten in de zorg. Een essentieel kenmerk is dat patiënten en zorgverleners betrokken worden bij het ontwikkelen van een CQI meetinstrument. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin enkel naar tevredenheid van patiënten/consumenten wordt gevraagd. Op dit moment zijn er verschillende CQI meetinstrumenten beschikbaar voor verschillende vormen van zorg.

Het doel van dit meetinstrument is dat patiënten een meer centrale rol toebedeeld krijgen: zij moeten meer dan ooit zelf keuzes maken in de zorg. De gedachte hierachter is dat goed geïnformeerde, kritische consumenten zullen kiezen voor kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs. Ook zorgverleners hebben een grotere verantwoordelijkheid om aan de wensen van de patiënten te voldoen.

(Delnoij Diana, Michelle Hendriks, 2008)

De CQ-Index bestaat uit:

- Een serie meetinstrumenten die de kwaliteit van zorg meten vanuit het perspectief van de zorggebruiker en dan met name klantgerichtheid.
- Richtlijnen en werkinstructies met betrekking tot steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage.

CQI meetinstrumenten meten:

- Wat zorggebruikers belangrijke kwaliteitsaspecten van zorg vinden (zogenaamde belangsscores).
- Hoe vaak de geleverde zorg voldoet aan deze kwaliteitsaspecten.

- In welke mate zorggebruikers problemen ervaren met de toegankelijkheid van zorg.
- Hoe zorggebruikers de geleverde zorg beoordelen.

De CQ-Index bestaat uit een wetenschappelijk gefundeerde ‘familie’ van vragenlijsten die meten wat patiënten belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg vinden en wat hun concrete ervaringen zijn. Bij de vragenlijsten horen handleidingen en instructies voor steekproeftrekking.

(Koopman L. 2013)

CQI meetinstrumenten in ontwikkeling:

Oorspronkelijk waren er zeven CQI meetinstrumenten ontwikkeld en beschikbaar voor verschillende vormen van zorg.

Omwille van het succes van deze zeven meetinstrumenten werd er gewerkt aan de ontwikkeling van ongeveer twintig andere CQI meetinstrumenten, waardoor er vandaag een hele reeks van CQI meetinstrumenten kunnen geraadpleegd worden. Enkele voorbeelden hiervan zijn, CQI thuiszorg, gehandicaptenzorg, revalidatiezorg kinderen, enz. Ook de CQI Revalidatiezorg voor volwassenen is één van deze meetinstrumenten.

De CQ-Index geeft geen volledig beeld weer van de kwaliteit van zorg. De CQ-Index laat enkel en alleen zien hoe de kwaliteit van zorg ervaren wordt door patiënten en hierbij gaat het vooral om aspecten van klantgerichtheid (bijvoorbeeld bejegening, communicatie en toegankelijkheid).

(Delnoij Diana, Michelle Hendriks. 2008)

1.4.2.2 De CQ-Index revalidatiezorg

De CQI Revalidatiezorg is bedoeld om de kwaliteit van zorg in revalidatiecentra te meten vanuit het perspectief van de patiënt.

De vragenlijst kan worden gebruikt om binnen een revalidatiecentrum in kaart te brengen op welke punten patiënten goede ervaringen hebben en waar nog verbetering mogelijk is. *(Delnoij Diana, Michelle Hendriks. 2008).*

De CQI Revalidatiezorg volwassenen bestaat uit 83 items. Deze vragenlijst meet de ervaringen van patiënten met de kwaliteit van de zorg, geleverd door een revalidatiecentrum. Er komen verschillende items aan bod zoals de ervaring met de zorg in het revalidatiecentrum en het totaaloordeel van de patiënt in de vorm van een cijfer.

Wanneer er sprake is van een meting bij één enkel revalidatiecentrum of revalidatieafdeling, dan is het aantal voor betrouwbare analyses benodigde respondenten minimaal 100. (*Werkinstructie voor de CQI Revalidatiecentra Volwassenen en Ouders van Kinderen, 2012*)

1.4.2.3 Waaronder de CQ-Index revalidatiezorg en geen ander meetinstrument

De CQ-Index heeft als meerwaarde dat dit meetinstrument tot stand gekomen is door de patiënten en de zorgverleners van een multidisciplinair team. Er is een groot aanbod in de CQ-Index die betrekking heeft op verschillende doelgroepen. Het verschil met andere vragenlijsten die werden geraadpleegd bij het zoeken naar het juiste meetinstrument, is dat de CQ-Index zorgbreed kan worden ingezet. De andere vragenlijsten, waaronder “Vlaamse patiëntenpeiling” en “Delta”, beoordelen enkel de kwaliteit van een algemeen ziekenhuis en niet specifiek op een revalidatieafdeling. “Delta” wordt reeds gebruikt in het St.-Trudo Ziekenhuis, maar de vragenlijst richt zich niet specifiek op de revalidatieafdeling. Een belangrijk kenmerk is ook dat de CQ-Index vertrekt vanuit patiënten perspectief. Het is een meetinstrument dat voor iedereen beschikbaar is.

Dit meetinstrument meet niet alleen de gezondheidswinst of de beantwoorde noden, maar ook wat patiënten belangrijk vinden, wat kwaliteit is voor hen en wat hun ervaringen zijn in de revalidatiezorg. Ook de manier waarop de zorg wordt toegediend: de toegankelijkheid van de zorg, de organisatie van de diensten, de houding van de gezondheidswerkers, de voorlichting van de patiënt en de manier waarop de communicatie tussen hulpverlener en patiënt verloopt.

Door het uitwisselen van ervaringen laat deze vragenlijst zien waar er nog verbeteringen mogelijk zijn. Dit beoogt de hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2 van het St. Trudo Ziekenhuis. Daarom is dit meetinstrument het meest geschikt om zijn verwachtingen in te lossen.

1.5 Het begrip revalidatie

Revalidatie is een creatief en dynamisch proces dat is ontwikkeld om het functioneren van de patiënt in hun omgeving te vergemakkelijken en waarbij de “functionele capaciteit” de mate weerspiegelt, waarin individuen kunnen deelnemen in dynamische interactie met de omgeving.

Revalidatie werd in 1964 als verpleegkundig specialisme georganiseerd. Maar in 1859 werden de revalidatie principes al toegepast door Florence Nightingale in haar baanbrekende boek ‘Notes on Nursing’. Revalidatie is het aanpassen van de patiënt naar een nieuw leven.

Revalidatie heeft dus als doel de patiënt met blijvende functiestoornissen optimaal te laten functioneren in zijn omgeving en in de maatschappij.

(Spasser, M., Greenblatt, R., & Weismantel, A., 2006)

1.6 Verpleegkundigen op een revalidatieafdeling

Revalidatie is zorg, educatie en ondersteuning voor de patiënt en zijn familie. De zorg is gericht op het ondersteunen en ontwikkelen van zelfzorgvaardigheden van de patiënt en het ondersteunen van zijn omgeving.

De verpleegkundige op een revalidatieafdeling gebruikt onderwijs en ondersteunende strategieën gebaseerd op revalidatiefilosofie, doelen en concepten. Revalidatieverpleging is een verdienstelijk proces van functionele verbetering dat betrekking heeft op de patiënt, de familie en zijn of haar omgeving. *(Spasser, M., Greenblatt, R., & Weismantel, A., 2006)*

Doelen van verpleging op een revalidatieafdeling omvatten het maximaliseren van:

- Mogelijkheid,
- Leren,
- Vermogen,
- Kwaliteit van het leven,
- Familie gerichte zorg,
- Welzijn,
- Cultureel vakkundige zorg,
- Sociale reïntegratie.

De verpleegkundigen gericht op revalidatiezorg vervullen verschillende rollen waaronder de volgende specialisaties:

- Thuiszorg revalidatieverpleging,
- Gerontologische revalidatieverpleging,
- Revalidatie verpleegkundige manager,
- Geavanceerde uitoefening revalidatieverpleging,
- Case manager revalidatie verpleegkundige,
- Leerkracht revalidatie verpleegkundige,
- Onderzoeker revalidatie verpleegkundige.

Deze specialisaties zijn erkent door de "Association of Rehabilitation Nurses" . *(Spasser, M., Greenblatt, R., & Weismantel, A., 2006)*

1.7 Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo

1.7.1 Missie

Volgens het kwaliteitshandboek van het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo, streeft het ziekenhuis naar een optimale zorg- en dienstverlening voor alle patiënten gesteund op een totale mensbenadering en gedragen door een christelijke geloofsvisie. De medewerkers zorgen voor: een kwaliteitsvol handelen, een zieken'thuis', maximale aandacht voor privacy en accurate informatie.

Het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo streeft naar een open management dat steunt op eenieders verantwoordelijkheid. De medewerkers hechten belang aan: betrokkenheid bij het beleid, respectvolle collegialiteit, een warm 'huis', begeleiding, evaluatie, opleiding en accurate informatie.

Medewerkers werken mee aan een oordeelkundig gebruik van ter beschikking gestelde middelen, de ondersteuning van gezondheidsbevorderende activiteiten en accurate informatie. Op deze manier vervult het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo een maatschappelijke verantwoordelijkheid.

(kwaliteitshandboek 2011, Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo)

1.7.2 Visie

Het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo wil zich profileren als een streekziekenhuis waar hoogkwalitatieve en patiëntveilige basiszorg 'klantvriendelijk' wordt aangeboden en waar voor de patiënten uit de eigen regio een globaal en geïntegreerd zorgproduct wordt gecreëerd. Deze realisatie gebeurt vanuit een doorgedreven samenwerking zowel intern als extern met de partners in de regio.

(kwaliteitshandboek 2011, Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo)

1.7.3 Doelstellingen

De doelstellingen van dit ziekenhuis zijn geformuleerd aan de hand van twee fases. Uit fase één blijkt dat het ziekenhuis nood heeft aan een meer professionele bedrijfsstructuur en een meer geïntegreerde werking van ziekenhuisartsen. In fase twee worden de specifieke strategische krachtlijnen geformuleerd en vertaald in drie pijlers:

Pijler 1: Kwaliteit van zorg.

Het ziekenhuis wil een hoogkwalitatieve en patiëntveilige zorg voorzien. Ze hebben nood aan een organisatiestructuur die verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk toebedeelt en waarbij een goede integratie en betrokkenheid van alle medewerkers mogelijk wordt gemaakt. Het ziekenhuis gaat een patiëntveiligheidscharter naleven met zes logische standaarden, zodat er hogere resultaten ontstaan omtrent de patiëntveiligheid en zorgkwaliteit voor de patiënten.

1. Een correcte en consequente identificatie van de patiënt: altijd en overal.
2. Accurate communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten o.a. via medische dossiers, multidisciplinair overleg, doktersronde, enz.
3. Aandacht voor medicatieveiligheid o.a. bij hoogrisico medicatie.
4. Veilige chirurgie door het uitvoeren van controlechecks.
5. Vermijden van infecties door o.a. een goede handhygiëne.
6. Aandacht voor valpreventie.

De realisatie van deze pijler is een absolute prioriteit.

Pijler 2: Keuzes in zorg.

Als ziekenhuis kiezen ze resoluut voor een afstemming van de zorg op de zorgvraag van de bevolking in de regio. De patiëntenpopulatie heeft nood aan een geïntegreerd totaalaanbod aan zorg met naast de eigenlijke hospitalisatie ook voor- en nazorg, revalidatie, enz.

Het Regionaal Sint-Trudo ziekenhuis beschikt o.a. over een goed uitgebouwde revalidatie, waardoor basiszorg één van de sterktes is van dit ziekenhuis.

Pijler 3: Samen sterk door bundelen van krachten.

De realisatie van hoogkwalitatieve en patiëntveilige zorg en de creatie van een globaal en geïntegreerd zorgproduct/zorgcircuit voor patiënten in onze regio vereist een doorgedreven samenwerking, intern en extern.

Binnen het ziekenhuis is er een geïntegreerde samenwerking tussen de artsen en het ziekenhuis, de verschillende medische beroepen (verpleegkundigen, specialisten, paramedici): zowel multidisciplinaire als interdisciplinaire samenwerking binnen de zorg.

Extern werkt het ziekenhuis op verschillende niveaus samen met omringende partners: psychiatrie, huisartsen, rustoorden, Zorgnet Vlaanderen, Vlaams Ziekenhuisnetwerk enz.

Deze strategische pijlers fungeren concreet als onderlegger in het dagelijks beleid.

(kwaliteitshandboek 2011, Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo)

1.8 Revalidatieafdeling Z2 Sint-Trudo Ziekenhuis

1.8.1 Missie en visie

De missie van de revalidatieafdeling klinkt als volgt: “Een optimale reïntegratie in de maatschappij rekening houdend met de aanwezige beperkingen”

De revalidatie van patiënten is een zeer uitgebreide en complexe taak. Dit is niet alleen een gevolg van de differentiatie in pathologieën, maar ook heeft iedere pathologie een verschillende presentatie.

Iedere revalidant is een uniek individu met zijn eigen karaktertrekken en waarden. Elk individu behoort eveneens tot een sociaal netwerk (zowel familiaal als professioneel) waar rekening mee moet gehouden worden.

In dit alles probeert de revalidatieafdeling een zo goed mogelijk individueel aangepast revalidatietraject te ontwikkelen voor elke revalidant.

De einddoelstelling bestaat erin om de revalidant te verbeteren in zijn fysiek en cognitief functioneren alsook om zijn levenskwaliteit te verbeteren. Om deze samenwerking te optimaliseren heeft de afdeling drie sleutelcriteria voor de revalidant:

- Motivatie van de revalidant: is de belangrijkste factor tot succes!
- Revalideerbaarheid: welke doelstellingen wensen de patiënt en het team samen te behalen?
- Medisch stabiel: is de revalidant fysisch in staat om aan de revalidatie te beginnen?

Een goede leidraad in het revalidatiegebeuren is de ICF (International Classification of Function). Hierbij gaat het professioneel team de revalidant observeren en analyseren op verschillende niveaus:

1. Functies en anatomische eigenschappen.
2. Activiteiten (gerelateerd aan taken en handelingen uitgevoerd door een individuele patiënt) en participatie (uitvoeren van alledaagse handelingen).
3. Interactie met individuele kenmerken van de patiënt en de omgevingsfactoren.

De revalidatie probeert de beperkingen die optreden op al deze niveaus te verminderen. Het uiteindelijke resultaat na een revalidatie, is de slotsom van een spontaan natuurlijk herstel en het effect van de revalidatiebehandeling.

Er wordt kwaliteitsvolle zorg aangeboden in een respectvolle samenwerking met alle partners.

Bij deze revalidatiebehandeling passen ze een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak toe waarvan geweten is dat hiermee het beste eindresultaat bekomen wordt.

Onder een multidisciplinaire aanpak wordt verstaan; de samenwerking tussen verpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesisten, logopedisten, sociaal assistenten, artsen en zo nodig psychologen en diëtisten.

Hierbij is enerzijds hun vakgerichte kennis van belang (evidence based practice), anderzijds de interprofessionele kennis en samenwerking waarbij communicatie, discipline en respect tussen de verschillende disciplines onmisbaar zijn en die extra dimensie aan onze revalidatie geven waar we naar streven.

Wanneer ze in deze structuur de revalidant centraal zetten, kunnen ze zijn mening niet negeren. Vandaar dat er gedurende de revalidatieperiode steeds rekening moet gehouden worden met de doelen en de motivatie van de revalidant.

Soms zijn deze niet realiseerbaar maar kunnen door een professionele, menselijke en éénlijnige benadering toch gekanaliseerd worden zodat de uiteindelijke levenskwaliteit van de revalidant verhoogd wordt.

De revalidant is niet een alleenstaand individu, vandaar dat de integratie van zijn omgeving in de revalidatie (communicatie, voorlichting/educatie) zeker van belang is. De uiteindelijke leefwereld van de revalidant dient zo nodig aangepast te worden aan zijn beperkingen (zowel door structurele veranderingen als persoonlijke hulp).

De 'revalidant-revalidant' relatie (zowel individueel als familiaal) die door de gemeenschappelijke leef- en eetruimte gecreëerd wordt, is op de afdeling een onmisbaar gegeven en zijn een voorbereiding op de integratie in de sociaal maatschappelijke omgeving waarin zij terecht komen na hun ontslag vanuit de revalidatieafdeling.

Door dit geheel van interacties tussen de revalidant, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaard therapie en dient iedere revalidant een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een multidisciplinaire observatie en benadering is hierbij onmisbaar.

(WHO, Zorgnet Vlaanderen, Ombelets S, 2014)

1.8.2 Doelstellingen

De basisdoelstelling van de revalidatieafdeling Z2 is om een kwaliteitsvolle, deskundige en multidisciplinaire behandeling aan te bieden aan de revalidant met een locomotorische of neurologisch letsel, aandoening of onvermogen.

- De multidisciplinaire behandeling is niet gericht op de diagnose of de behandeling van een aandoening, maar wel op de gevolgen ervan, die een negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit van de revalidant.
- De therapieën bestaan erin de revalidant te helpen door gericht te oefenen in het ontplooiën van de overblijvende mogelijkheden. Ook wordt aandacht besteed aan het terugwinnen van beperkingen en wordt functieverlies voorkomen en/of tegengegaan.
- De locomotorische/neurologische revalidant zover te coachen in het omgaan met stoornissen, beperkingen en handicaps zodat ontslag naar huis of het rusthuis gerealiseerd kan worden.

Op de afdeling zijn twee soorten revalidanten; de neurologische en de orthopedische revalidant. De verschillen tussen beiden, worden verder uitgelegd in de verschillende pathologieën die voorkomen op de afdeling.

Doelstelling neurologische revalidant:

De basisdoelstelling voor de revalidatie van de revalidant met een neurologische aandoening is het verbeteren van de functionaliteit. Dit gebeurt door beperkingen te verminderen, de terugkeer naar huis en de reïntegratie in de samenleving te stimuleren.

- Door middel van allerlei therapieën tracht men de actieve functies bij de revalidant te behouden en de beperkingen te verbeteren om de revalidant optimaal te laten functioneren in het dagelijkse leven.
- Om zich zo goed mogelijk aan te passen aan de realiteit van zijn beperkingen is het wenselijk de revalidant en zijn omgeving extra te ondersteunen.

Doelstelling orthopedische revalidant:

De basisdoelstelling voor de revalidatie van de revalidant met een orthopedische aandoening is:

- Het verbeteren van: mobiliteit, coördinatie, spierkracht, stabiliteit en uithoudingsvermogen.

Haalbare doelstellingen:

Tijdens de intake worden in overleg met de patiënt haalbare doelstellingen geformuleerd voor de revalidatie.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Kunnen lopen met of zonder hulpmiddel.
- Zich kunnen verzorgen bij het aan- en uitkleden.
- Het verbeteren van spraak.
- Leren omgaan met een verminderd functioneren van het geheugen.

- Het zelfstandig uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, hobby's of werk.

Evaluatie van de doelstellingen:

Bij opname wordt voor elke revalidant een haalbare doelstelling bepaald. In functie hiervan wordt een multidisciplinaire behandeling uitgewerkt. Iedere maandag worden de doelstellingen geëvalueerd tijdens het multidisciplinair overleg, waar de doelstellingen eventueel worden bijgesteld.

Door middel van een proefweekend krijgt de revalidant:

- Enerzijds een beter beeld over de positieve evolutie die hij reeds heeft gemaakt.
- Anderzijds worden de eventuele beperkingen beter zichtbaar.

Ook in functie hiervan zullen op het multidisciplinaire overleg nieuwe doelstellingen worden geformuleerd om zo het revalidatieproces bij te sturen.

(WHO, Zorgnet Vlaanderen, Ombelets S, 2014)

1.8.3 De indeling van de afdeling

De afdeling bestaat al veertien jaar. Sinds drie jaar is de nieuwe revalidatieafdeling verhuisd naar het St.-Trudo Ziekenhuis. De afdeling beschikt over zes éénpersoonskamers en zeven tweepersoonskamers. Er zijn verschillende lokalen voor patiënten beschikbaar zoals: een logo-, kine-, en ergotherapielokaal. In de dagzaal kunnen de revalidanten hun maaltijden nuttigen en groepstherapie volgen.

1.8.4 Het multidisciplinaire team

Het multidisciplinaire team bestaat momenteel uit veertien verpleegkundigen, een zorgkundige, een ergotherapeut, twee kinesisten, een sociaal werkster, een hoofdverpleegkundige en twee revalidatieartsen. Er is ook een logopediste, een psycholoog en een pastoraal medewerkster beschikbaar.

1.8.5 Doelgroep van de revalidatieafdeling

Op de revalidatieafdeling Z2 bestaat de doelgroep uit twee hoofdgroepen, de neurologisch en de locomotorische doelgroep. Patiënten met neurologische aandoeningen kunnen er terecht na een zenuwletsel. De andere groep bestaat uit patiënten met locomotorische aandoeningen bij een letsel of ingreep van het bewegingsstelsel.

Naast deze twee hoofddoelgroepen is er ook mogelijkheid tot revalidatie voor: oncopneumo patiënten, inwendige aandoeningen, algemene achteruitgang enz. Indien er voldaan wordt aan de criteria voor opname.

1.8.5.1 Neurologische aandoeningen

Dit zijn aandoeningen van het zenuwstelsel. Neurologie houdt zich bezig met hersen-, ruggenmerg- en zenuwaandoeningen.

De neurologische aandoeningen die worden besproken zijn: ischemisch en hemorragisch CVA: epiduraal en subduraal hematoom; hersentumor; polyneuropathie; MS en de Ziekte van Parkinson. Deze pathologieën worden hieronder besproken

1.8.5.1.a *Ischemisch: CVA*

Bij een CVA is er sprake van een acute verstoring van de bloedcirculatie in de hersenen. Deze circulatiestoornissen worden voor 80% veroorzaakt door een afsluiting van een ader en voor 20% veroorzaakt door hersenbloedingen. Bij een hersenbloeding is er sprake van een vaatruptuur (een scheur in de vaatwand), waardoor het bloed naar buiten stroomt. Een afsluiting treedt op door een prop in of vernauwing van het bloedvat. (*Jenny Palm, 2011*)

Het begrip CVA staat voor cerebrovasculair accident (cerebrum = hersenen; vasculair = vaten; accident = ongeluk). De hersenen verbruiken bijna een kwart van de totale zuurstofbehoefte van het lichaam en functioneren wanneer de circulatie intact is. Wanneer de bloedtoevoer door een CVA tekortschiet, krijgen de hersencellen in het getroffen gedeelte van de hersenen te weinig ischemie. Een korte onderbreking van minder dan drie minuten is mogelijk zonder blijvende restschade. Wanneer de zuurstofonderbreking langer duurt, treedt er schade op.

De hersenen hebben dan niet alleen een tekort aan zuurstof maar ook aan glucose, waardoor ze van energie verstoken blijven. Er is slechts voor ongeveer drie minuten een energievoorraad in de hersenen. De combinatie van gebrek aan zuurstof en glucose zorgt ervoor dat de zenuwcellen in het getroffen gebied afsterven met als resultaat een hersenbeschadiging.. (*Jenny Palm, 2011*)

De incidentie van een CVA in België is 23000 nieuwe gevallen per jaar. (*Helsen., 2014*)

Een TIA staat voor transient-ischaeic attack. Het zou een mild, voorbijgaand zuurstoftekort genoemd kunnen worden. In tegenstelling tot de andere vormen van een beroerte zijn bij een TIA de uiterlijke verschijnselen binnen de 24 uur geheel verdwenen. Om deze reden liggen er op de afdeling revalidatie meestal geen patiënten die een TIA gehad hebben. (*Jenny Palm, 2011*)

1.8.5.1.b Hemorragisch: Epiduraal en subduraal hematoom

De hersenen worden omgeven door drie hersenvliezen. Van buiten naar binnen: de dura mater, de arachnoïdea en de pia mater.

Bij een epiduraal hematoom is er sprake van een bloeditstorting tussen de dura mater en het schedelbot na een trauma, bijvoorbeeld na een val met de fiets of een harde klap tegen het hoofd.

Op deze plaats ontstaat er een hematoom dat het onderliggende hersenweefsel verdringt en het naar binnen duwt. Bij toename van het hematoom leidt dit binnen enkele uren tot bewusteloosheid en soms onherstelbare hersenschade. Wanneer er zich een subduraal hematoom voordoet, bevindt er zich een bloeditstorting in de ruimte tussen de dura mater en de arachnoïdea.

