

Aandacht voor angst

Een onderzoek naar de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en
Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente

Afstudeerscriptie voor de opleiding Communication Studies
Faculteit Gedragswetenschappen
Universiteit Twente, Enschede

Sylvia Louwarts

s0155519

Juni 2009

Commissie:

Dr. E. Taal, Universiteit Twente

Dr. M. Galetzka, Universiteit Twente

In opdracht van:

Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, Medisch Spectrum Twente, Enschede



Voorwoord

Nooit gedacht dat ik dit voorwoord nog eens zou schrijven. Eindelijk is het zover, ik ga afstuderen! Met frisse moed begon ik aan de scriptie, klaar om de uitdaging aan te gaan. Een onderzoek naar de tevredenheid van patiënten in het Medisch Spectrum Twente, ik zag het helemaal zitten! Vooral na een dagje meelopen op de afdeling wist ik precies wat ik wilde gaan onderzoeken. De eerste maanden van mijn onderzoek verliepen dan ook volgens plan, helaas kwamen er na een tijdje wat hobbels op de weg, waardoor alles niet zo verliep als ik wilde. Maar nu, een hele tijd verder, is het dan toch zover, mijn scriptie is af en ik ben er trots op!

Deze scriptie was er echter niet geweest zonder de goede hulp van mijn begeleiders, dr. E. Taal en dr. M. Galetzka. Door de afspraken met jullie kon ik fijn naar een deadline toe werken en na deze afspraken had ik altijd weer nieuwe motivatie om verder te gaan. Tevens bedank ik mijn externe begeleider, meneer Assink voor zijn begeleiding vanuit het Medisch Spectrum Twente en het mogelijk maken van het daadwerkelijke onderzoek.

Verder wil ik mijn lieve vrienden en vriendinnen bedanken. Niet alleen voor jullie hulp tijdens de scriptie, maar ook voor de leuke tijd in Enschede, wat 1 jaar had moeten worden, werden er 3, mede dankzij jullie.

Tenslotte wil ik Rudi bedanken. Niet alleen voor zijn praktische hulp maar ook voor alle keren dat hij, zelfs wanneer ik dat even niet deed, bleef geloven dat het allemaal goed zou komen. Hetzelfde geldt voor mijn lieve ouders, broer en zusje. Zij waren er altijd als ik ze nodig had, zowel met financiële als morele steun. Zonder jullie was het me niet gelukt te worden wat ik nu (bijna) ben: Master of Science.

Samenvatting

In deze scriptie wordt een onderzoek besproken naar de tevredenheid van patiënten op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente. Er wordt gekeken wat patiënttevredenheid is, welke factoren van invloed zijn op de tevredenheid van patiënten en hoe dit het beste gemeten kan worden. Dit alles wordt bekeken vanuit het oogpunt van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente. Deze afdeling wilde graag de tevredenheid van hun patiënten in kaart brengen. Tevens moest er een instrument ontwikkeld worden wat geschikt is om die tevredenheid te meten, zodat er in de toekomst gebruik gemaakt kan worden van hetzelfde instrument om tevredenheid van patiënten te meten. Uiteindelijk hoopte de afdeling op aanbevelingen die gebruikt konden worden voor het leveren van goede zorg in de toekomst.

Om te bekijken hoe de patiënten over de aangeboden zorg dachten en hoe zij de kwaliteit van de afdeling beoordeelden, is een schriftelijke vragenlijst opgesteld. Voorafgaand aan de vragenlijsten zijn interviews afgenomen op de afdeling om te kijken hoe medewerkers van de afdeling over patiënttevredenheid dachten en om te onderzoeken of er zaken waren die zeker niet in de vragenlijst mochten ontbreken. De vragenlijst is vervolgens middels verschillende modellen samengesteld. Om te beginnen het ServPerf model, dit is een model dat gebruikt kan worden om de kwaliteit van zorg te meten. Dit model bestaat uit de dimensies betrouwbaarheid (de mogelijkheid om de beloofde dienst duidelijk en accuraat uit te voeren), responsiviteit (de bereidheid om klanten te helpen en goede service te verlenen), zekerheid (de kennis en bereidwilligheid van medewerkers en hun mogelijkheid om vertrouwen uit te stralen), empathie (de individuele aandacht die een bepaalde organisatie verschaft aan zijn klanten) en tastbaarheden (fysieke faciliteiten, apparatuur en het voorkomen van personeel en communicatiemateriaal). Naast het ServPerf model is er ook een model gebruikt om de communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen in kaart te brengen. Uit literatuurstudie bleek dat communicatie een belangrijke determinant van patiënttevredenheid is. Om de communicatie te meten is gebruik gemaakt van het Communication Assessment Tool (CAT). Met dit hulpmiddel werd gemeten in hoeverre de patiënt het gevoel had juist bejegend te worden door kaakchirurg en verpleegkundigen en in hoeverre informatievoorziening naar de patiënt duidelijk en compleet was. Tot slot is er een model gebruikt om de emoties van patiënten, in dit geval de mate van angst, in kaart te brengen. Uit onderzoek is gebleken dat emoties een belangrijke rol spelen bij het beoordelen van tevredenheid. Veel patiënten ervaren angst wanneer zij een tandheelkundige behandeling moeten ondergaan. Om deze angst in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de Dental Anxiety Scale (DAS), deze schaal bevatte drie vragen waarmee werd gekeken in hoeverre patiënten angstig waren, zowel vooraf als tijdens de behandeling.

Uit de vragenlijsten bleek dat de patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie erg tevreden zijn over de aangeboden zorg. Zowel op de dimensies van het ServPerf model als op de items die de communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen maten, werd goed gescoord. Verder bleek dat ruim driekwart van de patiënten

angst ervaart vooraf of tijdens de tandheelkundige behandeling die zij ondergaan. Bij de beoordeling van tevredenheid bleken vooral de dimensies zekerheid, communicatie met de kaakchirurg en mate van angst belangrijke voorspellers te zijn. Vandaar dat de belangrijkste aanbeveling die gedaan kan worden is dat men zich meer op de angst van de patiënt moet richten. Door een goede informatievoorziening, het creëren van een prettige sfeer en juiste bejegening kan deze angst afnemen, waardoor patiënten in het vervolg nog meer tevreden naar huis zullen gaan.

Abstract

This thesis contains a study of the satisfaction among patients of the department of Oral and Maxillofacial surgery of the Medical Spectrum of Twente. The definition of patient satisfaction will be discussed, as well as the factors which influence the satisfaction of patients. Furthermore, the methods to measure patient satisfaction will be discussed. The department of Oral and Maxillofacial surgery wanted to investigate the satisfaction among their patients. There had to be created a measuring instrument that could be used in future research. In the end recommendations can be done, so the department can provide their patients optimal care in order to obtain a higher level of satisfaction among their patients.

A written questionnaire has been drawn up in order to investigate the quality and provided services of the department from a patient's point of view. Before the questionnaire was drawn up interviews have been held among the personnel of the department of Oral and Maxillofacial surgery to investigate their point of view about patient satisfaction. The questionnaire has been based on three different models. The first one is the ServPerf model, this is a measurement instrument to measure the quality of services. It contains five different dimensions; the first one is reliability, which is the ability to execute the promised service distinctive and accurate. The second one is responsiveness, the willingness to help customers and provide a decent service. Another dimension of the ServPerf model is assurance, which is the willingness and knowledge of the employees and their ability to communicate trust. Empathy, which is the fourth dimension of the ServPerf model, is the personal attention which an organization provides to his customers. The final dimension of the ServPerf model is tangibles, in other words the facilities of a certain service, such as equipment, appearance of employees and communication material. Besides the ServPerf model a second model has been used, which is the Communication Assessment Tool. This is a measurement tool to investigate the communications skills of the oral surgeons and nurses. When it comes to patient satisfaction, communication is an important determinant. With this tool there has been measured to which extent the patients were treated in a right manner and how satisfied the patients were with the provided information services. Furthermore a model has been used to investigate the patient's anxiety with the dental treatment they had to undergo. This is because emotions play an important role when it comes to patient satisfaction. The model that has been used is the Dental Anxiety Scale.

From this study there can be concluded that the patients of the department of Oral and Maxillofacial surgery were very satisfied with the provided care. The dimensions of the ServPerf model and the Communication Assessment Tool were rated highly. Furthermore more than 75% of the patients experienced anxiety before or during their treatment. Assurance, communication skills of the oral surgeon and the level of anxiety were predictors of patient satisfaction. The most important recommendation is that the department has to focus on the anxiety of the patient. By creating proper information services, a pleasant atmosphere and providing the right empathy, the patient's anxiety may decrease. In this manner the patients will go home even more satisfied.

Managementsamenvatting

In opdracht van het Medisch Spectrum Twente, afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Deze afdeling is in juni 2007 verhuisd naar een nieuwe locatie en binnenkort zullen er aanpassingen gedaan worden om de zorg met voldoende persoonlijke aandacht voor de patiënt en toch efficiënt aan te bieden. Om te onderzoeken hoe de tevredenheid in de huidige situatie is, werd dit tevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

Aan de hand van het ServPerf model en het Communication Assessment Tool werd achterhaald wat patiënten belangrijk vonden in de aangeboden zorg en hoe zij verschillende dimensies van zorg beoordeelden. Tevens werd met behulp van de Dental Anxiety Scale gekeken in hoeverre patiënten angst ervaren vooraf en tijdens hun tandheelkundige behandeling.

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de patiënten erg tevreden waren over de aangeboden zorg. Om te zorgen dat patiënten in het vervolg tevreden blijven of zelfs nog meer tevreden worden, kunnen er enkele aanbevelingen gedaan worden:

- Aanpassen voorzorg en nazorg
- Meer persoonlijke aandacht en tijd voor de patiënt creëren.
- Aandacht besteden aan en inspelen op angst van de patiënt door middel van goede informatievoorziening, goede bejegening en het creëren van een prettige omgeving

De patiënten gaven aan erg tevreden te zijn met de aangeboden zorg en deze werd beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 7.7. Bij nadere analyse kwamen er een aantal punten naar voren die voor verbetering vatbaar zijn. De patiënten bleken niet altijd tevreden te zijn over de voorzorg en de nazorg die zij ontvingen. Met voorzorg wordt in dit geval vooral de informatievoorziening vooraf bedoeld. Patiënten weten niet altijd waar zij aan toe zijn als ze de behandeling ondergaan; ze weten niet precies wat er komen gaat. Bij de nazorg speelt eveneens goede informatievoorziening een rol, vervolgmaatregelen moeten goed worden besproken met de patiënt. Maar ook moet er ruimte zijn voor de patiënt om even bij te komen. Tevens bleek dat de communicatievaardigheden van zowel de kaakchirurg als de verpleegkundigen goed beoordeeld werden. Toch zijn patiënten net iets meer tevreden over de communicatievaardigheden van de verpleegkundigen. Aangezien de kaakchirurg een belangrijke rol speelt in het zorgproces is het belangrijk dat deze zijn of haar communicatievaardigheden blijft ontwikkelen. Patiënten geven aan het erg prettig te vinden om persoonlijke aandacht en tijd te ontvangen. Wanneer de patiënt een aanspreekpunt heeft en weet tot wie hij of zij zich moet richten met vragen en problemen, heeft de patiënt het gevoel meer persoonlijke aandacht te krijgen. Tot slot is het belangrijk aandacht te besteden aan de angst van de patiënt, aangezien deze angst de patiënttevredenheid beïnvloedt. Dit kan gerealiseerd worden door het bieden van goede informatievoorziening, een juiste bejegening en het creëren van een prettige omgeving in zowel wachtkamer als behandelkamer.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Achtergrond	9
1.2	Medisch Spectrum Twente: Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie	9
1.3	Probleemstelling	10
1.4	Opbouw van het verslag	10
2	Theoretisch kader	11
2.1	Patiënttevredenheid	11
2.2	Kwaliteit van dienstverlening	11
2.3	Voorlichting aan patiënten	12
2.4	Communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen	14
2.5	Factoren die van invloed zijn op patiënttevredenheid	14
2.6	Belang patiënttevredenheid	17
2.7	Methodes om patiënttevredenheid te meten	18
2.8	ServQual-model	22
2.9	Onderzoeksvragen	27
2.10	Onderzoeksmodel	28
3	Vooronderzoek	29
4	Methode van onderzoek	33
4.1	Procedure en respondenten	33
4.2	Meetinstrumenten	34
5	Resultaten	38
5.1	Beschrijving respondenten	38
5.2	Betrouwbaarheid constructen van kwaliteit van zorg	39
5.3	Patiënttevredenheid	39
5.4	Bijdrage van dimensies ServPerf, communicatievaardigheden en angst aan de patiënttevredenheid	45
5.5	Algemene opmerkingen	47
6	Conclusies en discussie	48
6.1	Beantwoording onderzoeksvragen	48
6.2	Tekortkomingen en sterkten onderzoek	53
6.3	Aanbevelingen	54
6.4	Vervolgonderzoek	57
	Literatuurlijst	59
	Bijlagen	65
	Bijlage I: Interviewschema	66

Bijlage II Schriftelijke vragenlijst	69
Bijlage III: Aanbiedingsbrief	74
Bijlage IV: Mediaan, gemiddelde scores en standaarddeviaties items vragenlijst	75

1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen het onderwerp en de context van het onderzoek worden geïntroduceerd. Tevens wordt de probleemstelling beschreven en een indeling van dit verslag.

1.1 Achtergrond

Steeds meer ziekenhuizen maken tegenwoordig gebruik van patiënttevredenheidsonderzoeken. Beleidsmakers en patiëntenorganisaties worden steeds nieuwsgieriger naar de ontevredenheid dan wel tevredenheid over de verleende zorg. Ziekenhuizen moeten verantwoorde zorg leveren. Met andere woorden: de zorg moet doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en van goede kwaliteit zijn. Om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en te meten wordt niet alleen gebruik gemaakt van de visie van professionals in de zorg of bepaalde verzekeraars, maar ook van patiënten zelf. Eén van de belangrijkste doelstellingen van ziekenhuizen is dan ook het hebben van tevreden patiënten (Eijkman & Kieft, 2001). De visie en opinies van patiënten zijn uitermate belangrijk voor het verzekeren van kwaliteit in de gezondheidszorg (Ovretveit, 2002). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat tevredenheid van patiënten een grote rol kan spelen in de effectiviteit van een behandeling. Tevreden patiënten hebben meer vertrouwen in hun behandelaar en gaan ook vaker positiever om met adviezen van hun behandelaar (Grogan, Conner, Norman, Willits & Porter, 2000). Om de meningen van patiënten te meten wordt vaak gebruik gemaakt van patiënttevredenheidsonderzoeken. Deze onderzoeken vormen een waardeoordeel voor en over ziekenhuizen en geven tevens inzicht in de positieve en negatieve punten van een bepaalde afdeling van zorg. Op deze manier kunnen er aanbevelingen gedaan worden om de negatieve punten aan te pakken.

