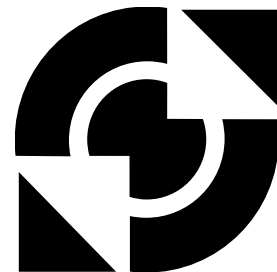


University of Twente



Faculteit
Gedragswetenschappen

Toegepaste Communicatie Wetenschap

**Een onderzoek naar de
determinanten van de keuze
van medisch specialisten
voor een radiotherapeutisch
instituut**

N. Markgraf
Enschede, juni 2008

Een onderzoek naar de determinanten van de keuze van medisch specialisten voor een radiotherapeutisch instituut

Afstudeerverslag

uitgevoerd aan het
Medisch Spectrum Twente

door
N. Markgraf

Begeleiders:

Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen

FACULTEIT GW, Universiteit Twente

Drs. E.T. Woudstra

FACULTEIT GW, Universiteit Twente

Dr. P.A. Helle

Medisch Spectrum Twente

13 juni 2008

Samenvatting

De afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente is één van de 21 radiotherapeutische instituten in Nederland. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn de zorginstellingen in de gezondheidszorg meer en meer zelfstandige instellingen die met elkaar moeten concurreren om de gunst van hun klanten. Het Medisch Spectrum Twente wil daarom weten *welke aspecten een rol spelen bij de keuze van medisch specialisten bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut en hoe hierop het beste kan worden ingespeeld*. Tevens was de vraag om een enquête te ontwerpen die dit kwantitatief in kaart brengt.

Het onderzoek is uitgevoerd bij medisch specialisten in vier algemene ziekenhuizen in Oost-Nederland, twee in de regio Twente en twee in de regio Achterhoek. De medisch specialisten in de betreffende ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van hun specialisme, bereidheid tot medewerking en regionale spreiding. Alle onderzochte medisch specialisten hebben ervaring met een verwijzing naar de afdeling radiotherapie in Enschede. Door middel van diepte-interviews is onderzocht welke aspecten medisch specialisten bij het verwijzen hanteren. Er zijn 14 interviews gehouden bij een selectie van de doelgroep. Dit betreft specialismen die in aanraking komen met oncologische patiënten met een indicatie voor radiotherapeutische behandeling: chirurgen, internisten, neurologen, urologen, gynaecologen, longartsen en KNO-artsen.

In de resultaten konden een aantal aspecten worden geïdentificeerd die van invloed blijken op de keuze van medisch specialisten voor een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. Verwijzingen van medisch specialisten lijken daarmee uit een complex samenspel van meerdere aspecten te bestaan.

De uit de onderzoeksresultaten verkregen inzichten en uit eerder onderzoek naar verwijzingen in de gezondheidszorg konden een aantal aanbevelingen worden geformuleerd op het gebied van vervolgonderzoek en procesverbeteringen. Ze sluiten aan op suggesties van respondenten en bouwen voort op de gesignaleerde ontwikkelingen van de afdeling radiotherapie van het MST die beogen de verwijzingen te optimaliseren. De voornaamste aanbevelingen zijn het bevorderen van het contact met medisch specialisten, het uitbouwen van de correspondentie en het verduidelijken van de aanmeldprocedure van de afdeling radiotherapie van het MST.

Voorwoord

Bijna een jaar geleden ben ik begonnen met afstuderen bij de afdeling radiotherapie van het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente. Hier werd ik met open armen ontvangen door mijn begeleider Dr. Helle, ontzettend lief en enthousiast als hij is. Al snel leerde ik iedereen binnen de afdeling kennen, druk was het er altijd maar iedereen kon altijd tijd vinden om mijn vragen te beantwoorden.

Mijn speciale dank gaat uit naar Chris Gernaat die haar kamer met mij ging delen en Francien Post-Willemsen, de management secretaresse. Jullie waren mijn steun en toeverlaat als ik even niet meer wist hoe ik door moest gaan. Jullie luisterden altijd naar mijn verhalen en zorgden voor afleiding tussen het werken door zodat ik even afstand kon nemen en vervolgens met een vrij hoofd en frisse moed weer verder kon.

Verder wil ik de medisch specialisten bedanken die ondanks een drukke agenda en de vakantieperiode tijd voor mij konden maken- zonder jullie was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ook wil ik mijn begeleiders van de Universiteit Twente hartelijk bedanken. Lisette van Gemert-Pijnen, Egbert Woudstra en Judith Mulder bewaakten de wetenschappelijke kwaliteit van de scriptie. Lisette, bedankt voor die nuttige opmerkingen en nieuwe inzichten die je mij bij iedere bespreking gaf. Judith bedankt, je hebt mij erg geholpen met al je commentaar. Van harte wil ik ook Egbert bedanken, jij was er toen ik je nodig had.

Tot slot wil ik Jeroen bedanken voor het luisteren naar mijn verhalen als ik het even niet meer zag zitten. Jij zorgde ervoor dat ik ook tijdens een dipje in mijn eigen kunnen bleef geloven.

Enschede, 13 juni 2008

Nantje Markgraf

Inhoudsopgave

1	Inleiding en achtergrond	6
1.1	Radiotherapie	7
1.2	Radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente	7
1.3	Gezondheidszorg in Nederland	8
1.4	Vooruitblik	10
2	Theoretisch kader	12
2.1	Inleiding	12
2.2	Model van de rationele keuze	14
2.3	Keuzeproces van medisch specialisten	18
2.3.1	Externe aspecten	19
2.3.2	Zorginstellingsgebonden aspecten	21
2.4	Het onderzoeksmodel	24
2.5	De onderzoeksvragen	26
3	Methode	27
3.1	Meetinstrumenten	27
3.1.1	Diepte-interviews met medisch specialisten	28
3.1.2	Pretest van het diepte-interview	32
3.2	Procedure	33
3.3	Verwerking van de meetgegevens	34
4	Resultaten	36
4.1	Externe aspecten	36
4.2	Zorginstellingsgebonden aspecten	42
5	Conclusie, discussie & aanbevelingen	49
5.1	Conclusie	49
5.2	Discussie	52
5.3	Aanbevelingen	54
	Bibliografie	58

A	Onderzoeksmiddelen	64
A.1	Aankondigingsbrief medisch coördinator	65
A.2	Aankondigingsbrief onderzoeker	66
A.3	Interviewschema	67
B	Interviews	70
B.1	Interview 1	70
B.2	Interview 2	75
B.3	Interview 3	80
B.4	Interview 4	84
B.5	Interview 5	90
B.6	Interview 6	98
B.7	Interview 7	101
B.8	Interview 8	104
B.9	Interview 9	107
B.10	Interview 10	110
B.11	Interview 11	115
B.12	Interview 12	118
B.13	Interview 13	122
B.14	Interview 14	125
C	Enquête	132
C.1	Verwijzers tevredenheidsenquête	133

Hoofdstuk 1

Inleiding en achtergrond

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn grote hervormingen in de zorgsector doorgevoerd. Zorginstellingen hebben hierdoor een dubbele rol. Aan de ene kant zijn de zorginstellingen dienstverlener en moeten zij de burgers zo goed mogelijk assisteren en helpen op het gebied van gezondheid en welzijn, aan de andere kant zijn de zorginstellingen met de veranderingen in de gezondheidszorg meer en meer zelfstandige instellingen die met elkaar moeten concurreren om de gunst van hun klanten. Dit zijn niet alleen patiënten, maar ook huisartsen en medisch specialisten die naar de zorginstelling verwijzen. Deze dubbele rol van zorg en concurrentie leidt tot een paradoxale situatie waarbij de zorginstelling om haar patiënten te kunnen helpen meer en meer gebruik moet maken van marketingtechnieken. In dit kader ontstond dan ook de vraag van de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente voor een onderzoek naar de verwijfsredenen van medisch specialisten voor een bepaalde zorginstelling, zodat deze kan reageren op de behoeften en wensen van de klant, in dit geval de verwijzend specialist.

Deze scriptie beschrijft een onderzoek naar de aspecten die van invloed zijn op de keuze van een zorginstelling bij verwijzend specialisten. Het doel is om met dit onderzoek een beeld te vormen van de aspecten die van belang zijn voor een goede dienstverlening. Op basis hiervan kan dan een kwantitatief onderzoeksmiddel worden ontworpen dat de gevonden aspecten nader onderzoekt. Het onderzoek is gespecificeerd op het gebied van radiotherapie, vandaar ook de specificatie op dit gebied.

Naar aanleiding van de resultaten kunnen er gerichte aanbevelingen voor de afdeling radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente worden geformuleerd zodat er gewerkt kan worden aan een goed onderbouwd marketingplan dat de afdeling radiotherapie kan gebruiken om zichzelf goed te presenteren op de markt en zo de concurrentie voor te blijven.

Dit hoofdstuk in deze scriptie zet allereerst de achtergrond van het onderzoek uiteen. De opdrachtgever van het onderzoek is de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente. Paragraaf 1.1 beschrijft de belangrijkste aspecten van de radiotherapie en vervolgens de specifieke werkwijze van de afdeling radiotherapie

van het Medisch Spectrum Twente. In paragraaf 1.3 wordt het gezondheidssysteem in Nederland beschreven. Paragraaf 1.4 geeft een korte vooruitblik op het vervolg van deze scriptie.

1.1 Radiotherapie

Radiotherapie is een medisch specialisme waarbij gebruik gemaakt wordt van ioniserende straling om verdere groei van maligne cellen te verhinderen. Naast chirurgie en chemotherapie vormt radiotherapie één van de drie pijlers voor de behandeling van patiënten met kanker. Bij 45% (NVRO, 2007)¹ van de jaarlijks vastgestelde patiënten met kanker vormt radiotherapie onderdeel van de behandeling, met als doel *curatie*. Daarnaast wordt radiotherapie bij ongeveer een derde van de patiënten als pijnbestrijding gegeven om leed te verzachten als de patiënt niet meer beter kan worden genezen, *palliatie* (Stalpers, 2004). In zowel curatie en palliatie wordt ioniserende straling toegepast om verdere groei van maligne cellen te verhinderen. Het doel van de radiotherapie is vanouds het leveren van een voldoende hoge stralingsdosis op het doelgebied (tumor met marge) en daarbij zoveel mogelijk gezond weefsel te ontzien (Veld, 2001).

In de radiotherapie maakt men onderscheid tussen enerzijds uitwendige bestraling of *teletherapie*, waarbij de bestralingsbron zich buiten het lichaam bevindt en anderzijds inwendige bestraling of *brachytherapie* waarbij de bron zich direct naast of in de tumor bevindt. De meeste patiënten worden door middel van uitwendige radiotherapie, de teletherapie behandeld. Patiënten komen uitsluitend op verwijzing van medisch specialisten voor behandeling bij radiotherapie terecht.

1.2 Radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente

De organisatie van het MST is op te delen in clusters. De afdeling radiotherapie valt onder het cluster Medisch Technisch Centrum (MTC). De medisch staf van de afdeling radiotherapie bestaat uit een zevental *radiotherapeutisch oncologen* die in voltijd of deeltijd werkzaam zijn. De radiotherapeuten stellen een indicatie voor radiotherapie en een behandelingsplan op, hebben toezicht op de bestraling, begeleiden de patiënt tijdens en na de bestralingsbehandeling, voeren de correspondentie en verzorgen de follow-up.

Daarnaast zijn er twee klinisch *fysici* werkzaam. Deze zijn verantwoordelijk voor de fysisch technische aspecten van de radiotherapie, met name voor toegepaste algoritmen en gegevens die voor de dosisberekeningen van belang kunnen zijn, alsmede voor de door een bestralingstoestel of bestralingsbronnen afgegeven

¹Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie

dosis (in hoeveelheid en positie) en het functioneren van de bij de behandeling te gebruiken apparatuur.

De dagelijkse leiding van de groep laboranten, secretaresses, versnellertechnici en fysisch assistenten is in handen van teamhoofden. Hiërarchisch ontvangen de teamhoofden leiding van de *bedrijfskundig manager*; functionele leiding van de radiotherapeut/*medisch coördinator*, die ook de aansturing van de fysici verzorgt.

Concurrentie. Radiotherapie wordt in Nederland gegeven in de academische en een aantal grote niet-academische ziekenhuizen. In totaal zijn er in Nederland 21 radiotherapeutische instellingen (Brugmans & Meeuwsen, 2007) waarvan het Medisch Spectrum Twente er een is. Eén van de hoofdredenen van het onderzoek is het streven om de concurrentie voor te blijven.

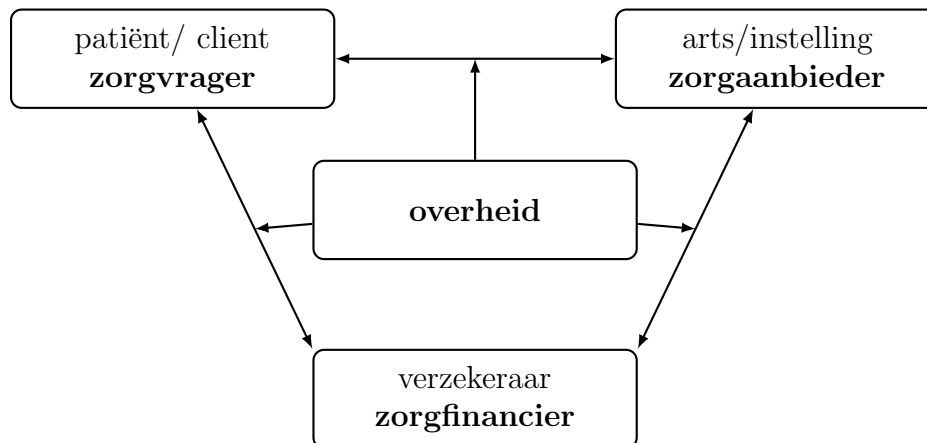
Het Medisch Spectrum Twente richt zich op patiënten uit de regio Twente en Achterhoek, de voornaamste concurrerende radiotherapeutische instituten zijn het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken in Deventer en het Radiotherapeutisch Centrum in Zwolle, maar daarnaast zijn er in Nederland 18 verdere radiotherapeutische instellingen die net zo goed concurrent zijn van het MST. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 zijn de ziekenhuizen en specialismen meer concurrent dan ooit en moeten dus alles uit de kast halen voor nieuwe patiënten, weer een reden om een goed gedegen marketingplan te hebben waarin alle belangrijke aspecten zijn uitgewerkt.

1.3 Gezondheidszorg in Nederland

In deze scriptie staan de sector gezondheidszorg in Nederland en de keuzeprocessen ten aanzien van de gezondheidszorg in het bijzonder, centraal. Voordat wordt ingegaan op die keuzeprocessen, wordt eerst kort stil gestaan bij het specifieke karakter van de gezondheidszorg.

De gezondheidszorg in Nederland wordt gekenmerkt door een driehoeksrelatie tussen *zorgvragers*, *zorgaanbieders* en *zorgfinanciers*. In die driehoeksrelatie staat de *overheid* als vierde partij in het midden als centrale regelaar (Hoekman & Houkes, 2000). De verschillende relaties worden in figuur 1.1 weergegeven. De centrale rol van de overheid uit zich met name in de wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. In deze wet- en regelgeving wordt een belangrijke plaats ingenomen door maatregelen op het gebied van financiering en kwaliteit. De laatste jaren is bij het financiële beleid in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in toenemende mate de nadruk gelegd op beheersing van de kosten (Schut, 2003).

Kostenbeheersing. De overheid voert de laatste jaren een beleid dat erop gericht is de snel stijgende kostenontwikkeling tegenwicht te bieden. Bezuinigingsmaatregelen en hervormingen moeten leiden tot beheersing van de publieke



Figuur 1.1: Relaties in de zorgsector gebaseerd op Hoekman & Houkes (2000)

sector. Maar ook vanuit het perspectief van betaalbaarheid en de daaraan verbonden toegankelijkheid van de zorgsector voor de potentiële gebruiker baart de kostenontwikkeling zorgen (Hoekman & Houkes, 2000). De solidariteitsgedachte die vooral gehanteerd wordt binnen het stelsel van zorgvoorzieningen komt hierdoor in gevaar en met name vanuit dit gegeven wil de overheid komen tot een kostenbeheersing. De kostenbeheersing maakt deel uit van de herstructurering van de gezondheidszorg. Deze herstructurering heeft naast de kostenbeheersing ook de marktwerking als uitgangspunt.

Marktwerking. Door de marktwerking in de gezondheidszorg wordt de concurrentie op de markt steeds belangrijker. De overheid wil steeds meer terugtreden en regulatie overlaten aan de werking van de markt (Bomhoff, 2002). Zij treedt hierin echter niet volledig terug maar blijft toezicht houden op het waarborgen van eerlijke concurrentie (NMa, 2005)². Instellingen in de gezondheidszorg moeten nu met elkaar concurreren om de gunst van de klant (Appelman, 2003). Om hierbij niet de kwaliteit uit het oog te verliezen is er de inspectie voor de gezondheidszorg. Deze houdt toezicht op veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg (IGZ, 2007)³. Door de toenemende concurrentie wordt in vele organisaties in de gezondheidszorg net als in commerciële organisaties de noodzaak gevoeld iets te doen aan marketing. In de gezondheidszorg zijn marketinginstrumenten met betrekking tot marketing van bestaande en nieuwe klanten van belang (Erp, 1998).

Dit is echter bij veel instellingen in de gezondheidszorg nog een onbekend en soms omstreden begrip. Voor instellingen in de gezondheidszorg is daarbij een centrale vraag waarom medisch specialisten patiënten juist naar jouw kliniek

²Nederlandse Mededingingsautoriteit

³Staatstoezicht op de Gezondheidszorg; Inspectie voor de Gezondheidszorg

verwijzen. Deze vraag staat in dit afstudeeronderzoek centraal. Wanneer duidelijk is hoe het beslissingsproces eruit ziet en op grond waarvan verwijzers kiezen voor een bepaalde polikliniek, moet het mogelijk zijn ziekenhuizen aangrijpingspunten te bieden voor beleid om met dit keuzeproces om te gaan of het te beïnvloeden. Zo kunnen bestaande klanten behouden en nieuwe klanten aangetrokken worden om een betere markt- en machtspositie te veroveren op de gezondheidszorgmarkt.

Voor poliklinieken is het dus van belang te weten waarom verwijzers juist naar die polikliniek verwijzen. Dit impliceert dat wordt uitgegaan van de gedachte dat de keuze een eigen, zelfstandige keuze is. Dit kan echter een verkeerd uitgangspunt zijn. Mensen hebben in eerste plaats een zekere mate van zelfbeschikking op grond waarvan ze de keuze maken om naar een bepaalde zorginstelling te verwijzen. De keuzevrijheid kan echter minder worden wanneer de keuze door omstandigheden bijvoorbeeld contracten met bepaalde zorginstellingen, eisen van de zorgverzekeraar of van de patiënt gedwongen gemaakt is. Het is daarnaast eveneens de vraag in hoeverre de keuze voor de zorginstelling daadwerkelijk afhangt van de medisch specialist. Wellicht laten deze de keuze over aan de patiënt (Peters, 2004; Hamel, 2001). Alleen, in hoeverre hechten patiënten bij de keuze voor een zorginstelling aan zelfbeschikking. Misschien laten ze deze keuze juist over aan medisch specialisten die er meer verstand van hebben. Patiënten weten vaak niet welke zorginstelling goed is en vertrouwen in deze situatie sterk op de mening van de specialist. Soms is dat vertrouwen en de instemming van de patiënt zo sterk dat eigenlijk gesproken kan worden van een keuze door de specialist.

Vervolgens is er de vraag in hoeverre medisch specialisten daadwerkelijk kunnen verwijzen naar verschillende zorginstellingen. Vaak is het zo dat er in de buurt van de woonplaats van de patiënt eigenlijk maar één polikliniek is. Huisartsen/medisch specialisten verwijzen dan naar die polikliniek omdat deze het dichtste bij ligt. In feite is er dan niet meer sprake van een keuzesituatie.

Het onderzoek dat in deze scriptie wordt beschreven heeft echter plaatsgevonden in de regio Twente die samen met de aangrenzende Achterhoek over een aantal zorginstellingen beschikt waarnaar medisch specialisten kunnen verwijzen. Er is in dit onderzoek dus wel sprake van een keuzesituatie.

1.4 Vooruitblik

Het vervolg van deze scriptie bestaat uit de volgende hoofdstukken: In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader uiteengezet en de onderzoeksvragen op systematische wijze afgeleid. Er wordt onder andere ingegaan op de aspecten die de keuze voor een radiotherapeutisch instituut kunnen beïnvloeden. Bovendien wordt een onderzoeksmodel gepresenteerd en worden de aspecten geoperationaliseerd. De methode zoals die in het onderzoek is toegepast komt in hoofdstuk 3 aan de orde, waarna

in hoofdstuk 4 de resultaten worden besproken. Naar aanleiding van alle resultaten worden in hoofdstuk 5 de conclusies gepresenteerd en antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Er volgt verder een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek waarna het hoofdstuk afsluit met een aantal praktische aanbevelingen voor de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente.

