

Gastvrijheid in de Gezondheidszorg

B.H.Groen
Kenniscentrum Hospitality

Aanleiding en Probleemstelling

Gastvrijheid is een begrip dat veelal geassocieerd wordt met horeca en toerisme (Lashley, 2007): ontvangst, huisvesting en verzorging van gasten buiten de eigen leefomgeving, tegen betaling. Een belangrijk element daarbij is de menselijke interactie. Maar de gelegenheid creëren, de dienstverlening zelf, betekent nog niet dat deze ook als gastvrij ervaren wordt; een klant voelt zich niet noodzakelijkerwijs ook gast.

In het huidige tijdperk van individualisering verwacht een klant echter wel steeds vaker als gast behandeld te worden, ook in sectoren waar daar traditioneel minder aandacht voor was. De gezondheidszorg is daar een voorbeeld van: ondanks het wijdverspreide gebruik van gastvrijheid als onderscheidende eigenschap van ziekenhuizen is de benaming patiënt, of cliënt, nog steeds gemeengoed. De zorg onderscheidt zich bovendien van de traditionele gastvrijheidsindustrie doordat de patiënt/cliënt een deel van zijn autonomie uit handen geeft, en in meer of mindere mate afhankelijk wordt van zijn omgeving, zowel de fysieke als de medische. Onzekerheid, ongemak en pijn, gecombineerd met een verlies van privacy, maken dat gastvrijheid in een zorgomgeving niet zomaar vergeleken kan worden met die in een horecaomgeving. Toch streven ziekenhuizen in toenemende mate naar een beleving van gastvrijheid bij hun patiënten (King, 1995; Severt et al., 2008). Gastvrijheid, een begrip waarvan de grenzen weinig afgebakend zijn, en waarvan de reikwijdte en inhoudelijke betekenis onderwerp zijn van menige wetenschappelijke discussie. Tegenover het reductionisme van de medische professie, ingedeeld naar lichamelijke functie, komt dan het holisme van de gastvrije interactie te staan. Wat maakt dat iemand een zorgomgeving zoals een ziekenhuis als gastvrij ervaart? Hoe verhoudt deze gastvrijheid zich tot tevredenheid, en tot beleving (Castle et al., 2005)?

Deze paper richt zich op hoe patiënten de gastvrijheid in ziekenhuizen ervaren. Als eerste wordt op basis van literatuuronderzoek ingegaan op de begrippen gastvrijheid, beleving en patiënttevredenheid. Vervolgens wordt ingegaan op het veldonderzoek. Hiertoe is in een viertal ziekenhuizen met behulp van een schriftelijke vragenlijst de tevredenheid/beleving t.a.v. gastvrijheid gemeten m.b.t. gebouw, dienstverlening, en interactie met administratief- en zorgpersoneel.

Patiënttevredenheid en Beleving

Ziekenhuizen meten patiënttevredenheid al sinds de jaren 50, veelal m.b.v. vragenlijsten. Bij het meten van patiënttevredenheid moet wel besloten worden uit welke aspecten deze tevredenheid bestaat. Batchelor et al. (1994) citeren Hall en Dornan's meta-analyse, die de volgende dimensies onderscheiden: algehele tevredenheid, toegankelijkheid, kosten, algehele kwaliteit, menselijkheid, competentie,

informatievoorziening, bureaucratische procedures, fysieke omgeving, omgang met psychosociale problemen, continuïteit van de zorg en de uitkomst van de zorg. De NPCF onderscheidt een achttal criteria voor kwaliteit van zorg die door de patiënt of consument belangrijk gevonden worden, namelijk vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie. (NPCF, 2006).

Dit type factoren is ook opgenomen in modellen voor servicekwaliteit, zoals Servicescape and Servqual. Servicescape is een concept dat is ontwikkeld door Booms and Bitner om te begrijpen wat de relatie is tussen omgeving en gebruiker in dienstverleningsorganisaties (Bitner, 1992). Het concept omvat parameters m.b.t. de fysieke omgeving, de respons van werknemers en klanten op deze omgeving, en de sociale interactie tussen werknemers en klanten. In een ziekenhuisomgeving is hygiëne en reinheid een element van de fysieke omgeving; verpleging en specialisten behoren tot de categorie 'werknemers'.