Een subduraal hematoom is een ruptuur in vene/capillairen als gevolg van een val of een schok zoals het stoten van het hoofd. De oorzaak van het hematoom is een ruptuur van een vene/capillairen die zich bevindt in de ruimte tussen de dura mater en de arachnoïdea. Door het hematoom treedt er verdringing op van het onderliggende hersenweefsel. Er is een onderscheid tussen een acuut en een chronisch subduraal hematoom. Bij een acuut subduraal hematoom treden symptomen zoals verwardheid, wisselend bewustzijn, spraakstoornissen onmiddellijk of binnen enkele uren op. Bij een chronisch subduraal hematoom kunnen de symptomen twee tot drie weken na de eerste schade optreden.

(P. Bol, 2002)

De incidentie in België is 1-4.6/100.000/jaar en stijgt met de leeftijd. *(Fonville, S., van Kooten, F., Dammers, R., 2013)*

1.8.5.1.c Hersentumor

Een hersentumor is een gezwel in een bepaald gebied van de hersenen. Er kan een indeling gemaakt worden in primaire en secundaire (=hersenmetastasen) hersentumoren. Bij secundaire hersentumoren is er sprake van metastasen naar andere delen van het lichaam. Een hersentumor kan door een neurochirurg behandeld worden door middel van trepanatie, radiotherapie, chemotherapie of een combinatie hiervan.

(Wiersma Tj., Glerum J.H., van Everdingen J.J.E., 2011)

De incidentie van een hersentumor in België is 761/100000 inwoners/jaar *(Belgian Cancer Registry, 2004)*

De oorzaak van primaire hersentumoren is vrijwel niet bekend. Erfelijkheid kan een rol spelen bij zeldzame genetische tumorsyndromen.

Van externe risicofactoren kan gezegd worden dat radiotherapie op de hersenen, na vele jaren, een glioom of meningeoma kan induceren.

De oorzaak van secundaire tumoren van de hersenen is gelijk aan die van de onderliggende primaire maligniteit. De meest frequente oorzaken van metastasen in het zenuwstelsel of hersenen van solide tumoren zijn longcarcinoom, mammacarcinoom en melanoom. *(Wiersma Tj., Glerum J.H., van Everdingen J.J.E., 2011)*

1.8.5.1.d Polyneuropathie

Polyneuropathie is een aandoening van de perifere zenuwen *(Van Doorn, P., A., 2007)*, gekenmerkt door sensibele en/of motorische verschijnselen *(Apeldoorn, A., Polman, N., Steenhuizen, C., van Hartingsveld, F., 2007)* zoals tintelingen, prikkelingen, pijn en verminderd gevoel of verminderde kracht. *(Van Doorn, P., A., 2007)*

Polyneuropathie komt vaak voor bij diabetes mellitus, overmatig alcoholgebruik en nierfunctiestoornissen. *(Van Doorn, P., A., 2007)* Toch kan het ook op zichzelf ontstaan, zoals het Guillian-Barré-syndroom en idiopatische-axonale polyneuropathie.

Diabetes mellitus is de meest voorkomende oorzaak van polyneuropathie: 19 tot 56% van alle polyneuropathieën wordt veroorzaakt zijn door diabetes. De prevalentie van polyneuropathie is afhankelijk van het type en de duur van de diabetes. Bij type 1-diabetici is de prevalentie 13 tot 17%. In type 2-diabetes ziet men bij nieuw gediagnosticeerde diabetici reeds een prevalentie van 7 tot 8%; de prevalentie neemt toe met de duur van de diabetes tot 42% na tien jaar en 50% na 25 jaar *(Nice, 2010)*

1.8.5.1.e Multiple Sclerose

Multiple sclerose is een chronische demyeliniserende aandoening van het centrale zenuwstelsel. De ziekte komt vaak voor op jonge leeftijd. Er wordt van uitgegaan dat MS het gevolg is van een T-cel immuungemedieerde aandoening. Mogelijk zijn personen bij wie MS ontstaat hiervoor meer ontvankelijk.

Het is een aandoening die binnen tien jaar na het stellen van de diagnose bij 50% van de patiënten zonder behandeling tot een bepaalde mate van invaliditeit dan wel rolstoelafhankelijkheid leidt.

De oorzaak van MS is niet bekend. Ook is er geen echte curatieve behandeling beschikbaar.

(Dr. E.A.C.M Sanders, 2008)

De prevalentie in België bedraagt 31 nieuwe gevallen per 1000 inwoners per jaar. (*Intego, 2010*)

1.8.5.1.f De ziekte van Parkinson

De ziekte van Parkinson is een neurodegeneratieve aandoening van het zenuwstelsel. Door de degeneratie van de zenuwcellen in hersenstam wordt er een tekort aan de neurotransmitter dopamine veroorzaakt. De neurotransmitter zorgt voor de willekeurige bewegingen van de spieren. Door het tekort aan dopamine verlopen de bewegingen minder soepel.

Door een verstoorde balans met de andere neurotransmitters (acetylcholine en serotonine) ontstaan er klachten: rusttremor, verhoogde spiertonus, hypokinesie (bewegingsarmoede), bradykinesie (moeilijke/trage start van bewegingen), akinesie (niet starten van bewegingen). De ziekte van Parkinson veroorzaakt een voorovergebogen houding, evenwichtsstoornis, verstaring van de gelaatsspieren. Deze verstaring van de gelaatsspieren wordt maskergelaat genoemd. De ziekte van Parkinson is een irreversibele aandoening. (Wierink C.D., Bots-van 't Spijker P.C., de Baat C., 2006).

De ziekte van Parkinson heeft een prevalentie in België van 77 nieuwe gevallen per 1000 inwoners per jaar. (*Intego, 2010*)

1.8.5.1.g Mogelijke behandelingen op de revalidatieafdeling voor neurologische aandoeningen

In de praktijk wordt een revalidatiebehandeling samengesteld uit verschillende onderdelen, afhankelijk van de ernst van de problematiek van de patiënt en de gewenste doelen.

De mate van inzicht in eigen beperkingen, de leerbaarheid en de te behalen zelfstandigheid in de gekozen doelen geeft richting aan de specifieke neuro- psychologische behandeling van de patiënt. (Schönherr M.C., Spikman J.M., 2012)

In eerste instantie wordt er psycho-educatie gegeven aan de patiënten en dit aan het begin van de behandeling. Het doel is om de patiënt meer inzicht te geven, gerust te stellen en te motiveren voor revalidatie.

Het verschaffen van informatie aan de patiënt omtrent zijn aandoening is van groot belang. Hij/zij heeft het recht te weten hoe zijn medische toestand eruit ziet. (Schönherr M.C., Spikman J.M., 2012)

Na de psycho-educatie kan de effectieve therapie beginnen.

Het doel van de revalidatietherapie is de patiënt terug in staat stellen activiteiten van het dagelijks leven autonoom te voeren. Er zijn een aantal trainingen die de patiënt hierbij kunnen helpen:

Vaardigheidstraining kan er voor zorgen dat de patiënt terug specifieke vaardigheden aanleert, in de vorm van situatiegebonden gedragsroutines om het dagelijks functioneren van de patiënt te verbeteren. Onder vaardigheidstraining behoort bijvoorbeeld het terug leren koffie zetten en zichzelf kunnen aankleden.

Strategietraining wordt gegeven aan patiënten die voldoende inzicht en motivatie hebben om hun beperkingen te leren compenseren en in staat zijn aangeleerde strategieën zelf in verschillende concrete situaties toe te passen. Een strategie bestaat meestal uit een aantal stappen die uitgevoerd moeten worden, of een reeks vragen die de patiënt zich moet stellen.

De revalidatie kan ook spierkrachttraining bevatten ter voorkoming of ter herstelling van spierzwakte en atrofie.

Voor het uithoudingsvermogen van de patiënt wordt er gebruik gemaakt van activiteiten zoals fietsen en lopen, met geleidelijk aan een verhoging van de duur en intensiteit van de activiteit. Om het spieruithoudingsvermogen te vergroten moet er vooral een grote herhaling zijn van spiercontracties.

Aanvullend op het trainen van uithoudingsvermogen bestaat er ook aerobictraining en weerstandstraining.

Het effect van de trainingen is reversibel. Dit wil zeggen dat de verbetering die bereikt is door training verloren gaat als er minder trainingsbelasting is. Om te kunnen streven naar verbetering, moet er tijdens het oefenen worden gestreefd naar opbouw. Dit wil zeggen dat voor een opbouw de oefeningen geleidelijk aan zwaarder, langer, sneller of complexer worden. (Apeldoorn, A., Polman, N., Steenhuizen, C., van Hartingsveld, F., 2007)

De patiënt moet ook leren omgaan met eventuele vermoeidheid. Dit omvat naast fysieke reconditionering ook het vinden van een betere energiebalans door grenzen in belastbaarheid te herkennen, te hanteren en te accepteren. Afstemming hierover met de sociale omgeving en werkgever vergroot het succes van de toepassing van de principes in het dagelijks leven en werk. (Schönherr M.C., Spikman J.M., 2012)

Het team dat instaat voor de therapie bestaat uit een aantal disciplines:

- De kinesist werkt voornamelijk aan het opnieuw aanleren van een normale houding en beweging.
- De logopedist schenkt aandacht aan taal, spraak en slikken.
- De diëtist wordt ingeschakeld wanneer er problemen zijn met de voeding.

- De ergotherapeut heeft als doel om mensen zo zelfstandig mogelijk en op veilige wijze de dagelijkse activiteiten uit te laten voeren.
- De maatschappelijk werker besteedt aandacht aan de thuissituatie. Zij regelen bijvoorbeeld thuiszorg, wanneer hier nood aan is.
- De revalidatiearts wordt om advies gevraagd over bijvoorbeeld de vervolgbehandeling na het ontslag.
- De verpleegkundige staat in voor de dagelijkse verzorging. Hij/zij zorgt ervoor dat de activiteiten van het dagelijks leven zoals zichzelf kunnen wassen, goed worden uitgevoerd.

(P. Bol, 2002)

Neurologen, huisartsen, thuisverpleegkundigen, psychologen en psychiaters behoren ook tot dit team. (Jenny Palm, 2011)

1.8.5.2 Ortho-locomotorische aandoeningen

Dit zijn aandoeningen die te maken hebben met de beweging en verplaatsing van het lichaam. Het doel van deze revalidatie is om de kwaliteit van het leven te verbeteren bij mensen die een motorische beperking of handicap hebben.

De ortho-locomotorische aandoeningen die tot de doelgroep van de revalidatieafdeling behoren zijn: gewrichtsprothesen: totale knie- en heupprothese, amputatie, rugoperatie en polytrauma.

1.8.5.2.a Gewrichtsprothesen: totale knie- en heupprothese

Een arthrotisch of beschadigd gewricht kan verwijderd en vervangen worden door een prothese. (Stevens M., Van Den Akker-Scheek I., Hamelink J., Reininga I., den Uyl-Verlinden K., Wagenmakers R., Bulstra S., 2011)

De meest voorkomende reden voor het plaatsen van een heup- of knieprothese is artrose, ook wel gewrichtsslijtage genoemd.

Bij artrose is er sprake van een achteruitgang van de kwaliteit van het kraakbeen van het aangetaste gewricht. Tot nu toe is er geen genezing mogelijk. De klachten kunnen zo erg zijn dat er uiteindelijk besloten wordt om een heup- of knieprothese te plaatsen. (Stevens M., Van Den Akker-Scheek I., Hamelink J., Reininga I., den Uyl-Verlinden K., Wagenmakers R., Bulstra S., 2011)

1.8.5.2.b Amputatie

Een amputatie is het operatief verwijderen van een lichaamsdeel, bijvoorbeeld de extremiteiten. Dit kan in sommige gevallen levensnoodzakelijk zijn. Het verlies van een extremiteit kan geheel of gedeeltelijk zijn. Het vergt niet alleen een definitieve aanpassing van het lichaam, maar ook een psychische aanpassing.

De indicaties voor amputatie aan de extremiteiten zijn vaatstoornissen, diabetes melitus, trauma en maligne tumoren. Zeer zeldzaam zijn infecties, aangeboren afwijkingen, verlammingen en anesthesie na een zenuwletsel.

Veel mensen die een extremiteit missen, voelen het ontbrekende lichaamsdeel nog steeds. Ze hebben pijn of jeuk aan bijvoorbeeld een voet die er niet meer is. Dit verschijnsel heet fantoompijn.

(Geertzen J.H.B., Rietman J.S., van der Linde H., 2009)

1.8.5.2.c Rugoperatie

Een rugoperatie brengt risico's met zich mee. Men spreekt dan van het Failed Back Surgery Syndrome (FBSS).

Dit syndroom staat voor een aantal aandoeningen die kunnen optreden na een rugoperatie zonder goed resultaat. Mogelijk zou dit het geval zijn bij 10-50% van de rugoperaties. Voornamelijk zijn dit rugoperaties die zonder voldoende indicatie zijn uitgevoerd of operaties die wel een goede indicatie hadden, maar die niet volgens verwachting zijn verlopen. Een operatie zelf kan ook de oorzaak zijn van chronische pijn. (B.J.P. Crul, 2009)

Spinale chirurgie is een breed en gevarieerd landschap. Men kan onder spinale chirurgie plaatsen: lumbale stenose, osteoporotische inzakkingen, traumatische breuken, tumoren, scoliose en andere deformiteiten. (Öner, F.C. 2010)

1.8.5.2.d Polytrauma

Wanneer een persoon een ongeval heeft en een letsel oploopt aan meer dan één orgaanstelsel dat mogelijke levensbedreigend is of waarvan de combinatie kan leiden tot ernstig orgaanfalen, spreekt men van een polytrauma. (*Champion,HR, 1989*)

Een polytrauma kan men opdelen in een stomp of een penetrerend trauma. Zowel een stomp of een penetrerend trauma kan resulteren in een patiënt die overlijdt, een patiënt in extremis, een niet-stabiele of stabiele patiënt.

1.8.5.2.e Mogelijke behandelingen op de revalidatieafdeling voor ortho-locomotorische pathologieën

De belangrijkste doelen die worden nagestreefd, voordat de “echte” revalidatie kan beginnen zijn een ongestoorde wondgenezing, informeren van de patiënt over zijn aandoening en een eventueel nodige operatie zoals een heupprothese of rugoperatie. Revalidanten kunnen ook al revalideren indien er nog zware wondzorg is. Dit kan bijvoorbeeld een helende stompwonde zijn of een slecht helende wonde na een traumaoperatie.

Als deze doelen bereikt zijn, is een belangrijk deel van de revalidatie het geven van gerichte oefeningen en het geven van adviezen en instructies met als doel het aangedane lichaamsdeel terug goed te laten bewegen.

Oefeningen kunnen zijn: aerobic, stretch- en stabiliteitsoefeningen, sterkte- en uithoudingsvermogen, training voor de rug, abdominale- en beenspieren. Ook krijgen de patiënten advies over hoe ze objecten moeten optillen. Het krijgen van zelfmotivatie is ook belangrijk. Na iedere sessie kan de patiënt overleggen met de fysiotherapeut wat hij vindt van zijn eigen progressie. *(BMC Musculoskeletal Disorders, 2010)*

Naast deze oefeningen worden patiënten die beperkingen ondervinden bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) ook behandeld en geadviseerd. Deze ADL activiteiten zijn bijvoorbeeld het wassen en het aankleden van zichzelf, het huishouden doen, het uitvoeren van werkzaamheden en hobby's uitoefenen.

Er wordt gekeken op welke manier patiënten zich, ondanks de beperkingen, zo zelfstandig mogelijk kunnen redden en welke behandeling en adviezen hierbij aansluiten. *(Stevens Martin, Van Den Akker-Scheek Inge, Hamelink Jan, Reininga Inge, den Uyl-Verlinden Karen, Wagenmakers Robert, Bulstra Sjoerd., 2011)*

In het geval van patiënten met een amputatie wordt het functioneren van de patiënt voor een groot deel bepaald door de belastbaarheid van de amputatiestomp en het al of niet aanwezig zijn van complicerende aandoeningen. Stompproblemen kunnen in de directe postoperatieve fase reeds aanwezig zijn. Na enige maanden kunnen zich tijdens het dagelijkse gebruik van de prothese uiteenlopende stomp- en prothesetechnische problemen voordoen. *(Geertzen J.H.B., Rietman J.S., van der Linde H., 2009)*

Naast het fysische aspect bestaat ook het psychische aspect van de revalidatie. De psychische belasting van patiënten met een geamputeerd lichaamsdeel is meestal in de beginjaren na de amputatie uitgebreid. Vandaar dat hieraan de nodige aandacht moet worden besteed. *(Geertzen J.H.B., Rietman J.S., van der Linde H., 2009)*

Het uiteindelijke doel van de revalidatie is reïntegratie in de maatschappij. Hierbij zal zowel aan de fysieke als aan de mentale belastbaarheid aandacht besteed moeten worden.

Veel revalidatietechnieken berusten op de ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Hiermee kan het functioneren van mensen en de eventuele problemen die ze tijdens het functioneren ondervinden, beschreven worden. Ook wordt er gekeken naar invloeden van persoonlijke factoren en de factoren van buitenaf. Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid kan beschreven worden vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. (Anner J., Schwegler U., Kunz R., Trezzini B., de Boer W., 2012)

De revalidatiebehandeling zal zich dus niet alleen richten op de klachten (meestal functiestoornissen en beperkingen), maar er zal ook aandacht moeten worden geschonken aan de kwaliteit van leven en participatie in de maatschappij. Dit vereist een goede samenwerking tussen het multidisciplinair team. (Geertzen J.H.B., Rietman J.S., van der Linde H., 2009) en (International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF), WHO, 2002)

De revalidatie houdt in dat de patiënt op een zo groot mogelijk vermogen kan deelnemen aan het leven zowel op fysisch, psychologisch, sociaal en arbeidsvlak. (Roberta B. Trieschmann, 1988)

Het team dat instaat voor de revalidatie bestaat uit dezelfde personen als bij neurologische aandoeningen namelijk:

- De kinesist werkt voornamelijk aan het opnieuw aanleren van een normale houding en beweging.
- De logopedist schenkt aandacht aan taal, spraak en slikken.
- De diëtist wordt ingeschakeld wanneer er problemen zijn met de voeding, zoals bijvoorbeeld onvoldoende voedselinname.
- De ergotherapeut heeft als doel om mensen zo zelfstandig mogelijk en op veilige wijze de dagelijkse activiteiten uit te laten voeren.
- De maatschappelijk werker besteedt aandacht aan de thuissituatie. Zij regelen bijvoorbeeld thuiszorg, wanneer hier nood aan is.
- De revalidatiearts wordt om advies gevraagd over bijvoorbeeld de vervolgbehandeling na het ontslag.

- De verpleegkundige staat in voor de dagelijkse verzorging en zorgt ervoor dat de activiteiten van het dagelijks leven zoals zichzelf kunnen wassen, goed worden uitgevoerd. De verpleegkundige zet de revalidatietherapie 24u op 7 dagen verder. De verpleegkundige begeleidt en observeert de revalidant en stuurt in het kader van de therapie bij. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij educatie en opvolging van de zelfredzaamheid van de revalidant en diens familie.

(P. Bol, 2002)

Neurologen, huisartsen, thuisverpleegkundigen, psychologen en psychiaters behoren ook tot dit team. (*Jenny Palm, 2011*)

1.8.5.3 De cijfers

De lijst met de meest recente cijfers van de verschillende pathologieën op de revalidatieafdeling, dit van het jaar 2011, 2012 en 2013 kan men vinden in de bijlagen. (Bijlage nr. 1)

Hieruit kunnen we de top vijf van 2013 van de meest voorkomende pathologieën op de afdeling afleiden:

1. Heupprothese (28 personen)
2. Ingrepen op heup en femur, behalve ingrepen op gewricht (14 personen)
3. Knieprothese (12 personen)
4. CVA & precerebrale occlusie met een infarct (8 personen)
5. Revalidatie (6 personen)

Aantal verblijven – Revalidatie

	2011	2012	2013
Aantal verblijven	135	134	121

Er is een kleine daling waar te nemen over deze drie jaar.

Deze medisch en klinische gegevens zijn opgevraagd bij de des betreffende zorgcoördinator van het ziekenhuis, door de hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2.

1.9 Theoretisch besluit

Uit de theoretische literatuurstudie blijkt dat patiëntentevredenheid een belangrijk onderdeel is van kwaliteitsvolle zorgverlening. Om een tevredenheidsmeting bij patiënten op een bepaalde afdeling uit te voeren is het significant op zoek te gaan naar het meest gepaste meetinstrument. Deze bachelorproef is tot stand gekomen in samenwerking met de revalidatieafdeling Z2 van het St.-Trudo Ziekenhuis. Daarom werd er gezocht naar een hulpmiddel om het meest gepaste meetinstrument te bekomen, specifiek voor deze revalidatieafdeling. Uit de literatuurstudie blijkt dat het stappenplan van Swinkels een uitstekend stappenplan is voor het toepassen van meetinstrumenten in de praktijk. Door dit stappenplan uit te werken werd duidelijk dat de CQ-Index Revalidatiezorg het meest gepaste meetinstrument is voor de revalidatieafdeling Z2.

2. Praktisch deel

Kwaliteit van de zorg en patiëntentevredenheid liggen nauw samen. Of er voldaan wordt aan de subjectieve en objectieve noden van de patiënt, bepaalt de tevredenheid van deze patiënt. Deze tevredenheid kan dan weer gekoppeld worden aan de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen, rusthuizen, enz.

Om patiëntentevredenheid te meten en dus zo ook de kwaliteit van de zorg zijn er in de literatuur verschillende tevredenheidsmetingen terug te vinden.

Om het meest toepasbare meetinstrument te bekomen op de revalidatieafdeling Z2 in het St.-Trudo ziekenhuis wordt er in deze bachelorproef gebruik gemaakt van het stappenplan van Swinkels.

Door het stappenplan van Swinkels praktisch uit te werken, werd er geconcludeerd dat de CQ-Index Revalidatiezorg het meest gepaste meetinstrument is voor de revalidatieafdeling Z2. Dit meetinstrument is daarom ook uitgetest op tien patiënten van deze afdeling. Het resultaat wordt hieronder verder besproken.

Ook werd er een vragenlijst voor de teamleden van de revalidatieafdeling Z2 opgesteld. Daardoor werden de teamleden betrokken bij dit onderzoek en wordt er een beeld gevormd over hoe zij patiëntentevredenheid zien. Ook deze conclusie zal hieronder verder beschreven worden.

Tot slot wordt er in deze bachelorproef een draaiboek opgesteld. Dit draaiboek kunnen de studenten van het schooljaar 2015-2016 mogelijk gebruiken als leidraad bij het realiseren van een goede meting.

2.1 Het toegepaste stappenplan van Swinkels

Het is van belang dat er gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument dat toepasbaar is op de revalidatieafdeling Z2 van het St.-Trudo ziekenhuis. In de literatuur wordt gebruik gemaakt van een stappenplan voor het toepassen van meetinstrumenten in de praktijk.

(Petra van Nierop, 2014)

Door het stappenplan van Swinkels toe te passen op de revalidatieafdeling Z2 bekomt men het meest toepasbare meetinstrument. Dit stappenplan is gebaseerd op de originele versie van Swinkels en bestaat uit acht stappen.

2.1.1 Stap 1: Wat wilt u meten

De tevredenheid van de patiënten op de revalidatieafdeling Z2 in het St.-Trudo Ziekenhuis wordt gemeten.

2.1.2 Stap 2: Met welk doel wilt u meten

Het doel van de tevredenheidsmeting bij de revalidanten is evaluatief. Dit wil zeggen dat de behandeling van de revalidanten zal geëvalueerd worden zodat de afdeling weet wat mogelijke verbeterpunten zijn. Deze punten kan de afdeling gebruiken om de kwaliteit van de revalidatieafdeling in het St.-Trudo Ziekenhuis te verbeteren.