Hoofdstuk 2

Theoretisch kader

In de volgende paragrafen wordt weergegeven hoe tot de hoofdvraag is gekomen. Allereerst wordt in paragraaf 2.1 de literatuur op het gebied van onderzoek naar keuzeaspecten in de gezondheidszorg besproken en de voorlopige hoofdvraag geformuleerd, waarna in paragraaf 2.2 de theorie van de rationele keuze wordt toegelicht. Vervolgens worden in paragraaf 2.3 de kernaspecten van het keuzeproces bij medisch specialisten verduidelijkt en paragraaf 2.4 het onderzoeksmodel beschreven. Tot slot worden in paragraaf 2.5 de onderzoeksvragen geformuleerd.

2.1 Inleiding

Om vast te stellen wat tot nu toe voor onderzoek is gedaan naar aspecten die van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde zorginstelling is een literatuurstudie uitgevoerd. De resultaten voor patiënten, huisartsen en medisch specialisten worden hieronder toegelicht.

Patiënten. Van patiënten is bekend dat ze het belangrijk vinden om door de hulpverleners en ziekenzorginstellingen goed geholpen en serieus genomen te worden (Smit & Friele, 2005). Verder wordt in dit onderzoek geconcludeerd dat patiënten het belangrijk vinden te weten wat de interactie is tussen verschillende medicijnen tijdens de behandeling. Ook blijkt dat de patiënt minder belangrijk vindt om binnen een kwartier geholpen te worden wanneer deze een afspraak heeft met de zorgverlener. Tevens acht de patiënt het minder belangrijk het dossier met de patiëntgegevens op verzoek te mogen inzien, wel daarentegen dat men na verwijzing snel bij een specialist terecht kan en dat de zorginstelling telefonisch goed bereikbaar is.

Daarnaast, zo concluderen Jung et al. (2003) in een literatuuranalyse, zijn patiëntenkarakteristieken zoals leeftijd en sociaal-economische-status (SES) significant gerelateerd aan de voorkeur voor eerstelijnsgezondheidszorg (primary care). Ook het opleidingsniveau van de patiënt, gezondheidsstatus, familiesituatie, geslacht en het gebruik van de gezondheidszorg hebben een in

mindere mate, maar wel significante rol bij de keuze voor een zorginstelling. Vanuit het uitgangspunt van een verwijzing van de patiënt door een medisch specialist zullen deze patiëntenkarakteristieken echter minder relevant zijn.

Huisartsen. Verwijzen is een niet veel voorkomend gebeurtenis in een huisartspraktijk. Slechts bij ongeveer 5% van alle bezoeken bij de huisarts wordt verwezen (O'Donnell, 2000). Uit onderzoek van Forrest et al. (2006) blijkt dat patiëntenkarakteristieken (leeftijd, geslacht, SES, opleidingsniveau, gezondheidsstatus, familiesituatie) de grootste invloed hadden. O'Donnell (2000) bevestigt dit en stelt dat bijna 40% van de variatie door patiëntenkarakteristieken verklaard worden.

Daarnaast blijken andere variabelen zoals weinig tolerantie of onzekerheid van de arts, de waargenomen ernst van de ziekte (Forrest et al., 2006; O'Donnell, 2000), praktijk grootte, contracten met zorginstellingen en praktijken met een hoge graad aan geprotocolleerde hulp (managed care) van invloed te zijn (Forrest et al., 2006).

In tegenstelling tot O'Donnell (2000), die ervan uitgaat dat de bereikbaarheid van medisch specialisten geen effect heeft op een verwijzing, beweert Forrest et al. (2006) dat een groot aantal medisch specialisten in de buurt van de huisarts de neiging tot een verwijzing verhogen.

Forrest et al. (2000) beweren naar aanleiding van een onderzoek naar de tevredenheid bij huisartsen dat betere coördinatie tussen huisartsen en medisch specialisten tot meer tevredenheid bij beide partijen kan leiden.

Concluderend stellen de onderzoekers Forrest et al. (2006); O'Donnell (2000) dat een complexe mix van patiënt- en huisartskarakteristieken en bovendien de karakteristieken van het gezondheidssysteem in het algemeen van invloed zijn op een verwijzing door een huisarts. Deze conclusies zijn echter niet één op één over te dragen naar een verwijzing door een medisch specialist.

Medisch specialisten. Onderzoeken naar verwijzingen van medisch specialisten richten zich voornamelijk op het verwijzingspatroon van patiënten met verschillende soorten kanker voor radiotherapie na het stellen van de diagnose (Potter et al., 2007; Lybeert et al., 2005). De in dit kader verrichte onderzoeken beschrijven vooral de veranderingen in de vraag naar radiotherapie (Vulto et al., 2007; Möller et al., 2003) en gaan niet in op aspecten die een rol spelen bij een verwijzing naar een bepaald radiotherapeutisch instituut.

Recent is er wel een tevredenheidsonderzoek aan het Zeeuws Radio-Therapeutisch Instituut uitgevoerd die in kaart brengt wat verwijzend medisch specialisten vinden van de dienstverlening gedurende de behandeling van een patiënt (ZRTI, 2006). Concluderend stelt de onderzoeker dat de verwijzers over het algemeen zeer tevreden zijn met de dienstverlening, maar er blijken enkele punten te zijn die verbeterd kunnen worden zoals de bereikbaarheid van

de radiotherapeut buiten openingstijden en de verslaglegging. Forrest et al. (2000) ondersteunt deze bevindingen en toont aan dat de coördinatie bij verwijzingen tussen huisartsen en medisch specialisten niet altijd goed verloopt. Ook Elving (1999) stelt dat professionals in de gezondheidszorg de informatie-uitwisseling als knelpunt ervaren.

Geconcludeerd kan dus worden, dat in de gevonden onderzoeken enkele belangrijke aspecten worden aangedragen die van invloed op de tevredenheid bij verwijzers zijn. Dit zijn wellicht aspecten die medisch specialisten bij een verwijzing hanteren, en die mogelijk beïnvloedbaar zijn.

Samenvattend kan dus worden gezegd dat er onderzoeken bij patiënten en huisartsen zijn uitgevoerd, die verschillende aspecten aandragen. Ten tijde van het literatuuronderzoek zijn er echter geen relevante onderzoeken gevonden die het daadwerkelijke keuzeproces van verwijzend specialisten in kaart brengen. Wel is er een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd dat aangrijpingspunten en indicatoren geeft. Lybeert et al. (2005) draagt dan ook onder andere als mogelijk vervolgonderzoek aan, uit te vinden wat de achterliggende opvattingen in het verwijzbeleid zijn.

Een onderzoek naar aspecten die verwijzend specialisten hanteren met betrekking tot hun keuze voor een bepaald radiotherapeutisch instituut is een interessant thema dat nog niet eerder is onderzocht, wat het theoretisch belang van dit onderzoek onderstreept. Daarnaast heeft het onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente een praktische relevantie. Zij willen graag een op basis van de aspecten opgestelde enquête waarmee regelmatig onderzocht kan worden of zich veranderingen in bepaalde aspecten voordoen zodat het beleidsplan daarop kan worden afgestemd.

Met het theoretisch en praktisch belang van het onderzoek in het achterhoofd luidt de voorlopige onderzoeksvraag:

Welke aspecten spelen een rol bij de keuze van medisch specialisten voor een bepaald radiotherapeutisch instituut en welke aangrijpingspunten bieden deze aspecten de afdeling radiotherapie voor marketingbeleid.

2.2 Model van de rationele keuze

In de voorafgaande paragraaf is de voorlopige hoofdvraag afgeleid. Deze vloeit voort uit het theoretisch belang voor een onderzoek naar de aspecten waarop verwijzend specialisten hun keuze berusten en de praktische aanleiding voor een instrument om deze keuzecriteria in kaart te brengen. Uitgaande van de verwijzend specialist en de keuze voor een radiotherapeutisch instituut moet nu de vraag worden gesteld welke aspecten hierbij een rol spelen.

Het *model van de rationele keuze* van Simon (1957) is één model dat sociale wetenschappers hanteren om het beslissings- of keuzegedrag in kaart te brengen. Dit model, toegepast op keuzeprocessen in de gezondheidszorg, zou poliklinieken

de mogelijkheid kunnen bieden hun beleid af te stemmen op de aspecten die voor verwijzers belangrijk zijn bij hun keuze voor een polikliniek.

De rationele keuzebenadering is in sterke mate geïnspireerd door de neoklassieke economie (Nooij, 1995) maar wordt niet alleen in de economische wetenschappen gebruikt. Zij speelt inmiddels ook in de sociale wetenschappen, zoals de politologie en de sociologie een rol (Klaes & Sent, 2005). Mede hierdoor zijn de grenzen tussen disciplines vervaagd, temeer omdat in de economische theorie ook steeds meer aandacht is ontstaan voor de rol van het politieke systeem en voor culturele en maatschappelijke instituties en waarden (Vollebergh & Vromen, 1998).

De rationele keuzebenadering impliceert niet dat rationeel handelende individuen altijd en overal dezelfde keuze maken. Keuzevariatie wordt niet alleen veroorzaakt door onjuiste inschattingen van de situatie door het individu, maar is ook het gevolg van de ongelijke verdeling van hulpbronnen (Friedman & Hechter, 1988). Om rationeel te zijn moet dus aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De belangrijkste voorwaarde is volledige informatie. Dit houdt in dat de aard en de omvang van de informatie zodanig moet zijn dat mensen een volledig overzicht krijgen van de handelingsalternatieven en hun consequenties zodat ze op basis daarvan een rationele afweging kunnen maken tussen de verschillende handelingsalternatieven. Uit deze afweging moet dan blijken welke handeling het meest geschikt is om de doelen te bereiken. De afwezigheid van voldoende informatie is vaak de belangrijkste beperking bij het bereiken van volledige rationaliteit.

Op basis van de rationaliteit en beschikbare informatie kan er een onderscheid gemaakt worden in drie vormen van rationaliteit.

Volledige rationaliteit. Wanneer er wordt gezocht naar een aantal kenmerken van een volledig rationele keuze, dan komen de volgende aspecten naar voren: maximalisatie, volledige informatie, alternatieven, afweging en keuze. Hiervan uitgaande zou een rationele keuze gedefinieerd kunnen worden als *de keuze, die na te zijn volledig geïnformeerd, voortvloeit uit een afweging tussen verschillende alternatieven en hun consequenties en die voor de beslisser de meest optimale bereikbare uitkomst realiseert.*

Dit betekent dat op basis van een rationele afweging van de handelingsalternatieven wordt gekozen voor het beste alternatief (Kerkhoff & Heffen, 1994). Voorwaarde hierbij is volledige informatie en een volledig rationeel handelende beslisser. Dit houdt in dat de persoon gegeven de handelingsalternatieven en de waardering van die alternatieven ook inderdaad de voor hem meest optimale keuze maakt.

Bounded rationality. De tweede vorm van rationaliteit is *begrensde rationaliteit* of bounded rationality¹. Deze vorm van rationaliteit beschrijft de begrensde mogelijkheden van personen om informatie te verzamelen en te verwerken (Simon, 1957). Uit onderzoek (Krogt & Vroom, 1991) blijkt dat een individu

¹Voortaan aangeduid als begrensde rationaliteit

niet doorzoekt tot de beste oplossing is gevonden, maar tot een oplossing is gevonden die voor een persoon, gegeven de beperkingen, de maximaal haalbare is. Verder blijkt dat bij problemen vooral gezocht wordt naar reeds voorhandenzijnde oplossingen en dat, als die niet voldoen, gezocht wordt in de buurt van of in het verlengde van reeds bestaande oplossingen. Dit gedrag heeft te maken met het vermijden van onzekerheid en complexiteit van de keuze.

De onvolledige informatie hangt sterk samen met het vermijden van onzekerheid en de complexiteit van het keuzeproces. Volgens Williams & Findlay (1981) nemen mensen bij het maken van hun keuze een aantal onzekerheden in acht. Dit zijn onzekerheden over de toekomst maar ook over toekomstige voorkeuren. Hoe groter deze onzekerheid, hoe meer mensen richten hun gedrag op een snelle onzekerheidsreductie. Mensen nemen hierbij genoeg met de hoeveelheid informatie die wél aanwezig is omdat een uitgebreid zoekproces naar allerlei mogelijke (nieuwe) alternatieven de onzekerheid eerder doet toenemen dan afnemen (Veen et al., 1991). Dit heeft tot gevolg dat mensen eerder terugvallen op bekende en reeds beproefde alternatieven dan geheel nieuwe alternatieven in te brengen en voor de beoordeling van de bruikbaarheid van de criteria slechts een gering aantal globale criteria te hanteren.

Procedurele rationaliteit. Naast volledige en begrensde rationaliteit, waarbij het onderscheid ligt in de informatie waarover het individu beschikt, is er nog een derde vorm van rationaliteit te onderscheiden. Deze vorm vloeit voort uit de tegenwerpingen tegen het model van de rationele keuze. Mensen zouden volgens die kritiek in de praktijk vaak allerminst rationeel handelen, maar keuzes maken op basis van bestaande patronen en afspraken. Keuzen van mensen kunnen zijn ingegeven door altruïsme, intuïtie, routine, emoties, verwachtingen van anderen (Kahneman, 2003; Elster, 1989). Keuzes die op basis van deze aspecten worden gemaakt worden met *procedurele rationaliteit* beschreven.

Beperkt rationele keuze. Van deze drie vormen van rationaliteit zullen vooral de laatste twee in de gezondheidszorg voorkomen. Het is moeilijk om in de gezondheidszorg uit te gaan van een volledig rationele keuze omdat er altijd onzekerheden zullen bestaan omdat er geen sprake is van volledige informatie. De medisch specialist is wellicht niet op de hoogte van alle alternatieven en kan daardoor niet volledig rationeel handelen.

Veel keuzes in de gezondheidszorg zijn te typeren als begrensd rationeel omdat er bijna nooit volledige informatie aanwezig of beschikbaar is, er onzekerheid is en omdat het keuzeproces als complex kan worden beschouwd. Procedurele rationaliteit bij keuzes in de gezondheidszorg komt voor wanneer medisch specialisten naar een bepaalde polikliniek verwijzen omdat het gewoonte is bij deze medisch specialisten of omdat er werkafspraken bestaan. Dergelijke keu-

zes, die berusten op zowel begrensde rationaliteit als procedurele rationaliteit zijn, worden beschreven als *beperkt rationele keuze*.

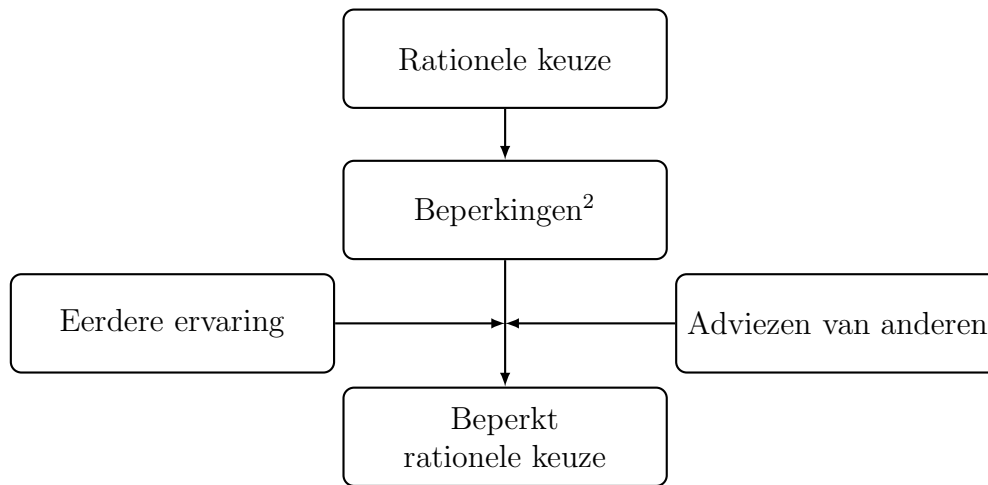
De onzekerheden die aanwezig zijn wanneer mensen keuzes moeten maken komen voort uit de niet volledig aanwezige informatie. De reden dat deze informatie niet volledig aanwezig is heeft te maken met een drietal aspecten waarvan vooral de laatste twee vormen van informatietekort in de gezondheidszorg zullen optreden. Ten eerste kan die informatie niet beschikbaar zijn omdat gebeurtenissen nog niet hebben plaatsgevonden. Wanneer de informatie wel beschikbaar is, maar het voor de beslisser erg kostbaar is om deze volledig in te winnen kan dit een vorm van beperking zijn. De hoeveelheid informatie die mensen zelf kunnen verzamelen is dan niet uitputtend. Daarom baseren mensen hun keuze eveneens op traditie, gevoelens, ideeën en adviezen of daden van anderen (Williams & Findlay, 1981). Tenslotte kan informatie wel beschikbaar zijn maar hebben mensen niets aan die informatie. Dit kan komen doordat mensen de informatie niet begrijpen maar ook omdat de hoeveelheid informatie die de mens kan verwerken voor het nemen van een beslissing beperkt is. Dit leidt ertoe dat mensen met een zekere hoeveelheid informatie genoeg nemen omdat het keuzeproces dan minder gecompliceerd is.

Naast onzekerheden die voortkomen uit niet beschikbare of niet te begrijpen informatie wordt het keuzeproces eveneens gekenmerkt door complexiteit. Dit hangt sterk samen met de vermogens van de mens om met een grote hoeveelheid samenhangende informatie om te gaan. Afgezien van het beperkte vermogen is informatie soms te complex om volledig rationeel te benaderen. Het keuzeproces wordt in dit geval vereenvoudigd door niet te begrijpen informatie buiten beschouwing te laten. Dit kan in de gezondheidszorg het geval zijn bij de soms ingewikkelde hantering met een onbekende afdeling. Deze verschillen in de afdelingen worden door de verwijzend medisch specialist gecategoriseerd of gesimplificeerd.

Het descriptief model in Figuur 2.1 vat alle aspecten die het rationele keuzeproces beperken samen.

In de vorige paragraaf is aangegeven dat keuzeprocessen in de gezondheidszorg vooral te kenmerken zijn als beperkt rationeel en werd met name ingegaan op het kenmerk van de onvolledige informatie die de beperkingen van de *rationele keuze* typeert.

De grootste *beperking* hierin is dat er een onvolledige of te complexe informatiestroom is om de keuze tussen handelingsalternatieven voldoende te onderbouwen. Dit leidt tot onzekerheid waardoor de handelende persoon het informatietekort aanvult met *eigen ideeën en ervaringen* maar ook door het inwinnen van *adviezen van anderen* (Joby, 1994). Deze referenten zijn onder andere collega's, partners of leden uit de Orde van Medisch Specialisten (De Orde, 2004). De meerwaarde die de adviezen van deze personen opleveren ligt in het feit dat zij door eerdere ervaringen meer van een bepaald radiotherapeutisch instituut afweten dan de medisch specialist zelf. Dit waardeoordeel zou de medisch specialist mee kunnen laten wegen in zijn beslissing. Dit resultaat is echter niet meer volledig rationeel te noemen, maar



Figuur 2.1: Descriptief model van beperkte rationaliteit gebaseerd op Simon (1957); Joby (1994)

een *beperkt rationele keuze*.

Met behulp van dit model kan het onderzoek verder vorm worden gegeven.

2.3 Keuzeproces van medisch specialisten

Het model in de voorafgaande paragraaf (zie Figuur 2.1) geeft de belangrijkste aspecten die het rationele keuzeproces beperken schematisch weer. Dit model wordt gebruikt om het onderzoek verder vorm te geven. Zoals eerder besproken wordt er in dit onderzoek van uitgegaan dat een keuze voor een radiotherapeutisch instituut *beter als een beperkt rationele dan als volledig rationele keuze bestempeld zou kunnen worden*. De grootste beperking van volledige rationaliteit is de hoeveelheid beschikbare informatie die mensen moet helpen een keuze te maken. De vervolgvraag in dit verband luidt dan ook welke informatie er voor de medisch specialisten beschikbaar is wanneer zij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut moeten maken en over welke informatie zij nog zouden willen beschikken. De aspecten die een rol zouden kunnen spelen bij de verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut in het beperkt rationele keuzemodel worden in deze paragraaf besproken. Als duidelijk is welke aspecten een rol zouden kunnen spelen kan het model in paragraaf 2.2 verder worden ingevuld. Gekeken is bij de samenstelling van het model vanuit het perspectief van de opdrachtgever, de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente. Wanneer vanuit het perspectief van de medisch specialist zou worden gekeken zou een andere indeling van de aspecten denkbaar zijn.

Wanneer gekeken wordt naar de aspecten die een rol spelen bij de keuze van medisch specialisten voor een radiotherapeutisch instituut van het perspectief van

²De beschikbare hoeveelheid informatie over verschillende handelingsopties en alternatieven.

de radiotherapeutische zorginstelling is er onderscheid te maken in een aantal groepen aspecten. De indeling van deze groepen is gebaseerd op aspecten die te maken hebben met de zorginstelling en overige, externe aspecten. Beide groepen aspecten worden in de volgende paragrafen behandeld.

2.3.1 Externe aspecten

In deze groep wordt gekeken naar aspecten die indirect te maken hebben met het radiotherapeutisch instituut. Bij deze *externe aspecten* wordt naast de invloed van de patiënt en de zorgverzekering ook naar de opportuiniteitskosten voor de medisch specialist alsmede eventuele contracten en werkafspraken met bepaalde radiotherapeutische instellingen gekeken.