1.2 Medisch Spectrum Twente: Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Het Medisch Spectrum Twente, in dit geval de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, wil graag de patiënttevredenheid in kaart brengen. De polikliniek Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente is in juni 2007 verhuisd naar een nieuwe locatie. Op dit moment ziet de situatie er daar als volgt uit: Nadat de patiënt zich heeft gemeld bij de receptie en is doorverwezen naar de wachtkamer, wordt de patiënt ontvangen door de kaakchirurg. De kaakchirurg werkt op één kamer en wordt geassisteerd door twee verpleegkundigen. De kaakchirurg en verpleegkundigen begeleiden samen heel het proces; binnenkomen en ontvangen van de patiënt, het geven van uitleg, behandeling van de patiënt en de afhandeling en eventuele nazorg. Nu hebben de kaakchirurgen alsmede het management en de medewerkers van het MST signaleerd dat de zorg rond de patiënten die een poliklinische ingreep moeten ondergaan, efficiënter en klantvriendelijker kan worden verzorgd. De zorg zou patiëntvriendelijker kunnen worden door betere voorlichting en meer aandacht voor de patiënt. Om dit te bereiken wil de afdeling een zogenaamd

“twee-stoelensysteem” invoeren. Dit houdt in dat op kamer 1 een patiënt wordt behandeld door een kaakchirurg en tegelijkertijd wordt op kamer 2 een volgende patiënt voorbereid op de behandeling. Dit gebeurt dan door een verpleegkundige, die zal de patiënt ontvangen en voorbereiden. Wanneer de kaakchirurg klaar is op kamer 1, gaat hij verder naar kamer 2. Op kamer 1 wordt de patiënt verder geïnformeerd over eventuele medicijnen en wordt het een en ander administratief afgehandeld door de verpleegkundige. Zo kunnen er meer patiënten in kortere tijd behandeld worden en krijgt de patiënt meer persoonlijke aandacht, omdat de verpleegkundige alle tijd neemt om de patiënt te instrueren. Om te kijken of deze vooronderstelling klopt wordt er een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Er wordt in dit onderzoek een nulmeting gedaan, om te kijken hoe de patiënttevredenheid in de huidige situatie is. Zo kan er gekeken worden waar mogelijke knelpunten zitten en of er behalve de ideeën die de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zelf al heeft, nog meer aanbevelingen gedaan kunnen worden voor een betere zorg. Op een later tijdstip, na invoering van het ‘tweestoelensysteem’ zal er nog een keer een meting gedaan worden met hetzelfde meetinstrument, om te kijken of de patiënttevredenheid verbeterd is. Omdat er op een later tijdstip weer een meting gedaan zal worden, is het belangrijk dat er een meetinstrument wordt gevonden dat ook makkelijk in de toekomst gebruikt kan worden; er zullen verschillende methodes besproken worden waarmee patiënttevredenheid gemeten kan worden.

1.3 Probleemstelling

De patiënttevredenheid op de afdeling moet dus in kaart worden gebracht. Hiertoe moet achterhaald worden waardoor patiënttevredenheid bepaald wordt en wat patiënten van het MST belangrijk vinden met betrekking tot tevredenheid en kwaliteit van zorg. Tevens moet er een meetinstrument gevonden worden dat goed toegepast kan worden op de huidige situatie. Uiteindelijk kunnen aanbevelingen gedaan worden ter verbetering van de zorg op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie en kan de zorg beter worden afgestemd op de behoeften van de patiënt. Op basis van het bovenstaande is dan ook tot de volgende probleemstelling van het onderzoek gekomen:

Inzicht verkrijgen in de factoren die patiënttevredenheid kunnen beïnvloeden, en die belangrijk worden gevonden door patiënten van het Medisch Spectrum Twente, afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, ten behoeve van het verbeteren van de aangeboden zorg op die afdeling.

1.4 Opbouw van het verslag

In hoofdstuk 2 zal zowel de algemene theorie worden besproken als de meer theorie die specifiek van toepassing is op de huidige situatie. Tevens zullen het onderzoeksmodel en de onderzoeksvragen worden gepresenteerd. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het vooronderzoek. In hoofdstuk 4 wordt de gebruikte onderzoeksmethode toegelicht. In hoofdstuk 5 komen de resultaten aan bod en tot slot is er in hoofdstuk 6 ruimte voor de conclusies en discussie.

2 Theoretisch kader

2.1 Patiënttevredenheid

Patiënttevredenheid is geen duidelijk definieerbaar begrip. Er zijn verschillende definities, één van deze definities is 'het hebben van positieve attitudes ten opzichte van zorg of ten opzichte van aspecten van zorg' (Jenkinson, Coulter, Richards & Chandola, 2002). De definitie die Brouwer & Delnoij (2004) hanteren is: 'Is de gebruiker tevreden over de feitelijk aan hem of haar verleende gezondheidszorg?' Maar een definitie vanuit het oogpunt van de patiënt, die beter bij dit onderzoek past is: 'Patiënttevredenheid is een evaluatie van de ervaring van patiënten met gezondheidszorg of aspecten van gezondheidszorg gebaseerd op hun eigen waardes/belangen, percepties en interactie met de omgeving van de gezondheidszorg' (Fung & Cohen, 1998). Het gaat hierbij zowel om objectieve aspecten als de discrepantie tussen verwachting en realisatie van de dienstverlening. De mate van tevredenheid kan een goede indicatie geven van bijvoorbeeld de meedogende houding van artsen ten opzichte van de patiënt, efficiënte tegemoetkoming aan behoeften, inspraak in het nemen van beslissingen en toereikende communicatie en informatie (Fung & Cohen, 1998). Ook Pascoe (1983) stelt patiënttevredenheid voor als evaluaties van ervaringen van patiënten. Deze evaluatie bevat zowel een cognitieve evaluatie als een emotionele reactie. Pascoe ziet patiënttevredenheid als een resultaat van het proces waarin patiënten de daadwerkelijk ervaren zorg afwegen tegen hun verwachtingen. Elke patiënt begint namelijk met een verwachtingsstandaard waartegen de zorg wordt afgezet. Deze standaard kan één van de volgende dingen zijn: een ideaal, een minimale verwachting, een gemiddelde van ervaringen uit het verleden of een gevoel van wat iemand verdient. Vervolgens kan een patiënt discrepanties waarnemen tussen deze verwachte standaard van zorg en de daadwerkelijke ervaring. Een verandering in tevredenheid treedt op wanneer er een verschil is tussen daadwerkelijke en verwachte zorg. Die verandering betekent niet meteen ontevredenheid omdat de standaardverwachting waarmee een persoon begint bijvoorbeeld heel laag kan zijn. Simpel gezegd: patiënttevredenheid hangt af van het verschil tussen dat wat verwacht wordt door de patiënt en door dat wat de patiënt daadwerkelijk waarneemt.

2.2 Kwaliteit van dienstverlening

Het is voor cliënten lastig om de kwaliteit van een bepaalde dienst te bepalen, dit komt mede door de ontastbaarheid van diensten (Verhage, 2004). Er zijn verschillende soorten diensten. Er zijn diensten waarvan bepaalde kenmerken pas vastgesteld kunnen worden nadat die dienst gebruikt is. Voorbeelden van zulke diensten zijn bijvoorbeeld het nuttigen van een maaltijd in een restaurant of een vakantie. Deze diensten kunnen bijvoorbeeld beoordeeld worden op smaak. Er zijn echter ook diensten waarbij dominante kenmerken zelfs na consumptie moeilijk beoordeeld kunnen worden. Dit komt omdat een consument informatie of expertise mist (Darby & Karni, 1973; Nelson, 1970). Voorbeelden hiervan zijn het herstellen van een auto of het stellen van medische diagnoses. Tot deze

laatste categorie diensten behoort de gezondheidszorg. Patiënten kunnen slechts tot op zekere hoogte de aangeboden zorg in een ziekenhuis beoordelen. Een patiënt 'koopt' een ontastbare ervaring die, met name vooraf, moeilijk te beoordelen is. Wanneer er een bepaalde diagnose gesteld wordt door een arts, kan een patiënt er alleen maar vanuit gaan dat dit de juiste diagnose is. Een patiënt baseert zijn oordeel op basis van vertrouwen. Zeker weten doen de patiënten het niet, omdat een patiënt de expertise mist die een chirurg wel heeft. Zelfs nadat een operatie voltooid is, zal een patiënt de verrichte dienst niet helemaal begrijpen, ook al is er tastbaar bewijs van de dienst zichtbaar, zoals wonden, verband of pijn (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2006). De patiënt kan er slechts van uitgaan dat hetgeen waar hij of zij voor kwam verholpen is. Aangezien patiënten de diagnose die in het ziekenhuis gesteld is, of de behandeling die zij hebben ondergaan dus niet kunnen beoordelen, gaan patiënten op zoek naar zaken die zij wel kunnen beoordelen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld kijken naar zaken die bij binnenkomst al makkelijk te beoordelen zijn, zoals de gebruikte kleuren in een ziekenhuis, kleuren van de wacht- en behandelkamers. Tevens kunnen patiënten kijken naar de bejegening van artsen en verpleegkundigen, deze kunnen ze nadat ze een bepaalde behandeling hebben ondergaan wel beoordelen. De patiënt vormt zijn oordeel over de kwaliteit van zorg op basis van zijn of haar ervaring in het ziekenhuis.

Kwaliteit van dienstverlening en patiënttevredenheid

In het huidige onderzoek wordt er gekeken naar de patiënttevredenheid, maar hierbij gaat het vanzelfsprekend ook om de kwaliteit van zorg zoals deze door patiënten ervaren wordt.

De begrippen patiënttevredenheid en kwaliteit van dienstverlening worden in de literatuur nogal eens door elkaar gebruikt. Net zoals patiënttevredenheid is kwaliteit een moeilijk definieerbaar begrip. Het kan namelijk erg verschillend worden geïnterpreteerd: wat goede kwaliteit van zorg voor de één is, hoeft dat niet voor de ander te zijn. Zo zullen zorgverleners eerder in termen van kennis, nieuwe ontwikkelingen en interventies denken, terwijl patiënten hun beeld van kwaliteit baseren op de percepties die zij hebben. Zij willen bijvoorbeeld graag goed kunnen praten met een zorgverlener. Het maakt niet uit of een patiënt gelijk heeft of niet, het gaat erom hoe hij of zij zich bij een bepaalde ervaring voelt, ook al is de perceptie van de realiteit van een zorgverlener misschien heel anders (Andaleeb, 2001).

2.3 Voorlichting aan patiënten

Alle diensten betreffen ervaringen. Ongeacht of het bezoek later positief of negatief wordt ervaren, een bezoek aan het ziekenhuis is een bepaalde ervaring. Deze ervaringen worden gevormd door de combinatie van stappen die worden ondernomen in een ziekenhuis; de opeenvolging van activiteiten. Het is deze combinatie van stappen die wordt beoordeeld door de klant, in dit geval de patiënt (Tax & Morgan, 2004). Er zijn verschillende factoren die in zo'n ervaring aan bod komen en die van invloed zijn op de tevredenheid van patiënten in ziekenhuizen.

Een belangrijke determinant van patiënttevredenheid is voorlichting aan patiënten.

Een veel gebruikte definitie van patiëntenvoorlichting is 'een planmatige leerervaring waarbij meestal een combinatie van methoden wordt gebruikt zoals informatieverstrekking, advisering en gedragsveranderingstechnieken die de kennis en/of beleving van de ziekten en het gezondheidsgedrag van de patiënt beïnvloeden, gericht op het verbeteren of handhaven van de gezondheid of het leren omgaan met een (chronische) aandoening' (Van den Borne, 1998). Het doel van patiëntenvoorlichting is enerzijds het bevorderen van het genezingsproces en de gezondheid en anderzijds is voorlichting nuttig voor het leren omgaan met bijvoorbeeld een chronische aandoening. De voorlichting zal uiteindelijk de beleving van een bepaalde ziekte, de kennis en tevens het gezondheidsgedrag beïnvloeden.

Patiëntenvoorlichting heeft verschillende functies. Ten eerste een informatiefunctie. De voorlichting geeft feitelijke informatie over ziekte en behandeling. Dit heeft alles te maken met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In deze wet is de relatie tussen patiënt en arts geregeld. Deze wet houdt in dat er alleen een behandeling uitgevoerd mag worden als de patiënt hiermee instemt. Deze instemming kan pas gegeven worden wanneer de patiënt informatie heeft ontvangen over de behandeling, ook wel 'informed consent' genoemd (letterlijk; geïnformeerde toestemming). Informatie aan de patiënt is dus een noodzakelijke voorwaarde voor de patiënt om toestemming te kunnen geven. Hoe deze voorlichting er precies uit moet zien is niet specifiek uitgewerkt in de WGBO, bij niet-ingrijpende onderzoeken wordt de toestemming van de patiënt als vanzelfsprekend verondersteld. Wel is het noodzakelijk dat de patiënt hierover informatie heeft ontvangen. Een voorbeeld hiervan is meten van de bloeddruk of afnemen van bloed voor onderzoek (Algra, Gevaerts & Verhoeven, 1996).

Een tweede functie van patiëntenvoorlichting is instrueren. Patiëntenvoorlichting geeft richtlijnen en voorschriften voor onderzoek en behandeling.

Ten derde is patiëntenvoorlichting geschikt voor het geven van educatie. Het bevordert inzicht en 'zelfmanagement'. Tot slot biedt deze voorlichting ook emotionele ondersteuning, zodat de patiënt de ziekte zo goed mogelijk kan verwerken.