2.1.3 Stap 3: Met welk soort meetinstrument wilt u meten

Er zal gebruik gemaakt worden van een subjectieve meting. Dit is een beoordeling van de zorgverlener of de patiënt. Het gebruikte meetinstrument moet specifiek kunnen worden toegepast op revaliderende patiënten.

2.1.4 Stap 4: Hoe vindt u een meetinstrument

In de wetenschappelijke literatuur wordt er gesproken over het zorginstituut Nederland. Het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft een CQ-Indexvragenlijst ontwikkeld over de kwaliteit van zorg in de revalidatiecentra voor volwassenen. Na verder onderzoek bleek dit het geschikte meetinstrument te zijn. Het is belangrijk dat verschillende databanken geraadpleegd worden, zodat de revalidanten de juiste vragenlijst, specifiek op de afdeling kunnen invullen.

2.1.5 Stap 5: Wat is de hanteerbaarheid

De leesbaarheid van de vragenlijsten zijn duidelijk. Er wordt gebruik gemaakt van korte zinnen en er worden geen moeilijke woorden gebruikt. Privacygevoelige vragen zullen niet aan bod komen. De CQI Revalidatiezorg heeft een maximale afnametijd van 15-20 min. Het meetinstrument is betrouwbaar, valide en responsief. Het meetinstrument is makkelijk te gebruiken en eenvoudig te scoren. Er zullen geen kosten gemaakt worden om het meetinstrument te produceren en te hanteren. De vragenlijst zal in het Nederlands zijn. De CQI Revalidatiezorg bestaat uit 83 items. De laatste vijf items zijn weggelaten. In de weggelaten items werd er geïnformeerd naar: opleiding, diploma, meest gebruikte taal, het land van afkomst en naar de ouders.

Omdat de vragenlijst in Nederland werd opgemaakt en de antwoorden daardoor een Nederlandse eigenheid hebben, zijn deze niet relevant voor de patiënten van de revalidatieafdeling Z2 in Sint-Trudo Ziekenhuis. Dit zal niets veranderen aan de validiteit van de vragenlijst. Deze bachelorproef is een pilootproject, waarbij er een tevredenheidsmeting gebeurde bij tien willekeurige patiënten op de revalidatieafdeling Z2. Dit afstudeerproject is een voorbereiding op de eigenlijke tevredenheidsmeting die mogelijk wordt verder gezet door studenten Verpleegkunde in het schooljaar 2015-2016. De resultaten worden hierna geëvalueerd, geïnterpreteerd en gerapporteerd aan de afdeling.

2.1.6 Stap 6: Wat is de methodologische kwaliteit

Er wordt duidelijk voor ogen gehouden, wat er zal gemeten worden: namelijk de tevredenheid van de revalidanten.

Bij een herhaling van de meting zal steeds dezelfde uitkomst worden verkregen. Hierdoor zijn de meetinstrumenten reproduceerbaar. Het meetinstrument zal optredende veranderingen kunnen meten. Dit wil zeggen dat het meetinstrument betrouwbaar, valide, reproduceerbaar en responsief zal zijn.

2.1.7 Stap 7: Hoe analyseert u de gegevens

De tien vragenlijsten van het pilootproject worden geanalyseerd en zullen door middel van Microsoft Excel worden weergegeven in een tabel. De resultaten van elke vraag worden weergegeven in een grafiek. (Bijlage nr. 3) Elke grafiek krijgt een bevinding onderaan. Deze resultaten zullen vergeleken worden waardoor er een conclusie ontstaat. Deze conclusie zal terug te vinden zijn onder punt 2.2.1..

2.1.8 Stap 8: Hoe interpreteert en rapporteert u de gegevens

De meetresultaten van het pilootproject waarbij er een tevredenheidsmeting is gebeurd, zullen verzameld, geïnterpreteerd en gerapporteerd worden door middel van dit afstudeerproject. De eigenlijke tevredenheidsmeting wordt verder gezet door studenten Verpleegkunde in het schooljaar 2015-2016.

Deze gegevens worden hierna verzameld, geïnterpreteerd en gerapporteerd door middel van Microsoft Excel met mogelijke ondersteuning van een expert statistiek. De definitieve analyse en rapportage van de tevredenheid van de patiënten van de revalidatieafdeling Z2 zullen de andere studenten concluderen.

2.2 De meetinstrumenten

Er wordt gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten. De CQ-Index revalidatiezorg en een vragenlijst voor de teamleden op de revalidatieafdeling. Om de patiënten en teamleden te bevragen is er vooraf toestemming gevraagd aan de ethische commissie van het St.-Trudo Ziekenhuis. (Bijlage nr. 5) De gegevens werden verwerkt in Microsoft Excel via tabellen.

2.2.1 CQ-Index revalidatiezorg

De vragenlijsten zijn door de studenten aan de patiënten uitgedeeld. Op deze manier werd de nodige uitleg gegeven over wat het doel is van deze meting. De patiënten konden de vragenlijsten vrijwillig invullen en dezelfde dag terugbezorgen. De gegevens werden in een tabel verwerkt aan de hand van een numerieke code, waarbij elk mogelijk antwoord op een vraag zo'n code kreeg. De resultaten van elke vraag werden weergegeven in een grafiek. Onder elke grafiek werd een bevinding geschreven. Hierna werd er een algemeen besluit van de resultaten gevormd.

(Blanco versie CQ-Index revalidatiezorg bijlage nr. 2)

2.2.1.1 De resultaten van de CQ-Index

De resultaten van de bevraging bij tien revalidanten op de revalidatieafdeling Z2 zijn terug te vinden in bijlage nr. 3.

Hieruit kunnen we een algemeen besluit vormen:

De tien bevroagde patiënten hebben de volledige vragenlijst goed ingevuld. Ze hebben dit in een vlot tempo gedaan. Ze hadden geen vragen tijdens het invullen van de vragenlijst. 80% van de bevroagden heeft zelfstandig de vragenlijst ingevuld. Bij 20% van de bevroagden is de vragenlijst voorgelezen. Dit heeft geen invloed gehad op de antwoorden. De patiënten hadden geen moeilijkheden bij het aankruisen van het desbetreffende vakje.

De meest opvallende cijfers samengevat:

- 40% vindt het eten altijd lekker, 20% meestal en 30% vindt soms het eten lekker.
- 20% heeft geen informatie gekregen over de aandoening en de behandeling.
- 80% van de bevroagden heeft geen informatie gehad over patiëntenverenigingen. 20% weet dit niet meer. Voor alle bevroagden blijkt dit niet duidelijk te zijn. Dit is eventueel een werkpunt voor in de toekomst.

- De informatie over de nazorg blijkt niet duidelijk te zijn: 30% vindt dit duidelijk, 30% niet duidelijk en 40% weet het niet meer.
- De revalidanten vinden de revalidatiebehandeling in het algemeen goed.
- 80% van de bevroagden heeft geen informatie gekregen over de mogelijkheid van een second opinion van een andere revalidatiearts.
- 80% van de revalidanten heeft geen problemen met de wachttijd vanaf het eerste gesprek tot de opname op de afdeling.
- De revalidanten geven positieve reacties over de revalidatieartsen en het multidisciplinaire team in het algemeen. Gemiddelde score van de:
 - o revalidatiearts: 9/10
 - o verpleegkundige: 9.1/10
 - o kinesist: 9/10
 - o ergotherapeut: 9/10
 - o sociale dienst: 8.8/10
 - o psycholoog: 9/10

De patiënten zijn zeer tevreden over het multidisciplinaire team. Ze voelen zich veilig en ze vertrouwen het team.

- 80% heeft geen vaste contactpersoon waarbij ze terecht kunnen. De patiënt kan wel bij verschillende personen terecht. Dit kan zowel positief als negatief opgevat worden.
- De revalidatiebehandeling voldoet aan de verwachtingen van de patiënten.
- Over de afdeling algemeen geven de bevroagden een gemiddelde score van 9.1/10.
- 90% van de revalidanten wil de revalidatieafdeling aanraden aan anderen.

Deze resultaten zijn slechts gebaseerd op tien willekeurige patiënten. Uit de conclusies en resultaten kunnen we afleiden dat dit een goede vragenlijst is. In de toekomst kan deze CQ-Index verder gebruikt worden op de revalidatieafdeling Z2 in het St.-Trudo Ziekenhuis, zodat er meer revalidanten hun mening over de afdeling kunnen weergeven.

2.2.2 Vragenlijst voor de teamleden op de revalidatieafdeling

De vragenlijst voor de teamleden is zelf ontworpen op basis van de theorie over kwaliteit en tevredenheid. Deze vragenlijst is afgenomen om bij de teamleden te achterhalen wat de kennis is over de tevredenheid van patiënten en kwaliteit van de revalidatiezorg. Op deze manier kan de theorie met de praktijk vergeleken worden. De vragenlijsten zijn door de studenten aan de teamleden uitgedeeld. Daarbij werd de nodige uitleg gegeven over het doel van deze meting. Dertien teamleden werkten hieraan mee. Na twee weken werden de vragenlijsten opgehaald en verwerkt via Microsoft Excel. De gegevens werden opgelijst in een tabel aan de hand van een numerieke code. De antwoorden van de open vragen werden onder elkaar weergegeven.

(Blanco versie vragenlijst teamleden bijlage nr. 4)

2.2.2.1 Het resultaat van de gesloten vragen

- Vier teamleden verklaren dat de patiënten het eten soms lekker vinden. Negen teamleden beweren dat de patiënten het eten meestal lekker vinden. In vergelijking met de resultaten van de CQ-Index wil dit zeggen dat het team hierover een vrij goed beeld heeft.
- Acht leden van het team spenderen 15 min. aan het ontvangst, twee personen besteden 30 min. en twee teamleden spenderen meer dan 30 min. aan het ontvangst. Uit de CQ-Index wordt afgeleid dat de ontvangst goed verloopt. De teamleden besteden voldoende tijd aan het ontvangst.
- Het team spendeert zoveel mogelijk tijd om informatie op een begrijpelijke manier uit te leggen. Uit de CQ-Index kan er afgeleid worden dat de teamleden de informatie in een begrijpbare taal meedelen aan de patiënten.
- De meerderheid van het team meldt een verandering van een afspraak, zodra ze dit weten. Dit bevestigen de revalidanten in de CQ-Index.
- Alle bevraagde teamleden houden in de mate van het mogelijke rekening met de wensen van de patiënt. In de CQ-Index wordt er meestal tot altijd rekening gehouden met de wensen van de patiënt.
- Drie teamleden vermelden dat de patiënt voldoende inspraak krijgt, zeven van de bevraagde teamleden beweren dat de patiënten meestal inspraak krijgen, de overige drie teamleden verklaren dat dit soms gebeurt.

Uit de CQ-Index blijkt dat de meerderheid van de bevroegde patiënten meestal inspraak krijgt, twee patiënten beweren dat ze nooit inspraak kregen tijdens het verblijf op de afdeling.

- Bijna het volledige team vindt het heel belangrijk dat de familie betrokken wordt bij de behandeling. Eén teamlid vindt dit vrij belangrijk. Uit de CQ-Index blijkt dat zes van de tien bevroegde patiënten beweren dat de familie altijd betrokken wordt op de afdeling, drie patiënten verklaren dat de familie meestal betrokken wordt en slechts één patiënt vermeldt dat dit soms gebeurt.
- Tien leden van het multidisciplinaire team moedigen de patiënten altijd aan om de behandeling vol te houden, drie personen doen het meestal. Uit de CQ-Index blijkt dat vier revalidanten altijd hulp hebben gekregen om de therapie vol te houden, vier andere bevroegden werden meestal aangemoedigd. Twee revalidanten zeggen dat ze nooit aangemoedigd werden tijdens de behandeling.
- Het volledige team (uitgezonderd de revalidatieartsen) vindt dat de revalidatieartsen voldoende tijd doorbrengen met de patiënten. Eén teamlid beweert dat de revalidatieartsen wanneer ze genoeg tijd hebben ,soms genoeg tijd spenderen met de patiënten. Uit de CQ-Index blijkt dat zeven bevroegde patiënten verklaren dat de revalidatieartsen altijd genoeg tijd aan hen spenderen, één iemand vermeldt meestal en twee bevroegde patiënten verklaren dat ze soms genoeg tijd met de arts konden spenderen.
- Volgens het multidisciplinaire team spenderen de kinesisten en de ergotherapeuten voldoende tijd met de patiënten. Eén teamlid duidt aan dat ze genoeg tijd spenderen, wanneer ze hiervoor tijd hebben. Uit de CQ-Index blijkt dat de patiënten tevreden zijn over de kinesisten en de ergotherapeuten.
- Zeven teamleden verklaren dat de hoofdverpleegkundige voldoende tijd spendeert aan de patiënten, vier teamleden duiden aan dat de hoofdverpleegkundige soms genoeg tijd spendeert, wanneer hij hiervoor tijd kan vrijmaken.

Het team (uitgezonderd de zorgkundige en de verpleegkundigen) vinden dat de verpleging voldoende tijd spendeert met de patiënten, twee personen hebben soms aangeduid. Volgens de CQ-Index zijn de patiënten zeer tevreden over het verpleegkundig personeel.

- Het multidisciplinaire team duidt aan goed te kunnen samenwerken met elkaar. Vier teamleden beweren dat ze heel goed kunnen samenwerken. Het volledige multidisciplinaire team vindt communicatie heel belangrijk.

In het werkveld verloopt de communicatie meestal goed. Drie teamleden beweren een heel goede communicatie te hebben met de rest van het team.

In vergelijking met de CQ-Index wil dit zeggen dat de goede samenwerking en vlotte communicatie in het team een positieve invloed heeft op de revalidanten. De revalidanten verklaren tevreden te zijn over het multidisciplinaire team.

- Elf bevroegde teamleden verklaren privacy van een patiënt heel belangrijk te vinden, twee teamleden beweren dat ze het vrij belangrijk vinden. De bevroegde patiënten vermelden dat ze altijd of meestal voldoende privacy krijgen tijdens de verzorging en wanneer er bezoek is.
- Twee teamleden denken dat de revalidanten altijd tevreden zijn op de afdeling, tien teamleden beweren meestal en één iemand verklaart dat de patiënten soms tevreden zijn. Uit de CQ-Index kan er geconcludeerd worden dat de revalidanten in het algemeen zeer tevreden zijn. Ze geven de afdeling een gemiddelde score van 9.1/10. De meerderheid van de bevroegde patiënten raadt de behandeling aan.

Uit deze resultaten blijkt dat het multidisciplinaire team een goed beeld heeft van de patiënten. Het team weet wat patiënten belangrijk vinden en probeert hier in de mate van het mogelijke zo veel mogelijk rekening mee te houden. Het team werkt goed samen en de communicatie verloopt vrij vlot. De revalidanten zijn zeer tevreden over het team en verwoorden dit in mooie resultaten.

2.2.2.2 Het resultaat van de open vragen

Patiëntentevredenheid betekent voor het team dat de patiënt over het algemeen tevreden is over zijn opname op de afdeling. Ze moeten er zich thuis voelen, aangeven dat ze goed behandeld zijn en zich begrepen voelen. Naast de patiënt moet er ook aan de familie voldoende aandacht besteed worden.

Het team doet het volgende om de patiënt tevreden te stellen:

Vanaf de opname een goede indruk nalaten op de patiënt. Dit wil zeggen: vriendelijk, behulpzaam zijn, voldoende aandacht schenken, respectvol omgaan, voldoende tijd besteden, een luisterend oor bieden en vragen zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. De familie betrekken in het revalidatieproces en alle betrokkenen zo veel mogelijk informatie verstrekken is heel belangrijk.

Kwaliteit leveren betekent voor het team dat de doelstellingen voor de patiënt bereikt zijn op het einde van de behandeling. Het volledige team werkt samen om perfectie na te streven, innoverend te werken en zichzelf steeds te verbeteren.

Kwaliteit wil zeggen dat er tijd moet gemaakt worden, zodat de nodige zorgen kunnen worden toegediend en er voldoende uitleg kan gegeven worden aan de patiënt. Ook communicatie zowel in het team als naar de patiënt, de richtlijnen van JCI i.v.m. handhygiëne, medische informatie/ overdracht volgen, is voor hen werken aan een goede kwaliteit.

Het multidisciplinaire team heeft nog enkele verbeterpunten vermeld:

- Weekendactiviteiten voor de revalidanten organiseren.
- Therapie geven tijdens het weekend.
- Een vlotter overnamebeleid organiseren met aandacht voor medicatie en een volledige briefing.
- Innoveren in de zorg.
- Meer familiegesprekken organiseren.

De verpleging en het paramedische team wil graag klinische paden opstellen voor totale knieprothese, een totale heupprothese en een prothese na amputatie.

2.2.2.3 Besluit vragenlijst voor de teamleden

Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat elk individu een voorwaarde aanhaalt waar patiëntentevredenheid en kwaliteitsvolle zorg moet aan voldoen. Er zijn verschillende voorwaarden, maar als individu kunnen ze deze voorwaarden niet allemaal opsommen. Alle teamleden samen hebben voldoende kennis en inzicht over patiëntentevredenheid en kwaliteit. Als team weten ze wat de objectieve en subjectieve noden zijn van de revalidant. Hierdoor realiseren ze kwaliteitsvolle zorg. Het team weet dat ze de kansen moeten verhogen om de gezondheidsresultaten te verhogen van de revalidant. Individueel realiseren ze niet alle doelen, maar door een goede samenwerking binnen het team (dat gebleken is uit de resultaten) vullen ze elkaar aan. Hierdoor ontstaat er een kwaliteitsvolle zorg op de revalidatieafdeling Z2.

2.3 Draaiboek voor een tevredenheidsmeting bij de patiënten op de revalidatieafdeling Z2 in St-Trudo ziekenhuis

2.3.1 Het doel van het draaiboek

Het doel van het draaiboek is om een meting naar patiëntentevredenheid te kunnen starten op de revalidatieafdeling Z2. Het kan een leidraad zijn voor het afstudeerproject van de studenten Verpleegkunde (schooljaar 2015-2016) zodat er meteen gestart kan worden met de tevredenheidsmeting op de revalidatieafdeling Z2 van het St-Trudo Ziekenhuis.

Dit draaiboek kan niet alleen door studenten gehanteerd worden, maar ook door interne personen van het St-Trudo Ziekenhuis of externe personen die hiervoor ingeschakeld kunnen worden. Het afstudeerproject 2015-2016 is een vervolg op dit afstudeerproject “Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis.”. Alle stappen die de betrokken personen moeten uitvoeren, worden hierin besproken.

2.3.2 Het afstudeerproject 2014-2015: “Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis.”

De studenten van het schooljaar 2014-2015 zijn op zoek gegaan naar het meest gepaste meetinstrument, toepasbaar op de revalidatieafdeling Z2 van het St-Trudo Ziekenhuis. Met name de CQ-Index revalidatiezorg. Deze vragenlijst wordt gebruikt om de tevredenheid van de revalidanten op de afdeling te meten met als doel hun verblijf te evalueren om zo de zorg en de kwaliteit van de revalidatieafdeling Z2 te optimaliseren.

Aangezien dit een project is dat niet op één jaar tijd uitgevoerd kan worden, wegens tijdsbeperking, hebben de studenten van het schooljaar 2014-2015 het voorbereidende werk volbracht. Er is een pilootproject gerealiseerd waarbij tien patiënten de CQ-Index hebben ingevuld. Vervolgens is er een vragenlijst opgesteld voor de teamleden van de afdeling, om ook te peilen naar hun visie op patiëntentevredenheid en kwaliteit in de zorg. Nadien hebben de studenten de resultaten verwerkt en geconverteerd naar grafieken. Om tot het besluit te komen dat de CQ-Index revalidatiezorg het meest gepaste meetinstrument is voor de afdeling. De resultaten kunnen geraadpleegd worden in de bijlage van het afstudeerproject “Van meetinstrument naar tevredenheid: een voorstudie op de revalidatieafdeling van het Sint-Trudo Ziekenhuis.” (Bijlage nr. 3)

2.3.3 Afstudeerproject 2015 -2016

Het doel van het afstudeerproject 2015-2016 is een volledig onderzoek naar de patiëntentevredenheid op de revalidatieafdeling Z2 van het Sint-Trudo ziekenhuis te Sint-Truiden. Dit afstudeerproject bestaat uit twee grote delen, namelijk de patiënten bevragen door middel van de CQ-Index revalidatiezorg en de resultaten verwerken in het programma Microsoft Excel. Om een betrouwbare analyse te krijgen van de CQ-Index revalidatiezorg op de revalidatieafdeling Z2 bedraagt het benodigde aantal minimaal 100 respondenten. Het gemiddeld aantal op de revalidatieafdeling Z2 van 2011-2013 bedraagt 130 revalidanten op jaarbasis. Omgerekend op maandbasis bedraagt het aantal patiënten 10,8. Wanneer de studenten een betrouwbare analyse willen bekomen, zullen ze de CQ-Index revalidatiezorg gedurende tien maanden ter hand moeten stellen op de revalidatieafdeling Z2.

Voor de verwerking van de resultaten wordt er gewerkt met het programma Microsoft Excel en is er een minimale statistische kennis nodig. Voor informatie en eventuele begeleiding kan men terecht bij de expert statistieken, lector een de PXL.

De uiteindelijke resultaten die hierdoor worden bekomen, geven een beeld over de patiëntentevredenheid op de revalidatieafdeling Z2. Er zullen conclusies getrokken worden die mogelijke verbeterpunten aangeven. Daaraan kan dan gewerkt worden om de kwaliteit op de revalidatieafdeling Z2 van het St-Trudo Ziekenhuis te verhogen.

2.3.4 Overzicht van de taken en acties voor de tevredenheidsmeting

- Om van start te gaan is het heel belangrijk eerst de goedkeuring te krijgen van het ethisch comité van het Sint-Trudo Ziekenhuis. Er bestaat namelijk een strikt wettelijk kader inzake het onderzoek op de menselijke persoon (*Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon*). Tegelijkertijd moet bij het onderzoek de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens gerespecteerd worden (*Wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens*). De personen die de uiteindelijke tevredenheidsmeting uitvoeren, moeten bij aanvang onmiddellijk contact opnemen met de ethische commissie van het St-Trudo Ziekenhuis voor de goedkeuring. De contactgegevens kunnen geraadpleegd worden bij de hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling.
- De CQ-Index revalidatiezorg kan opgevraagd worden bij de hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2 van St-Trudo Ziekenhuis. De hoofdverpleegkundige beschikt over het document (Microsoft Word) van deze vragenlijst. Dit document is via mail bij de hoofdverpleegkundige bezorgd.
- De studenten verwittigen de hoofdverpleegkundige wanneer de tevredenheidsmeting van start mag gaan en overlopen samen de volgende stappen voor een goed verloop van de tevredenheidsmeting.
- De studenten geven op de afdeling een korte introductie over het afstudeerproject en het doel van de tevredenheidsmeting. Er moet duidelijk gecommuniceerd worden aan de verpleegkundigen welke informatie ze aan de patiënten moeten meedelen i.v.m. de vragenlijst.
- De hoofdverpleegkundige brieft de teamleden over de start van de tevredenheidsmeting en brengt de verpleegkundigen op de hoogte wanneer de vragenlijsten worden uitgedeeld en verzameld. Hij brieft de teamleden aan de hand van een dienstvergadering en een dienstmemo. Het team voorziet voldoende vragenlijsten op de afdeling.