Invloed van de patiënt. De patiëntenbeweging in de gehele gezondheidszorg is mede onder invloed van een stimulerend overheidsbeleid de laatste decennia gegroeid (Trappenburg, 2005). Patiënten accepteren beperkingen niet langer en willen dat er meer rekening wordt gehouden met hun wensen en behoeften (Hamel, 2001). Echter valt zelfs de mondigste patiënt in de spreekkamer stil als hij te horen krijgt dat hij ernstig ziek is. De hersenen kunnen op dat moment geen informatie opnemen omdat ze bezig zijn de stressrespons te verwerken (Peters, 2004). Op een dergelijk moment zal dan de medisch specialist de nodige stappen ondernemen en doen waarvan hij denkt dat de patiënt wil. Maar lang niet alle gesprekken met een medisch specialist impliceren een levensbedreigende situatie en zo zal de specialist wellicht overleggen met de patiënt en zijn/haar wensen laten meewegen bij de keuze van een radiotherapeutisch instituut.

Invloed van de zorgverzekering. Zoals in paragraaf 1.3 besproken vormt de zorgfinancier naast de zorgvrager en zorgaanbieder de derde grote pijler in de zorgsector. Dit zijn met ingang van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 niet meer ziekenfondsen en particuliere maatschappijen maar alleen nog maar zorgverzekeraars waardoor een groot deel van de verschillen zijn opgeheven (Kerckhoff, 2007). Niettemin is de situatie niet eenvoudig, omdat patiënten hun verzekeringspakket grotendeels zelf kunnen samenstellen en aanvullende verzekeringen kunnen afsluiten. Hierdoor is er variatie in de verzekeringsdekking en de bijdrage van de patiënt. Naarmate de verzekeringsdekking uitgebreider en specifiek is zal de medisch specialist wellicht kiezen voor een zorginstelling waarin alle onder de dekking vallende aspecten van zorg inderdaad aanwezig zijn.

Veel zorgverzekeraars hanteren criteria waaraan een zorginstelling moet voldoen. Deze worden ook kwaliteitsindicatoren genoemd en hebben het doel gemakkelijker tot kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorginstelling/medische staven te komen (Bos, 2006). De verwijzend specialist zou

bij de overweging naar een bepaalde zorginstelling te verwijzen erbij kunnen betrekken of deze daadwerkelijk aan de voor die behandeling vastgestelde criteria voldoet.

Opportunitetskosten. Wanneer mensen een keuze moeten maken voor een service spelen de kosten die men bij het gebruik van de service heeft een rol. Deze kunnen direct, in geld maar ook indirect in bijvoorbeeld ingeleverde tijd of moeite worden uitgedrukt. Dit wordt ook wel oppertunitetskosten genoemd (Geys, 2002; Lipsey, 1990). In het kader van verwijzingen van medisch specialisten naar een radiotherapeutisch instituut spelen de directe kosten voor de verwijzer slechts een beperkte rol en zullen meer van invloed zijn op de wens van de patiënt voor een bepaalde zorginstelling. Indirecte kosten daarentegen kunnen ook voor de verwijzer relevant zijn aangezien deze bijvoorbeeld moet wachten op de correspondentie en verslaglegging vanuit de zorginstelling.

Onderzoek (Forrest et al., 2000) heeft aangetoond dat de coördinatie bij verwijzingen tussen huisartsen en medisch specialisten niet altijd goed verloopt en dat verbeteringen in de coördinatie tot meer tevredenheid bij de artsen kunnen leiden. Daarnaast concludeert Elving (1999) dat professionals de informatievoorziening als knelpunt ervaren. Hetzelfde zou voor de verwijzingen tussen medisch specialisten en een radiotherapeutische instelling kunnen gelden waarna geldt dat wanneer medisch specialisten het gevoel hebben teveel 'kosten' te hebben dit van invloed is op de keuze van het radiotherapeutisch instituut. Dit bevestigt het onderzoek van Wouters (2006) waaruit blijkt dat verwijzend specialisten met name de bereikbaarheid van de radiotherapeut-oncologen buiten openingstijden en de verslaglegging als knelpunt ervaren.

Contracten en werkafspraken met zorginstellingen. In het nieuwe zorgstelsel moet de zorgverzekeraar contracten afsluiten met zorginstellingen. De zorgverzekeraar is vrij om welke zorgaanbieder dan ook te contracteren. Medisch specialisten moeten dus gaan concurreren met andere zorgaanbieders om de gunst van de verzekeraar. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om slechts een gedeelte van het zorgaanbod te contracteren (Holland, 2005). Als een medisch specialist toch ervoor kiest om naar een zorginstelling te verwijzen die niet gecontracteerd is door deze zorgaanbieder dan wordt de zorg slechts voor een deel vergoed. Dit kan een reden zijn om zich in het keuzeaanbod te beperken en alleen naar— in dit geval radiotherapeutische zorginstellingen te verwijzen die gecontracteerd zijn.

De complexiteit van de gezondheidszorg vereist coördinatie en samenwerking op meerdere niveaus (Pruyn, 2002). Om optimale zorg te kunnen bieden aan de patiënt zijn samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en anderen zorginstellingen ontwikkeld. In dit kader van *transmurale samenwerking* worden onder andere werkafspraken gehanteerd tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen

verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden (NRV, 1995)³. Binnen dit samenwerkingsverband kan bijvoorbeeld worden afgesproken om voornamelijk naar een bepaald radiotherapeutisch instituut te verwijzen.

2.3.2 Zorginstellingsgebonden aspecten

De volgende aspecten kunnen worden onderverdeeld in de groep *zorginstellingsgebonden aspecten*. Deze hebben onder andere te maken met de aanwezigheid van medisch apparatuur en de kwaliteit van de polikliniek zelf. Verder worden de reputatie en het imago van de zorginstelling als mogelijke keuzeaspecten meegenomen. Daarnaast komen de aspecten afstand en bereikbaarheid, empathie en wachttijden en wachtlijsten aan de orde.

Aanwezigheid van medisch apparatuur. De aanwezigheid van medisch apparatuur is voor een zorginstelling noodzakelijk. Bij radiotherapie wordt gebruik gemaakt van ioniserende straling. Deze straling kan worden opgewekt in bestralingsapparaten, *lineaire versnellers* en komt vrij uit radioactieve stoffen, bijvoorbeeld *cesium*, *iridium*. De straling wordt deels door weefsel geabsorbeerd. De eenheid van geabsorbeerde straling is de gray (Gy). De vrijgemaakte elektronen en de bij dit proces gevormde radicalen (moleculen of atomen met een ongepaard elektron) kunnen de DNA beschadigen.

Lineaire versneller produceren elektronen- en fotonenbundels. *Elektronenbundels* met 5-15 MeV dringen niet diep in het lichaam en worden dan ook gebruikt voor oppervlakkig gelegen tumoren. *Fotonenbundels* dringen veel dieper door in weefsel dan een elektronenbundel van dezelfde energie.

Zoals in paragraaf 1.3 genoemd vindt radiotherapie in Nederland in 21 instituten verdeeld over het land plaats. In de afgelopen jaren heeft een capaciteitsuitbreiding plaatsgevonden binnen deze 21 instituten (MinVWS, 2000)⁴, maar lang niet alle zorginstellingen beschikken over de nieuwste medisch technisch apparatuur.

Smits et al. (2002) hebben aangetoond dat het ontbreken van voorzieningen een grote drempel kan vormen bij patiënten. Ook voor medisch specialisten kan de keuze voor een bepaald radiotherapeutisch instituut afhankelijk zijn van de aan- of afwezigheid van de medisch apparatuur en de daaraan gekoppelde behandelingsmogelijkheden.

Kwaliteitskenmerken. De kwaliteit van een product of dienst geeft aan of men het product of de dienst goed of slecht vindt. Deze definitie is niet te vangen in objectieve maatstaven en begrippen, maar is een subjectief begrip dat in waarden verankerd ligt (Zouridis, 2002).

³Nationale Raad voor de Volksgezondheid

⁴Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aspecten voor de kwaliteit van de service worden gegeven door het SERVQUAL model van Parasuraman et al. (1988). Eén van de aspecten voor de service kwaliteit in het model is reliability oftewel betrouwbaarheid. Dit wordt door Zeithaml & Bitner (2003) gedefinieerd als de mogelijkheid om de beloofde service betrouwbaar en nauwkeurig te leveren. Vertaald naar het onderzoek naar de aspecten die medisch specialisten hanteren bij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut is de vraag in hoeverre de medisch specialisten hun keuze berusten op een zorginstelling die betrouwbaar en nauwkeurig zijn diensten levert. Een ander verwant criterium is responsiveness. Hierbij gaat het om de bereidheid om de klant te helpen en directe service te verlenen. Ook verwijzend specialisten zouden in hun keuze kunnen laten meewegen in hoeverre zij ervan overtuigd zijn dat de service prompt geleverd wordt.

Reputatie en imago. Een organisatie opereert niet in een vacuüm, maar is afhankelijk van diverse externe stakeholders zoals klanten, investeerders en het algemene publiek. Het beeld dat deze hebben wordt over het algemeen aangeduid met het begrip reputatie oftewel de globale totaalindruk (Riel, 2003). Een goede reputatie heeft een aantal belangrijke voordelen, zoals het krijgen van meer medewerking, makkelijker werknemers aantrekken en producten of diensten voor een hogere prijs te kunnen verkopen dan andere concurrenten met een minder goede reputatie (Jolly, 2001; Gray & Balmer, 1998). Het beeld dat externe stakeholders hebben van een organisatie wordt gevormd op basis van drie informatiebronnen, persoonlijke ervaringen, mond-tot-mond reclame en media (Jagt, 2004). Van deze drie bronnen hebben de persoonlijke ervaringen de voornaamste invloed op het beeld dat een persoon van een organisatie heeft, maar wanneer deze ontbreken, vindt de beeldvorming vaak plaats op basis van de overige twee informatiebronnen (Riel, 2003). Het begrip reputatie wordt nog wel eens verward met het begrip imago. Beide termen hebben namelijk betrekking op het beeld dat externe stakeholders hebben van een organisatie.

Gray & Balmer (1998) definiëren imago als het directe mentale beeld dat stakeholders hebben van de organisatie. Een imago kan zodoende dus worden opgevat als een associatie. Een reputatie is een totaaloordeel over, of de evaluatie van een organisatie. Een reputatie bestaat meestal uit een aantal aspecten op basis waarvan externe stakeholders de organisatie zullen beoordelen. Davies et al. (2001) stellen bovendien dat een reputatie, in tegenstelling tot een imago, grotendeels afhankelijk is van daadwerkelijke ervaringen van stakeholders met een organisatie. Een reputatie is echter ook deels afhankelijk van en kan versterkt worden door het imago dat stakeholders hebben van de organisatie (Gotsi & Wilson, 2001; Gray & Balmer, 1998). Concreet gaat dit aspect in op het oordeel dat de medisch specialisten van de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente hebben. Dit oordeel zal voornamelijk gebaseerd zijn op persoonlijke ervaring met de afdeling maar

kan ook gevormd worden door verhalen van patiënten of collega's.

Afstand en bereikbaarheid. De afstand en bereikbaarheid van de radiotherapeutische instelling zijn van invloed bij de keuze. Uit onderzoek van Smits et al. (2002) blijkt dat naast financiële belemmeringen, wachtlijsten, en het ontbreken van voorzieningen ook de geografische afstand een grote drempel kan vormen bij de patiënten tot de gezondheidsvoorzieningen.

Aangezien de patiënt voor een radiotherapeutische behandeling enkele maanden meerdere keren per week voor behandeling en consultatie moet komen zal dit waarschijnlijk van invloed zijn op de keuze van de medisch specialist voor een radiotherapeutisch instituut.

Empathie. Ook empathie komt voort uit het SERVQUAL model en is een van de vijf genoemde kwaliteitscriteria. Het beschrijft de mate van inlevingsvermogen van de organisatie (Zeithaml & Bitner, 2003). Empathie brengt de mate aan zorg en geïndividualiseerde aandacht die de organisatie aan de klanten verstrekt in kaart. In dit onderzoek wordt met empathie naar de mate aan inlevingsvermogen gekeken waarvan de verwijzers denken dat de zorginstelling deze verstrekt. Empathie is voor dit onderzoek van belang omdat medisch specialisten bij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut de mate aan empathie die aan de klant wordt verstrekt kunnen laten meewegen. Het kan immers zijn dat hoe meer de zorginstelling volgens dat medisch specialist ingaat en aandacht besteedt aan de patiënt hoe eerder hij voor de betreffende instelling kiest.

Wachttijden en wachtlijsten. Wachttijden vormen een belangrijke drempel voor de toegankelijkheid tot de zorgverlening (Smits et al., 2002). De NVRO⁵ hanteert hierom richtlijnen voor wachttijden. Hierin wordt die tijd aangegeven die tussen het moment waarop contact wordt opgenomen voor het maken van een afspraak en het moment waarop de patiënt daadwerkelijk op spreekuur bij een radiotherapeut terecht kan. Onderstaand tabel geeft weer welk percent van de patiënten dat binnen een bepaalde periode bestraald moet worden.

Tabel 2.1: wachttijden, richtlijn NVRO (NVRO, 2000)

	≤1 Dag	≤7 Dagen	≤10 Dagen	≤21 Dagen	≤28 Dagen
acuut	100%				
subacuut		80%	100%		
overig				80%	100%

Het Medisch Spectrum Twente publiceert daarnaast regelmatig op de website van het ziekenhuis de verwachte toegangstijden voor de poliklinieken (MST, 2007).

⁵Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie

Die eigenlijke wachttijden, die tijden waarop de patiënt op de afdeling zelf zit te wachten kan de medisch specialist niet inzien, echter zal hij hierdoor via referenten op de hoogte worden gebracht.

2.4 Het onderzoeksmodel

In de voorafgaande paragrafen zijn de in de literatuur genoemde beoordelingsaspecten besproken op grond waarvan een medisch specialist zijn keuze voor een radiotherapeutisch instituut zal maken. Deze aspecten kunnen nu op het rationele keuzemodel uit paragraaf 2.2 worden toegepast nadat de beperkingen uit de rationele keuzetheorie nader zijn gedefinieerd.

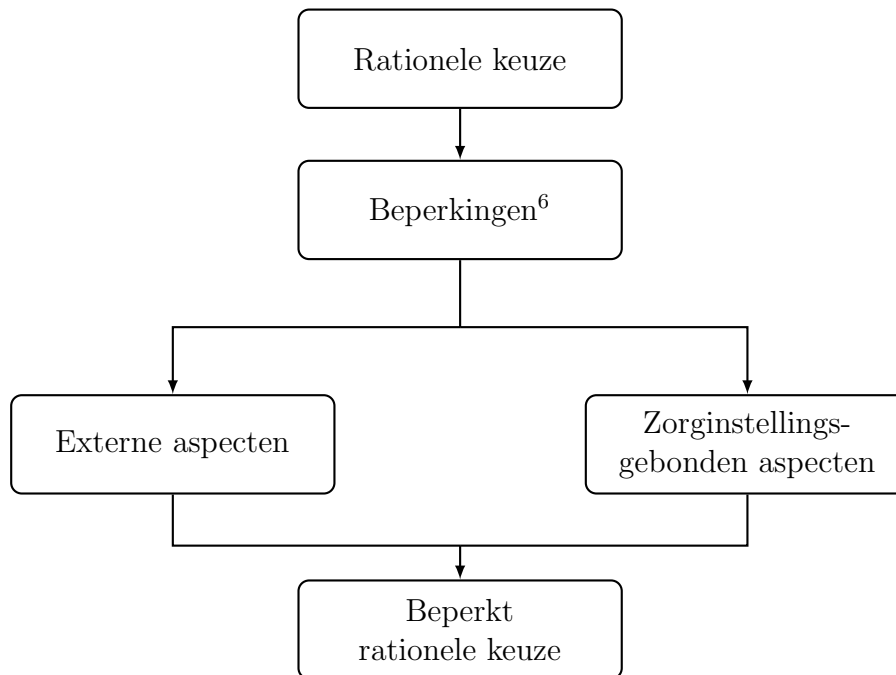
Wanneer deze beperking, die geformuleerd was als *een beperkte beschikbaarheid van de hoeveelheid informatie over verschillende handelingsopties/handelingsalternatieven* toegepast wordt op het specifieke keuzeproces van medisch specialisten in de gezondheidszorg leidt dit tot een nauwkeurigere formulering van deze beperking. De beschikbare informatie waarop verwijzend specialisten hun keuze berusten is vrijwel nooit volledig. Dit komt doordat informatie over aspecten (nog) niet beschikbaar is, omdat de verwijzend specialist teveel moeite moet doen om volledig geïnformeerd te zijn, omdat de specialist niet in staat is de volledige informatie te verwerken of omdat informatie niet te achterhalen of te complex van karakter is. Het eindresultaat is dus ook in deze situatie naar analogie van de redeneermethode uit hoofdstuk 2.2 een beperkt rationele keuze. De beperkingen die de verwijzend specialist ondervindt kunnen in het kader van de gezondheidszorg worden beschreven als *de beschikbare hoeveelheid informatie over aspecten die voor de verwijzend specialist belangrijk zijn bij het maken van een keuze voor een radiotherapeutisch instituut*.

Om een antwoord te krijgen op de vraag of het keuzeproces voor een radiotherapeutische instelling als rationeel keuzeproces getypeerd kan worden moet het descriptief model van de elementen over de beperkt rationele keuze vervolgens worden uitgebreid met de aspecten die in paragraaf 2.3.1 en 2.3.2 zijn beschreven. Deze uitbreiding zal leiden tot het model dat in Figuur 2.2 wordt gepresenteerd.

In Tabel 2.2 worden de beschreven beoordelingsaspecten op een rijtje gezet, deze worden vervolgens gebruikt om het model van de rationele keuze verder in te vullen.

De twee interveniërende concepten van het vorige model (Figuur 2.1), namelijk *eerdere ervaringen* en *adviezen van anderen* vallen in het nieuwe model (Figuur 2.2) onder het zorginstellingsgebonden aspect *reputatie, imago*. Zoals in hoofdstuk 2.3 aangegeven zal het oordeel over de afdeling radiotherapie mede gebaseerd zijn op persoonlijke ervaringen en verhalen van referenten.

Hiermee is de systematische opbouw van het onderzoeksmodel compleet. Met als basis de rationele keuzetheorie wordt er in het model vanuit gegaan dat men in de gezondheidszorg niet kan beschikken over volledige informatie. Daar komt nog



Figuur 2.2: Descriptief model van beperkt rationele keuze toegepast op dit onderzoek, gebaseerd op Simon (1957)

bij dat de informatie die wél beschikbaar is zeer complex is. De verwijzende specialist die een keuze moet maken voor een radiotherapeutisch instituut zal daarom proberen om alle voor hem relevante informatie met betrekking tot die keuze te achterhalen. Daarbij gaat het om informatie ten aanzien van een groot aantal aspecten die onderverdeeld worden in aspecten die te maken hebben met de zorginstelling, aspecten die te maken hebben met de behandeling en externe aspecten die samen leiden tot een beperkte rationele keuze voor een radiotherapeutische zorginstelling. Samen met de voorlopige hoofdvraag, het literatuuronderzoek en het daarop gebaseerde model kunnen in hoofdstuk 2.5 de onderzoeksvragen worden geformuleerd.

⁶De beschikbare hoeveelheid informatie over aspecten die voor medisch specialisten relevant zijn bij het maken van de keuze voor een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut.

Tabel 2.2: Overzicht van de aspecten in het keuzeproces bij medisch specialisten.

Externe aspecten
Invloed van de patiënt
Invloed van de verzekering
Opportunitetskosten
Contracten en werkafspraken met zorginstellingen
Zorginstellingsgebonden aspecten
Aanwezigheid medisch apparaatuur
Kwaliteit van de zorginstelling
Reputatie en imago van de zorginstelling
Afstand en bereikbaarheid
Empathie van de zorginstelling/tijdens een behandeling
Wachttijden en wachtlijsten

2.5 De onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de aspecten van de keuze van medisch specialisten voor een radiotherapeutisch instituut kan op basis van een schets van het probleemveld kan de probleemstelling nu als volgt worden geformuleerd:

Welke aspecten spelen, uitgaande van de rationele keuzetheorie, een rol bij de keuze van medisch specialisten voor een bepaald radiotherapeutisch instituut?

Om een gericht en onderbouwd beleidsplan voor de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente te kunnen maken in de toekomst, zal eerst bekend moeten worden in hoeverre de afdeling al voldoet aan de aspecten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen en de daaruit voortvloeiende criteria. Dit leidt tot de tweede onderzoeksvraag:

In hoeverre voldoet de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente aan de gevonden criteria?

Pas als op bovenstaande vraag een antwoord is gegeven, kunnen er gerichte aanbevelingen geformuleerd worden. De wijze waarop de onderzoeksvragen geoperationaliseerd worden, wordt in hoofdstuk 3 beschreven.

Hoofdstuk 3

Methode

In het vorige hoofdstuk is de aanleiding van het onderzoek besproken en zijn de onderzoeksvragen afgeleid. In dit hoofdstuk wordt besproken via welke methode antwoord is verkregen op de gestelde onderzoeksvragen. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 ingegaan op de gebruikte interviews. In paragraaf 3.1.2 wordt de pretest van de onderzoeksmiddelen beschreven. Vervolgens komt in paragraaf 3.2 de selectie van de respondenten en de procedure rond de afname aan de orde waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte toelichting van de verwerking van de meetgegevens in paragraaf 3.3.