Er zijn verschillende voorlichtingsmomenten, oftewel punten in het zorgtraject waarin de nodige informatie dient te worden gegeven. Bijvoorbeeld voorafgaand aan diagnostisch onderzoek of voorlichting over het behandelplan en er is een voorlichtingsmoment voorafgaand aan de daadwerkelijke behandeling.

Uit onderzoek van Roter & Stewart (1997) blijkt dat het aantal mensen dat niet goed voorgelicht is, tijdens bijvoorbeeld een operatie, erg hoog is. Vooral over de bijwerkingen van een behandeling, worden patiënten niet goed voorgelicht. Roter & Stewart (1997) stellen dat patiënten die niet goed voorgelicht worden vaak minder tevreden zijn over de aangeboden zorg.

Voorlichting aan patiënten van het MST

Wanneer het op de tevredenheid van patiënten aankomt zijn al deze functies van belang. In het huidige onderzoek zal er vooral gekeken worden naar de informatie- en instructiefunctie van informatie en het bieden van emotionele ondersteuning door middel van voorlichting.

Op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie wordt vooral gebruik gemaakt van voorlichting over (diagnostisch) onderzoek en behandelingen. In de voorlichting worden de behandelingsopties en mogelijke uitkomsten en complicaties beschreven en de inbreng van de patiënt wordt behandeld. Bij ingrijpende behandelingen krijgt de patiënt vooraf een consult waarin alle belangrijke zaken met betrekking tot een bepaalde behandeling besproken worden. Wanneer het eenvoudiger behandelingen betreft, zoals het trekken van een verstandskies of een wortelpuntbehandeling, wordt de patiënt vooraf door de tandarts voorgelicht. Verder krijgen de patiënten op de dag van de behandeling voorlichting door kaakchirurg en verpleegkundigen. Tevens krijgen de patiënten na de behandeling nog schriftelijke informatie mee over de behandeling en eventuele medicijnen en bijwerkingen.

2.4 Communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen

Niet alleen de voorlichting zelf, maar ook de wijze waarop deze voorlichting gegeven wordt, is van belang bij het beoordelen van zorg. Bij het geven van voorlichting spelen de communicatievaardigheden van desbetreffende een belangrijke rol. De communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen worden erg belangrijk gevonden door patiënten bij het beoordelen van kwaliteit van zorg (Black & Craft, 2004). Goede artsen zouden de zorg van de patiënten voorop moeten stellen, elke patiënt beleefd moeten behandelen, respect voor de patiënt tonen, goed naar een patiënt luisteren en patiënten informatie geven die duidelijk te begrijpen is. Dit zijn enkele van de punten die Black & Craft (2004) in hun onderzoek noemen, die belangrijk worden gevonden bij het beoordelen van de competenties van een arts. Tevens moeten artsen bijgestaan worden door uitstekend personeel, dat empathie voor de patiënt toont en eveneens op duidelijke wijze met de patiënten communiceert. Wanneer er niet op deze wijze met patiënten om wordt gegaan, zullen deze de artsen en verpleegkundigen minder competent achten, wat weer invloed heeft op de tevredenheid van patiënten.

2.5 Factoren die van invloed zijn op patiënttevredenheid

Naast goede voorlichting en communicatievaardigheden, zijn er nog meer factoren die van invloed zijn op tevredenheid. De factoren die de tevredenheid van patiënten kunnen beïnvloeden en die het meest in de literatuur genoemd worden, zullen hier besproken worden.

Informatievoorziening

Zoals uit paragraaf 2.3 is gebleken is voorlichting een erg belangrijke determinant van patiënttevredenheid, ook uit onderzoek van Fung & Cohen (2000) blijkt dat patiënten informatie en communicatie aangeven als belangrijkste factor binnen de beoordeling van tevredenheid over de zorgverlening. Voldoende en duidelijk informatie rondom behandeling en zorgverlening is essentieel voor de tevredenheidsbeleving. De uitleg die een arts geeft leidt namelijk tot beslissingen die genomen moeten worden door arts en patiënt over een bepaalde behandeling (Grogan, Conner, Norman, Willits & Porter, 2000). Daarnaast is informatie erg belangrijk voor het geven van vertrouwen en steun. De patiënttevredenheid neemt toe wanneer er adequate en zorgvuldige uitleg wordt gegeven, bijvoorbeeld over een bepaalde behandeling die moet worden ondergaan (Wriglesworth & Williams, 1975).

Goede informatievoorziening oefent niet alleen direct invloed uit op de patiënttevredenheid, maar ook indirect, via emoties zoals angst. Er is namelijk groeiend bewijs dat goede communicatie tussen artsen of verpleegkundigen en patiënt, angst voor een operatie kan doen afnemen. Bijna alle patiënten ervaren voor zij een bepaalde behandeling moeten ondergaan wel enige vorm van angst, deze angst kan volgens Bolton & Brittain (1994) beter omschreven worden als 'angst voor het onbekende'. Patiënten weten vooraf niet wat ze te wachten staat. Zonder de verschaffing van adequate en juiste informatie kan deze angst voor het onbekende niet afnemen. Het is belangrijk om de patiënt vertrouwen en steun te geven en zijn of haar onzekerheid over wat er gaat komen weg te nemen. Hoe deze behoefte aan informatie ingevuld moet worden, is echter lastig vast te stellen. Er zijn namelijk altijd patiënten die juist niet willen weten wat er komen gaat tijdens een bepaalde operatie of behandeling. Bolton & Brittain (1994) stellen echter dat over het algemeen gezien patiënten behoefte hebben aan informatie over hun behandeling. Goede informatievoorziening voorafgaand aan een operatie draagt niet alleen bij aan de afname van angst bij patiënten, het draagt ook bij aan vermindering van postoperatieve stress en het leidt tot sneller herstel van de patiënt (Boore, 1978). In veel gevallen geschiedt de informatievoorziening vooral mondeling, op momenten dat patiënten emotioneel niet in staat zijn om deze informatie te verwerken. Bovendien durven veel patiënten wanneer zij bepaalde dingen niet goed begrepen hebben, niet door te vragen aangezien de artsen en verpleegkundigen vaak de indruk wekken erg druk te zijn en niet altijd voldoende aandacht besteden aan de patiënt (Kempson, 1987). Om deze redenen is het belangrijk niet alleen mondelinge informatie te verschaffen aan patiënten, maar ook schriftelijke. Kempson (1987) concludeerde dat patiënten vooral behoefte hebben aan informatie over hoe de behandeling in zijn werk gaat.

Tot slot stellen Leon & Assael (2005) dat de setting waarin communicatie zich voordoet, een erg lastige is. Er moet voortdurend rekening worden gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt, artsen moeten erg discreet met informatie omgaan en er moet ook rekening gehouden worden met de beperkte tijd. De tijd die aan communicatie besteed wordt, moet afgewogen worden tegen andere kwesties, zoals het meteen leveren van zorg. Door dit gebrek aan tijd wordt de communicatie slechter.

Informatievoorziening en MST

In het huidige onderzoek, op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie speelt informatievoorziening een belangrijke rol. Door het invoeren van het tweestoelensysteem is het de bedoeling dat er meer tijd voor de patiënt is en dat daardoor de informatievoorziening ook verbetert. De verpleegkundigen krijgen meer tijd om uit te leggen wat er tijdens de behandeling gaat gebeuren: hoe alles gedaan wordt en met welk doel. Aangezien patiënten bij minder ingrijpende behandelingen ter plekke, vooraf aan de behandeling, voorlichting krijgen, is het erg belangrijk dat de voorlichting helder en duidelijk is. Omdat patiënten de expertise missen om te beoordelen of een arts echt deskundig is, wordt het oordeel van een patiënt onder andere gemaakt op basis van de deskundige indruk die een arts of verpleegkundige maakt (van den Borne, 1998).

Bejegening

Bejegening is belangrijk voor de tevredenheidsbeleving. Bejegening wordt omschreven als de wijze waarop medewerkers van het ziekenhuis, artsen, verpleegkundigen en anderen de patiënt benaderen (Vroom, 2004). Bij bejegening speelt vooral respect voor de persoon, vertrouwen en openheid een rol. Caljouw, van Beuzekom & Boer deden in 2006 onderzoek naar de patiënttevredenheid over het OK-Centrum van het Leids Universitair Medisch Centrum. Zij stelden eveneens dat een respectvolle en professionele houding van de zorgverlener jegens de patiënt de sleutelbegrippen van bejegening vormen. Roberts & Aruguete (2000) bevestigen dat respectvol gedrag van de arts bijdraagt aan het vertrouwen in artsen. Verder is het vaak zo dat hoe meer empathie artsen en medewerkers tonen, hoe meer de patiënt over zichzelf zal vertellen. Wanneer een arts te zakelijk optreedt, is de kans groot dat patiënten informatie die door de arts gegeven wordt niet goed oppakken. Ook de mate waarin klachten en angst worden ervaren en vooral de wijze waarop een zorgverlener met deze klachten en angst omgaat, bepalen mede de tevredenheid over de bejegening van de zorgverlener (Caljouw, van Beuzekom & Boer, 2006).

Serviceverlening & toegankelijkheid van de zorg

Het servicekarakter van zorg uit zich in tijdige beschikbaarheid van de dienstverlening en omvang van de dienstverlening. Daarbij spelen zowel objectieve aspecten een rol als de discrepantie tussen verwachting en realisatie van de dienstverlening. Ervaringen van patiënten met de organisatie rondom de operatie en wacht- en verblijftijden op de afdeling maken deel uit van patiënttevredenheid (Caljouw, van Beuzekom & Boer, 2006). Uit onderzoek van Fox & Storms (1981) blijkt dat tevredenheid vergroot wordt wanneer het maken van afspraken in een ziekenhuis gemakkelijk gaat. Verder zijn patiënten tevreden wanneer ze minder moeite hoeven te doen om zorg te verkrijgen en wanneer er weinig vertraging en oponthoud optreedt bij het verkrijgen van zorg.

Emoties

De perceptie en evaluatie van een bepaalde ervaring, kan sterk beïnvloed worden door emoties, oftewel gevoelstoestanden. Omdat een bezoek aan het ziekenhuis ook een ervaring is, spelen emoties hier een belangrijke rol. Wanneer een patiënt in een slechte bui is, zal een bepaalde dienst slechter beoordeeld worden, dan wanneer de patiënt erg vrolijk is (Gardner, 1985).

Er zijn veel verschillende emoties, maar toegepast op het huidige onderzoek is angst een belangrijke emotie die verder uitgediept dient te worden. Angst voor tandheelkundige behandelingen komt erg veel voor (van de Plassche, Jaspers, ter Pelkwijk, van Linden van den Heuvel & Van Oort, 2003). Onderzoek van Stouthard & Hoogstraten (1990) toont aan dat ongeveer 40% van de mensen angst heeft voor tandartsbezoek; 20% is zeer angstig en 5% is zo angstig dat tandartsbezoek wordt gemeden. Wanneer angst ervaren wordt, is het de taak van arts en verpleegkundigen om de patiënt op zijn of haar gemak te stellen, hierbij speelt de al eerder genoemde deskundigheid en bejegening weer een rol. Wanneer de angst niet gedeeltelijk weggenomen zal worden, zal een patiënt waarschijnlijk een meer negatieve ervaring hebben (Tomkins, 1980).

Eerder is al gesproken over de mate van angst die invloed uitoefent op de tevredenheid van patiënten. Uit onderzoek blijkt echter dat niet alleen de tevredenheid van patiënten beïnvloed wordt door angst, maar ook de mate waarin patiënten informatie opnemen. Uit onderzoek van Blinder, Rotenberg, Peleg & Taicher (2000) blijkt dat 40% van de patiënten die een tandheelkundige behandeling hadden ondergaan, de instructies die zij kregen voor en na de behandeling niet konden herhalen. Ook Eli, Schwartz-Arad & Bartal (2008) schetsen in hun onderzoek dat het vermogen van mensen om informatie te onthouden erg beïnvloed wordt door angst tijdens tandheelkundige behandelingen. Vooral wanneer er een stressvolle procedure uitgevoerd dient te worden, zoals het trekken van een kies of het plaatsen van implantaten, waren patiënten slecht in staat om de informatie die zij gekregen hadden nog eens te herhalen. Wanneer iemand veel angst ervaart, zal informatie minder goed, of zelfs helemaal niet opgenomen worden. (Berry, Carbone & Haeckel, 2002). Vandaar dat het ook de taak van verpleegkundigen en artsen is om de angst van patiënten weg te nemen, dit kan mede gebeuren door een heldere en duidelijke uitleg te geven. Wanneer patiënten vooraf goed uitgelegd krijgen wat er tijdens een behandeling gaat gebeuren, kunnen zij zich hier beter een voorstelling van maken en daardoor kan angst afnemen (Spalding, 2003).

2.6 Belang patiënttevredenheid

Uit onderzoek van Press, Ganey & Malone (1991) is gebleken dat tevreden patiënten vier tot vijf andere mensen vertellen over hun ervaring, maar ontevreden patiënten vertellen hun negatieve ervaringen verder aan minstens negen of tien personen. Zulke negatieve ervaringen doen de naam van een ziekenhuis geen goed. Daarnaast worden negatieve ervaringen altijd beter onthouden, dan positieve ervaringen. Maar er zijn meer redenen waarom het belangrijk is de kwaliteit van dienstverlening en patiënttevredenheid hoog te houden. Er is namelijk groeiend bewijs dat tevredenheid van de patiënt een grote rol kan spelen in de effectiviteit van een behandeling. Tevreden

patiënten hebben een groter vertrouwen in hun behandelaar, zijn therapietrouwer en ze gaan vaker positief om met (leefstijl)adviezen van hun behandelaar. Onder therapietrouw wordt verstaan: de mate waarin iemands gedrag, in termen van het gebruik van medicijnen, doen van oefeningen en veranderen van levensstijl, overeenkomt met gegeven medische en gezondheidsadviezen. Ook uit onderzoek van Grogan, Conner, Norman, Willits & Porter (2000) is gebleken dat tevreden patiënten eerder instructies ten behoeve van hun behandeling en medisch advies zullen opvolgen. Tevens is het zo dat tevreden patiënten minder snel van dokter wisselen en minder snel een aanklacht tegen het ziekenhuis in zullen dienen. Daarom is het niet alleen in het belang van de patiënt, maar ook in het belang van het ziekenhuis en de artsen om de mate van tevredenheid met de zorg te meten en te weten.