- De studenten voorzien een verzamelbox waarin de ingevulde vragenlijsten kunnen gedeponeerd worden. Dit en de plaats van deze box wordt gecommuniceerd naar de hoofdverpleegkundigen en het team.
- De CQ-Index revalidatiezorg wordt afgeprint op de revalidatieafdeling Z2. De vragenlijsten worden aan het bureau van de verpleegpost gelegd in een daarvoor voorzien vak naast de computer. De plaats waar de vragenlijsten liggen, wordt aan de verpleegkundigen gecommuniceerd. De verpleegkundigen van het team controleren regelmatig of er nog voldoende vragenlijsten aanwezig zijn. Indien dit niet zo is, worden deze bijgedrukt.
- Alle patiënten krijgen een exemplaar vijf tot zeven dagen voor hun ontslag van de revalidatieafdeling.
- De verpleegkundigen van de ochtendienst delen de vragenlijst uit en geven de nodige uitleg aan de patiënten. Het uitdelen vindt plaats na de briefing. Tijdens de briefing wordt er overlopen welke patiënt binnen de week de afdeling verlaat. Hierdoor hebben ze een duidelijk overzicht welke patiënten een vragenlijst moeten invullen.
- Na het invullen van de enquêtes worden ze verzameld door de verpleegkundigen en in de verzamelbox gedeponeerd die aanwezig is op de afdeling. Bij het ophalen van de vragenlijst bij de patiënten kan de verpleegkundige de patiënt bedanken om de vragenlijst in te vullen.
- De studenten gaan op regelmatige tijdstippen de verzamelbox ledigen om zo controle te houden over het aantal enquêtes die er ingevuld zijn.
- Wanneer de 100 vragenlijsten verzameld zijn wordt de hoofdverpleegkundige verwittigd dat de tevredenheidsmeting stopt.
- De hoofdverpleegkundige verwittigt de verpleegkundigen dat er geen vragenlijsten meer uitgedeeld moeten worden aan de patiënten.
- De studenten halen de verzamelbox van de afdeling op en bedanken de teamleden en hoofdverpleegkundige voor hun medewerking aan de tevredenheidsmeting.
- Hierna kan de verwerking van de vragenlijsten van start gaan.

2.3.5 De verwerking van de vragenlijsten

De verwerking van de vragenlijsten wordt uitgevoerd door de studenten 2015-2016. Indien er geen afstudeerproject volgt kunnen de vragenlijsten verwerkt worden door interne of externe personen, geraadpleegd door het ziekenhuis. De vragenlijsten worden m.b.v. Microsoft Excel verwerkt. De verwerking bevat de volgende stappen:

1. Elke ingevulde vragenlijst krijgt een IDnummer dat op de voorzijde van elke vragenlijst wordt vermeld. Bijvoorbeeld: Z21 (Z2 verwijst naar de afdeling en 1 naar de vragenlijst). De namen van de patiënten worden niet vermeld, omwille van de privacy en anonimiteit.
2. Op één blanco vragenlijst worden de antwoorden gecodeerd. Elk antwoord bij elke vraag krijgt een nummer, deze wordt voor het antwoord vermeld. Deze code is nodig voor de opsomming van de antwoorden in Microsoft Excel.
3. Elke vraag krijgt nu een titel in Microsoft Excel. Beginnend van links naar rechts in een rij staat er in het eerste vakje IDnummer. Daarna volgen de titels van de vragen. Elk woord begint met een drukletter en de titel wordt opgesteld zonder spatie. De drukletters zijn nodig voor een duidelijke titel. De titel mag maximum 25 karakters bevatten.
4. In de eerste kolom, met de titel IDnummer, wordt het IDnummer van elke vragenlijst onder elkaar opgesomd.
5. Nu worden de antwoorden van elke vraag en iedere vragenlijst onder de juiste titel met de juiste code van het antwoord genoteerd. Om dit op een correcte manier te laten verlopen, worden de ingevulde vragenlijst en de blanco vragenlijst met de gecodeerde antwoorden naast elkaar gelegd. Het vergelijken van de twee vragenlijsten gebeurt door één persoon en een andere persoon noteert de code onder de correcte titel bij de juiste IDnummer in Microsoft Excel.
6. Van elke vraag kan er een grafiek gecreëerd worden om zo een duidelijk beeld te verkrijgen van alle antwoorden samen. Hiervoor moet er eerst een tabel van de resultaten gemaakt worden. De tabellen en grafieken worden in een ander tabblad gecreëerd in Microsoft Excel. Voor het opmaken van een tabel moeten er twee kolommen gemaakt worden. Aan de linkerkant komt de titel met de mogelijke antwoorden onder de titel, aan de rechterkant komt het aantal keer dat deze antwoorden voorkwamen.

7. Om van een tabel een grafiek te maken wordt de tabel volledig geselecteerd, vervolgens op “invoegen” klikken en dan kan er een keuze gemaakt worden uit een aantal grafieken. Deze grafiek wordt geplaatst onder de tabel en de opmaak kan nu aangepast worden.
8. Onder elke grafiek kan een bevinding geschreven worden. Door op “Tekstvak” te klikken bij “invoegen” , kan in dit tekstvak de bevinding genoteerd worden. Door met het tekstvak te slepen plaats men deze onder de grafiek.
9. Na de verwerkte resultaten kan er een algemeen besluit gevormd worden.
10. De resultaten en de besluiten worden verwerkt in het afstudeerproject en worden gerapporteerd aan de revalidatieafdeling Z2.

2.3.6 De betrokken personen

De studenten van het afstudeerproject van het schooljaar 2015-2016 werken samen met het St.-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden en meer bepaald met de revalidatieafdeling Z2. Indien de studenten van het schooljaar 2015-2016 voortgaan op dit project, zijn de betrokken personen:

- Promotor PXL: begeleiding van de studenten voor het afstudeerproject.
- Expert statistiek: informatie aanbieden en begeleiden voor het verwerken van de vragenlijst.
- Student 2015 – 2016: uitvoeren van het afstudeerproject.
- Ethische commissie: voor toestemming van de patiënttevredenheidsmeting.
- Hoofdverpleegkundige revalidatieafdeling Z2 en inhoudsdeskundige: begeleiding van de studenten en teamleden bij de tevredenheidsmeting.
- Teamleden revalidatieafdeling Z2: uitdelen en verzamelen van de vragenlijsten. De afdeling voorzien van voldoende vragenlijsten.

Indien er geen studenten maar interne of externe personen ingeschakeld worden om de uiteindelijke patiënttevredenheidsmeting te starten, zijn de betrokken personen:

- Ethische commissie: voor toestemming van de patiënttevredenheidsmeting.
- Hoofdverpleegkundige revalidatieafdeling Z2: begeleiding van de interne of externe personen en teamleden bij de tevredenheidsmeting.
- Teamleden revalidatieafdeling Z2: uitdelen en verzamelen van de vragenlijsten. De afdeling voorzien van voldoende vragenlijsten.
- Interne of externe personen: uitvoeren van de tevredenheidsmeting.

2.4 Praktisch besluit

Een definitief besluit concluderen over de tevredenheid van patiënten op de revalidatieafdeling Z2, is in deze bachelorproef niet mogelijk omwille van het klein aantal bevroegde patiënten. Om een duidelijk beeld te krijgen van de tevredenheid van patiënten en mogelijke verbeterpunten op deze afdeling, wordt er volgend schooljaar verder gewerkt met deze bachelorproef. Uit de bekomen cijfers van het pilootproject kunnen conclusies getrokken worden: de bevroegde patiënten zijn tevreden over de revalidatieafdeling en het team. Het team besteedt voldoende aandacht aan de patiënt en werkt goed samen. Ze vinden communicatie onderling, met de patiënt en familie belangrijk. Hierdoor ontstaat er een kwaliteitsvolle zorg op de revalidatieafdeling Z2.

Besluit

Uit de theorie van deze bachelorproef wordt duidelijk dat de tevredenheid van patiënten een belangrijk aspect is van kwaliteitsvolle zorgverlening. Om te achterhalen of patiënten op de revalidatieafdeling Z2 tevreden zijn en om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen is het noodzakelijk een meetinstrument te hanteren dat het meest toepasbaar is op deze afdeling. Door veelvuldig in de literatuur te zoeken naar gepaste meetinstrumenten en deze meetinstrumenten te vergelijken, werd duidelijk aan de hand van het stappenplan van Swinkels, dat de CQ-Index revalidatiezorg het meest gepaste meetinstrument is voor de revalidatieafdeling Z2. Dit werd gestaafd door het pilootproject uit te voeren.

Een ander belangrijk punt dat aangehaald wordt, is de revalidatieafdeling Z2. De missie, visie en doelstellingen geven een duidelijk beeld van deze afdeling en de wijze waarop er gewerkt wordt.

In de praktijk wordt aangetoond dat door het stappenplan van Swinkels te volgen, de CQ-Index het meest toepasbare meetinstrument is op de revalidatieafdeling Z2. Er wordt een conclusie gegeven van de meest opvallende cijfers van het pilootproject. Uit de ondervraging van tien patiënten blijkt dat ze tevreden zijn over het multidisciplinaire team. Uit de eigenlijke resultaten kan er afgeleid worden dat de CQ-Index revalidatiezorg een goede vragenlijst is om toe te passen op de revalidatieafdeling Z2.

Vervolgens werd een vragenlijst voor de teamleden opgesteld. Hieruit kon gepeild worden naar hun kennis over tevredenheid en kwaliteit van de revalidatiezorg. Individueel sommen ze maar enkele voorwaarden op. In het multidisciplinaire team is de kennis voldoende, omdat er een goede samenwerking en communicatie is tussen de teamleden op de revalidatieafdeling Z2 van St.-Trudo Ziekenhuis.

Tot slot kan er over patiëntentevredenheid geen definitief besluit worden vastgesteld. Hiervoor moet de patiënttevredenheidsmeting met een groter aantal patiënten gebeuren. Er is een draaiboek uitgeschreven om een meting naar patiëntentevredenheid te kunnen starten op de revalidatieafdeling Z2. Het draaiboek kan gebruikt worden als leidraad voor een tevredenheidsmeting op de revalidatieafdeling.

Reflectie op het doorgelopen proces en het uiteindelijk resultaat

De revalidatieafdeling Z2 van het St.-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden vormde het begin en het einde van ons project. Het was de ideale plaats voor het afnemen van de CQ-Index revalidatiezorg en de vragenlijst voor het team. De patiënten en het multidisciplinaire team verleenden een prima medewerking aan dit project, waarvoor onze oprechte dank.

Om een duidelijk beeld te creëren van de patiëntentevredenheid en de zorgkwaliteit is er voor een goede wetenschappelijke basis gezorgd. Vanuit deze basis is er gezocht naar meetinstrumenten die voorhanden waren. Uiteindelijk leverde deze zoektocht de CQ-Index revalidatiezorg op. Uit het stappenplan van Swinkels bleek dat de CQ-Index revalidatiezorg een goed meetinstrument is voor de revalidatieafdeling Z2. Er werd een vragenlijst voor de teamleden van de revalidatieafdeling afgenomen om te achterhalen wat hun kennis was over de patiëntentevredenheid en kwaliteit van de revalidatiezorg. Vervolgens is er een draaiboek uitgeschreven, met alle nodige stappen die de betrokken personen moeten uitvoeren, om met een patiënttevredenheidsmeting te kunnen starten op de revalidatieafdeling Z2. Wegens tijdsgebrek is de eigenlijke tevredenheidsmeting op de revalidatieafdeling Z2 niet uitgevoerd. In ons pilootproject hebben we tien patiënten bevraagd. Daardoor kregen we een idee over de patiëntentevredenheid op de afdeling en over de toepassingsmogelijkheden van de CQ-Index revalidatiezorg. De resultaten zijn verwerkt en geconverteerd naar grafieken. De hoofdverpleegkundige van de revalidatieafdeling Z2 kreeg zo een beeld over de tevredenheid bij de patiënten.

Een positieve invloed was het ontstaan van een hechte samenwerking door onze intense research. Helaas werd de opdracht vergroot, vertraagd en bemoeilijkt door een minimale inzet van een vierde teamlid. We besloten dan ook de auteurs op de pagina's te noteren.

Constructieve en waardevolle feedback, gaf ons de kans het werk telkens te optimaliseren. Dit vormde een belangrijk onderdeel van het proces. Hartelijk dank aan de promotor en inhoudsdeskundige van deze bachelorproef voor de prima coaching en steun.

Bibliografie

Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B., de Boer, W. (2012). *Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not*. BMC Public Health.

Apeldoorn, A., Polman, N., Steenhuizen, C., van Hartingsveld, F. (2007). Wat is de fysiotherapeutische interventie bij polyneuropathie. *Beroepsopdracht Hogeschool van Amsterdam afdeling Fysiotherapie*, (juni 2007).

Belgian Cancer Registry (2004) Geraadpleegd op 14 februari 2015, op <http://www.kankerregister.org/default.aspx?PageId=100>

Beurskens, S., Van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R. & Wittink, H. (2008). *Metten in de praktijk*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Crul, B.J.P. (2009). *Boekblok Pijn info*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Bol, P. (2002). Arachnoïdale bloeding en sub- en epiduraal hematoom. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, 109, 103 - 104

Champion, HR., Howard, R., Sacco, W. (1989). A revision of the trauma score. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*.

Definitie revalidatie. World Health Organisation. Geraadpleegd op 21 februari 2015, op <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

Delnoij, D., Hendriks, M. (2008). De CQ-Index: het meten van klantervaringen in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*. 2008, 86(8), 440-446

Department of general practice, KU Leuven. *Intego-project*. (2011) Geraadpleegd op 9 maart 2015, op <http://www.intego.be>

Demetrios, D., Martin, M., Salim, A., Rhee, P., Brown, C. (2006). American College of Surgeons' Committee on Trauma.

Dr. E.A.C.H. Sanders. (2008). Het multipole sclerose formularium. *Een praktische leidraad*. BohnStafleu van Loghum

Fonville, S., van Kooten, F., Dammers, R. (2013) *Protocol diagnostiek en behandeling chronisch subduraal hematoom*. Versie 02 – september 2011 – Revisie oktober 2013

Geertzen, J.H.B., Rietman, J.S., van der Linde, H. (2009). *Amputatie en prothesiologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Helsen, G., (2014). Het ABC van het CVA. Moderne aanpak van beroerte. Huisartsensymposium 2014

Hermans, H.E.G.M. (2011). *Uit zorg en financiering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Institute of Medicine. (2001). Chasing the quality chasm. *Shaping the Future for Health*: 1 - 6

International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organisation. Geraadpleegd op 5 oktober 2014, op <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.

Kersten, S., Malhi, M., Drosselmeyer, J., Lutz, C., Liebehrr, M., Schubert P., (2014). A Pilot Study of an Exercise-Based Patient Education Program in People with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis International*. Volume 2014.

Koopman, L. (2013). *Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen*. Utrecht.

Koopman, L. (2013). *Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen*. Werkinstructie voor de CQI Revalidatiecentra Volwassenen en Ouders van Kinderen. Versie 3.3

Kwaliteitshandboek (2011). Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo.

Liebenson, C., Yeomans, S. (1997). Outcome assessment in musculoskeletal medicine. *Manual Therapy*.

Linden, K. (2009). *Zakboek ziektebeelden*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

McGregor, AH., Doré, CJ., Morris, TP., Morris, S., Jamrozik, K. (2010). *Function after spinal treatment, exercise and rehabilitation (FASTER): improving the functional outcome of spinal surgery*. BMC Musculoskeletal Disorders.

Meysman, H., Vanderhoeven, J.L. (2013). *Paper, Project of Scriptie: Van muisklik tot tekst*. Leuven: Acco

Mostinckx, J., Deven, F. & Dauwe, P. (2014). Welzijn en zorg in Vlaanderen. *Wegwijzer voor de sociale sector*, september 2014, 1^e Editie, p685

Nederkoorn, A., Delnoij, D. (2008). Het meten van kwaliteit van zorg vanuit klantenperspectief. *VGE-infobulletin*. 25 (3): 28-30.

NICE. Neuropathic pain (Juni 2010) - Pharmacological management: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. 5

O'Connor, P. (2002). Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *American academy of neurology*.

Ombelets, S. (2014). *Samen op weg naar structuur in de revalidatie!* De multidisciplinaire ontwikkeling van een hulpinstrument om de intramurale overname van een revalidant te structureren. Bachelorproef, PXL, departement Zorgmanagement, België.

Öner, F.C. (2010). Over de grenzen: een toekomst voor spinale chirurgie. *Utrecht University Repository*.

Onthaalfolder verpleegafdeling Z2 St-Trudo. (2014).

Ontwerp zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie. Zorgnet Vlaanderen. (2012). Geraadpleegd op 3 oktober 2014, op <http://www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/revalidatie%20definitieve%20nota.pdf>

Palm Jenny. (2011). *Leven na een beroerte*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Rodrigues-de-Paula, F., Oliveira Lima, L. (2010). Physical Therapy - Exercise and Parkinsons Disease. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.

Schagen, S. (2000). *Neuropraxis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schönherr, M.C., Spikman, J.M. (2012). *Neuropsychologische revalidatie bij hersenletsel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Siregar, S., Groenwold, H.H.R., Versteegh, I.M.M., Lex A. (2012). Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.

Spasser, M., Greenblatt, R., Weismantel A. (2006). Mapping the literature of rehabilitation nursing. *Journal of the Medical Library Association*.

Stevens Martin, e.a. (2011). Een nieuwe heup of knie: Houten BohnStafleu van Loghum.

Swinkels, H., Bossmann, S., Hoff, H.C.W. (2009). *Zakboek ziektebeelden: Tumoren van het centrale zenuwstelsel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Swinkels, R.A.H.M. (2003). Welke vragenlijst bij welke patiënt? *Stimulus*. september 2003, volume 22, Issue 3, pp 156-161.

Swinkels, R.A.H.M. (2003). Hoe kom ik aan vragenlijsten en de bijbehorende informatie? *Stimulus*. maart 2007, volume 26, Issue 1, pp 34-36.

The office of patient care services (2005). *Polytrauma rehabilitation procedures.*, pp 3

Trieschmann, R.B. (1988). Spinal cord injuries, Psychological, social, and vocational rehabilitation. 2nd edition. pp6

Van der Heyden, J. (2008). Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: Gezondheidsenquête: Patiëntentevredenheid.

Vanderstraeten, G., Kiekens C., Plaghki, L., Soudon, P., Brusselmans, W.(2004). *Verslag over de stand van de revalidatie geneeskunde in België*. Riziv.

Van Doorn, P.A. (2007). Richtlijn Polyneuropathie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, v.151(28), (juli 2007).

Van Nierop, P. (2014). Diagnostiek in de bekkenfysiotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Veld, C.J., Van Den Bosch, W. (2013). *Revalidatiegeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Vleugels, A. (2010). Nota voor het kwaliteitsindicatorenforum. Geraadpleegd op 17 december 2014, op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit/Basisset-2012/>

Wierink, C.D., Bots-van 't Spijker, P.C., de Baat, C. (2006). Speekselvloed en slikvermogen bij de ziekte van Parkinson. *Beroepsdifferëntiatie in de tandheelkunde* 5, (december2006).

Wiersma, Tj., Glerum, J.H., van Everdingen, J.J.E. (2011). *Diagnose en therapie 2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zorg en gezondheid. (2014). *Het Vlaams Indicatorenproject*. Geraadpleegd op 17 december 2014, op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit/Inleiding/>

Zorg en gezondheid. (2013). *Kwaliteitszorg in algemene ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 10 januari 2015, op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Kwaliteitszorg-in-algemene-ziekenhuizen/>

Zorgnet Vlaanderen. (2010). *Kwaliteit kenbaar maken in de zorg*. Geraadpleegd op 13 december 2014, op <http://www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/2010%20Accreditering.pdf>

Zuidgeest, M., Reitsma-van Rooijen, P.M., Sixma, H.J., van der Hoek, L., Rademakers, J.J. D.J.M. (2010). CQ-Index Revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. *Kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van Patiënten*. Nivel Utrecht.

Samenvatting

Deze bachelorproef heeft als doel de tevredenheid bij patiënten te meten op de revalidatieafdeling Z2 aan de hand van een gepast meetinstrument. Hun mening is van essentieel belang om de kwaliteit te verbeteren.

Om de kwaliteit van de zorg te bevorderen, doen de Vlaamse ziekenhuizen beroep op het Vlaams Indicatorenproject (VIP²). VIP² bewaakt de kwaliteit van de zorg aan de hand van kwaliteitsindicatoren.

De subjectieve en objectieve noden van de patiënt komen tot uiting in de patiëntentevredenheid. Niet alleen de gezondheidswinst of beantwoorde noden zijn belangrijk, ook de manier waarop de zorg wordt toegediend: de toegankelijkheid, de organisatie van de diensten, de houding van de gezondheidswerkers, de voorlichting van de patiënt en de manier waarop de communicatie tussen hulpverlener en patiënt verloopt.

Kwaliteit is een belangrijk onderdeel van de patiëntentevredenheid. Patiënten hebben een eigen verantwoordelijkheid in de zorg, die mee bepalend is voor de kwaliteit. Actieve betrokkenheid en medewerking zijn nodig voor een positief resultaat. Patiënten moeten aangespoord worden om hun verwachtingen, noden en klachten kenbaar te maken. De revalidatieafdeling moet daar op een doelmatige wijze rekening mee houden en er op inspelen.

Om een gepast meetinstrument te vinden, wordt er in dit werk gebruik gemaakt van het stappenplan van Swinkels. Het doel van dit stappenplan is om het juiste meetinstrument te vinden dat in een zorgsituatie toegepast kan worden, rekening houdend met de patiënt en diens revalidatie. Met het juiste meetinstrument wordt bedoeld: een kwaliteits- en waardevol meetinstrument. De meerwaarde van het stappenplan van Swinkels is dat het vertrekt vanuit een patiëntenbenadering maar ook oog heeft voor de praktijk waar verpleegkundigen en (para)medische zorgverleners dagelijks mee te maken hebben.

De CQ-Index Revalidatiezorg is specifiek gericht op de zorgkwaliteit in een revalidatiecentrum. Een essentieel kenmerk is dat patiënten en zorgverleners betrokken worden bij het ontwikkelen van een CQI meetinstrument. Dat is een belangrijk voordeel ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin enkel naar de tevredenheid van de patiënten wordt gepeild.

Dit werk beschikt over een pilootproject waarbij tien patiënten bevroegd zijn en dat als basis kan dienen voor een mogelijk vervolg van een patiënttevredenheidsmeting.

Tot slot werd er een bevraging van de teamleden afgenomen. Deze leverde informatie over de perceptie van patiëntentevredenheid en de kwaliteit van de revalidatiezorg.

Het in het werk voorgestelde draaiboek vormt de basis voor een patiënttevredenheidsmeting op de revalidatieafdeling Z2 van het St.-Trudo te Sint-Truiden.

Bijlagen

Bijlage nr. 1: de meest recente cijfers van de verschillende pathologieën op de revalidatieafdeling Z2.