3.1 Meetinstrumenten

De literatuurstudie in hoofdstuk 2 leverde weinig en grotendeels slecht toepasbare informatie op over de mogelijke aspecten die de keuze voor een bepaald radiotherapeutisch instituut kunnen beïnvloeden. Daarom ligt een beschrijvend onderzoek om de aspecten in kaart te brengen voor de hand. Met de op basis hiervan verkregen inzichten kan vervolgens een enquête worden samengesteld waarmee de gevonden criteria in een verdere stap kwantitatief beschreven kunnen worden.

Voor het bestuderen van systemen, betekenisgeving, beweegredenen, interpretaties en motieven die mensen hanteren lenen zich kwalitatieve studies bijzonder goed (Schwartz & Jacobs, 1979). Daarnaast zijn kwalitatieve methoden voldoende open en flexibel om onverwachte verbanden op het spoor te komen, hetgeen de validiteit ten goede komt. De kwantitatieve generalisatie is problematisch, al wordt hierbij soms aangetekend dat generalisatie van cases naar theoretische proposities in plaats van naar populaties wel degelijk mogelijk is (Silverman, 1993). Kwalitatieve methoden lenen zich bovendien goed voor onderzoeken en beter begrip voor fenomenen waarvan weinig bekend is. Ook bieden kwalitatieve methoden de mogelijkheid om nieuwe perspectieven en meer diepte-informatie te vergaren.

Samenvattend zijn kwalitatieve methoden dus geschikt in situaties waar de variabelen eerst nog geïdentificeerd moeten worden en later wellicht kwantitatief getest

kunnen worden (Strauss & Corbin, 1990). Dit is in dit onderzoek het geval en daarmee zijn de toegepaste kwalitatieve methoden uitermate geschikt.

Kwantitatieve methoden, zoals enquêtes, daarentegen zijn vooral geschikt om structurele en demografische trends in kaart te brengen maar geven minder inzicht in de persoonlijke beleving van specifieke individuen en in de achtergronden en mogelijke verklaringen daarvan (Downs & Adrian, 2004). In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van semi-gestructureerde diepte-interviews met medisch specialisten voor het bestuderen van motieven, ervaringen, betekenisgeving, gedragingen en interpretaties. Daarnaast zijn vooraf aan de gesprekken met de respondenten een aantal vragen gesteld om vooral demografische gegevens te verzamelen. Op basis van de resultaten van het kwalitatief onderzoek is een enquête opgesteld, die de afdeling radiotherapie aan het MST wil handhaven om de onderzoeksresultaten te kwantificeren, causale verbanden en mogelijke veranderingen vast te stellen.

Patton (1990) beschrijft drie verschillende types van kwalitatieve interviews. Ten eerste het informele, conversatieachtige interview, dan het gestandaardiseerde, open-ended interview en tot slot het semi-gestructureerde interview. Wanneer de vragen semi-gestructureerd zijn, zijn het interviewthema en bepaalde aspecten van tevoren vastgelegd. Toch hebben de respondenten de vrijheid om persoonlijke ervaringen en meningen te uiten. Tijdens het interview worden daarom zowel open als gesloten vragen gesteld. Met open vragen kunnen de achterliggende gedachten van de respondent worden gevonden, met gesloten vragen kunnen specifieke vragen in een vastgelegde structuur worden gesteld (Downs & Adrian, 2004). Bij individuele interviews kan diep en gedetailleerd op de persoonlijke ervaringen en meningen van de respondenten worden ingegaan

Het interviewschema dat tijdens het gesprek gehandhaafd wordt is een lijst met vragen of thema's die de interviewer aan bod wil laten komen tijdens het interview. Hoewel deze schema's samengesteld zijn om ervan zeker te zijn dat over het algemeen van elke respondent dezelfde informatie wordt verkregen is er geen vastgelegde respons, en in semi-gestructureerde interviews is de interviewer vrij om binnen de vooraf vastgelegde gebieden te polsen en te verkennen. Een interviewschema heeft bovendien het voordeel de beschikbare tijd effectief te benutten en meerdere concepten op een systematische en begrijpelijke manier te gebruiken. Ook helpen zij de focus te behouden tijdens een interview. Door het flexibele karakter van kwalitatieve onderzoeksmethoden kan het interviewschema aangepast worden en de nadruk leggen op bepaalde gebieden of van bijzonder belang. Ook is het mogelijk dat de onderzoeker vragen die hij als onproductief acht ten opzichte van de doelen van het onderzoek weg te laten (Lofland & Lofland, 1984).

3.1.1 Diepte-interviews met medisch specialisten

Om een goede indicatie van de aspecten te krijgen die een rol spelen bij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut zijn voor het samenstellen van de enquête

diepte-interviews met medisch specialisten uitgevoerd. Deze hebben verschillende achtergronden en zodoende kunnen ook de aspecten waarop hun verwijzing berust van elkaar verschillen.

De vraagstelling van het interview was semi-gestructureerd waardoor de respondenten hun mening kunnen onderbouwen en uitgebreid persoonlijke ervaringen besproken kunnen worden. De open vragen van het diepte-interview waren bedoeld om een beeld te krijgen van het referentiekader, kennis en houding over het onderwerp en het beeld ten opzichte van verwijzingen bij medisch specialisten. De open vragen werden gevolgd door gesloten vragen, zodat de lengte van de antwoorden beperkt bleef (Downs & Adrian, 2004). Het interviewschema, opgenomen in Bijlage A.3, was bedoeld als leidraad voor het gesprek en is niet vraag voor vraag gevolgd. Op deze manier kunnen belangrijke punten die tijdens het gesprek naar boven komen meegenomen worden. Tevens kunnen antwoorden verhelderd, herhaald en bevestigd worden. Deze manier staat in het verlengde van wat Kvale (1996) met *communication validity* en Denzin (2000) als *member checks* beschrijven, en de validiteit van de interviews bevordert.

De diepte-interviews hadden een tijdsduur van ongeveer 30 minuten waarbij altijd begonnen werd met een introductie waarin het doel en de opbouw uiteengezet werd.

Zoals in paragraaf 2.4 beschreven kunnen de verschillende constructen in twee groepen worden ingedeeld, de *externe aspecten* en de *zorginstellingsgebonden aspecten*. Deze indeling werd grotendeels ook tijdens de diepte-interviews aangehouden. In het vervolg zal de operationalisatie van de vragen besproken worden.

De inleidende vraag van het diepte-interview *Wat komt in u op als u aan radiotherapie aan het MST denkt?* was bedoeld om het gesprek te openen en tegelijkertijd een idee te krijgen van de associaties die de geïnterviewde met de afdeling radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente heeft. Om bij de respondent meer informatie te ontlokken is vervolgens gevraagd *waarom deze naar de afdeling radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente verwijst en of hij/zij ook naar andere radiotherapeutische klinieken verwijst*. Bij deze vragen hadden de respondenten de mogelijkheid om de voor hen belangrijke dingen die bij een verwijzing een rol spelen aan te geven. Gezien de openheid van de vragen zijn hier uiteenlopende antwoorden mogelijk die verschillende constructen kunnen ondersteunen. Mogelijk zijn zowel redenen voor een verwijzing in het algemeen als ook specifieke redenen voor een verwijzing naar de afdeling radiotherapie aan het MST. Tevens kunnen de associaties van de respondenten een idee geven van het imago van de zorginstelling. Ook hebben de medisch specialisten de mogelijkheid ervaringen die zij hebben opgedaan aan te dragen wat een indicatie kan geven voor de reputatie van de radiotherapie aan het MST.

Na de inleidende vragen werd vanaf vraag vier de in hoofdstuk 2.3 geïdentificeerde aspecten één voor één behandeld. Bij elke vraag wordt door de subvragen *Waarom wel/niet* en *hoe* dieper op de antwoorden van de respondent ingegaan om zo de achterliggende redenen te achterhalen. Elk interview wordt met een open

vraag afgesloten waarbij de respondent de mogelijkheid heeft nog iets toe toevoegen. Deze afsluitende vraag is gesteld om de respondent de mogelijkheid te geven dingen nader uit te leggen op aspecten naar voren te brengen die voorheen niet aan de orde zijn gekomen.

Hieronder zullen de twee groepen *externe aspecten* en *zorginstellingsgebonden aspecten* met de bijhorende vragen kort worden besproken. Het gehele interview-schema is tevens na te lezen in bijlage A.3. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de operationalisering van de concepten.

Tabel 3.1: Operationalisering concepten

Vraag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Externe aspecten												
Invloed v.d. patiënt		x	x	x								
Invloed v.d. verzekering		x	x		x							
Opportuniteitskosten	x	x	x			x						
Contracten/werkafspraken	x	x	x				x					
Zorginstellingsgebonden aspecten												
Med. Apparatuur	x	x	x					x				
Kwaliteit	x	x	x						x			
Reputatie/Imago	x	x	x						x			
Afstand/bereikbaarheid	x	x	x							x		
Empathie	x	x	x								x	
Wachttijden	x	x	x									x

Externe aspecten. De externe aspecten bestaan uit het construct *invloed van de patiënt*, *invloed van de verzekering*, *opportuniteitskosten* en *contracten en werkafspraken met bepaalde zorginstellingen*. In de volgende paragrafen wordt de operationalisering van deze aspecten besproken.

Vraag vier, *Denkt u dat de patiënt invloed heeft op uw verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut*, gaat na of de verwijzend specialist van mening is dat de patiënt van invloed is bij de keuze naar een bepaalde radiotherapeutische zorginstelling. Hiermee wordt het construct *Invloed patiënt* in kaart gebracht.

Het construct *invloed verzekering* komt in vraag vijf naar voren: *Denkt u dat de zorgverzekering van de patiënt van invloed is op uw keuze*. Met deze vraag wordt nagegaan of de medisch specialist op de hoogte is van eventuele verschillen in de verzekeringsdekking en deze betreft bij de keuze tot een zorginstelling. Naarmate de dekking uitgebreider en specifiek is zal de medisch specialist wellicht kiezen voor een zorginstelling waarin alle onder de dekking vallende aspecten van zorg aanwezig zijn.

Tevens valt onder de groep externe aspecten het construct opportuniteitskosten. Met vraag zes *Denkt u dat de manier waarop correspondentie van de zorginstelling loopt invloed heeft op de keuze van het radiotherapeutisch instituut* is geprobeerd te achterhalen in hoeverre de kosten die de medisch specialisten bij het verwijzen naar de radiotherapie in Enschede ervaren een rol spelen. Dit kan het geval zijn wanneer de verwijzer bijvoorbeeld lang moet wachten op de correspondentie en verslaglegging vanuit de zorginstelling of het aanmelden van een patiënt een probleem wordt.

Vraag zeven gaat na of de geïnterviewde van mening is dat *contracten en werkafspraken met bepaalde zorginstellingen van invloed kunnen zijn op de keuze van een medisch specialist tot een bepaalde radiotherapeutische instelling*. Dit zou het geval kunnen zijn wanneer de medisch specialist gebonden is aan contracten met ziekenhuizen of zorgverzekeraars

Zorginstellingsgebonden aspecten. De zorginstellingsgebonden aspecten omvatten drie constructen: De *aan- of afwezigheid van medisch apparatuur* in de radiotherapeutische instelling, de *kwaliteit*, en de *reputatie en imago* van dien. Verder komen de *afstand en bereikbaarheid* van de radiotherapeutische instelling, *empathie* van het personeel en de *wachttijden en wachtlijsten* ter sprake. In het vervolg van deze paragraaf zal worden beschreven hoe de vragen negen tot twaalf de bovenstaande constructen ondersteunen.

In vraag acht wordt gevraagd *in hoeverre de respondent denkt dat de aan- of afwezigheid van medisch apparatuur van invloed is op zijn/haar keuze tot een bepaalde radiotherapeutische instelling*. Indien een respondent grote waarde hecht aan de nieuwste bestralings- en behandelapparatuur, bijvoorbeeld met het oog op betere resultaten bij de patiënt na een behandeling, zou dit wellicht van invloed kunnen zijn bij de keuze tot een radiotherapeutisch instituut.

De volgende vraag (vraag negen) meet zowel het construct imago en reputatie als ook het construct kwaliteit. De vraag of de respondent denkt dat *het beeld dat hij/zij van de afdeling radiotherapie van het MST heeft, van invloed is op de keuze tot een zorginstelling* achterhaalt ten eerste de waargenomen kwaliteit die de respondent van de afdeling heeft. Omdat kwaliteit een subjectief begrip is dat in waarden verankerd ligt en de medisch specialist niet direct betrokken is bij de afdeling zal dit concept samenhangen met het beeld oftewel de globale totaalindruk die de respondent van de afdeling radiotherapie van het MST heeft, bij zijn beschrijving van kwaliteit betrekken. Deze reputatie zal voornamelijk gebaseerd zijn op ervaringen maar kan ook gevormd worden door verhalen van bijvoorbeeld patiënten of collega's. Het imago daarentegen is het directe mentale beeld, de associatie die medisch specialisten hebben met de afdeling radiotherapie van het MST, zie ook vraag 1.

Vraag tien van het diepte-interview gaat in op de afstand en bereikbaarheid van de radiotherapeutische instelling voor de patiënt. Immers kan de

geografische afstand een grote drempel vormen voor patiënten tot de gezondheidsvoorzieningen. Met de vraag *Houdt u bij een verwijzing in u achterhoofd hoe ver dit van de patiënt is, hoeveel reistijd het gaat kosten*, wordt gekeken in hoeverre de medisch specialist bij een verwijzing rekening houdt met de geografische afstand tussen de radiotherapeutische zorginstelling en de woonplaats van de patiënt en dit bij zijn keuze laat meewegen.

Vervolgens wordt aan de medisch specialist gevraagd (vraag elf) of deze bij een verwijzing ook *kijkt naar de manier waarop hij denkt dat de patiënt tijdens de behandeling door de artsen en paramedisch personeel behandeld zal worden*. Deze vraag gaat na in hoeverre de medisch specialist getoonde empathie door het personeel belangrijk acht.

Als laatste van de zorginstellingsgebonden aspecten wordt in vraag twaalf gevraagd of de medisch specialist *bij een verwijzing rekening houdt met eventuele wachttijden bij radiotherapeutische klinieken*. De wachttijd beschrijft het moment waarop de medisch specialist contact opneemt voor het maken van een afspraak en het moment waarop de patiënt daadwerkelijk op spreekuur bij een radiotherapeut terecht kan. Omdat er verschillen kunnen optreden tussen de wachttijden bij de verschillende zorginstellingen wordt door deze vraag achterhaald of de verwijzer de wachttijden bij de overweging naar een bepaald radiotherapeutisch instituut te verwijzen betreft.

Demografische gegevens. Aan elke respondent is vooraf aan het diepte-interview een standaardvragenlijst met in totaal zes vragen ten behoeve van kenmerken van de respondent voorgelegd. Deze vragen zijn te vinden in bijlage A.3. Deze methode is volgens Downs & Adrian (2004) vooral geschikt om structurele en demografische trends van de respondenten in kaart te brengen die na afloop met elkaar kunnen worden vergeleken.

Om de beschikbare interviewtijd zo goed mogelijk te benutten zijn de vragen voor begin van het interview mondeling afgenomen. Hierbij werd na een korte inleiding en instructie aan de respondent gevraagd zijn of haar geslacht en leeftijd aan te geven. Tevens werd aan de respondent gevraagd om hun medisch specialisme, naam en plaats van de zorginstelling aan te geven. Tot slot werd gevraagd hoe lang de respondent in zijn functie werkzaam is. Vervolgens is begonnen met het afnemen van het eigenlijke diepte-interview.

3.1.2 Pretest van het diepte-interview

Voordat het interview werd afgenomen bij de doelgroep, heeft het diepte-interview een pretest ondergaan, teneinde uit te zoeken of het interviewprotocol geschikt is voor de doelgroep. De belangrijkste resultaten zullen hieronder worden besproken.

De eerste versie van het diepte-interview is op twee manieren aan een pretest onderworpen. Ten eerste zijn experts van het Medisch Spectrum Twente en de

Universiteit Twente benaderd. De expert van het Medisch Spectrum Twente is een radiotherapeutische oncoloog die regelmatig met verwijzend specialisten in contact staat; de experts van de Universiteit Twente zijn onderzoekers en docenten van de faculteit gedragswetenschappen. De experts hebben het interview beoordeeld op formulering, volgorde en de relevantie van de vragen. Ook is gevraagd of er nog suggesties waren voor andere vragen. Uit de resultaten van deze pretest zijn voornamelijk suggesties naar voren gekomen die betrekking hadden op de formulering van de vragen, zoals aansluiting bij het taalgebruik en benadering van de doelgroep. Tevens is aangedragen de vraag *Kent u nog meer radiotherapeutische instellingen* achterwege te laten. Deze suggesties zijn opgenomen in het interviewschema of als alternatief, naast de al bestaande formulering, toegevoegd aan het interview, gericht op de mogelijkheid de vraag op verschillende manieren te stellen, in geval van onduidelijkheid bij de respondent. Er waren geen suggesties voor nieuwe vragen.

De tweede pretest is gedaan bij de doelgroep, de verwijzend specialisten. Het interview en de vragenlijst zijn eenmalig bij iemand van de doelgroep (man, verwijzend uroloog) afgenomen. Het voornaamste doel van deze pretest was het controleren van het verloop van het interview en de formulering van de vragen. Na deze pretest is duidelijk geworden dat de vragen duidelijk en logisch op elkaar volgen. Er bleek echter dat het concept 'Contracten en werkafspraken' niet duidelijk genoeg naar voren komt tijdens het interview. Daarom is besloten om hiervoor de vraag *Denkt u dat contracten en werkafspraken met bepaalde zorginstellingen van invloed kunnen zijn op u keuze?* toe te voegen. Tot slot is de tijdsduur van het interview aangepast, het interview bleek realiseerbaar te zijn binnen een half uur.

3.2 Procedure

Uit praktische overwegingen is ervoor gekozen om het onderzoek alleen op de regio Twente en Achterhoek te richten. Dit omdat de beschikbare tijd beperkt was en de voornaamste concurrenten van het Medisch Spectrum Twente in deze regio's gevestigd zijn (zie §1.2). Gezien de verschillende achtergronden en specialisaties van de respondenten kan toch een kwalitatief hoogwaardig beeld van de keuzeaspecten worden verkregen die medisch specialisten hanteren bij het verwijzen naar een bepaald radiotherapeutisch instituut.

Voor de afname van de diepte-interviews zijn met behulp van een radiotherapeutische oncoloog en de Geneeskundige Adresgids (Bohn Stafleu van Loghum, 2007) die specialisten in de klinische zorg geselecteerd, die in aanraking komen met oncologische patiënten en een indicatie voor radiotherapeutische bestraling geven. Deze specialisaties zijn chirurgie, interne geneeskunde, neurologie, urologie, longziekten en tenslotte keel-neus-oorheelkunde. In totaal zijn 28 medisch specialisten in de regio Twente en Achterhoek benaderd met een aankondigingsbrief van de medisch coördinator, afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente (zie bijlage A.1) en een brief van de onderzoeker met de uitleg van het onderzoek en de

vraag om hieraan te participeren (zie bijlage A.2). Uiteindelijk is bij 14 medisch specialisten een diepte-interview inclusief gegevens over de respondent afgenomen. Deze zijn werkzaam in het Medisch Spectrum Twente, het Streektziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk, de Twenteborg in Almelo en het Streektziekenhuis Midden-Twente in Hengelo.

De interviews zijn afgenomen in de kantoorruimte van de medisch specialisten tijdens de werkuren van de respondenten. Zij hebben zich vrijwillig bereid verklaard om aan het onderzoek deel te nemen en hebben hiervoor geen vergoeding ontvangen. De gemiddelde duur van het interview was 25.4 minuten met een minimum van 11.2 minuten en een maximum van 45 minuten. Alle interviews zijn door dezelfde interviewer, de auteur van dit rapport, afgenomen. De diepte-interviews zijn opgenomen op audio-tape waar van tevoren toestemming voor is gevraagd. Hiermee volgt de onderzoeker de adviezen van Patton (1990) die de aanwezigheid van een tape-recorder als onmisbaar tijdens een interview acht. Ondanks het door Lincoln & Guba (1985) aangegeven nadeel van opdringerigheid door de aanwezigheid van een tape-recorder en het gevaar op technische disfunctie hebben opnames het grote voordeel dat de aandacht van de interviewer geheel naar het gesprek gaat en de data uit het interview toch woordgetrouw beschikbaar is.

3.3 Verwerking van de meetgegevens

De diepte-interviews zijn opgenomen op tape en achteraf uitgetypt. Deze zijn te vinden in bijlage B. Op basis van deze transcripties kon vervolgens begonnen worden met het labelen en analyseren.