Het is dus van groot belang om de patiënttevredenheid te onderzoeken om optimale zorg te kunnen bieden. Uit onderzoek kan er informatie naar voren komen om de zorg beter af te stemmen op de wensen van de patiënt mocht dat nodig zijn. Er kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de toekomst. Wat deze aanbevelingen zijn hangt natuurlijk af van de situatie in verschillende ziekenhuizen en op verschillende afdelingen.

Voor een zorginstelling is het belangrijk een beeld te hebben van de patiënttevredenheid, omdat de mate van tevredenheid een belangrijke indicator blijkt te zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg (Wyshak & Barsky, 1995).

Belang patiënttevredenheid voor MST, afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Naast het algemene belang van patiënttevredenheid heeft ook het Medisch Spectrum Twente baat bij veel tevreden patiënten. Een hoge patiënttevredenheid zal namelijk de concurrentiepositie van het MST vergroten. Op websites zoals Kiesbeter.nl, een website voor consumentenvoorlichting over zorg, worden namelijk gegevens verschaft over de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze gegevens worden gebruikt om verantwoording af te leggen aan het publiek. Tevens worden patiënten vaak door de tandarts of huisarts doorverwezen naar ziekenhuizen met kwalitatief goede zorg.

2.7 Methodes om patiënttevredenheid te meten

Er zijn verschillende methodes om patiënttevredenheid te meten. Om te kijken welke methode het meest geschikt is in de huidige situatie, op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, zullen in onderstaand gedeelte de meest gebruikte methodes behandeld worden.

Schriftelijke vragenlijsten

Patient Satisfaction Questionnaire

Om tevredenheid op een zinvolle manier te meten is het belangrijk om valide en betrouwbare metingen te doen. Een gehanteerde vragenlijst om patiënttevredenheid te meten is de PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire (Grogan, Conner, Willits et al., 1995). Dit is een 46-item tellende vragenlijst

met vijf specifieke subcategorieën om tevredenheid te meten met: artsen (20 items), toegang ('access') (8 items), verpleegkundigen (4 items), afspraken (4 items) en faciliteiten (4 items). Daarnaast was er nog een aparte categorie van 6 items om de algemene tevredenheid te meten met de aangeboden dienst. Uit ander onderzoek van Grogan, Conner, Norman, Willits & Porter (2000) blijkt dat de PSQ een betrouwbaar en valide meetinstrument is. Toch heeft de PSQ beperkingen. Deze vragenlijst vraagt namelijk direct naar de attitude van de patiënt. Bijvoorbeeld: "Hoe tevreden was u over de informatie die u van uw arts kreeg?" De attitudes over de diensten die daar uitkomen zeggen niet veel over de strekking/achtergrond van die diensten (Jenkinson et al., 2002). Het nadeel van zulke vragenlijsten is dat er vaak een hoge tevredenheid gemeten wordt, op deze manier is het moeilijk mogelijke problemen in de zorg vast te stellen. De hoge tevredenheid die bij dergelijke vragenlijsten gemeten wordt is te verklaren door een aantal factoren (Fung & Cohen, 1998). Ten eerste is het zo dat in veel situaties waar risico's aan verbonden zijn, zoals bijvoorbeeld een operatie, men vooral heel opgelucht is dat het voorbij is en dat de operatie goed verlopen is. De tevredenheidsscores kunnen hierdoor worden overheerst. Door tevredenheid te uiten, uiten ze eigenlijk hun dankbaarheid voor degenen die hun geopereerd hebben en die hun er doorheen gesleept hebben. Ten tweede is het zo dat veel patiënten het vervelend vinden om kritiek op hun artsen of verpleegkundigen te geven. Onder andere omdat ze bang zijn wat dan kan betekenen voor de toekomst. Ten derde hechten patiënten meer belang aan positieve impressies en ervaringen dan aan negatieve. Vragenlijsten zouden daarom in plaats van direct naar tevredenheid te vragen, moeten proberen de *ervaringen* van patiënten met verschillende aspecten van de aangeboden zorg te meten en daarna beoordelen hoe die ervaringen gerelateerd zijn aan tevredenheid.

Vragenlijsten van het Picker Institute

Het Picker Institute is een onderzoeksinstituut in Engeland en doet kwalitatief onderzoek om te bepalen welke aspecten van zorg volgens patiënten belangrijk zijn. Het Picker Institute heeft instrumenten ontwikkeld die vooral gedetailleerde informatie zoeken over *ervaringen* van patiënten met de gezondheidszorg. Deze vragenlijsten focussen zich op specifieke dimensies van patiëntenzorg, zoals informatie en communicatie, de coördinatie van de zorg, de inachtneming van voorkeuren van de patiënt, betrokkenheid van familie en vrienden en de continuïteit van de zorg. In deze vragenlijsten wordt niet gevraagd of patiënten tevreden zijn met deze aspecten van zorg, maar juist of bepaalde processen en gebeurtenissen voorkwamen tijdens een bepaalde periode van zorg. De inhoud van de metingen is gebaseerd op kwalitatieve diepte-interviews met patiënten en focusgroups. De vragen die gekozen zijn voor deze vragenlijst willen zorgen van patiënten blootleggen. Uit het onderzoek van Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards & Chandola (2002) is gebleken dat tevredenheid een betekenisvolle indicator is voor ervaringen van patiënten met diensten van de gezondheidszorg en er wordt meer betekenisvolle informatie gevonden wanneer patiënten wordt gevraagd hun ervaringen te geven op specifieke aspecten van zorg. Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat wanneer patiënten in het algemeen tevreden zijn over de zorg, dit nog niet wil zeggen dat ze over alle aspecten tevreden zijn. Deze aspecten zijn dan voor verbetering vatbaar. Toch zijn deze vragenlijsten niet geschikt voor dit

onderzoek, omdat er te veel gefocust wordt op de continuïteit van zorg en de betrokkenheid van familie en vrienden. Dit zijn aspecten die minder van toepassing zijn in de setting van het huidige onderzoek. Het gaat namelijk om relatief kortdurende ingrepen, waardoor de betrokkenheid van familie en vrienden minder aan bod komt. Tevens zijn de antwoordcategorieën van de vragenlijsten van het Picker institute ingedeeld in categorieën als: 'ja, helemaal', 'ja in enige mate' en 'nee'. Het is lastig om vanuit zulke categorieën te beoordelen in welke mate patiënten ergens tevreden over zijn.

Andere methodes om patiënttevredenheid te meten

Critical incidents

De critical incidents methode is een methode die de ervaringen van mensen op een systematische manier in kaart brengt. Het gaat hierbij vaak om impliciete kennis. Maar het is erg belangrijk voor een bepaalde organisatie, in dit geval een ziekenhuis, om juist deze kennis te achterhalen. Om te beginnen wordt er in deze methode een bepaalde vraag centraal gesteld. Dit kan bijvoorbeeld een vraag zijn als 'Waar moet goede zorg aan voldoen?'. Vervolgens moeten de deelnemers, meestal zijn dit er 5 tot 10, goed over die vraag nadenken. Daarna is het de bedoeling dat de deelnemers situaties opschrijven die betrekking hebben op de centraal gestelde vraag. Zij kunnen bijvoorbeeld incidenten opschrijven die zich voor hebben gedaan die te maken hebben met de centraal gestelde vraag. Dit kunnen zowel positieve als negatieve incidenten zijn. Vervolgens worden ook de gevolgen van zo'n incident beschreven. Hierna krijgen de deelnemers de mogelijkheid om hun incidenten voor te lezen en daarna kunnen de incidenten opgedeeld worden in categorieën. Vervolgens zal er met de groep over deze incidenten gediscussieerd worden. Op deze manier kan de impliciete kennis van deelnemers naar boven worden gebracht. De deelnemers krijgen tevens inzicht in de ervaringen van anderen en de deelnemers worden gestimuleerd om over hun 'incidenten' na te denken. Tenslotte kunnen de ervaringen van deelnemers eventuele verbeterpunten voor de organisatie opleveren. Een voordeel van deze methode is dat het in korte tijd veel informatie oplevert. Een nadeel van deze methode is dat het lastig kan zijn voor de onderzoeker om precies te interpreteren wat een deelnemer bedoelt wanneer hij of zij een incident beschrijft, dit komt de validiteit en betrouwbaarheid van deze methode niet altijd ten goede (Flanagan, 1954).

Shadowing

Een ander veelgebruikt instrument om de ervaringen van patiënten te meten is 'shadowing'. 'Shadowing' houdt in dat een persoon gedurende het hele proces van de patiënt in het ziekenhuis 'meeloopt' om een nauwkeurig beeld te krijgen van het gehele traject van de patiënt. De informatie die zo wordt verzameld is een combinatie van de ervaringen van de patiënt, de mening van de patiënt en de observaties van de 'shadower'. De 'shadower' is een onbekende voor de medewerkers van het ziekenhuis en deze loopt met de patiënt mee vanaf het moment dat deze binnenkomt. De 'shadower' krijgt zo inzicht in alle processtappen en ziet wat een patiënt ervaart. Vooraf worden punten

vastgesteld waar de 'shadower' extra op moet letten, bijvoorbeeld bejegening, voorlichting, wachttijden etc. Een nadeel van deze methode is dat korte bezoeken op een polikliniek niet geschikt zijn voor 'shadowing'. De methode kost dan relatief veel tijd en levert weinig op (Van Hooff & Bocharadt, 2007)

Spiegelgesprekken

Spiegelgesprekken zijn bijeenkomsten waarbij medewerkers van een ziekenhuis zich door patiënten laten vertellen waar de aangeboden zorg eventueel tekortschiet. Bij zo'n bijeenkomst zijn 8 tot 12 (ex)-patiënten en ongeveer 20 toehoorders. De toehoorders zijn medewerkers van de afdeling die bij de behandeling van de patiënten betrokken zijn geweest, zoals artsen, polikliniekassistentes, verpleegkundigen, medisch secretaresses. De patiënten mogen zelf het gespreksonderwerp kiezen; zij bepalen welke ervaringen ze bespreken. De toehoorders kunnen vragen stellen aan de patiënten. Eventueel kunnen de patiënten ook vragen stellen aan de toehoorders. Het doel van deze methode is het verkrijgen van feedback en informatie over de ervaringen met de verleende zorg. Het is niet de bedoeling dat er een discussie ontstaat (Van Hooff & Bocharadt, 2007). Een voordeel van spiegelgesprekken is dat patiënten actief worden betrokken bij de aangeboden zorg en de verbetering daarvan. Er wordt namelijk van de patiënten verwacht dat ze actief meedenken en met suggesties voor verbetering komen. Nadeel is dat het een relatief dure procedure is.

Focusgroups

Focusgroups worden eveneens vaak gebruikt om de ervaringen van patiënten in kaart te brengen. Het is de bedoeling patiënten actief te laten meedenken over de verbeteringen van de zorg of een nieuw in te richten proces. De bedoeling is ervaringen van patiënten te herleiden tot standpunten en opvattingen over een bepaalde aanpak of inhoudelijk thema. Zo'n focusgroup bestaat uit zes tot tien patiënten die ervaring hebben met eenzelfde thema. Zij discussiëren over deze vooraf vastgestelde onderwerpen onder leiding van een gespreksleider. Op deze manier kunnen patiënten actief meedenken over mogelijke verbeteringen in de zorg. Bij samenstelling van een focusgroup is het uiteraard erg belangrijk dat het uiteindelijk een representatieve groep betreft (Edgerton, 2007). Een voordeel is dat patiënten actief mee kunnen denken en met mogelijke verbeteringen kunnen komen. Voor een meer betrouwbaar beeld is het raadzaam te kiezen voor meerdere focusgroups rondom een bepaald onderwerp. Om dit waar te kunnen maken moet er vaak veel tijd en geld in deze methode worden gestoken.

Instant feedback

Instant feedback is een methode die erg geschikt is voor korte bezoeken aan een ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld een controlebezoek op de polikliniek. Het is de bedoeling om met deze methode een korte reactie van de patiënt te verkrijgen over de verleende zorg. Na het bezoek van de patiënt aan een bepaalde zorgverlener/afdeling, krijgt de patiënt een aantal korte, open vragen voorgelegd over de ervaren zorg. Een van die vragen zou kunnen zijn "wat vindt u van de afdeling?", "Wat zou er

volgens u nog verbeterd kunnen worden?”. Meestal wordt dit mondeling gedaan door een zorgverlener, maar het kan ook schriftelijk. Het is een eenvoudig te gebruiken en snel instrument, wat snel reacties en eventuele verbeterpunten oplevert (Van Hooff & Bochart, 2007). Nadeel is echter dat er met zo'n korte vragenlijst niet overal diep op in kan worden gegaan en dat de patiënt wellicht bepaalde dingen over zijn of haar ervaring vergeet te vermelden.

2.8 ServQual-model

In de vorige paragraaf zijn verschillende methoden, inclusief voor- en nadelen beschreven om patiënttevredenheid en ervaringen van patiënten te meten. Echter, het model dat het meest passend is binnen dit onderzoek is het ServQual-model. Dit model bevat de factoren die gemeten dienen te worden en die van invloed zijn op patiënttevredenheid.

Het ServQual-model is ontwikkeld door Parasuraman, Zeithaml & Berry. De schaal is ontwikkeld vanuit een marketing perspectief met behulp van het Marketing Science Institute. Hun doel was om een instrument te verschaffen dat de kwaliteit van diensten zou meten en dat toepasbaar zou zijn op verschillende soorten diensten. Onder kwaliteit wordt nu verstaan 'de optimale verhouding van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg' (Berry, Parasuraman & Zeithaml, 1988; Harteloh & Casparie, 1998). Deze veronderstelling vormt de basis voor het ServQual model.