# unieke verblijven	2011	2012	2013
APRDRG28-004 Tracheostomy w mechanical ventilation >96h w extensive procedure or ECMO	0	0	1
APRDRG28-020 Craniotomy For Trauma	0	0	1
APRDRG28-021 Craniotomy Except For Trauma	0	0	1
APRDRG28-023 Spinal Procedures	1	0	0
APRDRG28-024 Extracranial Vascular Procedures	0	2	3
APRDRG28-042 Degenerative Nervous System Disorders exc multiple sclerosis	1	1	3
APRDRG28-043 Multiple Sclerosis & other demyelinating diseases	0	1	1
APRDRG28-044 Intracranial Hemorrhage	1	0	5
APRDRG28-045 Cva & precerebral occlusion W Infarct	15	17	8
APRDRG28-047 Transient Ischemia	2	2	0
APRDRG28-048 Peripheral,Cranial & autonomic Nerve Disorders	0	1	0
APRDRG28-049 Bacterial & Tuberculous Infections Of Nervous System	0	0	2
APRDRG28-055 Head Trauma W Coma > 1 Hr Or Hemorrhage	1	0	0

APRDRG28-057 Concussion, closed skull fx nos, uncomplicated intracranial Injury, Coma <1 Hr Or No Coma	1	0	0
APRDRG28-058 Other Disorders Of Nervous System	2	2	1
APRDRG28-121 Other Respiratory & chest Procedures	0	0	2
APRDRG28-135 Major Chest & respiratory Trauma	0	1	0
APRDRG28-139 Other Pneumonia	0	1	1
APRDRG28-140 Chronic Obstructive Pulmonary Disease	1	2	0
APRDRG28-142 Interstitial Lung Disease	0	0	1
APRDRG28-144 Respiratory System Signs, Symptoms & minor Diagnoses	1	0	0
APRDRG28-169 Major Thoracic & Abdominal Vascular Procedures	1	0	1
APRDRG28-170 Permanent Cardiac Pacemaker Implant W Ami, Heart Failure Or Shock	0	1	0
APRDRG28-171 Perm Cardiac Pacemaker Implant W/o Ami, Heart Failure Or Shock	0	1	0
APRDRG28-173.1 ANDERE VASCULAIRE PROCEDURES, MET UITSLUITEND PROCEDURE 39.50	0	1	0
APRDRG28-190 Acute myocardial infarction	0	1	1
APRDRG28-194 Heart Failure	0	2	1
APRDRG28-201 Cardiac Arrhythmia & Conduction Disorders	0	0	1

APRDRG28-227 Hernia Procedures Except Inguinal, Femoral & umbilical	0	0	1
APRDRG28-248 Major G.i. & peritoneal Infections	1	0	0
APRDRG28-282 Disorders Of Pancreas Except Malignancy	0	1	0
APRDRG28-301 Hip Joint replacement	21	21	28
APRDRG28-302 Knee joint replacement	14	11	12
APRDRG28-304 Dorsal & Lumbar Fusion Proc Except For Curvature Of Back	5	2	1
APRDRG28-305 Amputation of lower limb, except toes	1	1	1
APRDRG28-308 Hip & Femur Procedures For Trauma, except joint replacement	22	21	14
APRDRG28-310 Intervetebral disc excision & decompression	1	0	1
APRDRG28-313 Knee & Lower Leg Procedures Except Foot	3	1	1
APRDRG28-314 Foot & toe Procedures	3	2	1
APRDRG28-315 Shoulder, upperarm & Forearm Procedures	2	5	4
APRDRG28-317 Tendon, muscle & other Soft Tissue Procedures	1	1	0
APRDRG28-340 Fractures Of Femur	0	0	1
APRDRG28-341 Fracture Of Pelvis Or Dislocation Of Hip	1	2	2
APRDRG28-342 Fracture Or Dislocation Except Femur, Pelvis & back	4	3	2
APRDRG28-347 Other Back & neck disorders,	2	0	2

fractures & injuries APRDRG28-349	1	1	0
Malfunction, Reaction & Comp Of Orthopedic Device Or Procedure APRDRG28-351 Other	0	1	0
Musculoskeletal System & Connective Tissue Diagnoses APRDRG28-384	1	0	0
Contusion,open wound & other Trauma To Skin & Subcutaneous Tissue APRDRG28-421	0	1	0
Malnutrition, failure to thrive & other nutritional disorders APRDRG28-422	0	2	0
Hypovolemia & related Electrolyte Disorders APRDRG28-663 Other	0	1	0
anemia & disorders of Blood & Blood-forming Organs APRDRG28-680 Major	0	0	1
O.R. proc for Lymphatic/hematopoietic /other nieoplasms APRDRG28-710	1	0	0
Infectious & parasitic diseases including HIV W O.R. proc APRDRG28-720	0	1	0
Septicemia & disseminated infections APRDRG28-724 Other	0	1	0
Infectious & Parasitic Diseases APRDRG28-756 Acute	0	0	1
anxiety & delirium states APRDRG28-775 Alcohol	1	0	0
Abuse & Dependence APRDRG28-813 Other	1	0	0
Complications Of Treatment APRDRG28-850	2	1	1
Procedure W Diagnoses Of rehab,aftercare or other contact with health			

service			
APRDRG28-860 Rehabilitation	14	9	6
APRDRG28-861.1 TEKENS, SYMPTOMEN EN ANDERE FACTOREN MET INVLOED OP DE GEZONDHEIDSTOESTAN D, ZONDER CODE	1	3	0
POLYSOMNOGRAFIE			
APRDRG28-862 Pther aftercare & convalescence	2	2	2
APRDRG28-912 Musculo-skeletla & other procedures for multiple significant trauma	1	0	0
APRDRG28-930 Multiple significant trauma w/o OR proc	0	0	1
APRDRG28-950 Extensive Procedure Unrelated To Principal Diagnosis	0	3	4
APRDRG28-951 Moderately extensive Procedure Unrelated To Principal Diagnosis	0	1	0
APRDRG28-952 Nonextensive Procedure Unrelated To Principal Diagnosis	2	0	0



Vragenlijst

Ervaringen met de revalidatiezorg

*Bestemd voor patiënten van 16 jaar en ouder die gebruik maken
(of hebben gemaakt) van de zorg van een
revalidatiecentrum/afdeling*

CQ-Index Revalidatiecentra (Volwassenen)

Versie 2.1

**Deze specifieke vragenlijst is gebaseerd op de internationaal gebruikte CAHPS®
vragenlijsten.**

**De vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met LSR, NPCF, Revalidatie
Nederland en de zorgverzekeraars verenigd in Stichting Miletus.**

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking
met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met zorg van een revalidatiecentrum/afdeling. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Hierdoor kunnen we de kwaliteit van de zorg op de revalidatiecentrum/afdeling verbeteren. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15-20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Wij zouden het wel appreciëren dat u deze vragenlijst invult zodat wij een beter beeld krijgen van de zorgkwaliteit op deze afdeling. Heeft u vragen, dan kan u terecht bij het verpleegkundig personeel.

Alvast bedankt!

Studenten verpleegkunde hogeschool PXL.

INVULINSTRUCTIE

- Het is belangrijk dat de vragen alleen worden ingevuld door de persoon die op deze afdeling valideert. Indien dit niet mogelijk is, is het toegestaan om hulp in te schakelen van het personeel op deze afdeling. Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.
- In deze vragenlijst worden de vragen gesteld in de verleden tijd. Mocht u nog steeds gebruik maken van de zorg op deze revalidatiecentrum/afdeling lees u dan de vragen in de tegenwoordige tijd
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje.
- Het kan zijn dat een vraag niet op u van toepassing is of dat u een bepaald aspect van zorg niet heeft meegemaakt Beantwoord deze vraag dan met '*niet van toepassing*', '*weet ik niet*', of de bij de specifieke vraag behorende extra antwoordmogelijkheid.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
 - Nee → **Ga door naar vraag 3**
 - Ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
 - Nee
 - Ja

INTRODUCTIE

1. Heeft u in de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van zorg van een revalidatiecentrum/afdeling? Hierbij kunt u denken aan contact met een revalidatiearts en/of het behandelteam voor therapie.
- Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te geven aan het verpleegkundig personeel.*
 - Ja

HET REVALIDATIECENTRUM/AFDELING

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

2. Was er voldoende parkeergelegenheid dichtbij het revalidatiecentrum/afdeling?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing, ik parkeer niet bij het revalidatiecentrum/afdeling
3. Waren de ruimten van het revalidatiecentrum/afdeling aangenaam om in te verblijven? (bijvoorbeeld goede temperatuur, geen overlast van geluid, goede stoelen)
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
4. Was het eten in het revalidatiecentrum/afdeling lekker?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd

ONTVANGST OP REVALIDATIECENTRUM/AFDELING

Dit blokje vragen gaat over de ontvangst op het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

5. Hadden de medewerkers, bij de ontvangst op het revalidatiecentrum/afdeling, genoeg tijd voor u?
- Nooit

- Soms
- Meestal
- Altijd

6. Namden de medewerkers, bij de ontvangst op het revalidatiecentrum/afdeling, u serieus?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

7. Legden de medewerkers, bij de ontvangst op het revalidatiecentrum/afdeling, u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

INFORMATIE VAN HET REVALIDATIECENTRUM/AFDELING

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met de informatie die u van het revalidatiecentrum/afdeling heeft ontvangen in de afgelopen 12 maanden.

8. Bent u bij de start van de behandeling geïnformeerd over de gang van zaken in het revalidatiecentrum/afdeling?

- Nee, niet geïnformeerd
- Ja, schriftelijk en mondeling geïnformeerd
- Ja, mondeling geïnformeerd
- Ja, schriftelijk geïnformeerd
- Weet ik niet (meer)

9. Heeft u informatie van het revalidatiecentrum/afdeling ontvangen over uw aandoening?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

10. Heeft u informatie van het revalidatiecentrum/afdeling ontvangen over uw behandeling?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

11. Heeft u informatie van het revalidatiecentrum/afdeling ontvangen over patiëntenverenigingen die met uw aandoening te maken hebben?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

12. Heeft u informatie van het revalidatiecentrum/afdeling ontvangen over nazorg?
- Nee
 - Ja
 - Weet ik niet (meer)

13. Heeft u informatie van het revalidatiecentrum/afdeling ontvangen over wat u moet doen als er thuis problemen optreden?
- Nee
 - Ja
 - Weet ik niet (meer)

14. Weet u bij wie u binnen het revalidatiecentrum/afdeling een klacht kunt indienen?
- Nee
 - Ja

AFSPRAKEN MAKEN EN VERANDEREN

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het maken en veranderen van afspraken in de afgelopen 12 maanden met uw behandelaars. Dit zijn revalidatieartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen en de sociale dienst.

15. Was het een probleem om afspraken met behandelaars te maken?
- Groot probleem
 - Klein probleem
 - Geen probleem
 - Niet van toepassing, ik heb geen afspraak gemaakt
16. Werd u tijdig (minimaal 1 week van tevoren) op de hoogte gesteld als een afspraak veranderde?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing, er zijn geen afspraken veranderd
17. Hielden de behandelaars bij het maken van afspraken rekening met uw wensen? (bijvoorbeeld thuissituatie, school of werk)
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd

18. Heeft u het maken en plannen van afspraken bij dit revalidatiecentrum/afdeling als een probleem ervaren?
- Groot probleem
 - Klein probleem
 - Geen probleem
-

BEHANDELPLAN EN REVALIDATIEBEHANDELING

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met uw behandelplan in de afgelopen 12 maanden. In een behandelplan staat wat de doelen zijn van uw revalidatie. Bijvoorbeeld op welk gebied u beperkingen ondervindt en wat het doel was van de revalidatiebehandeling.

19. Zijn afspraken over de behandeling vastgelegd in een behandelplan?
- Nee → *ga door naar vraag 22*
 - Ja
20. Kwam het revalidatiecentrum/afdeling de afspraken uit het behandelplan na?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
21. Werd in het behandelplan rekening gehouden met uw thuissituatie?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
22. Kon u meebeslissen over de behandeling die u kreeg?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
23. Werd de voortgang van de behandeling regelmatig met u besproken?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
24. Werden uw naasten (partner, ouders, gezinsleden) betrokken bij uw revalidatiebehandeling?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing

25. **Bent u geïnformeerd over de mogelijkheid van een 'second opinion' bij een andere revalidatiearts binnen of buiten het revalidatiecentrum/afdeling?**
- Nee
 - Ja
-

HULP/STEUN

De volgende vragen gaan over de ondersteuning vanuit het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

26. **Gaf het revalidatiecentrum/afdeling u hulp bij het omgaan met problemen die u in uw dagelijkse leven ervaart?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
27. **Hielp het revalidatiecentrum/afdeling u bij het verkrijgen van hulpmiddelen, voorzieningen en/of thuiszorg?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing
28. **Kreeg u van het revalidatiecentrum/afdeling hulp bij het volhouden van uw therapie?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing, geen behoefte aan
29. **Werd u door het revalidatiecentrum/afdeling voorbereid om weer te gaan werken of naar school te gaan?**
- Nee
 - Ja
 - Niet van toepassing
30. **Kon u met iemand van het revalidatiecentrum/afdeling praten over veranderingen in uw vriendschappen?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing

31. **Kon u met iemand van het revalidatiecentrum/afdeling praten over intimiteit en seksualiteit?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
 - Niet van toepassing

32. **Bood het revalidatiecentrum/afdeling u steun bij het hervatten van uw dagelijks leven?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
-

EERSTE GESPREK MET REVALIDATIEARTS

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met de wachttijd tot een eerste gesprek en het eerste gesprek (consult of afspraak) met een revalidatiearts.

33. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden een eerste gesprek (consult of afspraak) gehad met de revalidatiearts?**
- Nee → *ga door naar vraag 37*
 - Ja
34. **Was de wachttijd tot het eerste gesprek (consult of afspraak) een probleem?**
- Groot probleem
 - Klein probleem
 - Geen probleem
35. **Kreeg u van het revalidatiecentrum/afdeling informatie over de lengte van de wachttijd tot een eerste gesprek (consult of afspraak) met een revalidatiearts?**
- Nee
 - Ja
36. **Was de wachttijd tussen het eerste gesprek en de start van de behandeling een probleem?**
- Groot probleem
 - Klein probleem
 - Geen probleem
-

OMGANG MET UW REVALIDATIEARTS

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met de hoofdbehandelaar (de revalidatiearts) in de afgelopen 12 maanden.

37. **Had uw revalidatiearts genoeg tijd voor u?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
38. **Nam uw revalidatiearts u serieus?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
39. **Legde uw revalidatiearts u dingen op een begrijpelijke manier uit?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
40. **Welk cijfer geeft u uw revalidatiearts? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.**
- 0 Heel erg slechte revalidatiearts
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 Uitstekende revalidatiearts
-

OMGANG MET ANDERE BEHANDELAARS

Dit blokje vragen gaat over uw ervaringen met andere behandelaars van het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

41. **Met welke medewerkers had u contact of van wie kreeg u therapie? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Verpleging
 - Fysiotherapeut/kinesitherapeut
 - Ergotherapeut
 - Logopedist
 - Maatschappelijk werker/sociale dienst
 - Psycholoog/Orthopedagoog
 - Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)
42. **Kwamen de behandelaars de afspraken uit het behandelplan na?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
43. **Hadden uw behandelaars genoeg tijd voor u?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
44. **Namen uw behandelaars u serieus?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
45. **Legden uw behandelaars u dingen op een begrijpelijke manier uit?**
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
-

WAARDERING BEHANDELAARS

In de volgende vragen wordt gevraagd om een waarderingcijfer te geven voor verschillende medewerkers. Mocht u geen contact hebben met een medewerker, kruis dan niet van toepassing aan.

46. Welk cijfer geeft u de verpleging? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte verpleging
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekende verpleging
- Niet van toepassing

47. Welk cijfer geeft u de fysiotherapeut/kinesitherapeut? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte fysiotherapeut
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekende fysiotherapeut
- Niet van toepassing

48. Welk cijfer geeft u de ergotherapeut? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte ergotherapeut
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekende ergotherapeut
- Niet van toepassing

49. Welk cijfer geeft u de maatschappelijk werker/sociale dienst? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte maatschappelijk werker
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekenden maatschappelijk werker
- Niet van toepassing

50. Welk cijfer geeft u de psycholoog/orthopedagoog? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 Heel erg slechte psycholoog/orthopedagoog
- 1 orthopedagoog
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Uitstekende psycholoog/orthopedagoog
- Niet van toepassing

VEILIGHEID

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met de veiligheid in het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

51. Voelde u zich veilig in het revalidatiecentrum/afdeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

52. Voelde u zich in vertrouwde handen bij uw behandelaars?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

53. Hadden behandelaars genoeg aandacht voor onveilige situaties?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

CONTINUÏTEIT EN AFSTEMMING

De volgende vragen gaan over de continuïteit en afstemming van uw behandeling in de afgelopen 12 maanden.

54. Werd u in het revalidatiecentrum/afdeling bij specifieke therapie (bijvoorbeeld fysiotherapie) door dezelfde personen behandeld?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd → *ga door naar vraag 56*

55. Als u door een andere persoon werd behandeld, verliep de overname dan probleemloos?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

56. Werkten uw behandelaars op een goede manier samen?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

57. Had u een vast contactpersoon in het revalidatiecentrum/afdeling?

- Nee
- Ja

58. Werd u goed doorverwezen binnen het revalidatiecentrum/afdeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd
- Niet van toepassing, niet doorverwezen

KLINISCHE REVALIDATIEZORG

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met klinische revalidatiezorg in het revalidatiecentrum/afdeling in de afgelopen 12 maanden.

59. Revalideerde u klinisch (verblijf in revalidatiecentrum/afdeling) of poliklinisch (meerdere keren per week voor therapie naar revalidatiecentrum/afdeling)?

- Poliklinisch → *ga door naar vraag 66*
- Klinisch
- Zowel poliklinisch als klinisch

60. Kon u bezoek ontvangen in een ruimte?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

61. Had u privacy bij de lichamelijke verzorging? (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden)

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

62. Besteedde de verpleging voldoende aandacht aan uw lichamelijke verzorging? (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden)

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

63. Had u privacy tijdens de bezoeken?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

64. Was uw kamer schoon?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

65. Waren er genoeg mogelijkheden voor vrijetijdsbesteding? (zoals sporten, wandelen, winkelen of lezen)

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

RESULTAAT BEHANDELING

De volgende vragen gaan over de resultaten van uw behandeling.

66. **Revalideert u nog op dit moment?**
- Nee
 - Ja
67. **Zijn de behandeldoelen (tot nu toe) gerealiseerd?**
- Nee, in het geheel niet
 - Voor het grootste deel niet
 - Voor het grootste deel wel
 - Ja, volledig
68. **Voldeed de behandeling (tot nu toe) aan uw verwachtingen?**
- Nee, in het geheel niet
 - Voor het grootste deel niet
 - Voor het grootste deel wel
 - Ja, volledig
69. **Heeft u de nazorg vanuit dit revalidatiecentrum/afdeling als een probleem ervaren?**
- Groot probleem
 - Klein probleem
 - Geen probleem
 - Niet van toepassing, ik ben nog onder behandeling

ALGEMEEN OORDEEL

70. **Welk cijfer geeft u het revalidatiecentrum/afdeling? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.**
- 0 Heel erg slecht revalidatieafdeling
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 Uitstekend revalidatieafdeling

71. **Zou u dit revalidatiecentrum/afdeling bij andere revalidatiepatiënten aanbevelen?**
- Beslist niet
 - Waarschijnlijk niet
 - Waarschijnlijk wel
 - Beslist wel

OVER UZELF

72. **Voor welke aandoening revalideerde u? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Dwarslaesie
 - Spina bifida (open rug)
 - CVA (Cerebrovasculair accident of beroerte)
 - Niet aangeboren hersenletsel (NAH)
 - Spierziekte
 - Ontwikkelingsstoornissen
 - Amputatie (verlies van een lichaamsdeel)
 - Herstel na ongeval
 - Herstel na ziekte
 - Herstel na operatie
 - Hartfalen/hartrevalidatie
 - Chronische pijn
 - Cerebrale Parese
 - COPD/longrevalidatie
 - Anders, namelijk:
-
- (a.u.b. in blokletters)

73. **Hoe lang bent u onder behandeling (geweest)?**
- Minder dan 6 maanden
 - 6-12 maanden (1/2 tot 1 jaar)
 - 12-36 maanden (1 tot 3 jaar)
 - Langer dan 36 maanden (3 jaar)
74. **Wat is uw leeftijd?**
- 16 t/m 17 jaar
 - 18 t/m 24 jaar
 - 25 t/m 34 jaar
 - 35 t/m 44 jaar
 - 45 t/m 54 jaar
 - 55 t/m 64 jaar
 - 65 t/m 74 jaar
 - 75 jaar of ouder
75. **Bent u een man of een vrouw?**
- Man
 - Vrouw

76. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

77. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Ja
- Nee → **ga door naar het einde van de vragenlijst**

78. Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

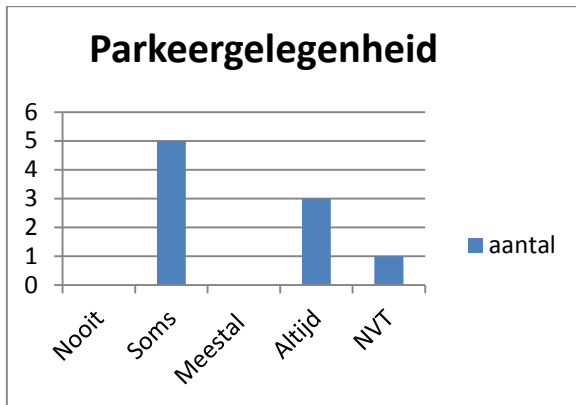
(a.u.b. in blokletters)

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Geeft u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug aan het verpleegkundig personeel, ergotherapeut of kinesitherapeut.

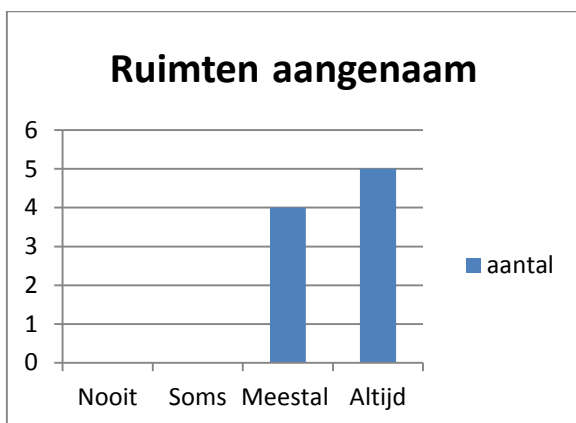
Bijlage nr. 3: Resultaten CQ-Index

Onderstaande grafieken, geven de resultaten weer van de CQ-Index revalidatiezorg die werd afgenomen bij 10 patiënten van de revalidatieafdeling Z2.



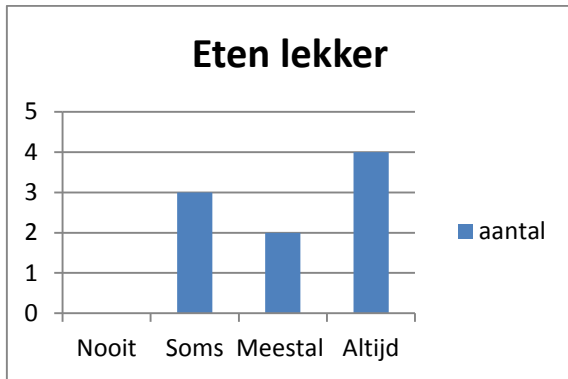
Grafiek 1

Parkeermogelijkheid is er. Die is vermoedelijk afhankelijk van het tijdstip van aankomst.



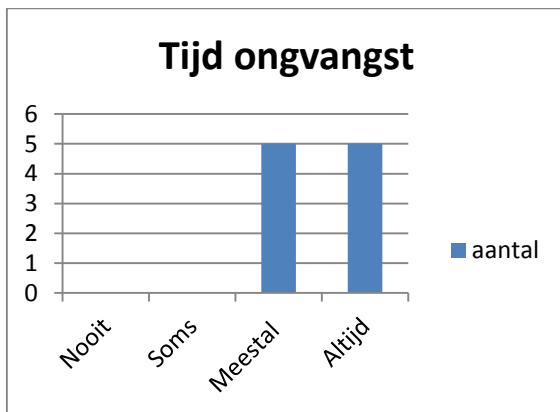
Grafiek 2

De verschillende ruimten op de afdeling zijn meestal tot altijd aangenaam om in te verblijven.



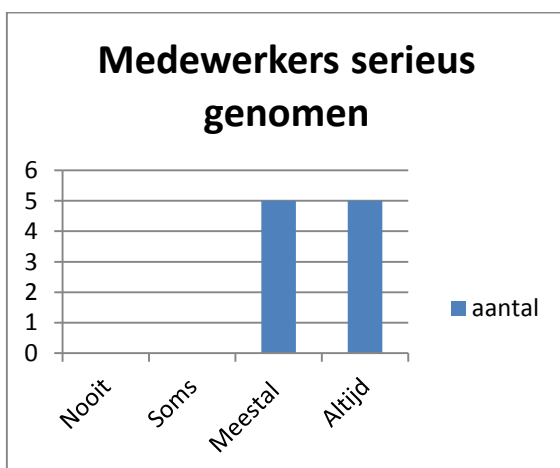
Grafiek 3

Verscheidenheid van mening op vlak van het eten: het merendeel vindt het eten altijd goed, 2 personen vinden het meestal lekker en 3 personen van de 10 bevroagden vinden het eten soms lekker.



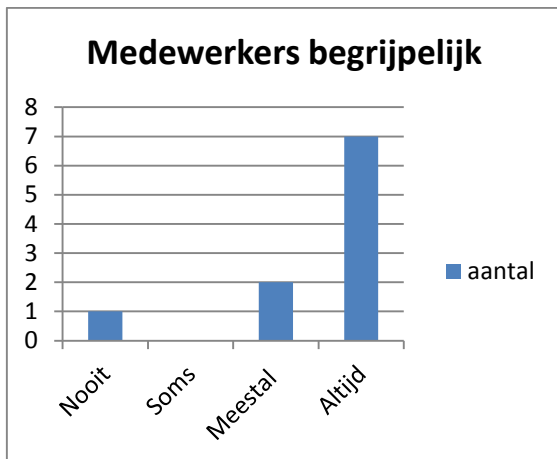
Grafiek 4

Tijdens het ontvangst van de patiënt werd er door het personeel meestal tot altijd tijd vrijgemaakt voor de patiënten.