Het SERVQUAL model, het meest gebruikte model voor klanttevredenheid, onderscheidt vijf dimensies, namelijk 'tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy' (Babakus and Mangold, 1992). Fitzgerald et al. (1991) maakt onderscheid tussen veiligheid, competentie, communicatie, beleefdheid, vriendelijkheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, comfort en reinheid. Gallagher and Hodge (1999) stellen dat senioren waarde hechten aan (1) service-gerelateerde aspecten (zoals beschikbaarheid), (2) aspecten van de dienstverlener (zoals heldere communicatie, zorgen voor, iets extra's doen), en (3) algemene aspecten zoals coördinatie. De Picker Patient Experience Questionnaire (Jenkinson et al., 2002) bevat factoren m.b.t. fysiek comfort, respecteren van patiëntenvoorkeuren, emotionele steun, en coördinatie van de zorg.

Een geheel andere benadering, is de zogeheten biophilia theorie. Dit is een evolutionaire benadering van menselijk gedrag; reacties op omgevingsfactoren die al vroeg in de menselijke geschiedenis zijn ontstaan maar feitelijk nooit zijn, ook al zijn de verdwenen, ook al zijn onze leefomstandigheden drastisch veranderd. Deze theorie kent vijf onderzoeksobjecten, namelijk verbinding met de natuur, being in control, positieve afleiding, omgevingsstress, en sociale steun. Alle vijf spelen ze (in meer of mindere mate) een rol in de gezondheidszorg.

Being in control betekent zelf beslissingen kunnen nemen die betrekking hebben op wat er met je gebeurt, zowel qua contact met verpleegkundigen en artsen over behandeling als bepalen wat je wanneer te eten krijgt, het licht kunnen regelen, en een zekere mate van privacy. Omgevingsstress kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door geluid (gesprekken van medepatiënten, het verkeer in de gang, en piepjes van apparatuur). Sociale steun is bijvoorbeeld afkomstig van bezoekende familie, contact met lotgenoten, maar tevens vanuit empathisch gedrag van verpleegkundigen. Cliniclowns zijn een voorbeeld van positieve afleiding. Binding met de natuur wordt geleverd wanneer de patiënt uitzicht heeft op natuurelementen buiten, maar ook door afbeeldingen van natuur via kunst via bijvoorbeeld foto's aan de muur (Joye en Van den Berg, 2011).

De rol van de fysieke omgeving is ook sterk aanwezig in de zogeheten healing environment. 'Postsurgical patients whose hospital rooms offered an outdoor view tend to recover more quickly' (Ulrich, 1984) vormde de start van onderzoek naar het effect van de omgeving op genezing, ook wel bekend als supportive, evidence-based, evidence-informed of research-based design. Zo beschrijft Wagenaar (2003) dat ook in Nederland bij de bouw van ziekenhuizen rekening wordt gehouden met het effect van het gebouw zelf op het genezingsproces; de 'geneeskrachtige omgeving' (healing environment).

Uit deze (uiteraard onvolledige) opsomming kunnen er concluderen dat bejegening door het personeel een belangrijk element is, evenals de kwaliteit van de fysieke omgeving. Gekozen is voor de volgende elementen: informatievoorziening, gastvrijheid/bejegening, deskundigheid, accommodatie (kamer en meubilair, binnenklimaat), dienstenaanbod (catering, schoonmaak, bezoektijden).

Een aspect dat nog niet ter sprake is gekomen, is 'tijd': de ervaring van het ziekenhuisbezoek begint nog thuis, bij het maken van de afspraak, en eindigt pas na de nazorg. Dit tijdsverloop wordt expliciet meegenomen bij 'Guest Journey Model, wat zelfs spreekt van meaningful touchpoints, (Boswijk et al., 2005; Thijssen et al., 2009).

Een eerste versie van de vragenlijst was gebaseerd op onderzoek naar de Guest Journey (Boswijk et al., 2005; Thijssen et al., 2009), en de Experience Indicator van Senta Multisensory Concepting.

Methode

In dit onderzoek is gekozen voor een kwantitatieve, cross-sectionele benadering met behulp van vragenlijsten, (sterk) afgestemd op de ziekenhuisafdeling waar het onderzoek werd uitgevoerd. Het veldwerk is uitgevoerd door studenten van de Hospitality Business School en de Academie Gezondheidszorg van Saxion, in het kader van hun afstudeeropdracht.