De makers van deze schaal stellen dat, ook al is elke dienst uniek in sommige aspecten, er toch vijf factoren zijn die toepasbaar zijn op dienstverlening in het algemeen (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

Deze factoren zijn:

- *Betrouwbaarheid ('reliability')*: de mogelijkheid om de beloofde dienst duidelijk en accuraat uit te voeren.
- *Responsiviteit ('responsiveness')* : de bereidheid om klanten te helpen en goede service te verlenen.
- *Zekerheid ('assurance')*; de kennis en bereidwilligheid van medewerkers en hun mogelijkheid om vertrouwen uit te stralen.
- *Empathie ('empathy')*: de individuele aandacht die een bepaalde organisatie verschaft aan zijn klanten.
- *Tastbaarheden ('tangibles')*: fysieke faciliteiten, apparatuur en het voorkomen van personeel, communicatie-materiaal.

Factoren van het ServQual model

In onderstaand gedeelte worden de factoren van het ServQual model nader toegelicht. Tevens wordt er bij elke dimensie gekeken hoe deze ingevuld kan worden in de gezondheidszorg en toegepast kan worden op de huidige situatie, de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie.

Betrouwbaarheid: Van de vijf dimensies is gebleken dat betrouwbaarheid de belangrijkste determinant is bij het beoordelen van kwaliteit van dienstverlening (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Onder betrouwbaarheid wordt in dit geval verstaan 'het vermogen van de organisatie om een dienst/zorg daadwerkelijk en accuraat uit te voeren.'

Betrouwbaarheid toegepast in de gezondheidszorg

Onder betrouwbaarheid wordt in de zorg onder andere verstaan dat afspraken nagekomen worden: afspraken vinden op het tijdstip plaats zoals afgesproken. Verder is de mate waarin de patiënt het gevoel heeft dat de zorgverlener betrouwbaar overkomt, essentieel voor de patiënt-zorgverlener relatie (Rodwin, 1993). Onder betrouwbaarheid valt bijvoorbeeld de moeite die een arts doet om problemen van de patiënt op te lossen of er kan gekeken worden of de patiënt vindt dat de kennis van de zorgverleners toereikend is.

Responsiviteit: Deze dimensie benadrukt het met aandacht en zorgzaamheid omgaan van verzoeken, vragen en klachten of problemen van een klant. Het gaat hierbij ook om de lengte van wachten voordat iemand geholpen wordt, antwoorden op vragen of aandacht bij problemen. Responsiviteit houdt ook in in hoeverre er de mogelijkheid is en men flexibel omgaat met de wensen van klanten. In hoeverre wordt er snel en adequaat gereageerd op wensen en behoeften of vragen en problemen van de patiënt? Als het om deze dimensie gaat moet een bepaalde organisatie altijd kijken naar het oogpunt van de klant en niet zozeer naar het oogpunt van de eigen organisatie.

Responsiviteit en zorg

Bij responsiviteit kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de toegankelijkheid van de zorg: is de afdeling makkelijk te bereiken, gaat het afspraken maken eenvoudig. Tevens kan er gekeken worden naar de wachttijden, wachttijden aan de telefoon, maar ook wachttijden in de wachtkamer, voor men daadwerkelijk aan de beurt is. Maar wat ook onder responsiviteit valt is de bereidheid om te luisteren. Eerder in dit onderzoek werd al vermeldt dat arts-patiënt communicatie erg lastig is. Het is van groot belang dat de patiënt goed geïnformeerd wordt. Op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie krijgen patiënten bij eenvoudige behandelingen pas tijdens de behandeling zelf de voorlichting. De zorgverleners moeten de patiënt goede informatie verstrekken over het verloop van de behandeling. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaak ontevreden zijn over de aangeboden informatie (Hall & Dornan, 1990). Wanneer het om uitgebreidere behandelingen gaat, krijgt de patiënt vooraf een consult waarin verteld wordt over de behandeling. De arts moet dan in ieder geval duidelijk maken wat de verschillende behandelmogelijkheden zijn en hoe deze in hun werk gaan. Wanneer de patiënt pas voorafgaand en tijdens de behandeling informatie krijgt, zoals vaak het geval is bij eenvoudige behandelingen zoals het trekken van een verstandskies, is het van belang dat de patiënt ook schriftelijke informatie mee krijgt. Deze krijgen zij achteraf, zodat ze thuis alles nog door kunnen lezen. Er wordt gekeken hoe de patiënt hier tegenover staat. Luisteren de artsen en de verpleegkundigen voldoende naar de patiënt?

Zekerheid: Deze dimensie is vooral belangrijk voor diensten waar klanten zich onzeker voelen over hun mogelijkheid om de consequenties van een dienst te evalueren, zoals verzekering, banken, maar ook medische dienstverlening. De mogelijkheid om vertrouwen uit te stralen heeft vooral betrekking op de personen die de klant aan de organisatie linken. Die contactpersonen moeten er zorg voor dragen dat de klant zich op zijn gemak voelt. Na betrouwbaarheid blijkt zekerheid de belangrijkste voorspeller van kwaliteit te zijn (Mowen, Licata & McPhail, 1993).

Zekerheid en zorg

Het gaat hierbij om de kennis en vaardigheden van zorgverleners en ook om de mate waarin zij vertrouwen over kunnen brengen. Het overbrengen van vertrouwen is in het geval van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van groot belang, aangezien de meeste patiënten angst ervaren. Wanneer de zorgverleners goed in staat zijn vertrouwen over te brengen, zal de patiënt zich meer op zijn gemak voelen en kan dit de mate van angst reduceren. Wat ook naar voren komt bij zekerheid is de houding die het personeel aanneemt ten opzichte van de patiënt. De patiënt beoordeelt een verpleegkundige vaak op basis van hoe aardig of vriendelijk de verpleegkundige is (Kadner, 1994). Ook de resultaten van het onderzoek van Stimson, Webb & Budd (1976) gaven aan dat het voor de zorgverlener-patiënt relatie belangrijk is dat zorgverleners vriendelijk zijn.

Empathie: Hierbij gaat het om de zorgzame en individuele aandacht die een organisatie verschaft aan haar klanten. De essentie van empathie is klanten het gevoel geven dat ze uniek en speciaal zijn en dat hun behoeften begrepen worden. Klanten willen het idee krijgen begrepen te worden. Het gaat hierbij vooral om de relationele kwaliteit van een bepaalde dienst.

Empathie in de zorg

Deze dimensie houdt in dat zorgverleners de patiënt behandelen als een persoon; de invoelende aandacht die een zorgverlener heeft. Het is belangrijk dat zorgverleners goed luisteren naar de patiënt en geduld hebben met hem of haar. Een patiënt moet het idee hebben dat een zorgverlener zich bij hem of haar betrokken voelt (Roberts & Araguette, 2000). Vooral voor verpleegkundigen is het belangrijk deze rol te vervullen. Maar natuurlijk ook voor de andere zorgverleners waar de patiënt op de afdeling mee te maken heeft, zoals medisch secretaresses of de kaakchirurgen.

Tastbaarheden: Onder tastbaarheden worden de aanwezige faciliteiten verstaan. Organisaties gebruiken deze tastbaarheden onder andere als fysieke representatie om hun dienst naar buiten over te brengen, bijvoorbeeld aan nieuwe klanten.

Tastbaarheden in de zorg

Waar patiënten de aangeboden zorg niet altijd gemakkelijk kunnen beoordelen als het om de behandeling zelf gaat, omdat zij kennis en expertise missen, kunnen ze de tastbaarheden wel gemakkelijk beoordelen.

De aanwezige faciliteiten in een ziekenhuis zijn bijvoorbeeld de wachtkamer, de behandelkamer, apparatuur en voorlichtingsmateriaal. Uit de onderzoeksresultaten van het onderzoek van Winkel & Holahan (1986) kwam naar voren dat de fysieke omgeving kan bijdragen aan stress, wanneer deze bijvoorbeeld druk en lawaaierig is. Dit komt de patiënttevredenheid niet ten goede. Op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zijn vooral de wacht- en behandelkamers 'tastbaarheden' die er toe doen. Ook voorlichtingsmateriaal kan meegenomen worden in de dimensie tastbaarheden. Op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie krijgen de patiënten na afloop van de behandeling schriftelijke informatie mee. Er wordt gekeken of de patiënten hierover tevreden zijn.

Het ServQual model werd oorspronkelijk ontwikkeld voor serviceorganisaties in de profitsector, zoals banken, telecombedrijven, reparatiebedrijven en creditcardbedrijven. Maar Babakus & Mangold (1992) hebben het ServQual model aangepast voor gebruik in de zorgsector. Het gaat hierbij dan vooral om de interactie tussen patiënt en zorgverlener. Niet alleen in het onderzoek van Babakus & Mangold (1992), maar ook in onderzoek van Wisniewski & Donnelly (1996) is kritisch gekeken naar toepassing van het ServQual model in de gezondheidszorg. Uit deze onderzoeken is gebleken dat het model ook in de gezondheidszorg een betrouwbaar en valide instrument is om de kwaliteit van zorg te meten, vanuit het perspectief van de patiënt.

Het ServQual instrument bevat 22 paren van items: de helft van deze items was bedoeld om het verwachte niveau van dienstverlening van consumenten te meten, oftewel hun verwachtingen.

De andere items waren bedoeld om de percepties van het huidige niveau van de dienst te meten. Alle items zijn gepresenteerd in een 5-punts Likertschaal, variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. De kwaliteit van de dienst wordt dan uiteindelijk gemeten door het verschil, oftewel de discrepantie, te bekijken tussen de "verwachtings"-scores en de "perceptie"- scores (Babakus & Mangold, 1992).

De scores die op deze wijze ontstaan kunnen voor verschillende analyses worden gebruikt. Zo zou bijvoorbeeld de kwaliteit van de aangeboden dienst in de tijd gemeten kunnen worden, om te kijken wat voor resultaat specifieke maatregelen om kwaliteit te verbeteren hebben gehad (Wisniewski & Donnelly, 1996).

Het ServQual-model is geschikt voor dit onderzoek. Niet alleen omdat de kwaliteit van de aangeboden dienst in de tijd gemeten kan worden, om te kijken wat voor resultaat specifieke maatregelen om kwaliteit te verbeteren hebben gehad, zoals uit Wisniewski & Donnelly (1996) is gebleken. Maar ook omdat alle in paragraaf 2.4 genoemde factoren van patiënttevredenheid terugkomen in het Servqual model.

Informatievoorziening valt onder de dimensie responsiviteit. Daarbij kan het aanwezige voorlichtingsmateriaal op kwaliteit getest worden met de dimensie tastbaarheden.

Bejegening wordt met verschillende dimensies gemeten; zowel betrouwbaarheid, zekerheid als empathie meten aspecten van bejegening.

De factoren serviceverlening en toegankelijkheid komen terug in de dimensie responsiviteit.

Voor het meten van emoties, in dit geval angst, wordt een ander meetinstrument gebruikt, hier zal later op worden teruggekomen.

Nog een voordeel van het ServQual model ten opzichte van andere modellen is dat het heel gedetailleerde informatie biedt over de perceptie van de patiënt.

Toch zijn er ook een aantal kritiekpunten te noemen van het ServQual model. Zo is er kritiek op het gebruik maken van verschillen tussen percepties en ervaringen. Onderzoek van Buttle (1996) heeft aangetoond dat het gebruik van verschil-scores sterk nadelige gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de meting en daardoor ook voor de validiteit. Verder is het voor patiënten vaak moeilijk om achteraf aan te geven wat hun verwachtingen *vooraf* waren. De verwachtingen kunnen beïnvloed zijn door de uiteindelijk geleverde service. Tevens is het begrip 'verwachtingen' een vaag begrip, verwachtingen kunnen bijvoorbeeld worden gezien als voorspellingen of als een ideale standaard. Deze onduidelijkheid over het begrip verwachtingen, komt het ServQual-model niet ten goede. Tot slot blijkt dat de weging van dimensies geen betere resultaten oplevert in vergelijking met een niet gewogen vragenlijst.

ServPerf model

Om aan de kritiekpunten tegemoet te komen, zal er voor de vragenlijsten gebruik worden gemaakt van een model dat is afgeleid van het Servqual model, namelijk het ServPerf model. Dit model voor Service Performance (Cronin & Talyor, 1994) is vergelijkbaar met het Servqual model, maar het beperkt zich tot het meten van de ervaringen van de patiënt met de zorgverlening. De verwachtingen worden hierin dus niet meegenomen. Uit het onderzoek van Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) komt naar voren dat de ervaren kwaliteit van zorg gelijk is aan de attitude. Volgens Cronin & Taylor (1994) kan een meetinstrument dan beter gebaseerd zijn op attitudes. Hierdoor kan de schaal met verwachtingen worden verwijderd. Ook uit onderzoeken van McAlexander, Kaldenberg & Koenig (1994) en Brady, Cronin & Brand (2002) kan geconcludeerd worden dat het ServPerf model het beste functioneert om de kwaliteit van een dienst te meten. In het eerstgenoemde onderzoek werd ook naar voren gebracht dat het model prima toepasbaar is in de gezondheidszorg.

2.9 Onderzoeksvragen

De voorafgaande theorie heeft tot de volgende onderzoeksvraag geleidt:

In hoeverre zijn patiënten tevreden over de aan hun verleende zorg op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente?

Om deze vraag beter te kunnen beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van de volgende vragen:

Hoe beoordelen patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie kwaliteit van zorg op de vijf dimensies van het Servperf model?

Hoe zijn de communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen gerelateerd aan de patiënttevredenheid en aan oordelen over de kwaliteit van zorg?

In hoeverre is een emotie als angst gerelateerd aan patiënttevredenheid en aan de oordelen over de kwaliteit van zorg?

Welke aspecten van dienstverlening zijn belangrijk voor patiënttevredenheid en in welke mate zijn deze aspecten belangrijk?