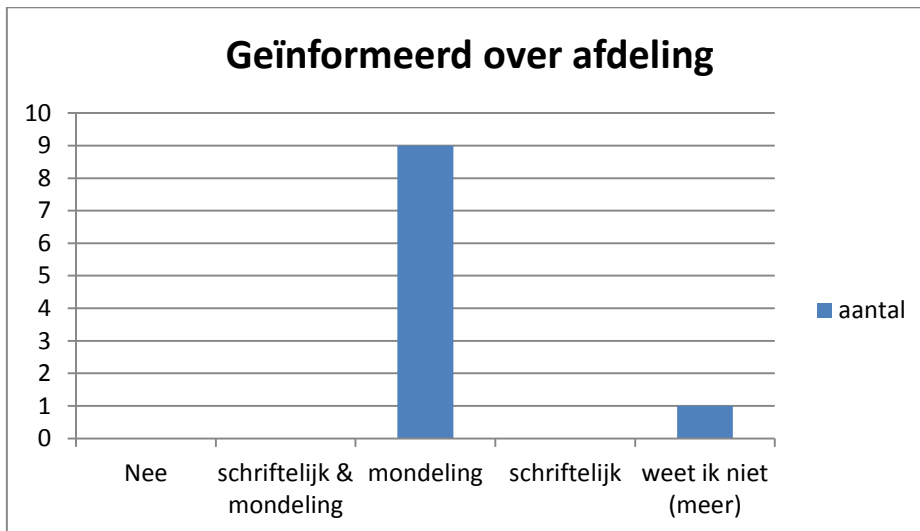
Grafiek 5

Tijdens het ontvangst worden de patiënten meestal tot altijd serieus genomen.



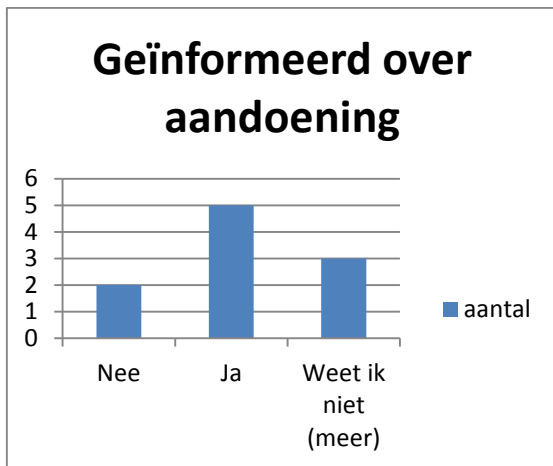
Grafiek 6

Tijdens het ontvangst werd voor 7 patiënten alles in begrijpbare taal meegedeeld, voor 2 patiënten was dit meestal het geval en voor 1 revalidant waren de medewerkers niet duidelijk genoeg.



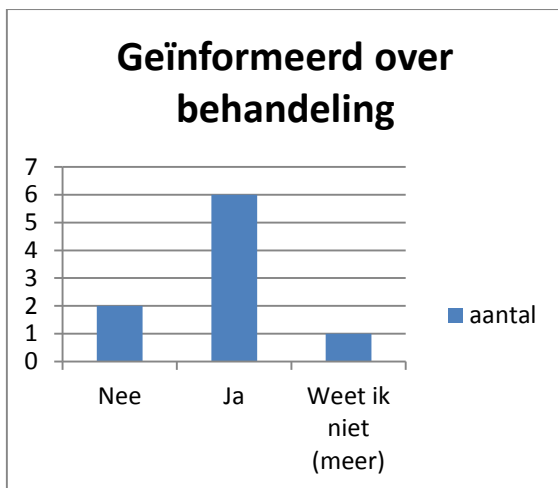
Grafiek 7

Bij de start van de behandeling krijgen de revalidanten voornamelijk mondelinge informatie.



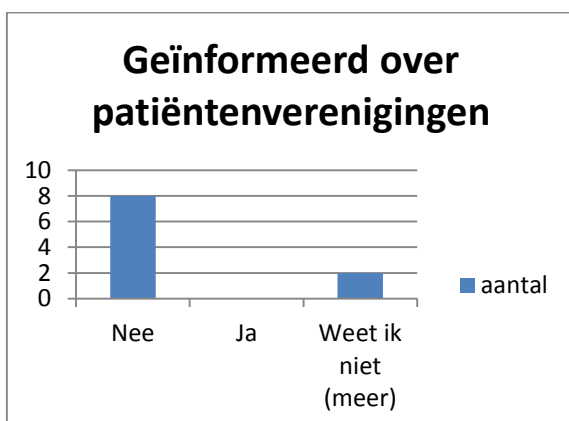
Grafiek 8

2 patiënten hebben geen informatie gehad over hun aandoening bij de start van de behandeling.



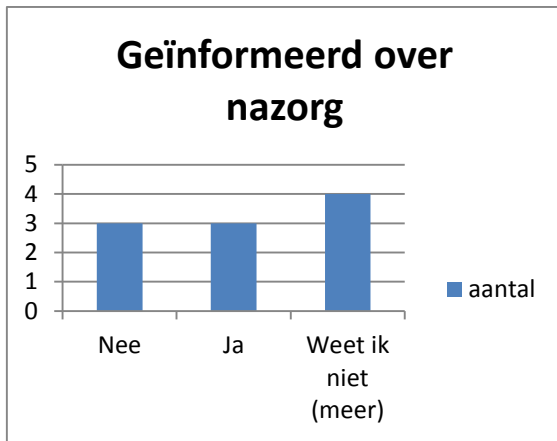
Grafiek 9

2 patiënten hebben geen informatie gehad over hun behandeling bij de start van de behandeling.



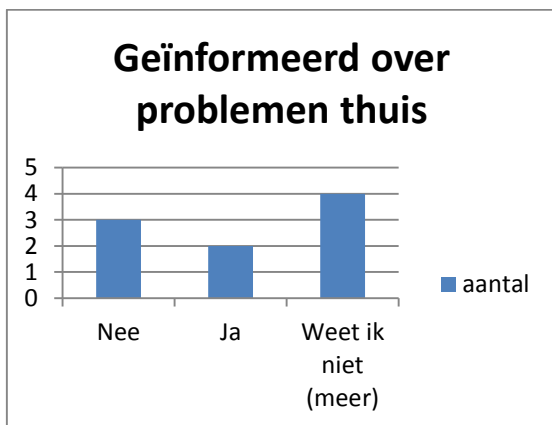
Grafiek 10

Er wordt niet geïnformeerd over bestaande patiëntenverenigingen i.v.m. hun aandoening.



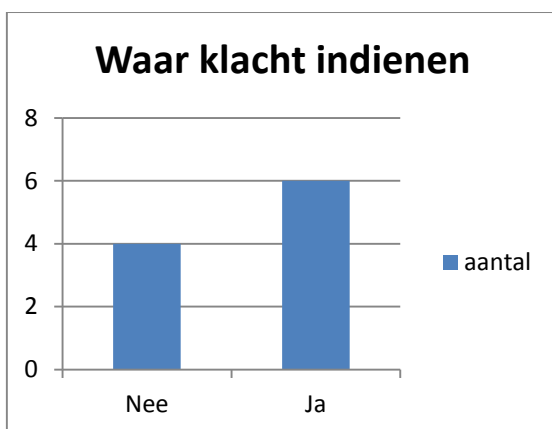
Grafiek 11

Er wordt niet altijd informatie gegeven aan de patiënten over hun nazorg.



Grafiek 12

Er wordt niet altijd informatie gegeven over wat de patiënt kan doen wanneer hij/zij problemen ondervindt in de thuissituatie. 2 revalidanten zijn zeker dat ze deze informatie wel hebben gekregen.



Grafiek 13

Iets meer dan de helft van de patiënten weet waar hij/zij een mogelijke klacht kan indienen.



Grafiek 14

Er doen zich geen grote problemen voor om afspraken te maken met de behandelaars. Voor 1 patiënt was dit wel een probleem.



Grafiek 15

De patiënten zijn meestal tijdig geïnformeerd over een veranderde afspraak. Voor de helft van de patiënten was deze vraag niet van toepassing.



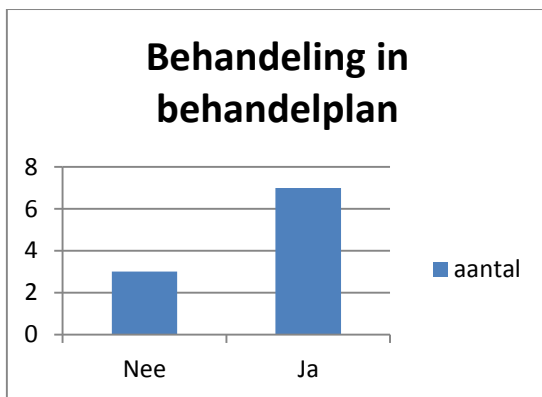
Grafiek 16

Bij het maken van afspraken wordt er altijd tot meestal rekening gehouden met de mogelijke wensen van de patiënt.



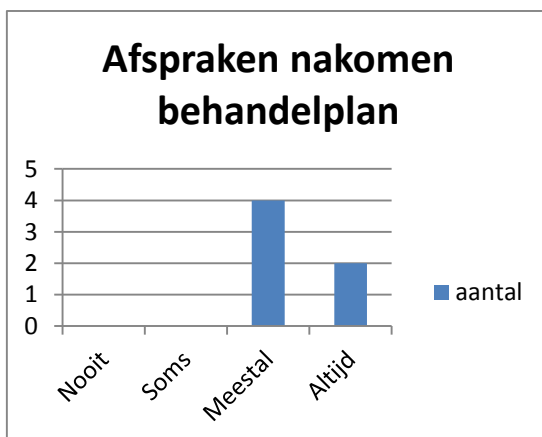
Grafiek 17

Een tweetal patiënten ervaren het maken en plannen van afspraken als een groot probleem, maar voor de meerderheid van de patiënten is dit niet zo.



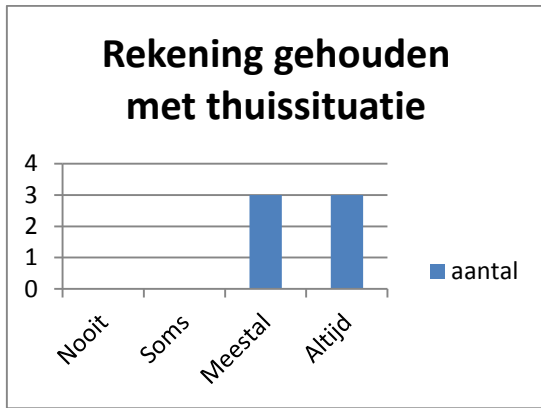
Grafiek 18

Het merendeel van de afspraken werd vastgelegd in een behandelplan.



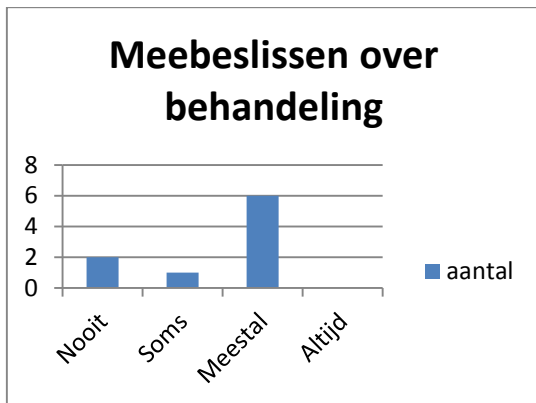
Grafiek 19

De afspraken in het behandelplan worden meestal nagekomen.



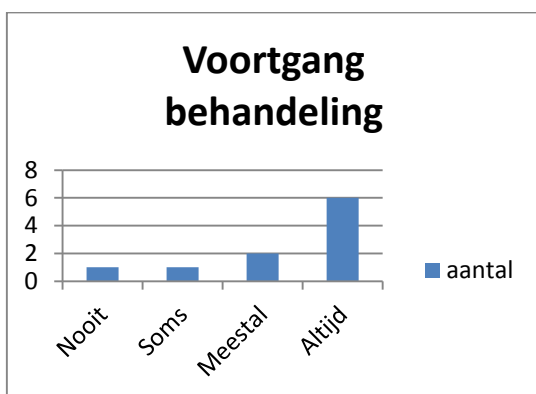
Grafiek 20

Tijdens het maken van afspraken wordt er meestal tot altijd rekening gehouden met de thuissituatie.



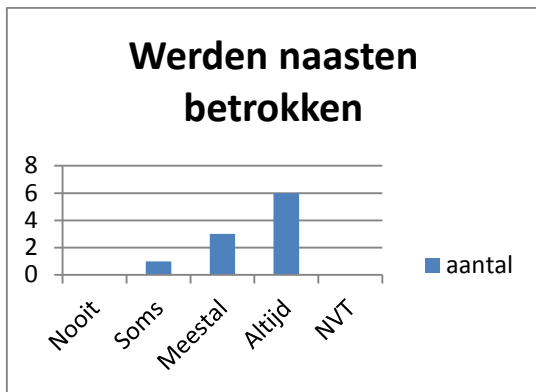
Grafiek 21

Een zestal patiënten konden meestal meebeslissen over hun behandeling, enkelen konden dit niet.



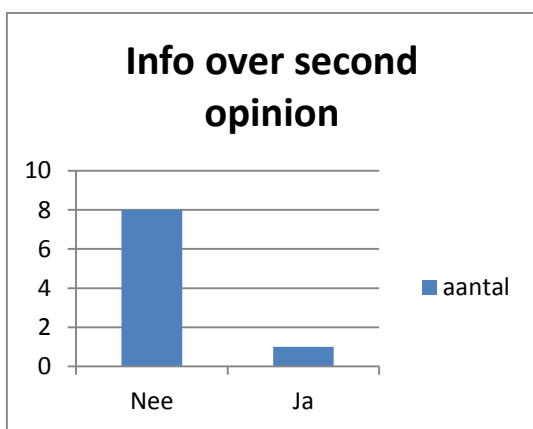
Grafiek 22

De voortgang van de behandeling werd aan 6 van de 10 patiënten altijd meegedeeld.



Grafiek 23

De naasten van de patiënten worden in 6 van de 10 gevallen betrokken bij de behandeling.



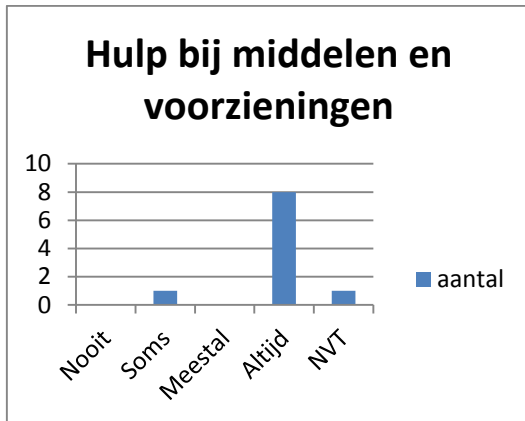
Grafiek 24

Er werd slechts aan één revalidant informatie verschaft over de mogelijkheid van een second opinion van een andere revalidatiearts.



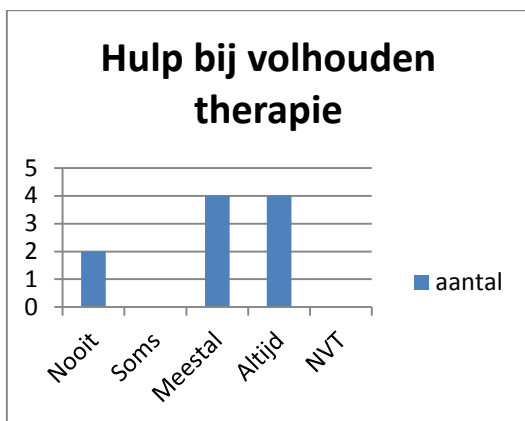
Grafiek 25

Problemen die patiënten ondervinden in hun dagelijks leven kunnen besproken worden met het personeel.



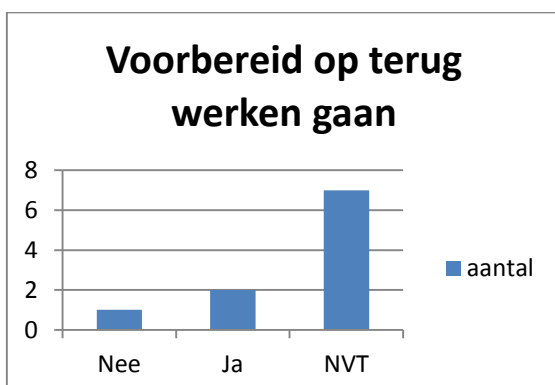
Grafiek 26

De patiënten krijgen bijna altijd hulp aangeboden bij het verkrijgen van hulpmiddelen voor thuis.



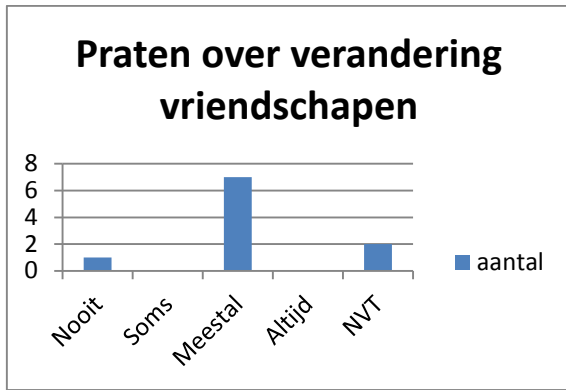
Grafiek 27

De patiënten krijgen over het algemeen veel hulp om hun therapie te kunnen volhouden. Er zijn 2 revalidanten waarbij er geen hulp aangeboden werd voor het volhouden van de therapie.



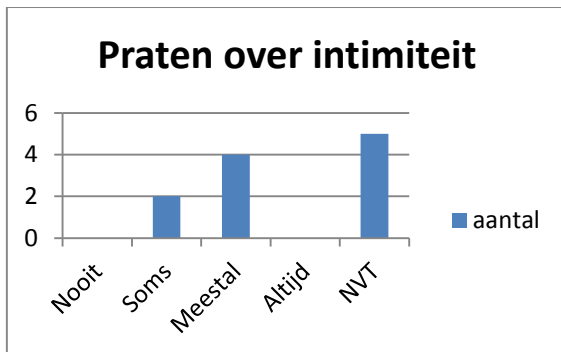
Grafiek 28

Er zijn 3 van de 10 bevroegde patiënten die na de revalidatie terug gaan werken. 2 revalidanten hiervan zijn hierop voorbereid, 1 persoon niet.



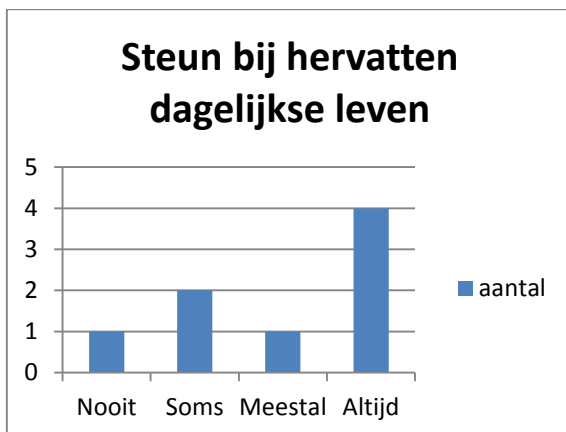
Grafiek 29

Bij het personeel kan men meestal terecht om te praten over veranderingen in vriendschappen.



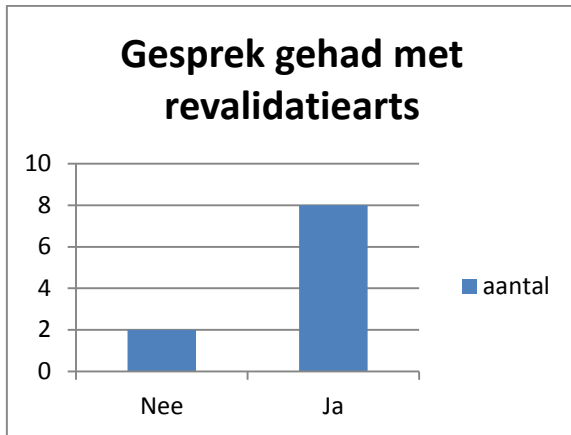
Grafiek 30

Deze vraag was voor de helft niet van toepassing. De overige helft kan meestal praten over intimiteit met het personeel.



Grafiek 31

De patiënten krijgen in het algemeen veel steun om het dagelijkse leven terug te kunnen hervatten. Voor 1 patiënt was dit niet het geval.



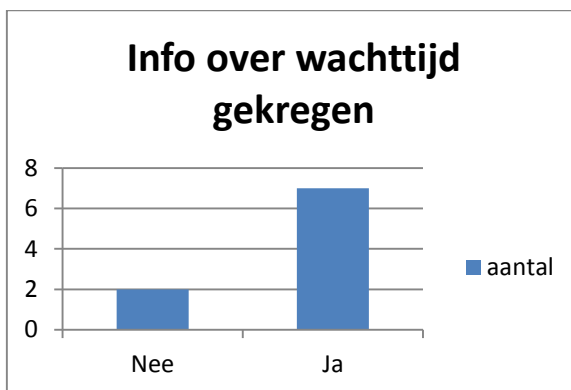
Grafiek 32

80% van de bevroegde patiënten hebben een gesprek gehad met hun behandelende revalidatiearts.



Grafiek 33

De wachttijd voor het allereerste gesprek met de revalidatiearts was slechts voor één revalidant een klein probleem.



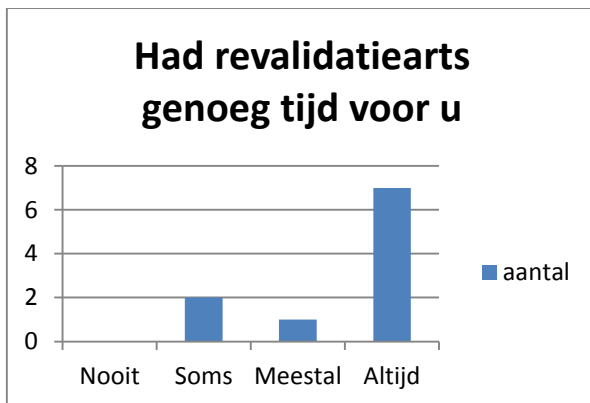
Grafiek 34

De patiënten krijgen over het algemeen informatie over hoe lang de wachttijd is voor het eerste gesprek met de behandelende revalidatiearts. 2 revalidanten hebben deze informatie niet gekregen.



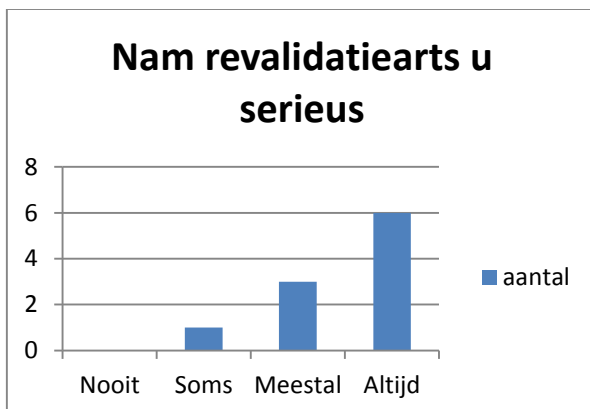
Grafiek 35

De wachttijd vanaf het eerste gesprek met de behandelende revalidatiearts tot de start van de behandeling was voor 80% van de patiënten geen probleem.