Uit de stukken tekst zijn door middel van inhoudsanalyse de relevante delen voor de onderzoeksvragen geselecteerd en vervolgens gelabeld naar construct. Het gebruikte codeerschema is terug te vinden in Tabel 3.2. Daarna zijn binnen elk item de antwoorden geïnventariseerd, gegroepeerd en geanalyseerd met een frequentietabel. Vervolgens zijn de verschillende zorginstellingen met elkaar vergeleken. Dit staat in verlengde van Patton (1990) waar de dataverwerking en data-analyse bij kwalitatief onderzoek uit het creëren van een grote hoeveelheid data bestaat, die vervolgens gereduceerd en waarin patronen geïdentificeerd worden. De gegevens over de respondenten die vooraf aan de gesprekken zijn afgenomen, zijn met een statistisch programma verwerkt en geanalyseerd. Er zijn frequentietabellen gemaakt van geslacht, specialisme en zorginstelling. Daarnaast zijn de gemiddelde scores van leeftijd en aanstellingsduur berekend.

Tabel 3.2: Codeerschema.

Externe aspecten
<i>Invloed van de patiënt</i>
voorkeur patiënt voor ander instituut
woonplaats familie van de patiënt dicht bij een ander instituut
<i>Invloed van de verzekering</i>
instituut/ behandeling niet gecontracteerd door de verzekering
<i>Opportuniteitskosten</i>
presentie/ bereikbaarheid van de radiotherapeuten/ oncologen
correspondentie/ verslaglegging met het instituut
verwijzen/ aanmelden naar het instituut
nazorg van de patiënt
<i>Werkafspraken, contracten met zorginstellingen</i>
contracten/ werkafspraken met radiotherapeutische zorginstellingen
Zorginstellingsgebonden aspecten
<i>Aanwezigheid medisch apparatuur</i>
beschikbaarheid nieuwste medisch technisch apparatuur
<i>Kwaliteit</i>
belofde service betrouwbaar en nauwkeurig geleverd (betrouwbaarheid)
directe serviceverlening (responsiveness)
<i>Reputatie, imago</i>
globale totaalindruk van de zorginstelling (reputatie)
directe mentale beeld van de zorginstelling (imago)
<i>Afstand, bereikbaarheid</i>
geografische afstand tot de zorginstelling
bereikbaarheid van de zorginstelling
<i>Empathie</i>
mate aan inlevingsvermogen, zorg en geïndividualiseerde aandacht
<i>Wachttijden, wachtlijsten</i>
tijd die de patiënt in de wachtruimte toebrengt (wachttijd)
tijd tussen verwijzing en oproep (wachtlijst)

Hoofdstuk 4

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van het onderzoek naar de aspecten die medisch specialisten hanteren voor de verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut (zie ook §2.3). Er zijn 14 interviews gehouden bij een selectie van de doelgroep: chirurgen, internisten, neurologen, urologen, gynaecologen, longartsen en KNO-artsen. Deze specialismen komen in aanraking met oncologische patiënten met een indicatie voor radiotherapeutische behandeling.

De interviews zijn afgenomen met medisch specialisten werkend bij vier verschillende ziekenhuizen in Twente en Achterhoek afgenomen, namelijk het Medisch Spectrum Twente¹ in Enschede, het Streekziekenhuis Midden Twente² in Hengelo, het Streekziekenhuis Koningin Beatrix³ in Winterswijk en de Twenteborg in Almelo bij het beschrijven van de resultaten meegenomen.

De respondenten zijn medisch specialisten in de geselecteerde specialisaties (zie ook §3.2). Tabel 4.1 geeft de verdeling van de specialismen onder de ziekenhuizen weer. Onder de respondenten zijn elf mannen en drie vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 50,7 jaar. De respondenten zijn gemiddeld 14,7 jaar werkzaam in hun positie. De gemiddelde interviewduur is 25 minuten.

4.1 Externe aspecten

In het vervolg worden de resultaten van de *externe aspecten* uit paragraaf 2.3 na elkaar besproken en de uitspraken van de respondenten weergegeven. Eerst wordt ingegaan op de invloed van de patiënt, vervolgens op de invloed van de zorgverzekering en tot slot op de invloed van contracten en werkafspraken bij de keuze tot een radiotherapeutisch instituut.

Invloed van de patiënt. Uit de diepte-interviews is naar voren gekomen dat de medisch specialisten ingaan op vragen van de patiënt en ook aan voorstellen

¹voortaan aangeduid met MST

²voortaan aangeduid met SMT

³voortaan aangeduid met SKB

Tabel 4.1: Verdeling respondenten

Functie	MST	SKB	SMT	Twenteborg	Totaal
Chirurgie	2	1	1		4
Interne Geneeskunde		1	1	1	3
Urologie	1	1	1		3
Gynaecologie				1	1
Neurologie		1			1
Longziekten				1	1
KNO	1				1
Totaal	4	4	3	3	14

van de patiënt mee willen werken. Hoewel de respondenten aangaven in principe één referentieinstelling te hebben zijn ze over het algemeen bereid met de patiënt te overleggen mits men het gevoel heeft dat het voorstel reëel is en gegronde redenen heeft. Als gegronde redenen worden kortere reistijden bij een verwijzing naar een ander instituut of de woonsituatie gezien.

“Als de patiënt zou komen met een verzoek vanwege rijtechnisch of wonen of wat dan ook heb ik daar geen bezwaar tegen.” (B.4, MST)

“Soms komt het een enkele keer voor dat er iemand liever in Bocholt of in Arnhem behandeld zou willen worden. Het is moeilijk om dan te overleggen in die zin want wij hebben toch die vaste relatie en die houden wij gewoon heel hard aan, maar als het echt een probleem is om welke redenen dan ook dan kan het wel dat wij bijvoorbeeld met Arnhem contact zoeken maar dat is een zeldzaamheid.” (B.5, SKB)

Invloed van de verzekering. Uit de interviews blijkt dat de verzekering van de patiënt op het moment van het onderzoek door de verwijzers als niet van invloed werd geacht. Wel werd aangegeven dat men ervan uitgaat dat dit in de toekomst een grotere rol zal gaan spelen. In dit kader kwam naar voren dat de medisch specialist zich in zijn vrijheid tot artskeuze beperkt ziet. Dit ervaren de ondervraagde medisch specialisten als een negatieve ontwikkeling.

“De zorgverzekering heeft daarmee niets te maken, zij moeten gewoon betalen.” (B.13, Twenteborg)

“Ik heb er nog niet van gehoord maar in de toekomst zal dat wel komen.” (B.1, MST)

“De zorgverzekering dient niet van invloed te zijn op de vrijheid van artskeuze. Ik vind dat ook een zeer slechte ontwikkeling, maar het gebeurt wel omdat men heel graag geld wil verdienen als zorgverzekering. Ik heb als doel om patiënten te genezen en denk niet aan winst maken.” (B.6, SKB)

Opportunitetskosten. In de interviews is een algemene trend aanwezig wat de presentie van de radiotherapeuten oftewel het directe persoonlijk contact met medisch specialisten betreft. Dit blijkt een belangrijke factor bij een verwijzing. In de interviews komt naar voren dat het directe contact met de radiotherapeuten van het MST in de multidisciplinaire en oncologiebesprekingen als prettig wordt ervaren. Verwijzend specialisten vinden het goed om te weten wie als persoon aan de andere kant zit. Een bekend gezicht, zo blijkt, maakt het makkelijker om naar het betreffende radiotherapeutisch instituut te verwijzen.

“Dat je dus ook de mensen kent waarmee je te maken hebt, als je daar een kop bij hebt, dat is van belang. Dat maakt het makkelijker om de drempel te overschrijden om te verwijzen.” (B.1, MST)

“Het spreekuur en dat hier multidisciplinaire bijeenkomsten zijn waar patiënten worden besproken [hebben een] duidelijke meerwaarde. Dus als wij naar een collega in Bocholt of Arnhem verwijzen heeft het een mindere inhoud omdat die collega’s niet bij de multidisciplinaire besprekingen aanwezig zijn. Het zijn altijd contacten die op afstand via telefoon plaatsvinden. Dit is natuurlijk kwalitatief minder.” (B.5, SKB)

Wel blijkt dat het merendeel van de respondenten alleen die radiotherapeuten van het MST van gezicht kent, die als consultant komen en verder weinig kennis hebben van de radiotherapeuten uit Enschede die niet aan de besprekingen deelnemen of de spreekuren verzorgen. Dit, zo blijkt, zouden de respondenten graag verbeterd zien.

“Dat komt omdat we de artsen daar zelden of nooit zien. We hebben alleen telefonisch contact. Alleen diegenen die hier als consultant komen kennen we van gezicht.” (B.7, SKB)

“Ik ken de mensen daar ook, twee komen ook regelmatig langs hier. Dat zou beter kunnen, maar we bellen ook veel.” (B.8, SMT)

Tevens blijkt uit de interviews dat de medisch specialisten de correspondentie naar de verwijzers vanuit de afdeling radiotherapie van het MST als niet direct van invloed op de keuze van een radiotherapeutisch instituut achten. Wel

blijkt het prettig te worden gevonden als deze op orde is. Dit, zo gaven de respondenten aan is op de afdeling radiotherapie aan het MST bij een aantal punten echter niet het geval.

In de interviews kwam naar voren dat een aantal medisch specialisten het idee hebben dat de interne communicatie tussen de radiotherapeuten niet altijd goed verloopt. Deze perceptie van de medisch specialisten valt te verklaren doordat op grond van nieuwe onderzoeken bij de patiënt van de voorgestelde behandeling wordt afgeweken en dit in onvoldoende mate wordt gecorrespondeerd met de betreffende verwijzer.

“Het is ook van belang dat er een uniform beleid is. Radiotherapeut A zegt in een bespreking dat de patiënt deze en deze behandeling moet krijgen. Vervolgens komt de patiënt bij radiotherapeut B die het dan moet uitvoeren en die zegt dan eigenlijk ben ik het er niet mee eens. Dat komt nog net iets te vaak voor. Dus ik denk dat men binnenskamers meer moet afstemmen op elkaar. Meer moet protocolleren. Niet alles is slecht, maar het kan beter.” (B.6, SMT)

Tevens kwam naar voren dat de verwijzers onduidelijkheden ondervinden over wat er met de patiënt gebeurt na een verwijzing. Dit hangt samen met het aantal correspondentiemomenten vanuit de radiotherapie. Op dit moment wordt op twee momenten met de verwijzer schriftelijk contact opgenomen. Allereerst wordt op de dag van de eerste bestraling die de patiënt ondergaat aan de medisch specialist meegedeeld dat zijn patiënt in behandeling is genomen. Ten tweede krijgt deze na het einde van de gehele behandeling een verslag waarin alle relevante dingen vanaf het begin van het eerste gesprek worden beschreven. Tussen het moment waarop de verwijzer de patiënt aanmeldt en de eerste behandeling kunnen meerdere weken liggen. Zodoende duurt het vaak enkele maanden voordat de verwijzer op de hoogte is van het verloop hetgeen de verwijzers als traag ervaren.

“Als ik iemand aanmeld dan verlies ik hem uit het zicht. De patiënt krijgt de oproep thuis, maar ik weet van niets. [...] Ik zou het heel fijn vinden als ik nu bel dat ik dan te horen krijg ze komen dan en dan bij die en die. Ik zou het fijn vinden om te weten wanneer mijn patiënten aan de beurt zijn.” (B.11, SKB)

“Nu is dat het meerdere weken duurt voordat er bericht is wat voor bestraling een patiënt heeft gehad.” (B.6, SMT)

Tijdens de interviews kwam niet naar voren in hoeverre brochures, flyers en ander informatiemateriaal van invloed zijn bij een verwijzing. Dit valt te verklaren door de afwezigheid van soortgelijke informatie vanuit de afdeling

radiotherapie aan het MST naar de respondenten. Wel blijkt uit de interviews dat medisch specialisten het als prettig te ervaren wanneer zij dit van andere instituten ontvangen, bijvoorbeeld wanneer de verwijzer de verstrekte informatie op een open dag gemist heeft.

“Ze [RISO] zijn wel slim want hier wordt nogmaals voor de mensen die daar niet zijn geweest nog eens uitgelegd dat ze de modernste therapie in huis hebben. Daar moet je als concurrent eigenlijk hetzelfde tegenoverzetten.” (B.1, MST)

De manier waarop de aanmelding van een patiënt bij de verwijzers wordt ervaren blijkt van invloed op een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. Zo blijkt dat verwijzers hun patiënten eerder bij een instituut aanmelden waarvan zij van mening zijn dat het aanmelden soepel verloopt.

Verder komt naar voren dat medisch specialisten verschillende manieren van aanmelden van de patiënt voor radiotherapie aan het MST hebben. Zo melden de meeste specialisten hun patiënten telefonisch aan, bij het secretariaat terwijl anderen een bericht aan de radiotherapeut meegeven. Het aanmelden wordt voornamelijk door medisch specialisten van andere ziekenhuizen dan het MST als omslachtig gezien en verloopt niet tot tevredenheid van de ondervraagde specialisten. Dit komt voort uit de onduidelijke aanmeldprocedure en het gebrek aan correspondentie naar de verwijzer op het moment dat de patiënt is aangemeld.

“Ik bedoel het gaat altijd goed, maar de ene keer moet je een brief schrijven en als je wilt bellen dan willen ze eerst de foto's enz. maar dan weet je niet of het dan ook geregeld is. Dan zijn er die keren waar je niks hoeft te doen, dan wordt de patiënt zomaar opgeroepen maar moet je daarna toch nog foto's opsturen. Wij doen altijd ons best om snel de brieven door te sturen maar ik weet niet of het dan klaar is of of je dan nog moet bellen.” (B.14, Twenteborg)

De nazorg van de patiënten wordt in follow-up schema's vastgelegd. Afhankelijk van leeftijd en aandoening verschilt het aantal en de duur van de nazorg. Door afspraken met andere zorginstellingen worden de follow-up schemata geregeld. Afwisselend worden de patiënten voor nacontrole in het behandelende radiotherapeutisch instituut en het verwijzend instituut gevraagd. Goed onderling afstemmen is hier van uiterst belang. Een slecht georganiseerd follow-up beleid kan op lange termijn zelfs invloed hebben op de bereidheid om te verwijzen. Zodoende is het van belang hier zicht op te houden. Uit de interviews blijkt dat de respondenten veel tijd en moeite moeten doen om afspraken in goede banen te leiden wanneer er niet duidelijk gecommuniceerd wordt.

“Ja, met grote regelmaat kom ik patiënten tegen die bijvoorbeeld na een half jaar bij mij komen na behandeling en die een maand later een afspraak met de radiotherapeut hebben.[...] Beetje zinloos. Dan hebben ze elf maanden niks en vervolgens weer bij mij en een maand later bij de radiotherapeut terwijl het logischer zou zijn om de zes maanden een afspraak te plannen.” (B.5, SKB)

In een deel van de onderzochte ziekenhuizen is het gehanteerde follow-up beleid niet eenduidig, de meeste respondenten beschreven dit als onpraktisch. Respondenten vanuit het MST zelf zijn over de nazorg van de patiënten wel tevreden. Dit valt te verklaren door de korte lijnen binnen één en hetzelfde ziekenhuis waardoor afspraken makkelijker op elkaar kunnen worden afgestemd. Opvallend is, dat het MST (Enschede) en SMT (Hengelo) geen hinder ondervonden terwijl de respondenten uit de ziekenhuizen in Winterswijk (SKB) en Almelo (Twenteborg) hierover wel ontevreden waren. Hier werd het nut van de nacontroles in Enschede in vraag gesteld en de suggestie gedaan om patiënten die door deze ziekenhuizen worden verwezen ook alleen daar te laten komen voor de nacontroles.

Contracten en werkafspraken. Uit de interviews blijkt dat zorginstellingen contracten in de vorm van werkafspraken of overeenkomsten voor verwijzingen onder elkaar hanteren. Hoewel de medisch specialisten niet gebonden zijn aan de afspraken, blijkt dat deze over het algemeen aangehouden worden, mede omdat hierin ook voordelen worden gezien. Dientengevolge kan een radiotherapeutische zorginstelling die afspraken heeft met andere instituten heeft zich vrijwel zeker zijn van een blijvende stroom van aanmeldingen.

Ondanks zulke afspraken, zo blijkt uit het onderzoek, stellen de medisch specialisten het op prijs om een vrije keuze te hebben. Dientengevolge is het aan te raden om te bevorderen dat de verwijzers naar het betreffende instituut verwijzen omdat zij dat zelf willen en niet omdat zij via contracten hieraan gebonden zijn.

“Ja, want kijkt er zijn afspraken gemaakt in de regio. De radiotherapie gaat naar Enschede, de bacteriologie gaat naar Enschede, kleine kindjes gaan naar Zwolle. Er zijn gewoon afspraken gemaakt hoe de organisatie werkt en dan is het prettig dat het zo goed werkt ook.” (B.12, Twenteborg)

“Ik vind het prima als er werkafspraken zijn als je maar een andere behandeling die nodig is ook kunt geven.” (B.11, SKB)

Tevens blijkt uit het onderzoek dat zich extreme verschillen voordoen tussen de benaderde ziekenhuizen met betrekking tot werkafspraken met het MST.

Medisch specialisten van het MST hebben het gevoel een zorginstelling zelf te kunnen kiezen maar verwijzen vooral naar het MST omdat zij geen reden zien naar elders te verwijzen of omdat men zich verplicht voelt om binnenshuis te verwijzen. Medisch specialisten van het SMT, SKB en Twenteborg, zo blijkt, verwijzen naar het MST omdat het verwijspatroon vastligt. Deze wordt van boven opgelegd en door de verwijzers min of meer bindend gezien ondanks eventuele ontevredenheid met het verwijzend instituut. Daarom kan geconcludeerd worden dat zonder deze werkafspraken of verwijsovereenkomsten een groot aantal verwijzingen weg zouden vallen.

“Destijds is dit ziekenhuis ontstaan als een fusieziekenhuis en daarbij zijn door de directie afspraken gemaakt met het ziekenhuis in Enschede. Dat Enschede een verwijzingsinstituut zou worden en zich meer met de eerstelijnszorg zou bezig houden in deze regio. Die afspraken liggen zo en wij zijn gehoorzame mensen.” (B.5, SKB)

4.2 Zorginstellingsgebonden aspecten

In de resultaten over de *zorginstellingsgebonden aspecten* worden onder andere de aanwezigheid van medisch apparatuur, de kwaliteit van de afdeling radiotherapie aan het Medisch Spectrum Twente en de reputatie en imago van dien behandeld. Verder worden de resultaten van de constructen afstand en bereikbaarheid, empathie en tot slot wachttijden en wachtlijsten besproken.

Aanwezigheid medisch apparatuur. Uit het onderzoek blijkt dat het merendeel van de medisch specialisten bij een verwijzing de aanwezigheid van medisch apparatuur of behandelingsmogelijkheden betreft. Hoewel werkafspraken en persoonlijke contacten met een instituut een rol spelen bij een verwijzing wordt er ook op gelet of de juiste apparatuur voorhanden is. De respondenten gaven aan door onderlinge gesprekken met oncologen te weten te komen welke apparatuur bij welk instituut aanwezig is. Verder blijkt dat wanneer in andere instituten modernere of betere apparatuur aanwezig is, de verwijzer overweegt om daarheen te verwijzen.

“Dat ze in Enschede geen stereotactische bestraling⁴ doen is een gemis. Daar moeten we de mensen naar elders verwijzen.” (B.7, SKB)

Uit het onderzoek blijkt verder dat een deel van de respondenten niet voldoende zicht heeft op de behandelingsmogelijkheden die de radiotherapeutische afdeling van het MST biedt. Vervolgens is men is zich dus niet bewust

⁴Stereotactische radiochirurgie is een enkele fractie radiotherapie waarbij een enkele, hoge dosis wordt gegeven.

welke behandelingsopties voor de verschillende soorten kanker het MST biedt. In deze situatie vertrouwen de verwijzers erop dat het MST, indien de juiste behandeling op de eigen locatie niet mogelijk is naar een ander instituut verwijzen.

“Als een behandeling in Enschede niet mogelijk is bijvoorbeeld bestraling met hyperthermie⁵, dan wordt het ook vanuit Enschede geregeld en dat is ook wel prettig want dan hoef ik zelf niet met andere ziekenhuizen in overleg daarmee te gaan.” (B.14, Twenteborg)

“Als er iets anders moet gebeuren dan de gewone standaardtherapie die hier niet kan dan weet ik dat Enschede verwijst naar Rotterdam bijvoorbeeld als er bepaalde dingen moeten gebeuren. Ik heb geen inzicht van wat er wel of niet zou kunnen of wat anders de mogelijkheden zijn.” (B.12, Twenteborg)

Kwaliteit. Uit het onderzoek kwam naar voren dat zowel de responsiveness oftewel de bereidheid van de zorginstelling de verwijzer te helpen en een directe service te verlenen als ook de mogelijkheid van de zorginstelling om de beloofde service betrouwbaar en nauwkeurig te leveren (reliability) van grote invloed zijn bij een verwijzing.

Een goede service, zo blijkt uit de interviews wordt door de verwijzers ervaren bij een zorginstelling, die in staat is snel te kunnen reageren op spoedpatiënten en tevens de verslaglegging snel afhandelt. Hierbij kwam naar voren dat verwijzers de snelheid van de verslaglegging van de afdeling radiotherapie van het MST evenals de mogelijkheid spoedpatiënten snel en probleemloos op te nemen bekritisieren. Dit betekent een afbreuk aan de kwaliteit.