Het betreft twee algemene ziekenhuizen en twee academische ziekenhuizen. Academisch ziekenhuis 1 (Kort verblijf en dagbehandeling, N=92), en 2 (Radiologie, N=509), algemeen ziekenhuis 1 (Kortdurende zorg, twee metingen, met N=102 en N=92) en 2 (N=25). De vragenlijsten zijn uitgezet door studenten, of door het personeel van de betreffende afdeling (Radiologie, Kortverblijf en dagbehandeling). Er is gebruik van Likert schalen en semantische schalen (7-puntschaal, maar een 5-puntschaal in Academisch ziekenhuis 2).

De vragenlijsten zijn aangevuld met interviews (patiënten, cliëntenraad, verplegend personeel, management) en observaties. De resultaten van elk van de vragenlijsten zijn besproken met de betreffende afdelingen, om tot aanbevelingen te komen om de tevredenheid en beleving (nog verder) te verbeteren.

Resultaten

Uit de resultaten van een open vraag naar de betekenis van gastvrijheid in een ziekenhuissetting komen dezelfde aspecten naar voren: empathie, betrokkenheid, aandacht geven, vriendelijkheid, bejegening, respect, beleefdheid en fatsoen, en een gevoel van rust en ontspanning. Dit zijn elementen die reeds ter sprake zijn gekomen bij patiënttevredenheid en beleving, als ook in de biophilia theorie genoemd worden. Opgemerkt dient te worden dat het de ondervraagden enige moeite kostte onder woorden te brengen wat zij onder gastvrijheid verstaan. Niet verwonderlijk, in het licht van de voortdurende academische discussies omtrent de betekenis van 'gastvrijheid'.

De kwantitatieve resultaten laten zien in dat een achttal componenten van bejegening samen als een begrip voor gastvrijheid worden geassocieerd, namelijk mate van gehaastheid, professionaliteit, betrokkenheid, behulpzaamheid, beleefdheid, vriendelijkheid, herkenbaarheid, en betrouwbaarheid (zie Tabel 1). De samenhang blijkt uit de hoge waarden voor Cronbach's α (waardes van 0.85 en hoger) en uit factoranalyse (bv: algemeen ziekenhuis 1, KMO=0.84, Principal component analysis laadt slechts 1 factor). De beoordelingen door patiënten zijn relatief hoog, vooral bij de oudere leeftijdsgroepen. Dit lijkt aan te geven dat de betrokken ziekenhuizen daadwerkelijk werk maken van gastvrijheid. Oudere generaties lijken daarbij minder kritisch te zijn dan jongeren onder de 30 jaar.

De indruk wordt nu gewekt dat de patiënten altijd een hoge score geven, zowel voor faciliteiten als voor de gastvrijheid van de medewerker. Het onderzoek uitgevoerd bij Academisch ziekenhuis 2 laat echter zien dat de tevredenheid over de faciliteiten duidelijk verschilt tussen drie locaties van deze afdeling: wanneer patiënten niet tevreden zijn, dan geven zij wel degelijk een lagere score. Doordat bij dit ziekenhuis gekozen is voor een 5-puntsschaal, zijn de resultaten niet direct vergelijkbaar met die voor de andere 3 ziekenhuizen (zoals weergegeven in tabel 1).

	algemeen ziekenhuis 1 N = 92	academisch ziekenhuis 1 N=92	algemeen ziekenhuis 2 N=25	beoordeelde aspecten
Verpleging	6.30 ± 0.44	6,51 ± 0,68	6.20 ± 0.71	niet-gehaast, gastvrij, deskundig, behulpzaam, beleefd, betrokken, vriendelijk, herkenbaar, betrouwbaar, bejegening
Medisch specialisten	6,37 ± 0.54	6,32 ± 0,97	niet gemeten	houding, deskundigheid, bejegening, tijd voor patiënt
Voedingsassis- tanten/roomserv ice medewerkers	6.33 ± 0.60	6,38 ± 0.81	5.86 ± 1.1	niet-gehaast, gastvrij, professioneel, behulpzaam, beleefd, vriendelijk, herkenbaar, persoonlijk, bejegening
Schoon- maakpersoneel	6,35 ± 0.53	5.52 ± 1.30	5.20 ± 1.0	niet-gehaast, gastvrij, professioneel, beleefd, vriendelijk, herkenbaar

Tabel 1: Scores m.b.t. elementen van gastvrijheid van verplegend personeel, specialisten, voedingsassistenten/roomservice medewerkers en schoonmaakpersoneel (schaal 1 - 7).

Andere factoren die een rol spelen zijn informatievoorziening, de fysieke omgeving en de wachtruimtes.