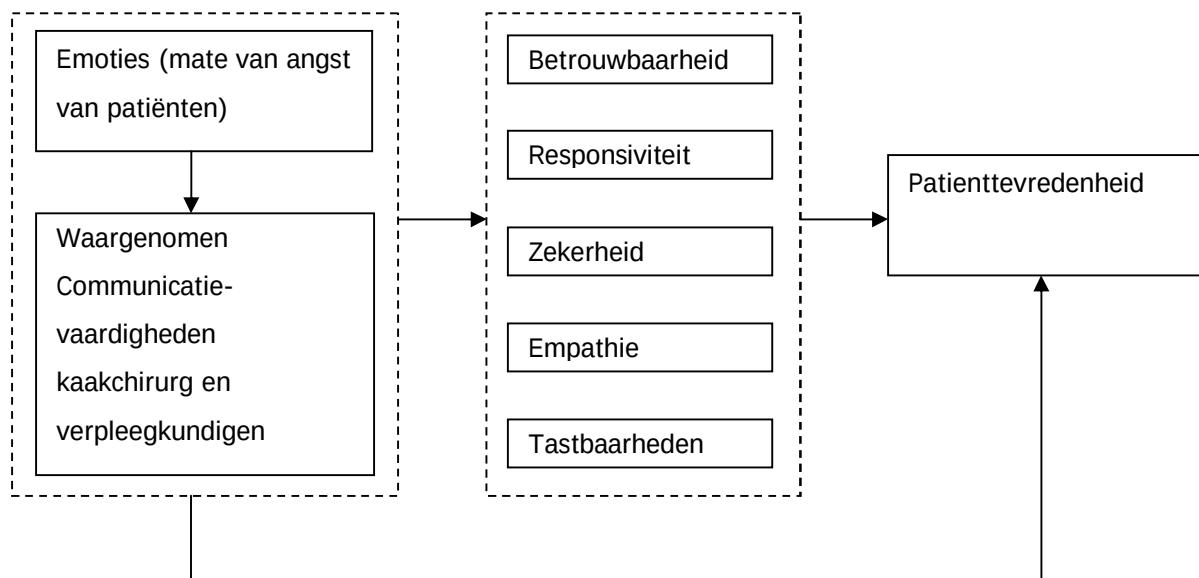
Deze wetenschappelijk gefundeerde vragen, vormen de input voor de praktische vraagstelling waarmee uiteindelijk aanbevelingen gedaan kunnen worden voor het verbeteren van de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het MST. Vragen die daarbij een rol spelen zijn:

Hoe kan de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het MST verbeterd worden?

Hoe kunnen de aspecten van dienstverlening die belangrijk zijn voor patiënttevredenheid aangepast worden zodat de patiënttevredenheid groter wordt?

2.10 Onderzoeksmodel

Uiteindelijk kan het model wat gebruikt gaat worden om de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie te meten als volgt visueel worden weergegeven.



In dit onderzoeksmodel staan links de dimensies 'mate van angst van patiënten' en 'waargenomen communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen': aangezien deze laatste dimensie in het oorspronkelijke ServPerf model niet duidelijk genoeg naar voren wordt gebracht, is hier een extra dimensie voor gemaakt. In het midden van het model staan de vijf dimensies van het ServPerf model. Tot slot staat helemaal rechts de patiënttevredenheid, waar het uiteindelijk allemaal om draait. Ook van emoties zal de invloed wellicht merkbaar zijn. In dit geval gaat het om angst: wanneer patiënten extreem angstig zijn, zullen zij minder tevreden zijn over de aangeboden zorg (Tomkins, 1980). Deze invloed kan zowel indirect als direct van kracht zijn. Indirect worden eerst de vijf dimensies van het ServPerf model beïnvloedt door angst en daarna de patiënttevredenheid; angst heeft ook invloed op de ervaringen van een patiënt en wellicht ook op de ervaren kwaliteit van zorg, hetgeen het ServPerf model meet. Angst heeft echter niet alleen invloed op deze vijf dimensies, maar ook op de waargenomen communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen. Samen kunnen deze twee dimensies ook direct van invloed zijn op de patiënttevredenheid.

3 Vooronderzoek

Bij wijze van vooronderzoek, om te achterhalen hoe medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie tegen de patiënttevredenheid op de afdeling en in het algemeen aankeken, zijn er interviews afgenomen. Uit de literatuur zijn al verschillende factoren naar voren gekomen die van invloed kunnen zijn op patiënttevredenheid. Om te achterhalen of kaakchirurgen, verpleegkundigen en medisch secretaresses, mensen die elke dag in aanraking komen met patiënten, deze zelfde factoren noemen, zijn er interviews uitgevoerd.

Methode

Benadering van respondenten

Door middel van een brief die op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie verspreid is werden kaakchirurgen, verpleegkundigen en secretaresses van de afdeling gevraagd of zij interesse hadden om deel te nemen aan een interview. Uiteindelijk waren er 6 mensen bereid om mee te werken.

Respondenten

Zes medewerkers van de afdeling waren bereid om mee te werken: twee verpleegkundigen, twee medisch secretaresses, een mondhygiëniste en een kaakchirurg. Deze respondenten vielen alle binnen de leeftijd van 30 en 50 jaar.

Procedure

Door middel van een semi-gestructureerd interview (zie bijlage I) werd er ingegaan op patiënttevredenheid. Er werden vragen gesteld als 'Wat verstaat u onder patiënttevredenheid? Verder werd er gevraagd welke factoren zij verwachtten van invloed te zijn op patiënttevredenheid. Er werd gevraagd: "Hoe denkt u dat de patiënttevredenheid in de huidige situatie is?". En er werd gevraagd hoe de patiënttevredenheid eventueel verbeterd zou kunnen worden. Tevens werd er gevraagd naar de voorlichting op de afdeling: "hoe is het gesteld met de voorlichting op de afdeling?". En er werd gevraagd of de medewerkers vaak te maken hadden met angstige patiënten.

Resultaten

Uit de interviews kwamen de volgende zaken naar voren:

Patiënttevredenheid

Onder patiënttevredenheid werd vooral verstaan dat patiënten op een prettige manier bejegend werden. Alle geïnterviewden noemden bejegening een belangrijk aspect van patiënttevredenheid. Eén van de respondenten beantwoordde deze vraag als volgt: *“Onder patiënttevredenheid versta ik dat de patiënt goed wordt opgevangen en dat er begrip is voor de patiënt”*. Een andere respondent zei over patiënttevredenheid het volgende: *“Ik denk dat bejegening door de arts één van de belangrijkste dingen is. Wanneer een arts tijd heeft, vriendelijk is, begrip heeft en iedereen behandelt zoals hij is, iedereen gelijk behandelt..dat wil je als patiënt”*. Aandacht en begrip werd erg belangrijk gevonden door de geïnterviewden: *“Patiënten moeten het idee hebben dat er aandacht aan hun besteed is, dat er naar ze wordt geluisterd en met hun vragen terecht kunnen”*

Naast deze factor die meespeelt bij patiënttevredenheid, werd ook vaak de informatievoorziening genoemd: *“Als een patiënt de deur uitgaat, moet hij of zij geen vragen meer hebben. Alle vragen moeten beantwoord zijn, vooraf of na de behandeling”*. Een andere respondent zei hierover: *“De informatieverstrekking moet helder en duidelijk zijn geweest”*.

Behalve bejegening en informatievoorziening kwam ook de behandeling zelf naar voren: *“Patiënten zijn tevreden als ze goed geholpen zijn, als ze van hun klachten af zijn en als er iets gedaan wordt aan hun klachten”*. Tevens werd de wachttijd genoemd. Niet alleen de wachttijd voor het maken van een afspraak werd door medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie belangrijk gevonden, maar ook de wachttijd in de wachtkamer, voor men daadwerkelijk aan de beurt is. Eén van de respondenten zei daarover het volgende:

“En de patiënt vindt het belangrijk dat hij zo snel mogelijk geholpen wordt. Op dit moment hebben we een wachttijd als mensen bellen, ik denk dat ze dat heel vervelend vinden. En mensen vinden het ook heel vervelend als de wachttijd in de wachtkamer te lang is, dan merk je dat ze gespannen zijn en willen dat alles zo snel mogelijk achter de rug is”

Tot slot noemde iemand het totale proces van de behandeling, alles wat er bij komt kijken, de ‘ervaring’: *“Het is belangrijk om de ervaring van de patiënt te achterhalen, niet alleen voorlichting of bejegening ofzo, maar echt heel de ervaring vanaf het moment dat de patiënt binnenkomt tot het moment dat hij weer gaat.”*

Patiënttevredenheid en angst

Op de vraag of patiënttevredenheid en angst met elkaar te maken hebben, was het antwoord van alle kaakchirurgen, verpleegkundigen en medisch secretaresses unaniem ‘ja’. Eén van de respondenten verwoordde het als volgt: *“Angst heeft zeker te maken met patiënttevredenheid, niemand komt juichend binnen”*. Een andere geïnterviewde zei het volgende: *“Ik heb vaak te maken met bange patiënten. Maar goed uitleggen en contact blijven houden met de patiënt helpt daarbij. Soms ook humor gebruiken of over iets anders beginnen. En uitleggen waar je mee bezig bent, wat je doet”*. Of zoals een andere respondent zegt:

“Ik denk wel dat mensen die angstig zijn een lagere tevredenheidsscore zullen hebben dan mensen die

dat niet hebben. De angst moet weg zijn en de gehaastheid moet er wat af zijn. Dan heb je de kans dat de patiënt eerder tevreden is"

Volgens de respondenten heeft angst niet alleen direct invloed op patiënttevredenheid maar ook op de informatievoorziening: *"Door hun angst missen patiënten vaak ook veel informatie, door hun zenuwen, en dat geeft misschien toch wel, daardoor weer ontevredenheid"*

Patiënttevredenheid in huidige situatie & eventuele verbeteringen

Over het algemeen dachten de kaakchirurgen, verpleegkundigen en medisch secretaresses dat de patiënten op de afdeling nu erg tevreden zijn over de aangeboden zorg, maar hier en daar waren er nog wat kleine puntjes van kritiek. Bijvoorbeeld over de logistiek in het ziekenhuis: *"De patiënt is nu wel tevreden, maar misschien minder tevreden over het logistieke proces. Röntgenfoto's maken moet namelijk op een andere afdeling, dus veel op en neer lopen"*

Naast de logistiek kwamen er wat kritiekpuntjes op het gebrek aan tijd en persoonlijke aandacht voor de patiënt. Zo zei één van de respondenten:

"Ik hoor heel vaak klachten. Mensen zijn vaak een beetje overdonderd. Ze konden bijvoorbeeld de kaakchirurg niet eens verstaan enzo en vonden alles heel snel gaan. Veel patiënten moeten ook huilen als ze weg gaan, het is natuurlijk ook een stuk spanning, maar ook een stuk benadering"

Weer een andere respondent zei:

"Over het algemeen denk ik dat de patiënten nu heel tevreden zijn, maar in een aantal gevallen, als de dag heel vol is dan merk je wel dat je zelf ook tijd tekort komt om echt heel uitgebreid te vragen van, goh hoe is het nu met u en dan moet je even door..dat is soms wel lastig, dat je gewoon tijd tekort komt"

Er kwam eveneens commentaar op de nazorg die de patiënten ontvingen:

"Patiënten hebben relatief weinig contact met de kaakchirurg, en de nazorg ja..er moet een foto gemaakt worden, patiënten moeten hun verhaal even kwijt, ze moeten even bij kunnen komen en misschien moet er nog wel een keer herhaald worden, wat er gezegd is. Maar daar is gewoon de tijd niet voor. Je zou meer tijd en meer herhaling moeten hebben"

Ook zou de informatievoorziening beter kunnen volgens sommige verpleegkundigen:

"Over het algemeen zijn de patiënten nu tevreden, ik denk dat de patiënttevredenheid nu gewoon goed is. Maar als ik iets aan zou moeten geven, wat verbeterd zou kunnen worden, dan denk ik dat de patiënten over het algemeen meer informatie willen hebben. Dat wil zeggen, niet zozeer aan de balie, maar in de stoel zelf. Ik heb soms het idee dat mensen denken dat ze gaan zitten, verdoofd worden, dat het eruit gehaald wordt voor ze het in de gaten hebben...ik heb soms het gevoel dat een patiënt toch wel iets meer even een gesprek met de kaakchirurg wil hebben, dan dat ze soms krijgen"

Ten slotte zou de sfeer op de afdeling verbeterd kunnen worden volgens een respondent: *"En daarom kan dan ook de sfeer verbeterd worden: fijne wachtkamer, koffieautomaat, literatuur, een verpleegkundige die alles nog een keer uitlegt. Ik denk dat de patiënttevredenheid daardoor vergroot zal worden"*

Conclusies

Uit deze interviews kan geconcludeerd worden dat in de vragenlijsten zeker de aspecten bejegening, informatievoorziening, de wachttijden en de 'ervaring' meegenomen moesten worden. Ook angst

moet een belangrijke rol krijgen in de enquête, zodat er gekeken kan worden of angst de patiënttevredenheid beïnvloedt. In het geval van angstige patiënten is het de taak van arts en verpleegkundigen om de patiënt op zijn of haar gemak te stellen, hierbij speelt de al eerder genoemde deskundigheid en bejegening weer een rol. Wanneer patiënten vooraf aan de behandeling goed wordt uitgelegd wat er gaat gebeuren, kan de angst afnemen. Vandaar dat de informatievoorziening waar eerder over gesproken is, een erg belangrijke rol speelt op de afdeling. Volgens de medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie kan verder de persoonlijke aandacht, tijd en begrip voor de patiënt verbeterd worden, deze factoren worden vaak genoemd in de interviews. De patiënt moet het gevoel hebben dat hij serieus genomen wordt en dat er geluisterd wordt naar zijn of haar klachten. Tevens wordt er gedacht dat de informatievoorziening te wensen over laat en dat de ruimte en sfeer van de behandelkamers en wachtkamers hier en daar verbeterd zou kunnen worden. Of dit ook daadwerkelijk vastgesteld gaat worden, zal blijken uit de enquêtes.

4 Methode van onderzoek

4.1 Procedure en respondenten

Aan de hand van de literatuurstudie en de afgenomen interviews met medewerkers op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, is een vragenlijst opgesteld. Er is voor een vragenlijst gekozen, omdat de afdeling in de toekomst vaker patiënttevredenheidsonderzoeken uit wil voeren. Op basis hiervan kunnen vergelijkingen gemaakt worden. Een vragenlijst is hier erg geschikt voor. Daarnaast is het zo dat kwantitatief onderzoek vaak een hoge betrouwbaarheid heeft. Tevens is een vragenlijst bij de meeste mensen een bekende onderzoeksmethode, waarbij men de tijd die nodig is voor het invullen van de vragenlijst vaak goed kan inschatten en waarbij relatief weinig inspanning vereist is.