“Als je belt dan zeggen ze vaak van we gaan kijken of de patiënt volgende week een keer in kunnen plannen. Als ik nu bel, want ze plannen op vrijdag, dan kan hij volgende week niet terecht. Dus als ik vandaag iemand heb ik die ik volgende week wil laten bestralen, dan weet ik dat en verwijs ik hem naar Deventer want dan hoef ik niet zoveel dingen te regelen. Ik kijk natuurlijk ook naar mijn eigen gemak.” (B.10, SKB)

“Wij moeten altijd keurig netjes en snel aanleveren als wij iemand willen laten bestralen. Het moet allemaal op papier en alles maar als ik nou zeg dat ze snel met hun verslaglegging zijn, nee.” (B.14, Twenteborg)

⁵Het inbrengen van gesloten radioactieve bronnen van γ -straling dichtbij of in de tumor.

In het kader van de betrouwbaarheid van een zorginstelling, zo blijkt, baseren medisch specialisten hun verwijzing vooral op fouten die in de zorginstelling gebeuren en daarnaast op het algemene functioneren van de afdeling. Wat de afdeling radiotherapie van het MST betreft, zo blijkt, hebben medisch specialisten de indruk met een goed functionerende afdeling samen te werken waar fouten zeldzaam zijn. Over het algemeen kwam naar voren dat medisch specialisten van mening zijn dat de afdeling radiotherapie van het MST de verwachtingen van een goed radiotherapeutisch instituut waarmaakt.

“Ik verwijs sinds dat ik hier werk alleen naar Enschede. Omdat ze dichtbij zijn en omdat ze de verwachtingen halen van een goed radiotherapeutisch instituut.” (B.8, SMT)

“Ten eerste zijn er in Nederland niet veel afdelingen radiotherapie dus je krijgt redelijk snel of het een goed functionerende afdeling is of niet en er kunnen heus wel onderdelen zijn die soms wat beter en soms wat slechter functioneren” (B.4, MST)

Reputatie en Imago. De reputatie van een radiotherapeutische zorginstelling, de globale totaalindruk die medisch specialisten ervan hebben, lijkt van belang bij een verwijzing. Een reputatie is voornamelijk gebaseerd op persoonlijke ervaring met de zorginstelling, maar kan ook gevormd worden door verhalen van referenten. In de interviews kwam naar voren dat medisch specialisten de indruk hebben met een kwalitatief goede zorginstelling samen te werken. Ook blijkt dat verhalen van collega's en patiënten van invloed kunnen zijn op de verwijzing van een medisch specialist naar een bepaald instituut.

“[...] In de periode die ik hier nu zit, en dat is meer dan vijftwintig jaar, heb ik goede ervaring met de afdeling radiotherapie gedaan. De informatie die ik in het begin kreeg toen ik hier kwam, dat was natuurlijk informatie van collega's die zeiden van 'wij doen hier zaken met de afdeling radiotherapie en dat gaat over het algemeen tot onze tevredenheid.” (B.4, MST)

Medisch specialisten die naar de afdeling radiotherapie van het MST verwijzen hebben de indruk dat het hierbij om een kwalitatief goede afdeling gaat met professionele artsen. Over het algemeen hebben deze, zo blijkt uit de interviews, goede ervaringen met de afdeling radiotherapie van het MST opgedaan. Verder blijkt uit de interviews dat collega's en patiënten medisch specialisten op de hoogte stellen van de indruk die er over de afdeling radiotherapie bestaat. Wel is er vanuit het SKB in Winterswijk de indruk dat de patiënten worden weerhouden om in Winterswijk voor nacontrole te laten komen. De specialisten, zo blijkt, hebben de indruk niet belangrijk genoeg te zijn voor het MST.

Het imago van een zorginstelling is het directe mentale beeld, de associatie die medisch specialisten hebben van een radiotherapeutisch instituut. Deze lijkt niet direct van invloed te zijn bij een verwijzing naar een bepaalde zorginstelling. Uit het onderzoek blijkt dat alhoewel medisch specialisten zeer uiteenlopende associaties met een zorginstelling kunnen hebben, zij toch verwijzen naar één en hetzelfde instituut. Hetzelfde geldt voor de afdeling radiotherapie van het MST die door de medisch specialisten zowel positief (vertrouwd, B.1), gematigd (een bekend gegeven, B.3) of als negatief (een grote fabriek, B.5) beschreven wordt. Toch verwijzen alle medisch specialisten met regelmaat naar hetzelfde instituut, de afdeling radiotherapie van het MST. Tevens bleek dat sommige specialisten geen goed beeld hebben van de afdeling radiotherapie. Het verband werd in dit geval gelegd met de afwezige bekendheid met de radiotherapeuten vanuit het MST.

“We hebben alleen telefonisch contact. Alleen diegenen die hier als consulent komen kennen we van gezicht. We hebben geen beeld van de afdeling.” (B.7, SKB)

“[...] Verder heb ik concrete gezichten van de dokters die daar werken voor ogen.” (B.13, Twenteborg)

Afstand en bereikbaarheid. Uit de interviews blijkt, dat medisch specialisten in uiterste mate rekening houden met de afstand en bereikbaarheid van een zorginstelling bij een verwijzing. De reistijd voor de patiënt vormt daarmee een dominante factor bij de keuze tot een bepaalde zorginstelling. Het blijkt, dat medisch specialisten proberen de reistijd zo kort mogelijk te houden.

“Radiotherapie is vaak een langdurige behandeling, bijvoorbeeld vijf weken lang vijf dagen per week. Dat is een hele tijd en dan is het ook veel prettiger om dan in de omgeving waar ze dan wonen verder behandeld te worden. Omdat ze verder hun dagelijkse dingen kunnen doen en ze zijn dan ook niet ziekenhuisgebonden.” (B.8, SMT)

“Ja, ik zeg altijd twee dingen tegen die mensen: u kunt naar Utrecht gaan of naar Leiden of waar dan ook, maar besef je wel wat het betekent en met name bij bestralingspatiënten betekent dat natuurlijk dat die mensen zieker worden, dat is altijd het rotte aan die dingen, naarmate het aantal bestralingen gaat toenemen krijgen ze meer klachten. [...] Het is altijd reizen, je bent altijd aan het reizen, en dat moet je wel in het achterhoofd houden en zeker tegen het eind van de bestraling hebben de mensen veel klachten en dan is het bepaald geen pretje om dan ver te moeten reizen. Echt niet. Beslist een afweging.” (B.2, MST)

Empathie. Empathie beschrijft de mate aan inlevingsvermogen, zorg en geïndividualiseerde aandacht die het personeel van de zorginstelling aan de patiënt verstrekt. In de interviews kwam naar voren dat medisch specialisten de manier waarop patiënten door artsen en paramedisch personeel behandeld worden laten meewegen bij een verwijzing. Het wordt uiterst belangrijk gevonden dat de artsen en paramedisch personeel in de zorginstelling empathie tonen tegenover de patiënt. Hoewel er niet altijd naar gevraagd wordt komen de medisch specialisten dit vooral door de patiënt zelf te weten.

“Ik ga daar zelf niet kijken maar ik hoor daar goed verhalen over dus ik heb geen zorgen dat onze patiënten daar gemaltraiteerd worden, nee.” (B.12, Twenteborg)

“Tuurlijk, ik vraag dat altijd wel na hoe het is bevallen en hoe het is gegaan.” (B.10, SKB)

Wat de empathie aan de afdeling radiotherapie aan het MST betreft gaven de medisch specialisten aan over het algemeen goede verhalen te horen. Hoewel zij af en toe horen dat een patiënt niet tevreden is, wordt hieruit niet geconcludeerd dat de empathie over het algemeen slecht is.

“Ik kijk er niet zozeer naar, ik hoor alleen af en toe wel iets van een patiënt die niet tevreden is over de begeleiding van iemand, maar dat zal in elk discipline voorkomen” (B.4, MST)

Wachttijden en wachtlijsten. Met wachttijden wordt de tijd tussen het moment waarop de verwijzer contact opneemt voor het aanmelden van de patiënt en het moment waarop deze daadwerkelijk op het spreekuur bij een radiotherapeut terecht kan bedoelt. Medisch specialisten, zo blijkt uit de interviews achten wachttijden belangrijk. Medisch specialisten in de benaderde ziekenhuizen gaven aan de wachttijden van het MST door ervaring en via derden te weten te komen. Zo wordt bij een verwijzing aan de secretaresse gevraagd wanneer men denkt dat de patiënt kan worden opgeroepen of worden de specialisten indirect op de hoogte gesteld door patiënten die vragen stellen.

“Als de wachttijd echt te lang is dan komt een goede behandeling in gevaar en dan moeten we uitwijken. Zoiets kom je het meest te weten via de patiënten die vragen stellen over de gang van zaken. Tot nu toe ben ik daar hier nog niet mee geconfronteerd.” (B.8, SKB)

“Uit ervaring. Als het met spoed bestraald moet worden dan kan dat, soms vind ik het iets te lang duren maar ik heb ook niet altijd inzicht in hoelang de wachttijden zijn, en hoeveel tijd het kost om het voor te bereiden.” (B.14, Twenteborg)

In hoeverre de eigenlijke wachttijden, die tijd die de patiënt in de wachtkamer op de behandeling wacht belangrijk zijn, is uit het onderzoek niet naar voren gekomen. Dit kan enerzijds komen door dat de benaderde verwijzers niet op de hoogte waren van de wachttijden of doordat deze aan het MST nauwelijks aanwezig, en daarmee niet van invloed zijn.

In de voorafgaande paragrafen werden de aspecten die voor medisch specialisten belangrijk zijn bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut in kaart gebracht. Tabel 4.2 geeft de frequenties van uitspraken die bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut van invloed worden geacht weer.

In het volgende hoofdstuk zullen enkele conclusies worden getrokken waarna een reflexie op het onderzoek zal worden gedaan en enkele aanbevelingen worden gegeven.

Tabel 4.2: Frequentietabel over de invloed van items.

	invloed (totaal)
Externe aspecten	
<i>Invloed van de patiënt</i>	
voorkeur patiënt	6 (8)
woonplaats patiënt/ familie patiënt	2 (2)
<i>Invloed van de verzekering</i>	
instituut/ behandeling niet gecontracteerd	2 (13)
<i>Opportuniteitskosten</i>	
presentie/ bereikbaarheid radiotherapeuten/ oncologen	9 (12)
correspondentie/ verslaglegging	5 (12)
verwijzen/ aanmelden	6 (8)
nazorg patiënt	4 (6)
<i>Werkafspraken, contracten met zorginstellingen</i>	
contracten/ werkafspraken	8 (12)
Zorginstellingsgebonden aspecten	
<i>Aanwezigheid medisch apparaat</i>	
beschikbaarheid apparaat	6 (12)
<i>Kwaliteit</i>	
betrouwbaarheid	7 (7)
responsiveness	3 (3)
<i>Reputatie, imago</i>	
reputatie	7 (12)
imago	4 (12)
<i>Afstand, bereikbaarheid</i>	
geografische afstand zorginstelling	13 (13)
bereikbaarheid zorginstelling	2 (2)
<i>Empathie</i>	
inlevingsvermogen, zorg en geïndividualiseerde aandacht	8 (11)
<i>Wachttijden, wachtlijsten</i>	
wachttijd	0 (0)
wachtlijst	10 (13)

Hoofdstuk 5

Conclusie, discussie & aanbevelingen

In deze scriptie wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de aspecten die van invloed zijn op verwijzingen naar een radiotherapeutisch instituut. De vraagstelling van het onderzoek was:

Welke aspecten zijn er te noemen die een rol spelen bij de keuze van medisch specialisten voor een bepaald radiotherapeutisch instituut.

en

In hoeverre voldoet de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente aan de gevonden criteria.

In de beschrijving van de verwijsaspecten ligt de focus op de externe aspecten en zorginstellinggebonden aspecten.

5.1 Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat zowel de externe aspecten als ook de zorginstellingsgebonden aspecten van invloed zijn bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. In de volgende paragrafen worden de gevonden verwijsaspecten beschreven.

Conclusie over de externe aspecten.

Medisch specialisten hebben in principe één referentiestelling, maar zijn over het algemeen bereid met de patiënt te overleggen.

Uit de resultaten blijkt dat medisch specialisten hun patiënten in principe naar één radiotherapeutische instelling verwijzen. Wanneer de patiënten echter gegronde

redenen zoals kortere reistijd, woonsituatie aandragen wordt overwogen naar een ander instituut dan de referentiestelling te verwijzen.

Verzekeringen van de patiënt zijn niet van invloed bij de keuze voor een bepaald radiotherapeutisch instituut.

In de diepte-interviews is naar voren gekomen dat medisch specialisten de zorgverzekering van de patiënt als niet van invloed achten. Wel werd verwacht dat dit in de toekomst een steeds grotere rol zal gaan spelen, hetgeen als ongewenst wordt ervaren.

Een bekend gezicht maakt het makkelijker om naar het betreffende instituut te verwijzen.

Uit de resultaten blijkt dat het directe contact met de radiotherapeuten van het MST een belangrijk aspect bij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut vormt. Wanneer medisch specialisten iemand van gezicht kennen blijkt een verwijzing makkelijker te zijn. Van het MST, zo blijkt, kennen de specialisten alleen die radiotherapeuten die op de verschillende besprekingen en de spreekuren aanwezig zijn.

De bereidheid om naar een bepaald radiotherapeutisch instituut te verwijzen is groot mits hierbij niet teveel tijd en moeite moet worden gedaan.

Uit de interviews blijkt dat medisch specialisten op verschillende gebieden veel tijd en moeite moeten doen om het gewenste resultaat te krijgen. Het blijkt dat de aanmeldprocedure van de afdeling radiotherapie aan het MST als enigszins onduidelijk wordt ervaren. Voornamelijk medisch specialisten van andere ziekenhuizen zien het aanmelden als omslachtig proces dat niet tot tevredenheid verloopt. Dit komt voort uit de onduidelijke aanmeldprocedure en het gebrek aan correspondentie naar de verwijzer op het moment nadat dat de patiënt is aangemeld.

Ook blijkt uit de resultaten dat een deel van de medisch specialisten veel tijd en moeite moet doen om de nazorg (follow-up) van de patiënten in de gewenste banen te leiden. Opvallend is dat naast het MST ook het SMT geen hinder van ondervindt terwijl de ziekenhuizen in Winterswijk en Almelo hierover ontevreden zijn. Een slecht georganiseerd follow-up beleid kan op lange termijn invloed hebben op de bereidheid om te verwijzen. Goede communicatie is zowel bij het aanmelden als ook voor de follow-up dus van uiterst belang.

Werkafspraken tussen zorginstellingen zijn van doorslaggevend invloed bij het verwijzen.

Hoewel de medisch specialisten niet gebonden zijn aan afspraken tussen de ziekenhuizen, blijkt dat deze over het algemeen aangehouden worden, mede omdat hierin ook voordelen worden gezien. Daarom kan geconcludeerd worden dat werkafspraken zorg dragen voor een continue stroom van doorverwezen patiënten.

Conclusie over zorginstellingsgebonden aspecten.

De aanwezigheid van medisch apparatuur en behandelingsmogelijkheden speelt bij een verwijzing een cruciale rol.

Uit het onderzoek blijkt dat hoewel werkafspraken en persoonlijke contacten met een instituut bij een verwijzing van belang zijn, wordt er daarnaast ook gekeken of in het betreffende instituut de juiste apparatuur aanwezig is. Dit komen de medisch specialisten voornamelijk door gesprekken met oncologen van de betreffende instituten te weten.

Uit het onderzoek blijkt verder dat een deel van de respondenten niet voldoende zicht heeft op de behandelingsmogelijkheden die de radiotherapeutische afdeling van het MST biedt. De medisch specialisten vertrouwen dan erop dat de benodigde apparatuur op de afdeling radiotherapie van het MST aanwezig is, en dat, mocht een behandeling niet mogelijk zijn, patiënten naar een geschikt instituut worden doorverwezen. Dit betekent dat, ondanks dat niet alle respondenten dit aangeven, de aanwezigheid van medische apparatuur een voorwaarde is om verwezen patiënten te behouden.

De kwaliteit van de zorginstelling is van grote invloed bij een verwijzing.

Uit het onderzoek blijkt dat de medisch specialisten een goede service beschrijven wanneer een zorginstelling in staat is snel te kunnen reageren op spoedpatiënten en de verslaglegging snel afhandelt. Tevens blijkt uit de resultaten dat naast het algemene functioneren van de afdeling ook naar fouten die in de zorginstelling gebeuren wordt gekeken. Over het algemeen zo blijkt, voldoet de afdeling radiotherapie van het Medisch Spectrum Twente aan de verwachtingen van de medisch specialisten.

De reputatie van het radiotherapeutisch instituut lijkt van belang bij een verwijzing tot een bepaald instituut.

De reputatie van een radiotherapeutisch instituut oftewel de globale totaalindruk die medisch specialisten van het betreffende radiotherapeutisch instituut hebben, lijkt van belang bij een verwijzing. Uit het onderzoek blijkt dat deze voornamelijk gebaseerd is op persoonlijke ervaringen maar ook kan worden beïnvloed door verhalen van collega's of patiënten.

De ondervraagde medisch specialisten beschreven de afdeling radiotherapie van het MST als een goede afdeling met professionele artsen. De ervaringen die deze met de afdeling hebben opgedaan zijn over het algemeen goed en het blijkt dat zowel collega's en patiënten medisch specialisten op de hoogte stellen van hun indruk van de afdeling radiotherapie van het MST.

De afstand en bereikbaarheid van het instituut is van doorslaggevend belang bij een verwijzing door een medisch specialist.

Medisch specialisten gaven aan in uiterste mate rekening te houden met de afstand en bereikbaarheid van het radiotherapeutisch instituut voor de patiënt. De reistijd die de patiënt moet opbrengen vormt daarmee een dominante factor bij de keuze

van een radiotherapeutisch instituut, deze wordt geprobeerd zo kort mogelijk te houden.

De mate van empathie vanuit het personeel van het instituut is van belang bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut.

Uit het onderzoek blijkt dat het uiterst belangrijk wordt gevonden dat de artsen en het paramedisch personeel inlevingsvermogen, zorg en geïndividualiseerde aandacht tegenover te patiënt tonen.

Medisch specialisten die verwijzen naar de afdeling radiotherapie van het MST horen nog wel eens dat een patiënt niet tevreden is met de behandeling, zien hierin echter geen algemeenheid.

Wachttijsten zijn een belangrijk aspect bij de verwijzing naar een zorginstelling

Een korte tijdspanne tussen het moment waarop de patiënt wordt aangemeld en het moment waarop deze daadwerkelijk op het spreekuur bij een radiotherapeut terecht kan, zo blijkt uit het onderzoek achten de ondervraagde medisch specialisten belangrijk.

Over de wachttijsten van de afdeling radiotherapie van het MST, zo blijkt verder worden de medisch specialisten via derden op de hoogte gebracht. Dit zijn met name de secretaresses die een indicatie over de wachttijden geven of patiënten die vragen stellen over de gang van zaken.

5.2 Discussie

In de voorafgaande conclusies werden de aspecten die voor medisch specialisten belangrijk zijn bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut in kaart gebracht. Hiermee is antwoord op de in hoofdstuk 2.5 gestelde onderzoeksvragen gegeven. In het vervolg zal een reflexie op het onderzoek worden gedaan en enkele aanbevelingen worden gegeven.

Rationaliteit van het keuzemodel. In het onderzoek met als basis de rationale keuzetheorie wordt er vanuit gegaan dat medisch specialisten niet kunnen beschikken over volledige informatie. Daar komt nog bij dat de informatie die wél beschikbaar is zeer complex is. De vraag is echter of dit het geval is en het keuzeproces van medisch specialisten als (beperkt) rationeel te typeren is.

Uit de resultaten blijkt dat medisch specialisten niet beschikken over volledige informatie. Dit heeft te maken met het onvermogen om van alle wijzigingen en veranderingen aan de instituten op de hoogte kunnen zijn. Verder komt naar voren dat bijna alle gevonden aspecten van belang zijn bij de keuze van medisch specialisten voor een radiotherapeutisch instituut waarbij geprobeerd wordt de best mogelijke afweging te maken.

Daarmee kan geconcludeerd worden dat het keuzeproces van medisch specialisten als- weliswaar beperkt- rationeel te beschrijven is. Dit betekent dat het model van de beperkt rationele keuze en de daaruit afgeleide concepten een geschikt uitgangspunt voor de diepte interviews en verder onderzoek zijn.

Reflectie op onderzoeksliteratuur. Onderzoeken bij patiënten en huisartsen hebben verschillende aspecten bij de keuze voor een zorginstelling aangedragen. Ten tijde van het literatuuronderzoek zijn er echter geen relevante onderzoeken gevonden die het daadwerkelijke keuzeproces van verwijzend specialisten in kaart brengen. Wel zijn er tevredenheidsonderzoeken gevonden die aangrijpingspunten en indicatoren geven (ZRTI, 2006).

Recent is door Leemkuil (2007) een gerelateerd onderzoek gedaan naar het keuzeproces van verwijzers voor een ziekenhuis bij het specialisme gynaecologie en obstetrie. Uit het onderzoek is geconstateerd dat als de keuze samen door de verwijzer en de patiënt wordt gemaakt, de ervaring en de voorkeur van de patiënt de belangrijkste motieven zijn om een ziekenhuis te kiezen. Als de keuze echter door de verloskundige wordt gemaakt zijn lokaliteit en beleid van de maatschap gynaecologie de belangrijkste motieven. Voor huisartsen zijn dat in dit geval de bekendheid met de gynaecologen in het ziekenhuis en het beleid van de maatschap gynaecologie.