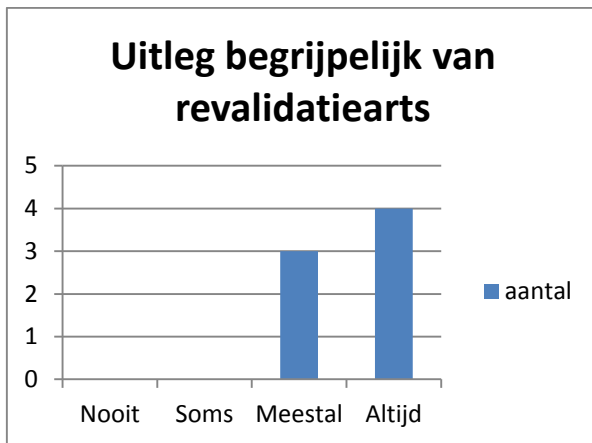
Grafiek 36

De revalidatiearts heeft over het algemeen genoeg tijd voor de patiënten.



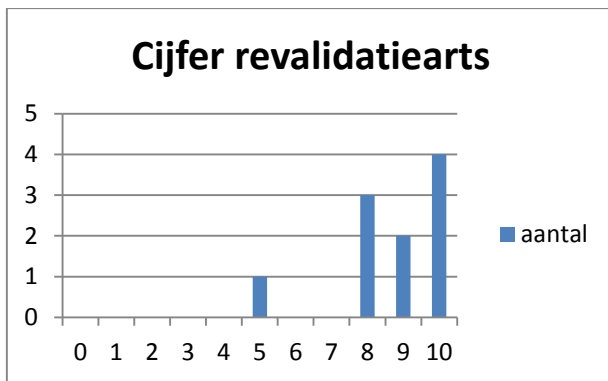
Grafiek 37

De revalidatiearts neemt de patiënten over het algemeen serieus.



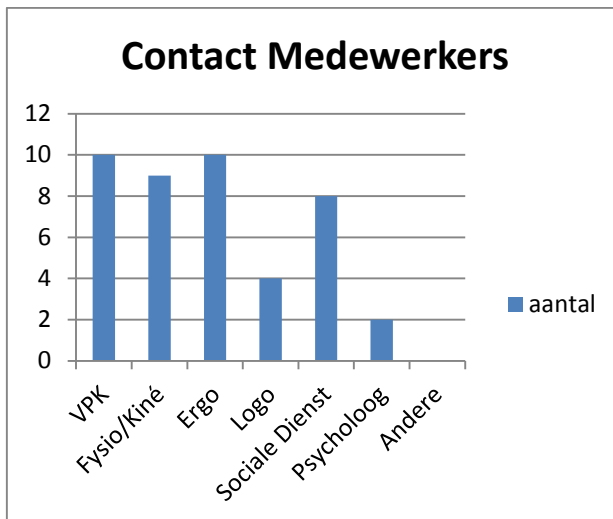
Grafiek 38

De uitleg van de revalidatiearts is meestal tot altijd begrijpelijk.



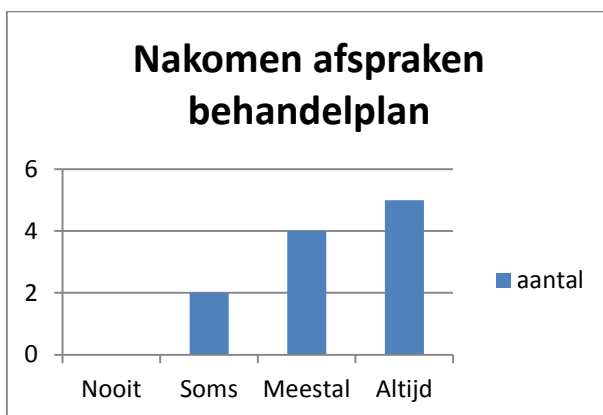
Grafiek 39

De revalidatieartsen scoren over het algemeen vrij hoge cijfers, gemiddeld 8 tot 10. Er is 1 revalidant die een 5 op 10 geeft.



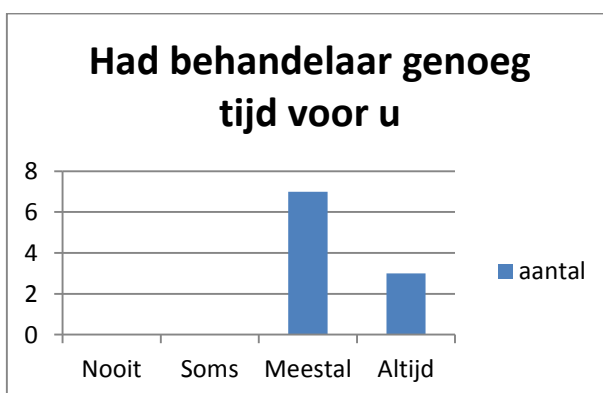
Grafiek 40

Alle patiënten komen in contact met de verpleegkundigen en de ergotherapeuten. 90% van de bevroegden komt in contact met de kinesist, 80% is in contact gekomen met de sociale dienst, 40% met de logopedist en 20 % bij de psycholoog.



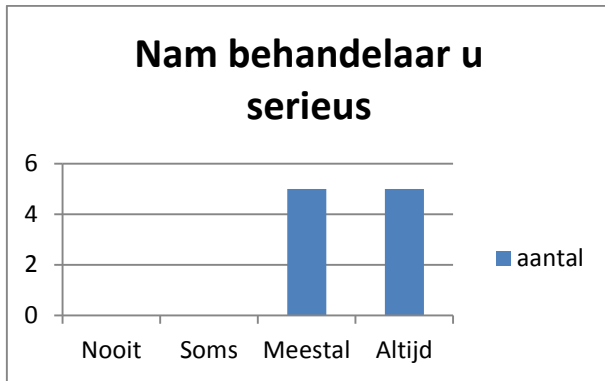
Grafiek 41

Afspraken met deze hulpverleners worden meestal tot altijd nagekomen.



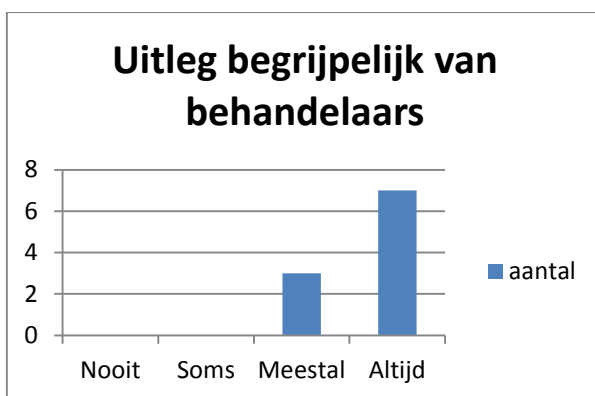
Grafiek 42

Deze hulpverleners hebben meestal of altijd tijd genoeg voor de patiënten.



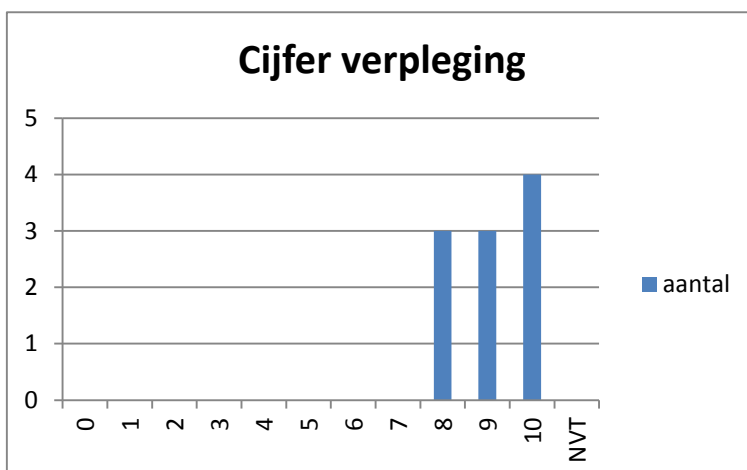
Grafiek 43

Deze hulpverleners nemen de patiënten meestal tot altijd serieus.

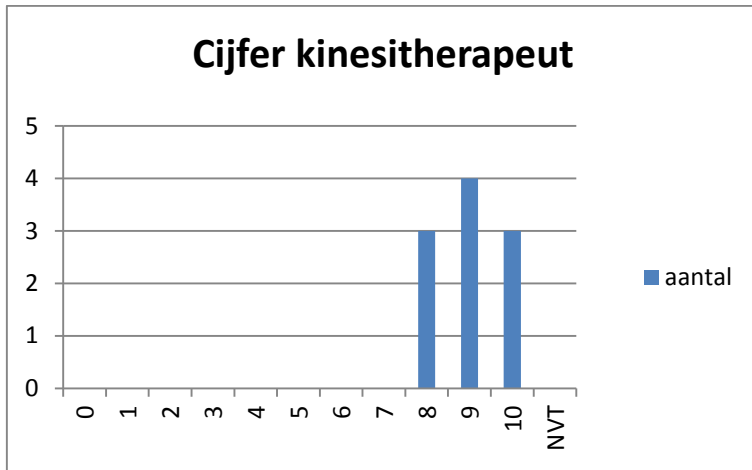


Grafiek 44

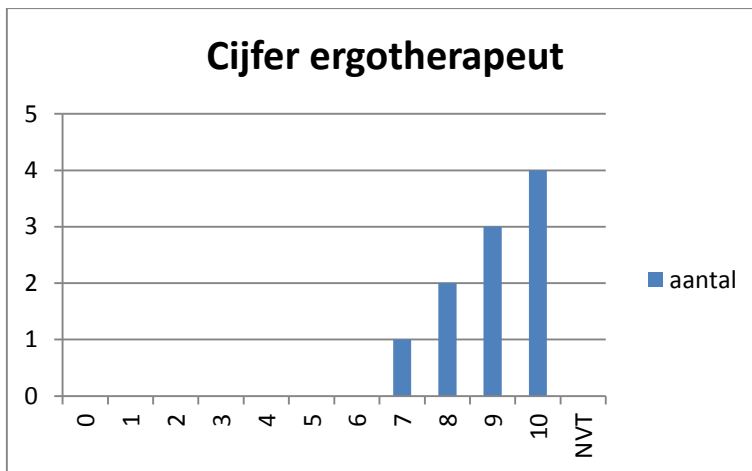
Deze hulpverleners geven meestal tot altijd informatie in begrijpbare taal.



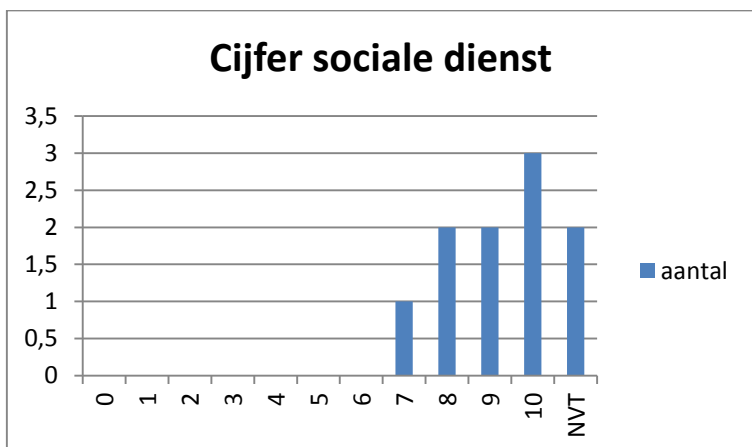
Grafiek 45



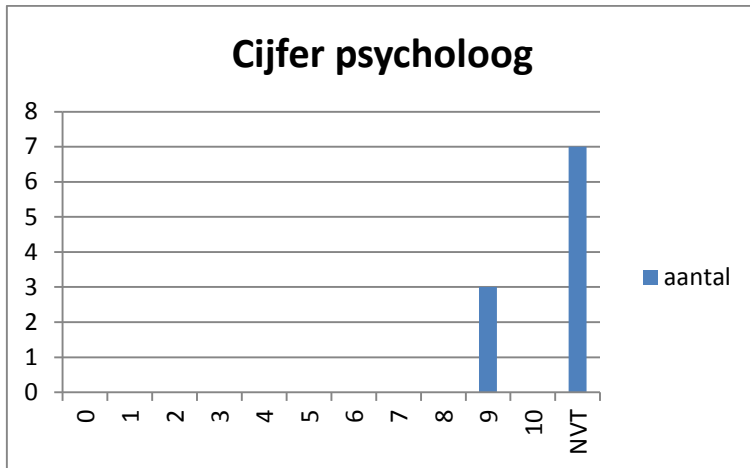
Grafiek 46



Grafiek 47



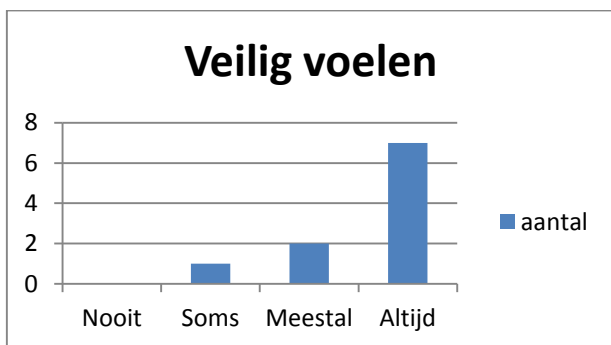
Grafiek 48



Grafiek 49

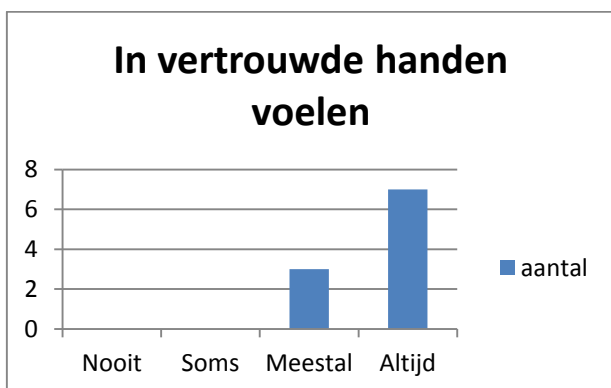
Grafiek 45-49

Deze hulpverleners krijgen algemeen een goede score. De gemiddelde scores voor deze hulpverleners liggen tussen de 70% en de 100%.



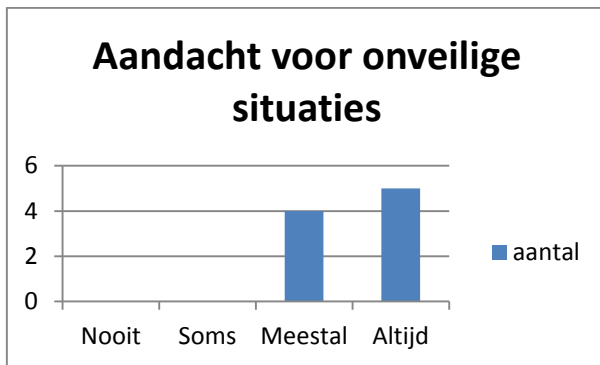
Grafiek 50

De patiënten voelen zich altijd tot meestal veilig op de revalidatieafdeling. 1 van de bevraagde patiënten voelt zich soms veilig op de afdeling.



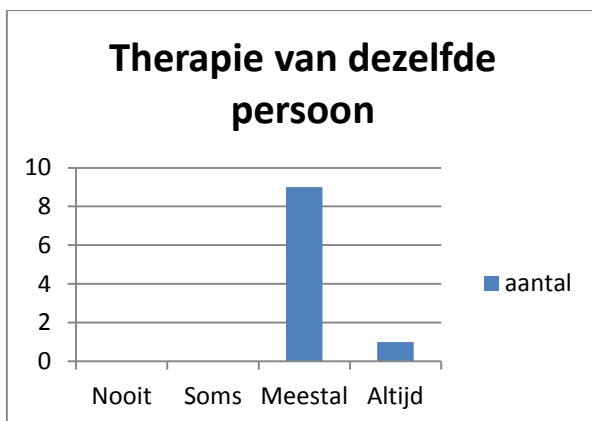
Grafiek 51

De patiënten vertrouwen het team van de revalidatieafdeling.



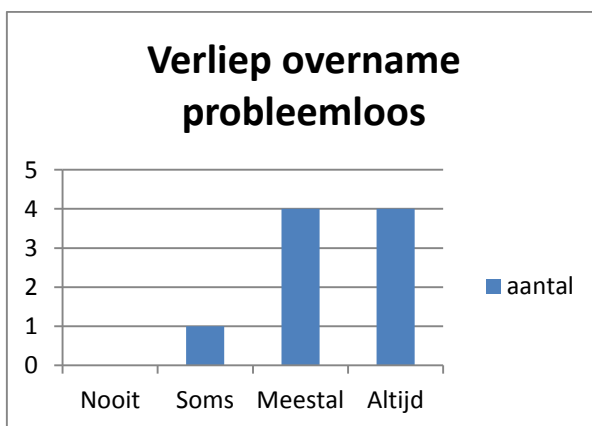
Grafiek 52

Er wordt meestal tot altijd aandacht besteed aan onveilige situaties.



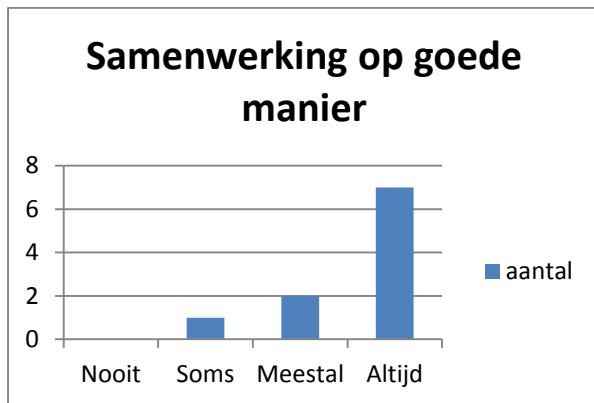
Grafiek 53

Meestal krijgen de patiënten hun behandeling van dezelfde persoon.



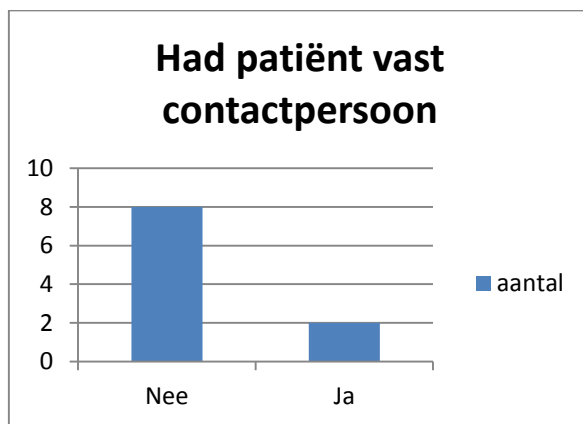
Grafiek 54

Een overname verliep meestal tot altijd probleemloos.



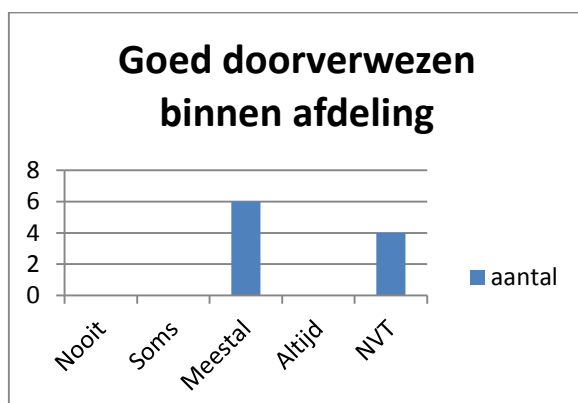
Grafiek 55

De samenwerking tussen de verschillende behandelaars verloopt in 70% van de gevallen altijd op een goede manier. 20 % van de bevroagden vindt dit meestal goed gaan en 10% kiest voor soms.



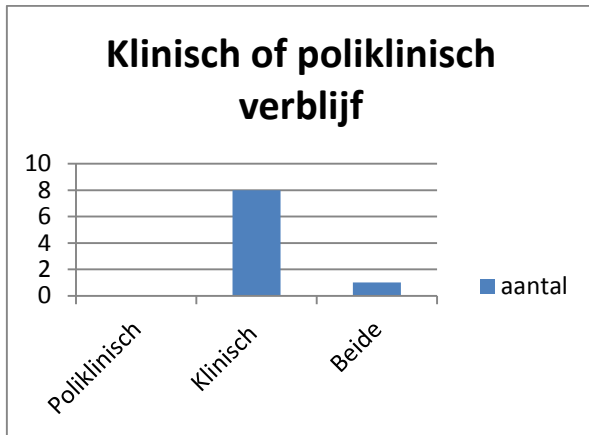
Grafiek 56

De patiënten hebben over het algemeen geen vast contactpersoon binnen de revalidatieafdeling.



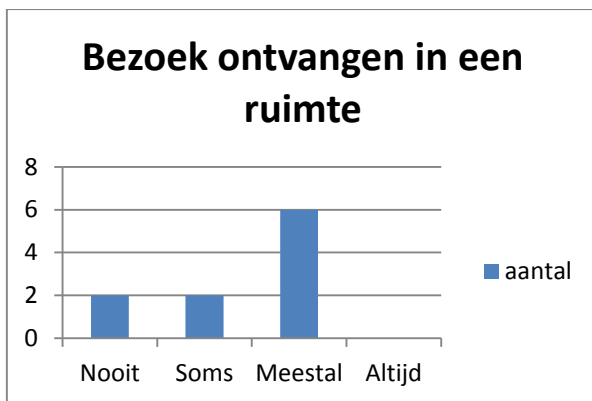
Grafiek 57

Wanneer de patiënten doorverwezen worden binnen de revalidatieafdeling, dan wordt dit meestal goed gedaan.



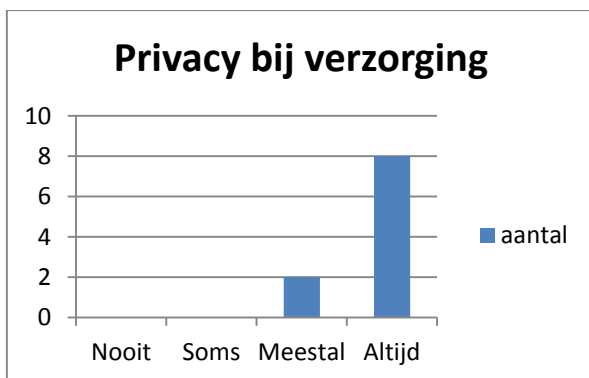
Grafiek 58

De meeste patiënten revalideerde klinisch.



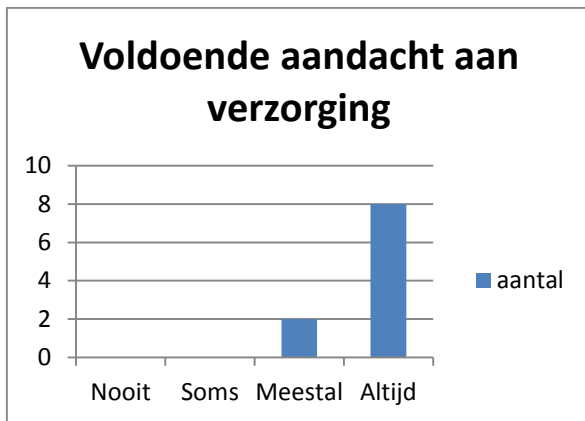
Grafiek 59

De patiënten hebben meestal de mogelijkheid om bezoek te ontvangen in een ruimte naar keuze.



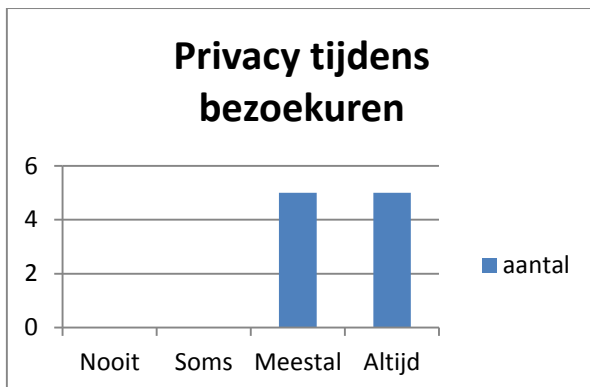
Grafiek 60

Bijna altijd hebben de patiënten genoeg privacy tijdens de lichamelijke verzorging.