Procedure

In dit onderzoek is geëvalueerd hoe patiënten de zorg op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie ervaren. Aan de hand van interviews met kaakchirurgen, verpleegkundigen en secretaresses van de afdeling en een literatuurstudie, is een vragenlijst opgesteld. Na goedkeuring en enkele kleine aanpassingen van het afdelingshoofd van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, is de vragenlijst door de medisch secretaresses meegegeven aan 400 patiënten die in de maanden januari, februari en maart 2009 een afspraak hadden voor een tandheelkundige behandeling (zie bijlage II). De aanbiedingsbrief (zie bijlage III) is ondertekend door het afdelingshoofd van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Hij benadrukte in deze aanbiedingsbrief het belang van de vragenlijst en het directe belang voor de patiënt, wanneer zij de vragenlijst zouden invullen. Om de drempel om de vragenlijst terug te sturen te verkleinen, is gebruik gemaakt van een antwoordenvelop en een antwoordnummer, waardoor het voor de patiënt niet nodig was om een postzegel op de envelop te plakken.

Respondenten

De vragenlijst is door medisch secretaresses meegegeven aan alle patiënten die in de maanden januari, februari en maart 2009 voor een tandheelkundige behandeling op de afdeling moesten zijn. Uiteindelijk zijn er 400 vragenlijsten meegegeven. Alle vragenlijsten zijn anoniem ingevuld. Van deze 400 respondenten stuurden 128 respondenten de vragenlijsten terug. Hiervan waren 2 vragenlijsten niet bruikbaar, doordat zij onvolledig waren ingevuld. Dit bracht de uiteindelijke respons op 126 vragenlijsten (31,5%).

4.2 Meetinstrumenten

4.2.1 Gebruikte meetinstrumenten

Het ServPerf-model (Cronin & Taylor, 1994) vormt de basis voor het grootste deel van de vragenlijst. Dit model is opgebouwd uit vijf dimensies 'betrouwbaarheid', 'responsiviteit', 'zekerheid', 'empathie' en 'tastbaarheden'. Al deze dimensies zijn van toepassing op het huidige onderzoek en zullen daarom meegenomen worden. Na literatuurstudie konden bij elk van de dimensies vragen worden bedacht die van toepassing waren op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie en die in de vragenlijst gebruikt konden worden. Samen met de vragen die in de interviews naar voren kwamen vormden deze vragen de uiteindelijke items voor de vragenlijst.

Naast het ServPerf-model wordt het Communication Assessment Tool (CAT) (Makoul, Krupat & Chang, 2007) gebruikt om communicatievaardigheden van de kaakchirurgen en verpleegkundigen te meten. Verder wordt er gebruik gemaakt van Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969) om de mate van angst bij patiënten te meten.

Naast deze drie delen van de vragenlijst, is er nog een deel wat achtergrondinformatie van de respondent meet. In dit gedeelte staan vragen betreffende demografische en klinische variabelen. Tot slot is er in het laatste deel van de vragenlijst een vraag toegevoegd die de algehele patiënttevredenheid meet.

Dit is de globale opbouw van de vragenlijst, de verschillende onderdelen van de vragenlijst worden hieronder behandeld.

4.2.2 Operationalisering meetinstrumenten

Dimensies van het ServPerf model

In dit deel van de vragenlijst is door middel van negenentwintig vragen inzicht gekregen in de mening van de respondenten met betrekking tot de vijf dimensies van kwaliteit van zorg.

De vragen zijn opgesteld met behulp van een literatuurstudie en met behulp van het ServQual model dat toegepast is in de zorg (Babakus & Mangold, 1992).

Ten eerste de dimensie betrouwbaarheid. Deze dimensie bestaat uit drie items. In deze dimensie werd gekeken of de behandeling plaatsvond op het tijdstip zoals afgesproken met de afdeling. Ook werd er gekeken naar de moeite die het personeel volgens de respondent deed om hun problemen op te lossen. Bijvoorbeeld hoe er met deze problemen om werd gegaan, of het personeel sympathiek en geruststellend was. Ook werd er gevraagd of de ontvangen zorg voldeed aan de verwachtingen van de patiënt.

De dimensie responsiviteit bestaat uit zeven items. Er werd gekeken in hoeverre het personeel van de afdeling bereid is om patiënten te helpen. Ook werd er gevraagd of de patiënt antwoord heeft gekregen op zijn of haar vragen: de tevredenheid over de verkregen informatie. En dan met name de

informatie met betrekking tot de behandeling. Wat ook aan bod komt in deze dimensie is de nazorg, er wordt gekeken of de patiënt voldoende nazorg heeft gehad. Tevens wordt er in deze dimensie gevraagd naar de wachttijden: zowel in de wachtkamer, voorafgaand aan de afspraak, als bij het maken van de afspraak aan de telefoon. Verder werd er gevraagd of er voldoende tijd werd genomen door verpleegkundigen en kaakchirurg om naar de patiënt te luisteren.

De derde dimensie is zekerheid. Deze bestaat uit acht items. Allereerst is gevraagd in hoeverre het personeel de patiënt een veilig gevoel gaf: of de patiënt door het personeel gerustgesteld werd. Ook werd er gevraagd in hoeverre het personeel beleefd was en de patiënt serieus nam. En er werd gevraagd in hoeverre de kaakchirurgen en verpleegkundigen van de afdeling kennis in huis hebben om de patiënt te kunnen helpen. Verder werd er gekeken in hoeverre het personeel van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie vertrouwen wist te wekken bij de patiënt. Tot slot werd er in deze dimensie gevraagd of de patiënt voldoende uitleg heeft gekregen over wat hij of zij kon verwachten.

De dimensie empathie bestaat uit zes items. In deze dimensie werd er gevraagd in hoeverre het personeel de patiënt persoonlijke aandacht geeft. En in hoeverre het personeel naar de patiënt luisterde en geduld uitoefende. Ook werd er gevraagd naar de betrokkenheid van het personeel bij de patiënt.

Tot slot de dimensie tastbaarheden. Deze dimensie bestaat uit vijf items. In dit geval gaat het hierbij om de fysieke omgeving en het voorlichtingsmateriaal. De fysieke omgeving zijn de wachtruimtes en de behandelkamers, en het voorlichtingsmateriaal is de schriftelijke informatie die patiënten achteraf mee naar huis kregen. Er werd gevraagd of de schriftelijke informatie er goed uitzag en of deze helder en duidelijk was.

Om de dimensies van het ServPerf model te meten is er gebruik gemaakt van een vijfpunts Likertschaal. Dit is de onderzoeksmethode die Babakus & Mangold (1992) ook gebruikten in hun onderzoek, omdat dit een erg overzichtelijke schaal is voor de respondent. De scores variëren van één (helemaal mee oneens) tot vijf (helemaal mee eens), waarbij een hogere score staat voor een positievere attitude van de patiënt. Uiteindelijk zijn van alle schaalscores de gemiddeldes berekend, om zo een oordeel te kunnen geven over hoe goed of slecht er op een bepaald item gescoord is.

Communication Assessment Tool (CAT)

Zoals al eerder duidelijk gemaakt is, is communicatie en informatievoorziening erg belangrijk bij het meten van kwaliteit van zorg. In het ServPerf model wordt de communicatie- en informatievoorziening wel enigszins gemeten met de dimensie responsiviteit. Maar aangezien in het huidige onderzoek extra nadruk ligt op de communicatie en informatie, wordt er om de communicatievaardigheden te meten gebruik gemaakt van een extra meetinstrument. Dit is het zogenaamde 'Communication Assessment Tool' (CAT). Dit 15- item tellende instrument is ontwikkeld door Makoul, Krupat & Chih-Hung Chang (2007) om de percepties van patiënten te meten van de interpersoonlijke en communicatievaardigheden van hun artsen. Het uiteindelijke model is samengesteld uit een

zorgvuldige analyse van prominente modellen voor het meten van communicatievaardigheden, en Makoul, Krupat & Chih-Hung Chang (2007) hebben focusgroepen gebruikt om de mening van patiënten over de items en antwoordschalen te achterhalen. Vervolgens is er een nationaal onderzoek gedaan om het belang van elk item te achterhalen. Uit dit onderzoek bleek dat de 15-item tellende CAT een valide en betrouwbaar meetinstrument is. Artsen en verpleegkundigen willen hun communicatievaardigheden zo goed mogelijk afstemmen op de behoeften van een patiënt en op de situatie, met de resultaten van dit model zou dit nog beter mogelijk moeten zijn.

Er wordt in dit onderdeel van de vragenlijst is gekeken hoe patiënten denken over de manier waarop de kaakchirurg en verpleegkundigen met hun communiceerden. De dimensies zijn onderverdeeld in communicatie met de kaakchirurg en communicatie met de verpleegkundigen. Elke dimensie bestaat uit 12 items. Er wordt gekeken naar de wijze waarop de arts en verpleegkundigen met de patiënt communiceert en in hoeverre de informatievoorziening toereikend is. Er worden vragen gesteld als 'de arts/verpleegkundigen behandelde(n) me met respect', 'de arts/verpleegkundigen besteedde(n) aandacht aan me', 'de arts/verpleegkundigen controleerde(n) of ik alles goed begrepen had' en 'de arts/verpleegkundigen gaf/gaven me zoveel informatie als ik wilde'.

Het Communication Assessment Tool is niet alleen gebruikt om de manier waarop de kaakchirurg met patiënten communiceert te meten, maar ook de manier waarop verpleegkundigen dit doen. Verpleegkundigen spelen een minstens even belangrijke rol wat communicatie betreft vooraf en tijdens een behandeling als kaakchirurgen, dus vandaar dat zij ook meegenomen worden in het meten van communicatieniveau. Na literatuurstudie zijn twee items verwijderd. Namelijk 'the doctor showed interest in my ideas about health' en 'the doctor's staff treated me with respect'. Het eerste item is in het huidige onderzoek niet van toepassing. Het tweede verwijderde item, dat gaat over het personeel van de dokter, zoals verpleegkundigen, is wel van toepassing, maar dit wordt gemeten met de CAT voor verpleegkundigen.

Om het communicatieniveau van artsen en verpleegkundigen te meten is er tevens gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal. De scores variëren van één (helmaal mee oneens) tot vijf (helemaal mee eens). Ook hier zijn uiteindelijk de gemiddelde scores van de respondenten berekend.

Corah's dental anxiety scale (DAS)

Veel patiënten ervaren angst vooraf en tijdens een tandheelkundige behandeling. Een emotie als angst, zou de patiënttevredenheid kunnen beïnvloeden. Om te kijken in hoeverre dit klopt en de mate van angst te meten, wordt ook hiervoor gebruik gemaakt van een meetinstrument. Om de mate van angst voor tandheelkundige behandelingen te meten wordt er gebruik gemaakt van Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969). Corah's Dental Anxiety Scale bevat vier meerkeuzevragen die allemaal betrekking hebben op de wijze waarop een patiënt een tandheelkundige behandeling ervaart, zowel vantevoren als tijdens die behandeling. De vragenlijst richt zich op de tandarts, maar 'tandarts' is in dit geval vervangen door 'kaakchirurg'. Eén item van deze vragenlijst is verwijderd, aangezien deze zich erg richt op het bezoek aan een tandarts namelijk: 'u zit in de tandartsstoel om uw gebit te

laten schoonmaken, terwijl u wacht en de tandarts de instrumenten pakt die hij nodig heeft om het tandsteen van uw tanden en kiezen te verwijderen, hoe voelt u zich dan?’

Uiteindelijk meet deze schaal met 3 items de mate van angst waarmee een patiënt tandheelkundige behandelingen ondergaat. Er worden vragen gesteld over de gevoelens van de patiënt vooraf en tijdens de behandeling. Een van die vragen is bijvoorbeeld: “Toen u in de wachtkamer van de kaakchirurg op uw beurt wachtte, hoe voelde u zich toen?”. De vragen van de Dental Anxiety Scale hebben allemaal 5 antwoordmogelijkheden: a t/m e. A staat voor ‘ontspannen, b is ‘niet helemaal op mijn gemak, c staat voor ‘gespannen’, d is ‘angstig’ en tot slot e is ‘zo angstig, dat het zweet me soms uitbrak en ik me beroerd voelde’. De a’s zijn 1 punt, de b’s 2 punten, de c’s 3, de d’s 4 en de e’s 5. Uiteindelijk wordt de mate van angst berekend door de scores op te tellen. Een score van 3 of 4 betekent dat de patiënt niet tot nauwelijks angstig is, een score van 5 tot en met 7 betekent dat er enige angst bestaat bij de patiënt, wanneer de score opgeteld 8, 9 of 10 is bestaat er redelijk veel angst bij de patiënt en tot slot, wanneer de patiënt een score van meer dan 10 punten heeft, betekent dat dat er extreme angst voor tandheelkundige behandelingen wordt ervaren.

Achtergrondvariabelen

In dit deel van de vragenlijst wordt er gevraagd naar enkele achtergrondvariabelen: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Ook is er gevraagd naar het type behandeling dat is ondergaan.

Patiënttevredenheid

In dit deel is de patiënttevredenheid gemeten. Er werd gevraagd of patiënten, wanneer ze nog een keer een soortgelijke behandeling zouden moeten ondergaan, weer naar het Medisch Spectrum Twente zouden terugkeren. De scores variëren van één (helemaal mee oneens) tot vijf (helemaal mee eens), hiervan is uiteindelijk de gemiddelde score berekend. Verder is er gevraagd naar het algemeen oordeel van de respondenten over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. De respondent kon hierbij een cijfer van 1 tot 10 geven. Het gemiddelde cijfer is genomen om conclusies te trekken.

Alle items die gebruikt worden in de vragenlijst zijn terug te vinden in de bijlagen (bijlage IV).

5 Resultaten

5.1 Beschrijving respondenten

In totaal hebben 128 respondenten de vragenlijst ingevuld. De resultaten van 126 respondenten waren bruikbaar. Het grootste gedeelte van de mensen die de vragenlijst ingevuld hebben was vrouw, namelijk 59%. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 39 jaar. De leeftijden liepen uiteen van 12 tot 82 jaar. Opvallend is dat veel van de respondenten hoog opgeleid waren. Naast de demografische variabelen werd er in de vragenlijst ook gevraagd naar het type behandeling dat de respondenten hadden ondergaan. Het grootste deel van de respondenten heeft één of meerdere verstandskies laten trekken. In tabel 5.1 is een schematische weergave te vinden.