Dit onderzoek bevestigt de invloed van de patiënt, de afstand tot het instituut en werkafspraken, maar identificeert ook verdere aspecten die van invloed blijken te zijn op de keuze van medisch specialisten voor een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. Daarmee lijken verwijzingen van medisch specialisten naar een radiotherapeutisch instituut uit een complex samenspel van verschillende aspecten te bestaan.

Validiteit van de onderzoeksmethode. In dit onderzoek zijn diepte-interviews met begeleidende vragen over demografische gegevens als onderzoeksmethode gebruikt. Volgens Schwartz & Jacobs (1979) lenen zich kwalitatieve studies zoals diepte-interviews bijzonder goed voor het bestuderen van betekenisgeving, beweegredenen, interpretaties en motieven die mensen hanteren. Dit is met een onderzoek naar de aspecten die medisch specialisten bij een verwijzing naar de radiotherapie hanteren het geval.

Daarnaast zijn kwalitatieve methoden voldoende open en flexibel om onverwachte verbanden op het spoor te komen, hetgeen eveneens de validiteit ten goede komt. Dit fenomeen heeft zich bijvoorbeeld voortgedaan met betrekking tot het follow-up schema welk tijdens de verschillende interviews naar voren is gekomen en wiens handhaving degelijk van invloed is op de bereidheid om te verwijzen.

Kwalitatieve methoden lenen zich bovendien goed voor onderzoeken en beter begrip voor fenomenen waarvan weinig bekend is. Dit was ook in dit onderzoek het geval, zie ook Reflectie op onderzoeksliteratuur.

Generaliseerbaarheid van het onderzoek. In dit onderzoek worden conclusies getrokken op basis van de verkregen inzichten door diepte-interviews bij 14 verwijzende specialisten die op basis van hun specialisme, bereidheid tot medewerking en regionale spreiding zijn geselecteerd. Dankzij de regionale spreiding en de variëteit aan specialismen is het veilig te veronderstellen dat het onderzoek representatief is voor de totale populatie in de gemeentes van Twente en de Achterhoek.

Een belangrijke vraag die echter gesteld moet worden is in hoeverre de kwantitatieve generalisatie van een kwalitatief onderzoek mogelijk is. Onderzoekers beschrijven dit als problematisch hoewel hierbij soms wordt aangetekend dat generalisatie van cases naar theoretische preposities in plaats van naar populaties wel degelijk mogelijk is (Silverman, 1993).

Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de onderzoeker met de opzet van het onderzoek nadrukkelijk geprobeerd heeft de validiteit van het onderzoek te vergroten door een kwalitatief onderzoek uit te voeren (vergelijk: Validiteit van de onderzoeksmethode).

5.3 Aanbevelingen

Het onderzoek beoogt een bijdrage te kunnen leveren aan de optimalisatie van de afdeling radiotherapie van het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente. In deze paragraaf worden verbeteringen verstrekt die van belang worden geacht voor het verbeteren van het functioneren van verwijzingen naar de afdeling radiotherapie van het MST.

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten en op verkregen inzichten uit eerder onderzoek naar verwijzingen in de gezondheidszorg. Ze sluiten aan op suggesties van respondenten en bouwen voort op de gesignaleerde ontwikkelingen van de afdeling radiotherapie van het MST die beogen de verwijzingen te optimaliseren. De causale relatie tussen de aspecten die medisch specialisten hanteren en de verwijzingen naar een radiotherapeutisch instituut is niet onderzocht in deze studie. Dat met de hierna volgende aanbevelingen een verbetering in de tevredenheid van het verwijzen kan worden bereikt, is op basis van de onderzoeksresultaten plausibel. Het daadwerkelijke bewijs daarvoor moet echter in een vervolgonderzoek geleverd worden.

Suggesties voor vervolgonderzoek. Om de gevonden resultaten verder te kwantificeren is het raadzaam nader onderzoek te verrichten naar de tevredenheid onder medisch specialisten bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. Dit onderzoek zou tevens gebruikt kunnen worden om het effect van het opvolgen van aanbevelingen en veranderingen in de belangrijkheid van aspecten bij een verwijzing in kaart te brengen.

Als onderzoeksinstrument zou de enquête gebruikt kunnen worden die op basis van de resultaten is opgezet, zie bijlage C. Deze kan bij meerdere verwijzende

instituten worden afgenomen. Op die manier kan in een kwantitatief onderzoek causale verbanden in kaart worden gebracht.

Omdat radiotherapie een van de weinige poliklinieken is waar uitsluitend medisch specialisten naar toe verwijzen, zou er wellicht verschil kunnen zijn met andere poliklinieken. Daarom is het handig om vergelijkbaar onderzoek uit te voeren naar de aspecten van verwijzingen naar andere poliklinieken. Op deze manier zouden onderlinge verschillen tussen de specialismen vastgesteld kunnen worden.

Procesverbeteringen bij het verwijzen. De procesverbeteringen sluiten aan op verbetersuggesties die tijdens de interviews met medisch specialisten geuit zijn en op gesignaleerde ontwikkelingen die in de organisatie gaande zijn op het verwijzingsproces te optimaliseren.

Bevorder het contact tussen verwijzend medisch specialisten en de afdeling radiotherapie van het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente.

Uit de resultaten blijkt dat de radiotherapeuten van het MST en de afdeling radiotherapie nauwelijks bekend zijn bij de verwijzers. Hierom is het aan te raden om op korte termijn de afdeling en behandelende radiotherapeuten aan de verwijzers voor te stellen. Dit kan in vorm van een newsletter of infobrief. Op middellange termijn is het aan te raden een open dag te organiseren waarop verwijzend medisch specialisten de afdeling radiotherapie en de radiotherapeuten van het MST persoonlijk kunnen ontmoeten, en daarmee in de gelegenheid komen elkaar te leren kennen.

Een open dag zou de mogelijkheid bieden om medisch specialisten tevens te kunnen voorlichten over de organisatiestructuur, de procedure bij een behandeling, mogelijke behandelmethoden en apparatuur, omdat uit de resultaten blijkt dat de medisch specialisten hierover niet geheel op de hoogte zijn. Het is aan te bevelen deze informatie na afloop van de open dag nog eens op te sturen om ook diegenen te bereiken, die op de dag niet aanwezig konden zijn en tevens de pers te informeren.

Tevens is het aan te raden verwijzend medisch specialisten schriftelijk of persoonlijk op de hoogte te stellen zodra zich veranderingen bij de afdeling radiotherapie van het MST voordoen aangezien verwijzers niet instaat zijn om alle informatie zelf te zoeken.

Onderhoud bestaande werkafspraken met verwijzende instituten.

Werkafspraken spelen een doorslaggevende rol bij het verwijzen naar een bepaald radiotherapeutisch instituut. Belangrijk hierbij is echter dat uitzonderingen voor een verwijzing mogelijk zijn. Het is verstandig medisch specialisten het gevoel te geven zelf de keuze voor de verwijzing naar een bepaalde zorginstelling te treffen.

Hanteer een duidelijk protocol voor het verwijzen naar de afdeling radiotherapie om afstemmingsproblemen bij de overdracht te vermijden.

Verwijzend specialisten ervaren het verwijzen naar de afdeling radiotherapie van het MST als onduidelijk en hebben voorts verschillende manieren van patiëntoverdracht.

Daarom zouden verwijzend medisch specialisten gebaat zijn met een duidelijk uitleg over de verwijzprocedure. Verwijzers verwachten het protocol kort en bondig te zijn en naast procedurele informatie ook behoefte te hebben aan informatie die inzicht geeft in de herkomst en relevante van de regeling.

Onderdeel van het protocol zou een plan/schema van correspondentiemomenten vanuit de afdeling radiotherapie kunnen zijn zodat verwijzers aan de ene kant weten wanneer welk soort informatie over de patiënt en de behandeling kan worden verwacht maar ook op welke momenten de verwijzer zelf in actie moet treden aangezien ook hierover niet overal duidelijkheid heerst.

Als lange termijn doel kan worden aangehouden een digitale patiëntenoverdracht mogelijk te maken. Op deze manier kan het verwijzproces wederom voor zowel de verwijzer als ook de afdeling radiotherapie worden vergemakkelijkt.

Bevorder de communicatie rond de follow-up.

Nacontroles van kankerpatiënten vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Uit het onderzoek blijkt echter dat er communicatieproblemen bij de afstemming van afspraken wanneer patiënten voor nacontroles bij verschillende ziekenhuizen komen. Hierom is het aan te raden duidelijke afspraken richtlijnen voor nacontroles te maken. Overwogen kan om het huidige schema te vervangen door een duidelijkere of, indien de patiënt op overdracht van een ander ziekenhuis is behandeld het follow-up geheel door in betreffende ziekenhuis te laten gebeuren.

Verhoog het aantal correspondentiemomenten met verwijzend medisch specialisten. Verwijzende specialisten hebben tijdens de interviews aangedragen het gevoel te hebben de patiënt uit het oog te verliezen en niet te weten wat tussen het verwijzen en de 'einde bestralingsbrief' over de behandeling met de patiënt gebeurt.

Aan te raden is daarom het aantal correspondentiemomenten te verhogen om verwijzers van de loop der zaken op de hoogte te kunnen houden. De correspondentiemomenten kan het beste in het verwijzprotocol kunnen worden opgenomen. Op deze manier worden onduidelijkheden met verschillende protocollen en regelgeving vermeden en zijn verwijzers zich beter bewust wanneer informatie met betrekking tot radiotherapie bij de verwezen patiënt kan worden verwacht.

Op lange termijn is het wellicht mogelijk om verwijzers online inzicht te geven in het dossier van hun patiënten. Op die manier zouden specialisten op elk gewenst moment op de hoogte kunnen zijn van het verloop van de behandeling.

Overweeg de door de respondenten aangedragen verbeterpunten.

Tijdens de interviews werd door de medisch specialisten voorgesteld om patiënten die voor een behandelkeuze staan ook bij de afdeling radiotherapie voor te lichten. Dit betreft met name patiënten die onder andere de mogelijkheid hebben tussen het borstsparend verwijderen of complete afname van de borst. Bij het borstsparend verwijderen van een tumor volgt na de operatie bijna altijd radiotherapie over meerdere weken. Voor een goede keuze tussen de mogelijke behandelingen zouden

patiënten vooraf aan de radiotherapie kunnen worden voorgelicht over voor- en nadelen van de verschillende keuzemogelijkheden om zo een weloverwogen besluit te kunnen nemen.

Als verbeterpunt is verder aangedragen om patiënten de mogelijkheid te bieden om voor de duur van bestraling tijdelijk te worden opgenomen in het MST, aangezien de patiënten de huidige situatie volgens de medisch specialisten als belastend ervaren. Op dit moment worden patiënten die in Enschede bestraald moeten worden in het verwijzende ziekenhuis opgenomen en voor een bestraling door een ambulancewagen naar Enschede en weer terug vervoerd. Een opname zou een verbetering voor de patiënt kunnen betekenen, maar ook meer werk voor de radiotherapeuten.

Tevens werd aangedragen medisch specialisten van andere poliklinieken van het MST te consulteren wanneer zich problemen bij de behandeling van een patiënt voordoen. Respondenten gaven aan het moeilijk te vinden advies te kunnen geven wanneer vanuit de afdeling radiotherapie van het MST naar andere instituten wordt gebeld voor advies.

Tot slot is door de respondenten aangedragen voor een prettig persoonlijk contact tussen de consulenten vanuit de afdeling radiotherapie van het MST en de verschillende ziekenhuizen in Twente en Achterhoek te zorgen.

Bibliografie

- Appelman, M. (2003). *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau. (Online version: <http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/document/28/doc28.pdf>)
- Bohn Stafleu van Loghum (Ed.). (2007). *Geneeskundige adresgids 2007/2008*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bomhoff, E. J. (2002). *Meer markt in de gezondheidszorg: mogelijkheden en beperkingen*. Zoetermeer: Raad van Volksgezondheid en Zorg.
- Bos, M. A. J. M. (2006). *Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007*. Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC.
- Brugmans, M. J. P., & Meeuwsen, E. J. (2007). *Radiotherapie instellingen in informatiesysteem medische stralingstoepassingen*. http://www.rivm.nl/ims/object_document/o29n1227.html. (gehaald op 11-05-2007)
- Commissie Actualisatie NVRO (Ed.). (2000). *Radiotherapie: onze zorg. een actualisatie van de ontwikkelingen in de radiotherapie voor de periode 2000-2010*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie.
- Davies, G., Chun, R., Silva, R. V. da, & Roper, S. (2001). The personification metaphor as a measurement approach for corporate reputation. *Corporate Reputation Review*, 4, 113-127.
- Denzin, Y. S., N. K. & Lincoln (Ed.). (2000). *Handboek of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Downs, C. W., & Adrian, A. D. (2004). *Assessing organizational communication: strategic communication audit*. New York: The Guilford Press.
- Elster, J. (1989). *Nuts and bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elving, W. J. L. (1999). *Patiëntgeoriënteerde oncologische zorg*. Unpublished doctoral dissertation, Universiteit Twente.

- Erp, L. G. van. (1998). *Zorg voor de markt: marketing voor gezondheidszorgorganisaties*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Baker, A. E., Bocia, S., A. von Schrader, & Starfield, B. (2000). Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(5), 499-506.
- Forrest, C. B., Nutting, P. A., Schrader, A. von, Rohde, C., & Starfield, B. (2006). Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician and health care system determinants. *Medical Decision Making*, 26(1), 76-85.
- Friedman, D., & Hechter, M. (1988). The contribution of rational choice theory to macrosociological research. *Sociological Theory*, 6, 201-218.
- Geys, B. (2002). Economische rationaliteit en opkomst bij verkiezingen. *Nieuw Tijdschrift van de Vrije Universiteit Brussel*, 1-13.
- Gotsi, M., & Wilson, A. M. (2001). Corporate reputation: seeking a definition. *Corporate Communications: An International Journal*, 6, 24-30.
- Gray, E. R., & Balmer, M. T. (1998). Managing corporate image and corporate reputation. *Long range planning*, 5, 695-702.
- Hamel, J. (2001). De patiënt centraal. *ZM magazine*, 9, 2-6.
- Hoekman, P. H., & Houkes, J. (2000). *Economie van de zorg- en welzijnssector*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Holland, J. (2005). *Een nieuwe relatie in een nieuwe jas: De juridische relatie ziekenhuis medisch-specialist in het licht van de veranderende zorgwetgeving*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Jagt, R. van der. (2004). *Corporate reputatiemanagement: bouwen aan vertrouwen in het transparantietijdperk*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Joby, J. (1994). Referent opinion and health care satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 24-30.
- Jolly, A. (2001). *Managing corporate reputations*. London: Kogan Page.
- Jung, H. P., Baerveldt, C., Oleson, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectation*, 6(2), 160-181.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgement and choice: mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697-720.

- Kerkhoff, A. H. M. (2007). *Gezondheidszorg in nederland: Een stelelmatige verkenning*. Enschede: Uitgeverij IPSKAMP.
- Kerkhoff, A. H. M., & Heffen, O. van. (1994). *Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Klaes, M., & Sent, E. M. (2005). A conceptual history of the emerge of bounded rationality. *History of political economy*, 37(1), 27-59.
- Krogt, T. W. P. M. van der, & Vroom, C. W. (1991). *Organisatie in beweging* (3rd ed.). Utrecht: Lemma.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Leemkuil, M. C. (2007). *Het keuzeproces van verwijzers voor een ziekenhuis bij het specialisme gynaecologie en obstetrie*. Unpublished master's thesis, Universiteit Twente, Enschede.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverley Hills, CA: Saga Publications.
- Lipsey, R. G. (1990). *Economics* (Vol. 9). New York: Harper & Row.
- Lofland, J., & Lofland, L. H. (1984). *Analysing social settings*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Lybeert, M. L. M., Louwman, W. J., Poortmans, P. M. P., Vulto, J. C. M., & Coebergh, J. W. W. (2005). Trends in verwijzingen van patiënten voor radiotherapie na de initiële diagnos van kanker in zuid-nederland sinds 1988. *Nederlandse Tijdschrift voor Oncologie*, 2(6), 206-211.
- Medisch Spectrum Twente. (2007). *Verwachte toegangstijden polikliniek*. <http://www.mstwente.nl/onzeorganisatie/wachtlijstgegevens/>. (gehaald op 02-07-2007)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2000). Planningsbesluit radiotherapie 2000. *Staatscourant*, 186(21).
- Möller, T. R., Brorsson, B., Ceberg, J., Fröding, J. E., Lindholm, C., Nylén, U., et al. (2003). A prospective survey of radiotherapy practice 2001 in sweden. *Acta oncológica*, 42(5-6), 387-410.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. (1995). *Transmurale somatische zorg. advies van de nationale raad voor de volksgezondheid en het college voor ziekenhuisvoorzieningen*. Utrecht: NRV/CvZ.

- Nederlandse Mededingingsautoriteit. (2005). *Missie, visie & strategie*. www.nmanet.nl/nederlands/home/Over_de_NMA/Speerpunten/index.asp. (gehaald op 19-07-2007)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (Ed.). (2007). *Radiotherapie: Behoeft, spreiding, en kwaliteit een vooruitblik tot 2015*. Utrecht: NVRO.
- Nooij, A. (1995). *Variabelen en modellen. multivariate analyse in het sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam Meppel: Boom.
- O'Donnell, C. A. (2000). Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice*, 17(6), 462-471.
- Orde van Medisch Specialist. (2004). *Over de orde*. <http://orde.artsennet.nl>. (gehaald op 20 juni 2007)
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publishing: Newbury Park, CA.
- Peters, A. A. W. (2004). *"als u begrijpt wat ik bedoel"- over kunst, kenniscultuur en communicatie*. Universiteit Leiden.
- Potter, S., S. Govindarajulu, Shere, M., Braddon, F., Curran, G., Greenwood, R., Sahu, A. K., et al. (2007). Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 13. (online publicatie, nog niet geprint)
- Pruyn, J. F. A. (2002). *Op weg naar vanzelfsprekende samenwerking!? samenwerkingsaspecten van integrale zorg bij mensen met kanker*. Eindhoven: Integraal Kankercentrum Zuid.
- Riel, C. B. van. (2003). *Identiteit en imago: recente inzichten in corporate communication: theorie en praktijk*. Den Haag: Academic Service.
- Schut, F. T. (2003). *De zorg is toch geen markt? laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Schwartz, H., & Jacobs, J. (1979). *Qualitative sociology - a method to the madness*. New York: Free Press.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data - methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage.

- Simon, H. A. (1957). *Models of a man*. New York: Wiley.
- Smit, M., & Friele, R. (2005). *De agenda van de patiënt*. Utrecht: NIVEL.
- Smits, J. P. J. M., Dromers, M., & Westert, G. P. (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in nederland*. Bilthoven: RIVM. (rapport 279601002/2002)
- Staatstoezicht op de Gezondheidszorg; Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2007). *Toezicht voor veilige, effectieve en patiëntegericht zorg*. www.igz.nl. (gehaald op 17-07-2007)
- Stalpers, L. (2004). De schone muze en de dood: Mogelijkheden en beperkingen van palliatieve radiotherapie. *Tijdschrift Kanker*, 28(5), 12-16.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Trappenburg, M. (2005). *Gezondheidszorg en democratie*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Veen, P., Alblas, G., & Geersing, J. (1991). *Mensen in organisaties: een inleiding in de organisatiepsychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veld, A. A. van het. (2001). *Accuracy of treatment planning calculations for conformal radiotherapy*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Vollebergh, H. R. J., & Vromen, J. (1998). Grondbeginselen van de keuze-theorie. In H. Pellikaan & W. Hout (Eds.), *Economische modellen en politieke besluitvorming- inleiding in de rationele keuzetheorie* (p. 41-70). Bussum: uitgeverij coutinho.
- Vulto, J. C., Louwman, W. J., Poortmans, P. M., Lybeert, L. M., Rutten, H. J., & Coeberg, J. W. (2007). A population based study of radiotherapy in a cohort of patients with breast cancer diagnosed between 1996 and 2000. *European Journal of Cancer*, 5. (online publicatie, nog niet geprint)
- Williams, E. E., & Findlay, M. C. (1981). A consideration of the rationality postulate. *American Journal of Economics and Sociology*, 40(1), 17-36.
- Wouters, C. (2006). *Kwaliteit doorgelicht, verwijzerstevredenheidsonderzoek*. Vlissingen: Zeeuws Radio-Therapeutisch Instituut. (intern verslag, niet gepubliceerd)
- Zeeuws Radio-Therapeutisch Instituut. (2006). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording zorg (cure) 2006*. Vlissingen: Zeeuws Radio-Therapeutisch Instituut.

Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2003). *Services marketing. integrating customer focus across the firm*. New York: The McGraw-Hill Companies.