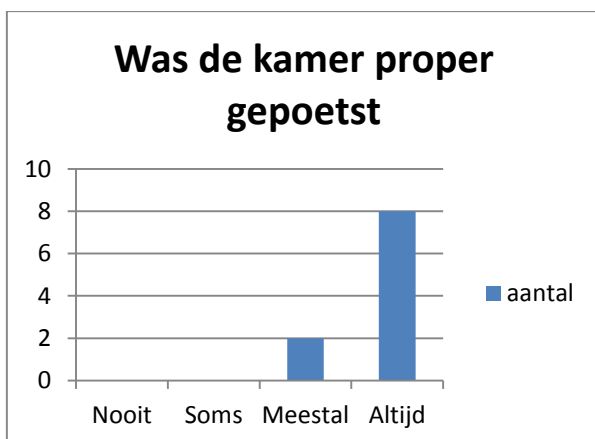
Grafiek 61

Bijna altijd wordt er door het team voldoende aandacht besteed aan de lichamelijke verzorging.



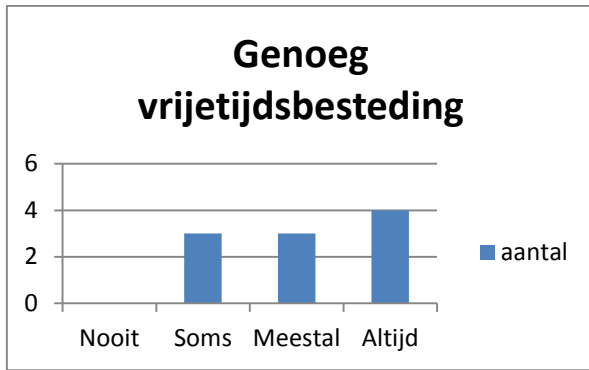
Grafiek 62

Meestal tot altijd is er genoeg privacy tijdens de bezoeken.



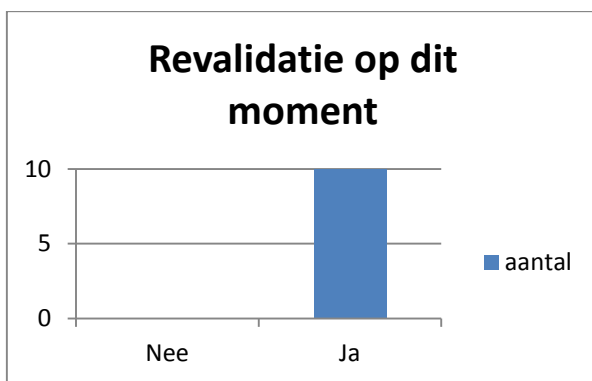
Grafiek 63

De kamer is in 80% van de gevallen altijd proper gepoetst. 20% vindt meestal zijn kamer proper gepoetst.



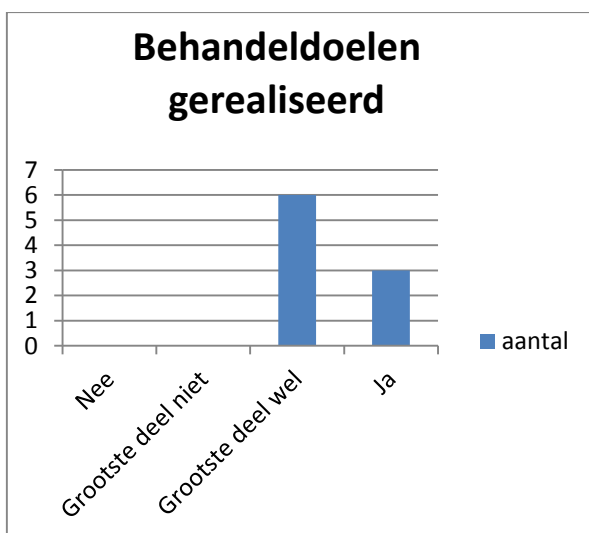
Grafiek 64

Er is genoeg mogelijkheid voor vrijetijdsbesteding. 3 patiënten vinden dat er soms genoeg tijd is voor vrijetijdsbesteding.



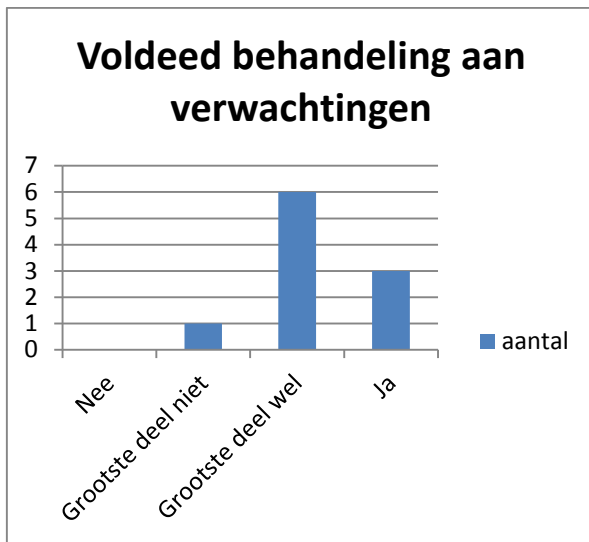
Grafiek 65

Alle afgenomen CQ-Indexen gebeurden tijdens de revalidatie van de patiënten.



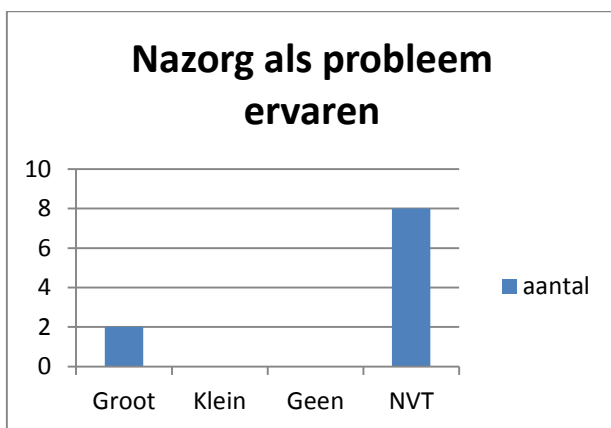
Grafiek 66

Bij 60% van de patiënten zijn het grootste deel van de behandeldoelen gerealiseerd. Bij 30 % van de patiënten zijn alle behandeldoelen gerealiseerd.



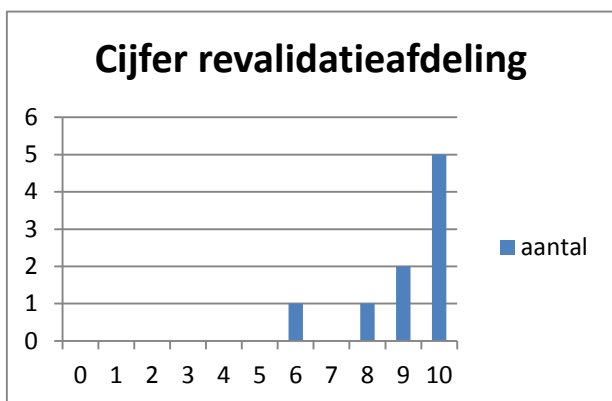
Grafiek 67

Het grootste deel van de behandeling voldeed voor de meeste revalidanten aan hun verwachtingen.



Grafiek 68

Deze vraag is voor 80% van de bevroagden niet van toepassing.



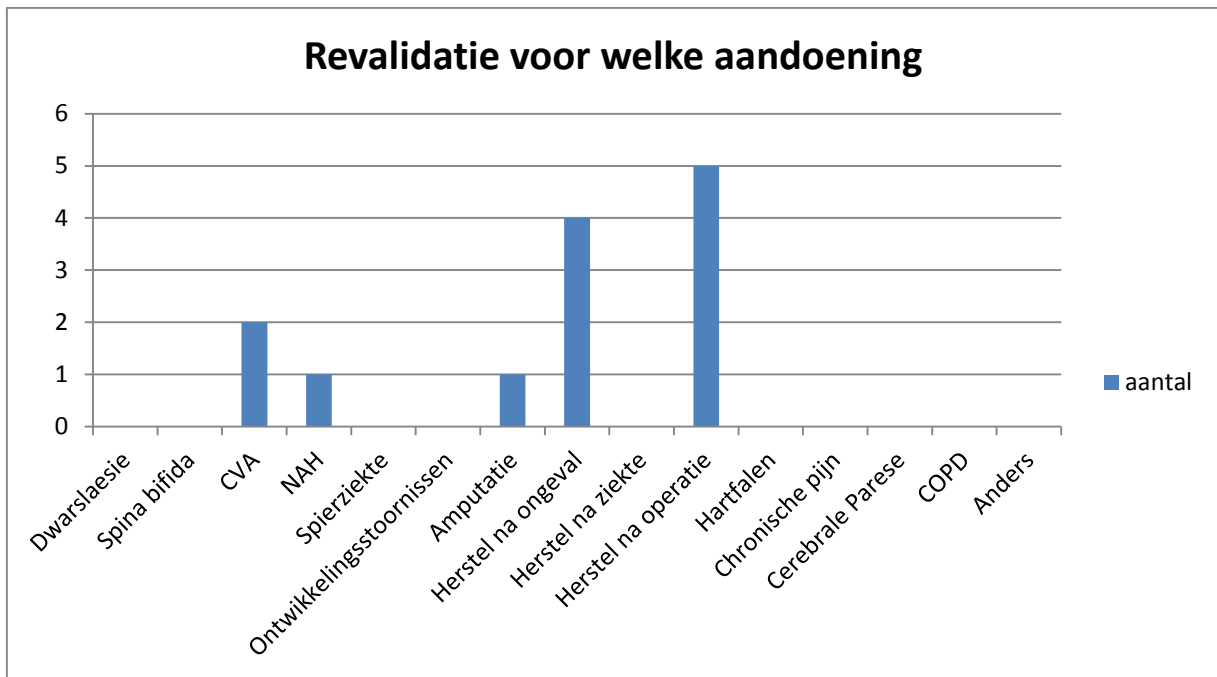
Grafiek 69

De helft van de bevroagden geeft de afdeling een score van 10 op 10. 20 % geeft een 9, 10% een 8 en 10% een 6 op 10. Er is 1 revalidant die geen cijfer heeft gegeven. Dit zijn heel goede cijfers.



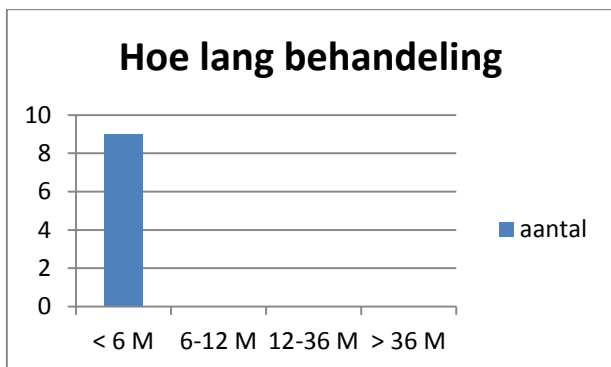
Grafiek 70

Het merendeel van de patiënten zou deze revalidatieafdeling aanraden bij anderen, 1 patiënt zou dit waarschijnlijk niet doen.



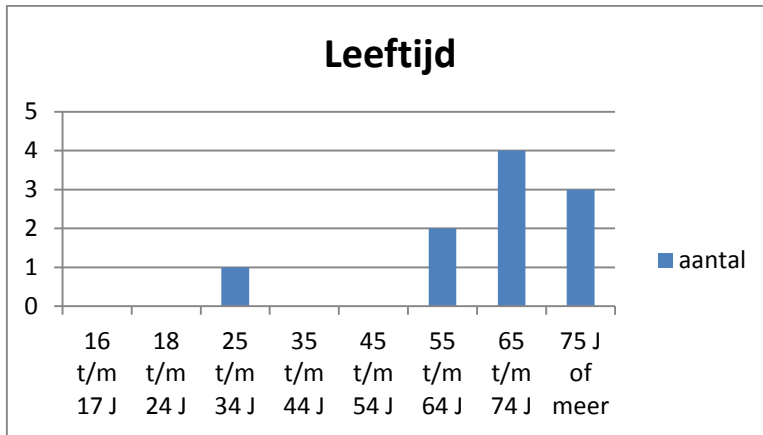
Grafiek 71

Het merendeel van de revalidanten die bevestigd zijn, revalideren omwille van herstel na een operatie of een ongeval.



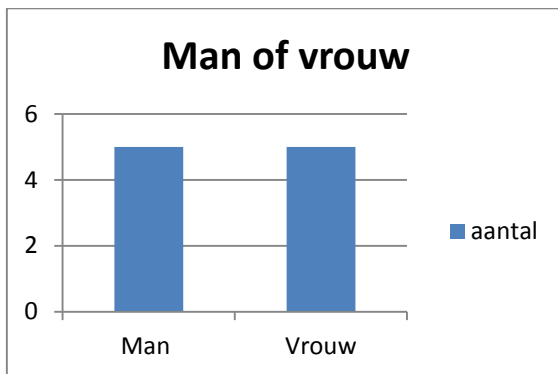
Grafiek 72

De behandeling van alle bevestigden duurt minder dan 6 maanden. 1 patiënt heeft deze vraag niet beantwoord.



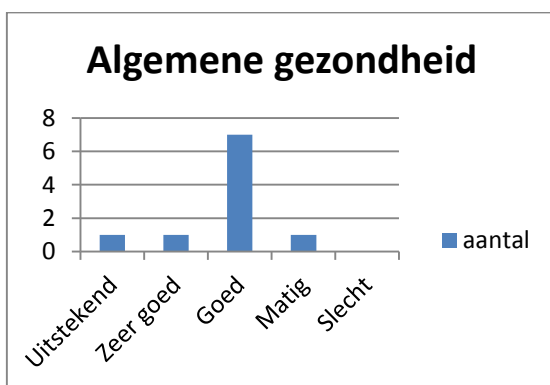
Grafiek 73

Er is 1 persoon met een leeftijd van 25 t.e.m. 34 jaar. 20 % van de bevroagden heeft een leeftijd van 55 t.e.m. 64 jaar. De leeftijd bij 40% van de bevroagden is 65 t.e.m. 74 jaar. 30% heeft een leeftijd van 75 jaar of meer.



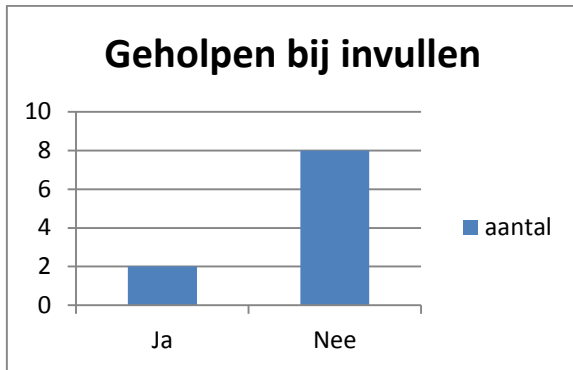
Grafiek 74

Even veel mannen als vrouwen hebben deze CQ-Index ingevuld.



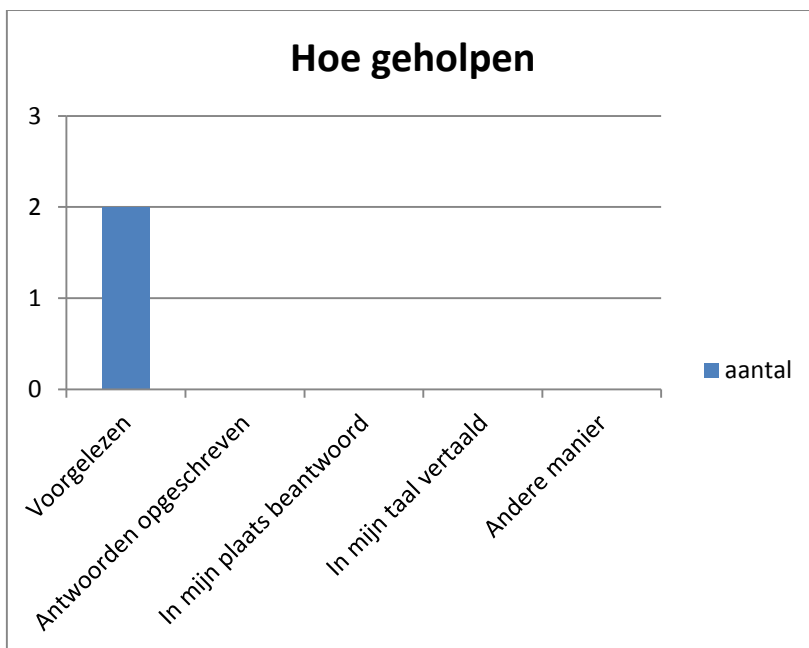
Grafiek 75

Het merendeel van de patiënten heeft een algemene goede gezondheid.



Grafiek 76

80% van de bevroagde revalidanten hebben de CQ-Index zelfstandig ingevuld. 20% heeft hulp gekregen.



Grafiek 77

Aan 2 patiënten werd de vragenlijst voorgelezen. Dit heeft geen invloed gehad op de antwoorden.

Bijlage nr. 4: Vragenlijst multidisciplinaire team

Vragenlijst voor het multidisciplinaire team: revalidatieafdeling

1. Wat denkt u dat de patiënten vinden van het eten?
 - Zeer lekker
 - Meestal lekker
 - Soms lekker
 - Niet lekker
 - Geen idee

2. Hoeveel tijd spenderen jullie aan de ontvangst van een nieuwe patiënt?
 - 10 minuten
 - 15 minuten
 - 30 minuten
 - >30 minuten

3. Tijdens het ontvangst van een nieuwe patiënt, maken jullie tijd voor informatie op een begrijpelijke manier uit te leggen?
 - Ja altijd
 - Ja zo veel mogelijk
 - Soms, indien we tijd hebben
 - Nee, hier is geen tijd voor

4. Indien er een afspraak verandert (bv. bij de kinesist, ergotherapeut, enz.) meldt u dit tijdig aan de patiënt?
 - Ja, van zodra we dit weten melden we dit
 - Ja, als we hier tijd voor hebben melden we dit
 - Soms, als ik er aan denk
 - Nee

5. Houdt u rekening met de wensen van de patiënt?
 - Altijd
 - Zoveel mogelijk, in de mate van het mogelijke
 - Nee, dit heeft geen belang

6. Vindt u dat de patiënt voldoende inspraak krijgt tijdens zijn verblijf op de afdeling?
- Ja
 - Meestal
 - Soms
 - Nee
7. Vindt u het belangrijk dat de familie betrokken wordt in de behandeling?
- Ja, heel belangrijk
 - Vrij belangrijk
 - Nee, niet belangrijk
8. Moedigt u de patiënten aan om de behandeling vol te houden?
- Ja, altijd
 - Meestal
 - Soms
 - Nooit
9. Vindt u dat de revalidatiearts voldoende tijd met de patiënt doorbrengt? (arts dit zelf niet invullen aub.)
- Ja
 - Soms, wanneer hij/zij genoeg tijd heeft
 - Nee
10. Vindt u dat de kinesist voldoende tijd met de patiënt doorbrengt? (kinesist dit zelf niet invullen aub.)
- Ja
 - Soms, wanneer hij/zij genoeg tijd heeft
 - Nee
11. Vindt u dat de ergotherapeut voldoende tijd met de patiënt doorbrengt? (ergotherapeut dit zelf niet invullen aub.)
- Ja
 - Soms, wanneer hij/zij genoeg tijd heeft
 - Nee
12. Vindt u dat de hoofdverpleegkundige voldoende tijd met de patiënt doorbrengt? (hoofdvpk dit zelf niet invullen aub.)
- Ja
 - Soms, wanneer hij/zij genoeg tijd heeft

Nee

13. Vindt u dat de verpleegkundigen/zorgkundigen voldoende tijd met de patiënt doorbrengen? (verpleegkundigen/zorgkundigen dit zelf niet invullen aub)

Ja

Soms, wanneer hij/zij genoeg tijd heeft

Nee

14. Hoe verloopt de samenwerking met de rest van het multidisciplinaire team op deze afdeling?

Heel goed

Goed

Niet goed

15. Hoe belangrijk vindt u de communicatie met de rest van het multidisciplinaire team op deze afdeling?

Heel belangrijk

Vrij belangrijk

Niet belangrijk

16. Hoe is de communicatie met de rest van het multidisciplinaire team op deze afdeling?

Heel goed

Goed

Niet goed

17. Hoe belangrijk vindt u de privacy van een patiënt?

Heel belangrijk

Vrij belangrijk

Niet belangrijk

18. Denkt u dat u de patiënt tevreden is op de afdeling?

Ja, altijd

Meestal

Soms

Nee

19. Wat is volgens u patiëntentevredenheid?

20. Welke stappen onderneemt u om de patiënt tevreden te maken?

21. Wat betekent kwaliteit voor u?

22. Zijn er verbeterpunten die u wilt aanbrengen op de afdeling? Zo ja, welke wijzigingen wilt u aanbrengen?

23. Andere opmerkingen/bevindingen i.v.m. tevredenheid?

Bedankt, voor het invullen van deze enquête!

Bijlage nr. 5: Bewijs ethische commissie



Diestersteenweg 100 • 3800 Sint-Truiden
www.sint-trudo.be

Ethisch Comité

DATUM	2015-04-10
REFERENTIE	A-HJ-2015-04-10 STZH-nrCT Algemeen positief/negatief advies
VAN	Hilde Janssen io Dr J.Verheezen, voorzitter PEC
AAN	Hoofd Ethisch Comité: CRA/Firma/...: Referentiepersoon STZH: Sander Ombelet
ONDERWERP	Lokaal Advies: Ref: STZH/2015/nr228 "Patiënten tevredenheidsmeting op afdeling Z2 revalidatie St.-Trudo ziekenhuis" ifv bachelorproef PXL

Geachte,

Het plaatselijk ethisch comité van het Sint Trudo Ziekenhuis heeft op zijn vergadering het volgend protocol bekeken en beoordeeld:

Studie STZH2015/nr CT:228

"Patiënten tevredenheidsmeting op afdeling Z2 revalidatie St.-Trudo ziekenhuis" ifv bachelorproef PXL (gebaseerd op vragenlijst NIVEL)

Advies:

Met voldoende meerderheid werd besloten dat voor bovenstaande studie het plaatselijk ethisch comité een positief advies kan geven .

Hoogachtend,

Io Dr. E. J. Verheezen
Voorzitter Ethisch Comité

Hilde Janssen

stafmedewerker beleid, secretaris PEC

hilde.janssen@stzh.be

Contact

Secretaris Pec

Telefoon

011/699015

E-mail

Hilde.Janssen@stzh.be

Uw Kenmerk

Ons Kenmerk
STZH2015/228

Datum
2015-04-10

Hoofd Ethisch Comité:
Local investigator: Sander Ombelet

Dit advies wordt opgenomen in het verslag van de vergadering van het Plaatselijk Ethisch Comité van: 2015-04-10

- ✓ Het Plaatselijk Ethisch Comité werkt volgens de regels van 'ICH Good Clinical Practice'
- ✓ Het Plaatselijk Ethisch comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. De betrokken onderzoeker is verantwoordelijk voor de weergave van zijn mening, die het resultaat is van dit onderzoek, in publicaties, rapporten voor de overheid enz..
- ✓ De privacy van de proefpersonen dient ten allen tijde gewaarborgd, ook wanneer farmaceutische bedrijven en autoriteiten volgens de regels van de GCP de mogelijkheid tot inzage krijgen in de originele onderzoeks-data. Het waarborgen van de privacy valt onder de verantwoordelijkheid van de onderzoeker.
- ✓ Het Plaatselijk Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten
- ✓ De leden van het Plaatselijk Ethisch comité die als onderzoeker betrokken zijn bij een specifieke studie, zullen uitgesloten worden van de voorbereidende vergaderingen, discussies en besluitvorming betreffende deze studie.
- ✓ De ledenlijst van het Plaatselijk Ethisch Comité is bijgevoegd.

- ✓ The Local Ethics Committee (LEC) is organised and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.
- ✓ The Ethics Committee Stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, Please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government etc, that are results of this researche.
- ✓ In the framework of GCP the pharmaceutical compagny and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- ✓ The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents
- ✓ The members of the LEC as researcher involved in a specific study, will be excluded from the preparatory meetings, discussions and decision making concerning this study.
- ✓ The list of the members is inclosed.

Namens het Plaatselijk Ethisch Comité
Dr.J.Verheezen
Voorzitter

2/2