Als we kijken naar de verbeterpunten die naar voren komen uit de verschillende onderzoeken, dan zijn dat over het algemeen heel praktische zaken. In aanmerking nemend dat de scores op de verschillende onderdelen hoog zijn, is het niet verbazingwekkend dat het om de details gaat.

Voorbeelden zijn: goed leesbare naamplaatjes voor het personeel, de temperatuurregeling op de kamer, het aanbieden van een extra deken, een koffieautomaat in of dicht bij de wachtruimte, recente lectuur in de wachtruimte, duidelijke bewegwijzering, menukaart beschikbaar maken, en privacy bij de balie.

Conclusie

Op basis van literatuur en de onderzoeken uitgevoerd bij vier verschillende ziekenhuizen kunnen we concluderen dat de traditionele elementen van gastvrijheid - ontvangst, huisvesting en verzorging van gasten buiten de eigen leefomgeving, tegen betaling, - evenzeer van toepassing zijn in een ziekenhuis als een traditionele horecaomgeving. Bovendien is het omschrijven van gastvrijheid in literatuur en in veldwerk een complexe aangelegenheid. Patiënten blijken in de praktijk elementen van

gastvrijheid te noemen, overeenkomend met literatuur over patiënttevredenheid, gastvrijheid en de biofilia theorie. Bovendien blijkt uit de scores behaald in de vragenlijsten dat de onderzochte ziekenhuizen daadwerkelijk werk maken van gastvrijheid: verbeterpunten betreffen veelal operationele details. Alhoewel er altijd ruimte is voor verbetering, is de tevredenheid van patiënten hoog. Of we nu tevredenheid of beleving meten, is een punt van discussie. Schriftelijke vragen naar emotionele beleving zijn door patiënten niet eenvoudig te beantwoorden. Kwalitatieve onderzoeksmethoden lijken meer geschikt om (on)bewuste emoties te meten.

Referenties

- Babakus, E. & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Service Research*, 26(6), 767–786.
- Batchelor, C., Owens, D. J. Read, M. & Bloor, M. (1994). Patient Satisfaction Studies : methodology, management and Consumer Evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 7(7), 22-30.
- Bitner, M.J. (1992). Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees. *Journal of Marketing*, 56, 57–71.
- Boswijk, A. Thijssen, T. & Peelen, E. (2005) Een nieuwe kijk op de Experience Economy: Betekenisvolle Belevissen. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Castle, N.G., Brown, J., Hepner, K. A. & Hays, R. D. (2005). Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perceptions of Care. *Health Services Research*, 40(6), 1996-2017.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R. & Voss, C. (1991). Performance measurement in service business. London: The Chartered Institute of Management Accounts.
- Gallagher, E.M. & Hodge, G. (1999). The forgotten stakeholders: seniors' values concerning their health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(3), 79-86.
- Groen, B.H. & Thijssen, J.P.T. (2010) Hospital(ity) issues: attitude towards hospitality in hospital settings. EuroCHRIE Conference, Amsterdam, October 2010.
- Jenkinson, C., Coulter, SA. & Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and Validation using data from in-patient surveys in five countries. *Journal for Quality in Health Care* 14(5), 353-358.
- Joye, Y. & Van den Berg, A. (2011). Is love for green in our genes? A critical analysis of evolutionary assumptions in restorative environments research. *Urban Forestry & Urban Greening* 10, 261–268.

- King, C.A. (1995). What is hospitality? *International Journal of Hospitality Management*, 14(3/4), 219-234.
- Lashley, C., 2007. Discovering hospitality: observations from recent research. *International Journal of Culture Tourism and Hospitality Research*, 1(3), 214-226.
- NPCF (2006). *Algemene Kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht: NPCF.
- Severt, D. Aiello, T., Elswick, S. & Cyr, C. (2008). Hospitality in hospitals? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20(6), 664-678.
- Thijssen, J.P.T., Groen, B.H., & Pijls, R. (2010) Exploratory study on measuring patients' experience. Consequences for hospitality, services and facilities. EuroFM Conference, Madrid, June 2010.
- Thijssen, J.P.T., Groen, B.H., & Van Marle, R.S.F. (2009) Measuring the experience of branded food products. EuroCHRIE Conference, Helsinki, Finland, October 2009.
- Wagenaar, C. (2003). Healing environment stelt patiënt en welbevinden centraal. *In Perspectief 2*, 1-2.
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science, New Series*, 224 (4647), 420-421.