Bijlage A

Onderzoeksmiddelen

A.1 Aankondigingsbrief medisch coördinator

<p>Radiotherapie</p> <p><i>Dr. P.A. Helle</i> Postbus 50 000 <i>J.J. Jobsen</i> 7500 KA Enschede <i>Mw .A. Jonkman</i> <i>Mw. Dr. F. Ong</i> Haaksbergerstraat 55 <i>Mw. J.N. Peer-Valstar</i> 7513 ER Enschede <i>Mw. E.M. de Wit</i> Telefoon (053) 4 87 27 50 <i>D.P. Woutersen</i> Telefax (053) 4 87 30 94</p> <p>Radiotherapeut- oncologen</p> <p><i>Ir. H.N. Jager</i> <i>Ir. R.P. Kollaard</i> Klinisch fysicus</p> <p>Enschede,</p> <p>Betreft: Verwijzers tevredenheidsonderzoek.</p> <p>Geachte collega,</p> <p>Op de afdeling radiotherapie van het MST bestaat al lang de wens om geïnformeerd te raken over de wensen en verwachtingen die de naar ons verwijzende specialisten van onze afdeling hebben. Over deze vraag is overleg gevoerd met de Universiteit Twente omdat wij graag op een gevalideerde wijze hierop een antwoord wilden krijgen. Er bleek opvallend weinig literatuur over dit onderwerp te zijn. Nantje Markgraf is bereid gevonden om in het kader van een afstudeerproject hier haar scriptie over te schrijven. Dit onderzoek is voor onze afdeling van groot belang en ik hoop ook dat u bereid bent om in de komende weken hier tijd voor uit te trekken. In ons komend beleidsplan zal verbetering van onze dienstverlening een belangrijk item zijn en dit onderzoek zal ons hiervoor hopelijk voldoende materiaal opleveren.</p> <p>Met vriendelijke groeten,</p> <p>Dr. P.A. Helle, Medisch coördinator Afdeling Radiotherapie</p>	<p>De weledelgeleerde heer/vrouwe</p>
--	---------------------------------------

A.2 Aankondigingsbrief onderzoeker

Radiotherapie	
<i>Dr. P.A. Helle</i>	Postbus 50 000
<i>J.J. Jobsen</i>	7500 KA Enschede
<i>Mw A. Jonkman</i>	
<i>Mw. Dr. F. Ong</i>	Haaksbergerstraat 55
<i>Mw. J.N. Peer-Valstar</i>	7513 ER Enschede
<i>Mw. E.M. de Wit</i>	Telefoon (053) 4 87 27 50
<i>D.P. Woutersen</i>	Telefax (053) 4 87 30 94
Radiotherapeut- oncologen	
<i>Ir. H.N. Jager</i>	
<i>Ir. R.P. Kollaard</i>	
Klinisch fysicus	
	De weledelgeleerde heer/vrouw
Enschede,	
Betreft: Verwijzers tevredenheidsonderzoek.	
Geachte heer/mevrouw,	
Met deze brief wil ik uw aandacht vragen voor het onderzoek naar de keuze voor een bepaald radiotherapeutisch instituut bij verwijzende specialisten.	
Dit onderzoek vindt plaats in het kader van mijn afstuderen voor de studie Toegepaste Communicatiewetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.	
Het doel van het onderzoek is te achterhalen waarom verwijzende specialisten kiezen voor een radiotherapeutisch instituut. Omdat het logistiek onmogelijk is om met alle, naar de afdeling verwijzende specialisten, een interview te voeren is er een keuze gemaakt, waarbij er voor gezorgd is dat de verschillende disciplines goed vertegenwoordigd zijn. Met de resultaten van dit onderzoek kan door de afdeling radiotherapie van het MST alles er aan worden gedaan om in de toekomst de dienstverlening naar u toe te verbeteren.	
Het onderzoek vindt plaats in de vorm van diepte-interviews van ongeveer 30 minuten die in een periode van drie weken vanaf 1 augustus worden afgenomen.	
Voor het welslagen van het onderzoek is uw medewerking van groot belang. Ik hoop dan ook dat u bereid zult zijn de tijd voor het interview te nemen.	
Ik zal met Uw secretaresse contact opnemen om een afspraak te maken. Mocht U verhinderd zijn kunt U dan aangeven welke collega bereid is om mij te woord te staan.	
Met vriendelijke groeten,	
Nantje Markgraf Stagiaire MST afdeling Radiotherapie telefoon 053-4873453 e-mail: n.markgraf@ziekenhuis-mst.nl	

A.3 Interviewschema

Respondentnummer:

Datum:

Duur van het interview:

Goedemorgen/middag, bedankt dat u tijd voor mij kunt vrijmaken. Ik zal me even kort voorstellen en het doel van dit interview uitleggen. Mijn naam is Nantje Markgraf en in het kader van mijn afstuderen voor de studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente onderzoek ik namens de afdeling radiotherapie aan het MST welke keuzecriteria medische specialisten hanteren bij het verwijzen naar een radiotherapeutische instelling. Hierover zou ik u graag een paar vragen willen stellen. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren en motieven die van invloed zijn op de keuze van een radiotherapeutisch instituut bij verwijzende specialisten.

Mijn vragen betreffen de associaties die u bij radiotherapie hebt, daarna over aspecten die te maken hebben met de polikliniek en vervolgens zou ik uw mening willen weten over dingen die te maken hebben met de behandeling in een radiotherapeutische instelling.

Ik garandeer dat uw anonimiteit gewaarborgd blijft, niemand kan achterhalen dat dit uw antwoorden zijn. Dit geldt ook voor deze taperecorder die ik met uw toestemming graag zou willen gebruiken, zodat ik na afloop van het interview kan nalopen of ik alles goed heb begrepen. Daarna zal de tape worden gewist.

Tot slot wil ik graag benadrukken dat het mij om uw mening gaat; er zijn dus geen goede of foute antwoorden. Het interview zal ongeveer dertig minuten duren. Ik hoop dat alles duidelijk is.

Algemene gegevens

Ik zal eerst even wat algemene gegevens vragen. Dit zijn standaardvragen.

1. Geslacht: Man/Vrouw
2. Leeftijd:jaar
3. Ziekenhuis:
4. Afdeling:
5. Functie:
6. In deze positie werkzaam sindsjaar

Interview

- 1 Wat komt in u op als u aan radiotherapie aan het MST denkt?

- 2 Waarom verwijst u naar de radiotherapeutische afdeling aan het MST?
Wat verwacht u dat er gebeurt? Hoe bent u tot de die keuze gekomen? Hoe komt u aan die informatie?
- 3 Verwijst u ook naar andere radiotherapeutische klinieken?
Waarom wel/niet? Wat verwacht u dat er gebeurt? Hoe bent u tot die keuze gekomen? (Hoe komt u aan die informatie?)
- 4 Denkt u dat de patiënt invloed heeft op uw verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut?
Waarom wel/niet. Hoe?
- 5 Denkt u dat de zorgverzekering van de patiënt invloed heeft op uw keuze?
Waarom wel/niet. Hoe?
- 6 Denkt u dat de manier waarop de correspondentie¹ van een zorginstelling loopt invloed heeft op de keuze van het radiotherapeutische instituut?
Waarom denkt u dat?
- 7 Denkt u dat contracten en werkafspraken met bepaalde zorginstellingen van invloed kunnen zijn op u keuze?
Waarom wel/niet. Hoe?
- 8 Betreft u de aan- of afwezigheid van medische apparatuur bij de keuze voor een radiotherapeutische instelling?
Waarom wel/niet. Hoe komt u aan die informatie?
- 9 In het begin zei u over de afdeling radiotherapie aan het MST (dit en dit). Denkt u dat dit beeld dat u van de afdeling hebt invloed heeft op de keuze
Waarom wel/niet. Hoe?
- 10 Houdt u bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut in u achterhoofd hoe ver dit van de patiënt is, hoeveel reistijd het gaat kosten?
Waarom wel/niet.
- 11 Kijkt u bij een verwijzing ook naar de manier waarop de patiënt door de artsen en paramedisch personeel behandeld wordt?
Waarom wel/niet. Hoe?
- 12 Tot slot, houdt u (bij u verwijzing) rekening met eventuele wachttijden bij radiotherapeutische klinieken?
Waarom wel/niet. Hoe?

¹verslaglegging, bereikbaarheid radiotherapeutisch oncoloog, brochures en flyers

Bijlage C

Enquête

Een van de doelen van het onderzoek was de opzet van een verwijzersenquête om de tevredenheid bij medisch specialisten ten opzichte van de voor de verwijzers relevante aspecten bij het verwijzen te meten. In tegenstelling tot het vooraf beschreven onderzoek zal deze enquête kwantitatieve data opleveren. In het vervolg zal kort worden ingegaan op de ontwikkeling van de enquête en de respondenten. Tevens wordt een voorstel voor de statistische verwerking gegeven. De vragen uit de enquête zijn gebaseerd op de resultaten van het onderzoek die beschreven zijn in hoofdstuk 4 en het theoretisch kader uit hoofdstuk 2.

Voor het afnemen van de enquête kan na een enkelvoudig aselechte steekproef een enquête worden opgestuurd met de volgende inhoud: een begeleidende brief, de verwijzers tevredenheidsenquête en een antwoordenvelop. De enquête is te vinden in bijlage C.1. Om de respons te stimuleren kan het onderzoek vooraf worden aangekondigd.

De volgende paragrafen geven een korte beschrijving van de statistische toetsen en analyses die kunnen worden gebruikt bij het verwerken van de data. De antwoorden op de vragen uit de enquête kunnen per respondent worden ingevoerd in een statistisch programma (SPSS). Ontbrekende antwoorden kunnen als missing values worden behandeld en zodanig niet worden gebruikt bij de dataverwerking.

Alle resultaten met een overschrijdingskans van $p < 0,05$ zijn significant. Bij het verwerken van de data kunnen de volgende toetsen en analyses worden uitgevoerd:

T-toets. De enquête bevat een groot aantal stellingen. Respondenten kunnen op een 5 punt schaal aangeven in hoeverre zij het met een stelling (on)eens zijn. Een 5 punt schaal loopt bijvoorbeeld van ‘helemaal mee oneens’ (score 1) tot en met ‘helemaal mee eens’ (score 5). Een score van 3 staat in dit geval gelijk aan een neutraal antwoord. Een enkelvoudige t-toets kan worden gebruikt om te bepalen of het gemiddelde van de gehele steekproef gelijk is aan de neutrale score 3. Op deze manier kan worden vastgesteld of respondenten het met een bepaalde stelling gemiddeld eens of oneens zijn.

Tevens kan worden vastgesteld of de gemiddelden van twee onafhankelijke

groepen aan elkaar gelijk zijn. Zo is kan onder andere worden berekend of er verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten of verschillende specialismen gemiddeld andere antwoorden geven.

Betrouwbaarheidsanalyse. Individuele items meten gezamenlijk één onderliggend begrip. Om te bepalen of groepen van items opgenomen kunnen worden in één samengestelde schaal, kunnen betrouwbaarheidsanalyses worden uitgevoerd. Het resultaat van de betrouwbaarheidsanalyses wordt uitgedrukt in Cronbach's alpha (α). In de sociale wetenschappen geldt dat een $\alpha > 0,6$ een betrouwbare samengestelde schaal oplevert.

Exploratieve factoranalyse. Het in deze scriptie beschreven onderzoek heeft elf aspecten opgeleverd die volgens de geïnterviewde medisch specialisten van invloed zijn bij een verwijzing naar een radiotherapeutisch instituut. Deze elf aspecten, en hun bijbehorende items, staan in bijlage C.1. Op basis van de antwoorden van de respondenten groepeerde een exploratieve factoranalyse de individuele items in een aantal factoren. Op deze manier kan worden vastgesteld in hoeverre de elf aspecten die tijdens de diepte-interviews met medisch specialisten naar voren kwamen als zodanig terug te vinden zijn bij de respondenten.

C.1 Verwijzers tevredenheidsenquête

In de verwijzers tevredenheidsenquête zijn per aspect een aantal items geformuleerd. Items zijn stellingen of uitspraken, alle items zijn afgeleid uit het onderzoek en de gesignaleerde ontwikkelingen aan de afdeling radiotherapie van het MST.

Respondenten zouden per item op een vijf-punt-Likert schaal kunnen aangeven in hoeverre zij het met de betreffende uitspraken eens of oneens zijn. Ieder item meet (een deelaspect van) een bepaald construct. In de enquête kunnen alle items door elkaar worden gezet om routinematig invulgedrag van medisch specialisten te vermijden. In de enquête kunnen tevens een aantal vragen worden opgenomen over leeftijd, geslacht, ziekenhuis, functie en het contact met de afdeling radiotherapie van het MST. De invloed van deze demografische variabelen op de resultaten van de enquête kan hiermee worden gemeten.

In de volgende tabel zal een overzicht van mogelijke vragen voor de enquête worden gegeven. Deze tabel geeft eerst het construct weer, vervolgens uitspraken van de respondenten en de daaruit voortvloeiende uitspraak of stelling in de vragenlijst.

Tabel C.1: Verwijzers tevredenheidsenquête.

Invloed van de patiënt

“Als een patiënt elders heen wil is dat ook prima.”

(Stelling) De voorkeur van de patiënt voor een radiotherapeutisch instituut is doorslaggevend.

“Het gebeurt niet vaak dat patiënten een voorkeur hebben maar dan is dat geen enkel probleem.”

(Stelling) Als een patiënt een voorkeur heeft voor een instituut is dat geen probleem.

(Stelling) Ik laat de wens voor een verwijzing van de patiënt bij de keuze voor een radiotherapeutisch instituut altijd meewegen.

(Stelling) De patiënt heeft bij een verwijzing het laatste woord.

Verwijsproces

“Het doorverwijzen van de patiënt is duidelijk.”

(Een patiënt verwijzen naar de afdeling radiotherapie van het MST ...)

... is duidelijk.

“Als ik 's vrijdags iemand heb ik die ik volgende week wil laten bestralen, dan weet ik dat en verwijs ik hem naar Deventer.”

... kan op elke dag van de week even goed.

“Als we het hier afspreken dat iemand door radiotherapie mag worden opgeroepen terwijl er een radiotherapeut bij zit dan vind ik eigenlijk dat hij aangemeld is en dat we dat niet nog een keer moeten doen.”

... is gecompliceerd.

... is omslachtig.

continued on next page

continued from previous page

“Ik ben nooit de afgelopen jaren vastgelopen.”

... is makkelijk.

Opportunitetskosten

“Die hebben het zo geregeld dat er altijd een in huis is die te bereiken is.”

(De radiotherapeuten van het MST ...)

... zijn gemakkelijk bereikbaar.

“Ik ken zelf goed overweg met de radiotherapeuten.”

... zijn toegankelijk voor medisch specialisten.

“Ondertussen werken wij met de radiotherapeuten intensief samen op een plezierige manier.”

... zijn goed benaderbaar.

“Soms zit je wel even te wachten maar ze moeten die mensen ook ergens van dan halen.”

... zijn slecht aanspreekbaar.

(Stelling) Radiotherapeuten van het MST hebben altijd wel tijd voor een praatje.

Verslaglegging

“Je wordt goed geïnformeerd wat er met de patiënt gebeurt.”

(De radiotherapeuten van het MST ...)

... houden medisch specialisten op de hoogte van wat er met de patiënt gebeurt.

“De verslaglegging is wel goed, maar mag wel wat vlotter. Nu is dat het meerdere weken duurt voordat er bericht is.”

... correspondeert duidelijk.

... versturen ontslagbrieven op tijd.

(Stelling) Ik weet precies wanneer ik welke brief van de radiotherapeuten kan verwachten.

Bekendheid

“Het is zo dat ik niet weet wie als persoon, als poppetje daar [Deventer] zit.”

(Stelling) Ik weet niet welke radiotherapeuten aan het MST werken.

continued on next page

continued from previous page

“Ondertussen werken wij met de radiotherapeuten intensief samen op een zeer plezierige manier.”

(Stelling) Ik weet precies wanneer ik met een radiotherapeut van het MST te maken heb.

“Ik ken die mensen daar [MST] ook, twee komen regelmatig langs hier.”

(Stelling) Ik kan de radiotherapeuten van het MST van gezicht herkennen.

“Ik vind het plezierig met mensen te overleggen die ik ken.”

(Stelling) De radiotherapeuten van het MST zijn persoonlijk bekend bij het overgrote deel van de medisch specialisten.

Contracten

(Ik verwijs naar de afdeling radiotherapie van het MST omdat ...)

“Het wordt niet van ons verwacht om naar andere radiotherapeutisch instituten te verwijzen.” “Het is min of meer een verplicht gestelde relatie.”

... het vaststaat.

“Er is geen contract met Enschede, het is historisch zo gegroeid.”

... het gebruikelijk is.

“Er zijn gewoon afspraken gemaakt hoe de organisatie werkt.”

... er werkafspraken zijn.

“Ik denk dat het goed is te beperken tot een instituut.”

(Stelling) Ik denk dat het goed is zich te beperken tot een instituut.

“Ik krijg niet van boven opgelegd waarheen ik wel of niet moet verwijzen.”

(Stelling) Ik ben vrij om naar ieder radiotherapeutisch instituut te verwijzen.

Medisch apparatuur

(Ik verwijs naar de afdeling radiotherapie van het MST omdat ...)

continued on next page

continued from previous page

“Of ze alle apparatuur hebben en alles kunnen, dat speelt een rol.”

“Alle tuigage, alle spullen staan hier.”

“Dat weet ik door onderlinge gesprekken met de oncologen. Die zegt dan wij hebben dat of dat en als ik iets anders wil stuur ik de patiënt naar een andere instelling.”

Kwaliteit

“Goede gestroomlijnde afdeling.”

“De resultaten zijn bijzonder goed.”

“In Enschede kunnen ze [patiënten] makkelijk terecht met hun vragen en worden snel geholpen.”

“Ik kijk bij een verwijzing naar datgene wat de radiotherapeuten doen dus als ik iemand heb die verwezen moet worden voor een mammacarcinoom dan gaat die naar de ene Dr. toe en voor een longcarcinoom naar een andere enzovoort.”

... ik precies weet welke behandelmogelijkheden de afdeling biedt.

(Stelling) Ik weet niet welke behandelingen bij de afdeling radiotherapie van het MST mogelijk zijn.

... alle benodigde apparatuur voorhanden is.

(Stelling) De afdeling radiotherapie houdt mij op de hoogte van de mogelijkheden voor bestraling.

(De afdeling radiotherapie van het MST ...)

... komt haar afspraken na.

... is onbetrouwbaar.

(Stelling) Patiënten die voor bestraling verwezen worden naar het MST kunnen serieuze resultaten verwachten.

... voldoet aan de verwachtingen die ik heb.

(Stelling) De radiotherapeuten van de afdeling radiotherapie van het MST hebben veel verschillende kwaliteiten.

continued on next page

continued from previous page

Afstand en bereikbaarheid

“Het is wel makkelijk voor de patiënt dat het dichtbij is.”
 “Je zoekt altijd naar een afdeling die zo dicht mogelijk in de buurt is.”

Elke radiotherapie bedient een bepaalde regio.

“De meest patiëntvriendelijke reden is dat ze in de regio zitten waar de patiënt woont.”

Empathie

“Ik ben blij met verhalen van de patiënt dat zij prettig geholpen zijn.”
 “De koppeling tussen behandelen enerzijds tegenover de emotionele beleving van het hebben van kanker, dat moet aan elkaar gekoppeld en dat doen ze goed.”

(Stelling) Ik kan van iedere radiotherapeut min of meer hetzelfde antwoord op een vraag verwachten.

(De afdeling radiotherapie van het MST ...)

... is goed te bereiken voor de patiënt.

... is gunstig gelegen.

... is het dichtstbijzijnde radiotherapeutisch instituut.

(Stelling) Patiënten uit deze regio die in aanmerking komen voor radiotherapie gaan naar Enschede.

(Stelling) Het is een logische stap om naar de radiotherapie in Enschede te verwijzen.

(Stelling) Een patiënt die kanker heeft en bestraald moet worden wil dat het dichtbij is.

(De radiotherapeuten van het MST ...)

... zijn geïnteresseerd in de patiënten.

... leven met de patiënt mee.

... bejegenet elke patiënt op dezelfde manier.

... hebben weinig kennis van wat er bij de patiënt speelt.

... spelen in op de behoeften van de patiënt.

(Stelling) Patiënten die met vragen naar de afdeling komen kunnen serieuze antwoorden verwachten.

continued on next page

continued from previous page

Wachttijden

“Je kunt natuurlijk zeggen dat het in een week of tien dagen moet maar ik vind twee weken een acceptabele wachttijd.”

“Er is een periode geweest waar we makkelijk verwezen of aandrongen op een therapie die elders sneller verkrijgbaar was.”

“Wachttijden, dat is iets wat men heel goed in de gaten moet houden.”

“Over wachttijden wordt met ons volstrekt niet gecommuniceerd, wij krijgen daar geen enkele informatie over.”

“Op een van de andere manier eet je waar mensen snel terecht kunnen op zo’n moment.”

(De afdeling radiotherapie van het MST ...)

... heeft op dit moment acceptabele wachtlijsten.

... plant patiënten voor bestraling snel in.

(Stelling) Ik verwijs altijd naar het instituut met de kortste wachttijden.

... houdt de wachttijden kort.

... houdt medisch specialisten op de hoogte van de wachttijden bij de radiotherapie.

(Stelling) Ik denk dat medisch specialisten altijd op de hoogte moeten worden gesteld van de wachttijden bij de radiotherapie.

(Stelling) Ik weet altijd waar patiënten snel terecht kunnen voor bestraling.