Tabel 5.1 Overzicht van de persoonlijke achtergrondvariabelen

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Geslacht</i> (n = 126)	Man	52	41
	Vrouw	74	59
<i>Opleidings- Niveau</i> (n = 126)	Lager onderwijs	4	3
	Middelbaar voortgezet onderwijs	17	14
	Middelbaar beroepsonderwijs	58	46
	Hoger beroepsonderwijs	37	29
	Universitair onderwijs	10	8
<i>Type behandeling</i> (n=126)	Verstandskies trekken	58	46
	Wortelpuntbehandeling	40	32
	Implantaten	4	3
	Kanker	5	4
	Overig	19	15
		M	SD
<i>Leeftijd (jaren)</i>		39	17
Minimum: 12 Maximum: 82			

5.2 Betrouwbaarheid constructen van kwaliteit van zorg

Betrouwbaarheidsanalyses bevestigden het beeld dat de items van het ServPerf model binnen de constructen onderling een sterke correlatie vertonen. Alleen het construct 'betrouwbaarheid' had een te lage Alpha. Na verwijdering van het item 'de behandeling vond plaats op het tijdstip zoals afgesproken' bleek het construct betrouwbaarheid echter wel een hogere Alpha te hebben. Daarom is besloten dit item weg te laten. De overige constructen hebben allemaal een Alpha van .72 of hoger. Dit zijn prima scores en de constructen zijn dan ook behouden gebleven. Ook de items die de communicatievaardigheden van kaakchirurgen en verpleegkundigen maten, bleken onderling een sterke correlatie te vertonen. Deze constructen zijn dus ook behouden gebleven. Alle items van het construct 'mate van angst bij patiënten' bleken voldoende betrouwbaar te zijn, dus dit construct is behouden gebleven. In tabel 5.2 is een schematische weergave van de betrouwbaarheid per construct te vinden.

Tabel 5.2 *Betrouwbaarheid dimensies ServPerf, communicatie en mate van angst*

	(n=126)		
	# items	Min-Max	Alpha
Responsiviteit	7	1-5	.72
Tastbaarheden	5	1-5	.83
Betrouwbaarheid	2	1-5	.68
Zekerheid	8	1-5	.88
Empathie	6	1-5	.89
Communicatie kaakchirurg	12	1-5	.96
Communicatie verpleegkundigen	12	1-5	.93
Mate van angst	3	1-5	.87

5.3 Patiënttevredenheid

In deze paragraaf zal de patiënttevredenheid besproken worden. Ten eerste zal er gekeken worden naar de algehele patiënttevredenheid. Vervolgens wordt de beoordeling van de individuele items besproken. Op deze manier wordt duidelijk op welke items relatief slecht gescoord is en wat er eventueel verbeterd kan worden.

Algehele patiënttevredenheid

De respondenten is gevraagd door middel van een cijfer van één tot tien een algemeen oordeel over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie te geven. In tabel 5.3 is een schematische weergave van de scores te vinden. De respondenten gaven de afdeling gemiddeld een 7.67. De

mediaan is 8. Bijna alle respondenten, namelijk 98.4%, gaven de afdeling een voldoende. Slechts 7.1% van de respondenten gaf een zes, de overige respondenten gaven een zeven of hoger. Van de ontevreden respondenten gaf 1 respondent een twee en 1 andere respondent gaf de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie een drie.

Tabel 5.3 Algemeen oordeel afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Variabele	m	mediaan	SD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patiënttevredenheid	7.67	8	1.09	%	0	0.8	0.8	0	0	7.1	30.2	42.9	16.7	1.6
(n=126)				n	0	1	1	0	0	9	38	54	21	2

Een andere vraag waarmee gemeten werd of de patiënten tevreden waren over de aangeboden zorg van de afdeling, is de vraag of ze nog een keer naar dezelfde afdeling terug zouden keren als ze weer een soort zelfde behandeling moesten ondergaan. Ook op deze vraag werd goed gescoord (m=4.1).

Tevredenheid over dimensies van kwaliteit van zorg

De algehele tevredenheid over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is hoog. Om een beter beeld te krijgen van de punten die verbeterd zouden kunnen worden is het van belang ook de ervaren kwaliteit van zorg, het ServPerf model, en de ervaren communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen per dimensie te analyseren.

Geen enkel item had een gemiddelde score lager dan 3, wat betekent dat alle dimensies over het algemeen neutraal of positief beoordeeld zijn. In onderstaande tabel is schematisch weergegeven hoe er gemiddeld op alle dimensies werd gescoord. Per dimensie zullen de opvallende items en items die door verschillende patiënten 'neutraal' beantwoord werden, besproken worden.

Tabel 5.4 Gemiddelde scores en standaarddeviaties dimensies Servperf, communicatievaardigheden en angst

Items ¹	(n = 126)	
	M	SD
Responsiviteit	3.9	0.6
Tastbaarheden	3.7	0.8
Betrouwbaarheid	3.9	0.7
Zekerheid	4.0	0.6
Empathie	4.0	0.6
Communicatievaardigheden kaakchirurg	3.8	0.8
Communicatievaardigheden verpleegkundigen	4.0	0.5
Mate van angst bij patiënten ²	2.4	0.9

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

² Schalen: (1=ontspannen... 5=zo angstig, dat het zweet me soms uitbrak en ik me beroerd voelde).

Responsiviteit

Binnen de dimensie responsiviteit werd er goed gescoord met een gemiddelde van 3.9. Er waren een aantal zaken die opvielen. Niet alle respondenten leken tevreden over de wachttijd in de wachtkamer ($m=3.9$). 9.5% van de respondenten was het oneens met de stelling dat de wachttijd in de wachtkamer acceptabel was, tevens heeft een deel van de respondenten (15.1%) neutraal geantwoord op die vraag. Ook waren er veel patiënten die neutraal antwoorden op de vraag hoe tevreden zij waren over de bereidheid om te helpen van de medewerkers ($m=3.9$), namelijk 31.7%. En op de nazorg die patiënten geboden werd, werd goed gescoord ($m=3.9$), dit item werd wel door 23% van de respondenten 'neutraal' beantwoord. De informatie die men kreeg over de inhoud van de behandeling werd niet altijd goed beoordeeld, 8.8% van de patiënten was hier niet tevreden over.

Tastbaarheden

De dimensie tastbaarheden scoorde van alle dimensies het laagst, maar nog steeds een prima score met een gemiddelde van 3.7. Binnen de dimensie tastbaarheden viel met name de beoordeling van de wachtruimte en de behandelkamers op. De wachtruimte werd gemiddeld beoordeeld met een 3.6. 5.6% van de patiënten beoordeelde de wachtruimte negatief en 37.3% neutraal. De behandelkamers werden gemiddeld beoordeeld met een 3.8, een kleine groep respondenten (6.4%) oordeelden negatief over de behandelkamers en 26.2% neutraal.

Betrouwbaarheid

De dimensie betrouwbaarheid had een gemiddelde van 3.9. Binnen de dimensie betrouwbaarheid werd op alle twee de items goed gescoord. Zowel op het item die de moeite die medewerkers deden om de problemen op te lossen mat ($m=3.9$) als op het item waarin gevraagd werd of de aangeboden zorg aan de verwachtingen voldeed. Ook hier werd gemiddeld een 3.9 gescoord. Het eerste item, de moeite die medewerkers deden om problemen op te lossen, werd slechts door 1 persoon (0.8%) negatief beoordeeld, maar 31% van de respondenten beantwoordde deze vraag neutraal. Het tweede item, de vraag of de zorg aan de verwachtingen voldeed, werd door 4% negatief beoordeeld en 19% van de respondenten beantwoordde deze vraag neutraal.

Zekerheid

De dimensie zekerheid scoorde erg goed, gemiddeld een 4.0. De uitleg die patiënten kregen, over wat zij konden verwachten werd gemiddeld met een 3.8 beoordeeld. 11.9% van de respondenten was hier ontevreden over, daarnaast heeft 13.5% neutraal geantwoord op dit item. Tevens was er een groep patiënten (7.2%) die niet zo tevreden was over het geruststellend vermogen van de kaakchirurg, 20.6% beantwoordde deze vraag neutraal. Het gemiddelde bij dit item was echter ruim voldoende, een 3.9. Andere items die binnen deze dimensie opvielen waren de items die maten of de kaakchirurgen en verpleegkundigen alle kennis in huis hadden om de patiënt goed te kunnen helpen. Bij kaakchirurgen werd er gemiddeld 3.9 gescoord, bij verpleegkundigen was dit een 3.8. Er waren zeer weinig mensen die echt ontevreden waren over de kennis, 1.6% bij kaakchirurgen en 0.8% bij

de verpleegkundigen. Er waren echter veel respondenten die deze vraag neutraal beantwoordden: 25.4% van de respondenten bij kennis van de kaakchirurg en 35.7% antwoordde neutraal bij kennis van de verpleegkundigen

Empathie

Binnen de dimensie empathie werd eveneens goed gescoord, een gemiddelde van 4.0. Over het algemeen werd er op de items binnen deze dimensie goed gescoord. Er waren twee items, allebei met een gemiddelde score van 3.9, die opvielen. Dit waren de mate waarin medewerkers zich betrokken toonden bij de patiënt. 4% van de respondenten was hier ontevreden over en zelfs 27% beantwoordde deze vraag neutraal. De andere vraag ging over de mate waarin patiënten met hun vragen en problemen terecht konden bij de artsen en verpleegkundigen: slechts 3.2% beantwoordde deze vraag negatief, maar 23.8% beantwoordde deze vraag neutraal. De persoonlijke aandacht die de kaakchirurg voor de patiënt had, werd door sommige respondenten iets lager beoordeeld: 8% van de respondenten stond hier negatief tegenover en 13.5% beantwoordde deze vraag neutraal.

Communicatie met kaakchirurg

Binnen de dimensie 'communicatie met de kaakchirurg' werd meer dan voldoende gescoord, namelijk een 3.8 gemiddeld. Een item dat opviel was de mate waarop kaakchirurgen de belangrijkste zorgen van de patiënt begreep ($m=3.8$). Slechts 4% beantwoordde deze vraag negatief maar 30.2% stond hier neutraal tegenover. 7.2% van de respondenten was iets minder tevreden over het luisterend vermogen van de kaakchirurg, 21.4% beantwoordde de vraag of er goed naar ze werd geluisterd door de kaakchirurg, neutraal. Het gemiddelde was een 3.8. Op de vraag of de kaakchirurg zich voldoende bekommerde om de patiënt, antwoordde 11.1% negatief en 29.4% neutraal. De gemiddelde score was een 3.7. Over de tijd die aan de patiënten werd besteed door de kaakchirurg was 12.7% ontevreden en 18.3% beantwoordde deze vraag neutraal ($m=3.8$). Van de respondenten antwoordde 5.6% negatief op de vraag of de kaakchirurg voldoende informatie gaf, 22.2% beantwoordde deze vraag neutraal ($m=3.9$). Het bespreken van vervolgmaatregelen werd gemiddeld beoordeeld met een 3.8, 11.1% van de respondenten beoordeelde deze vraag negatief en 19% neutraal. Iets lager werd er gescoord op de items 'de kaakchirurg controleerde of ik alles goed begrepen had' ($m=3.5$) (negatief 18.3% en 29.4% neutraal) en 'de kaakchirurg motiveerde me om vragen te stellen' ($m=3.2$), 21.4% van de respondenten beoordeelde deze vraag negatief en zelfs 42.1% neutraal.

Communicatie met verpleegkundigen

De dimensie 'communicatie met verpleegkundigen' scoorde gemiddeld een 4.0. Op de items binnen deze dimensie werd heel goed gescoord. Er waren een aantal vragen die opvielen, omdat ze door veel respondenten neutraal beantwoord werden. Eén van die items was de mate waarin de verpleegkundigen de zorgen van patiënten begrepen, 21.4% beantwoordde deze vraag neutraal. De gemiddelde score was echter prima, namelijk 3.9. Ook het item dat mat of verpleegkundigen controleerden of alles goed begrepen was scoorde gemiddeld prima, een 3.8. Toch beantwoordde

30.2% van de respondenten deze vraag neutraal. Op de vraag of de verpleegkundigen voldoende informatie gaven, antwoordde 27% neutraal. Verder werd er iets lager gescoord op het bespreken van vervolmaatregelen door de verpleegkundigen (m=3.7) (8% negatief en 27.0% neutraal) en het motiveren van de patiënten om vragen te stellen (m=3.5). 6.4% van de respondenten was hierover ontevreden en zelfs 46.8% beantwoordde deze vraag neutraal.

Mate van angst

De gemiddelde score op de vragen die de mate van angst maten was 2.39.

Op de dag voor de behandeling voelde 46 % zich ontspannen. De rest van de respondenten voelde zich niet helemaal op z'n gemak of angstig. Ook in de wachtkamer voor men aan de beurt was, ervaarden de patiënten angst. De mate van angst nam toe toen men eenmaal in de behandelstoel zat. In tabel 5.5 zijn de percentages van angstige patiënten schematisch weergegeven.

Zoals uitgelegd in het methode hoofdstuk zijn uiteindelijk alle angstscores bij elkaar opgeteld en daaruit is afgeleid of de patiënten al dan niet angst hebben ervaren. In tabel 5.6 is schematisch het aantal patiënten, inclusief percentages weergegeven, dat een bepaalde mate van angst ervaarde. Uit de antwoorden die de respondenten gegeven hebben, bleek dat 79.4 % enige of zelfs veel angst ervaarde.

De gemiddelde scores en standaarddeviaties van alle items zijn terug te vinden in de bijlagen (bijlage IV).

Tabel 5.5. *Percentages mate van angst bij patiënten vooraf en tijdens behandeling*

Items	% Ontspannen	% Niet helemaal op mijn gemak	% Gespannen	% Angstig	% Zeer angstig
Hoe voelde u zich de dag voordat u naar de kaakchirurg moest?	46	25.4	20.4	5.2	3.0
Toen u in de wachtkamer van de kaakchirurg op uw beurt wachtte, hoe voelde u zich toen?	31	31.7	30.2	5.6	1.6
Toen u in de behandelstoel zat te wachten terwijl de kaakchirurg en verpleegkundigen alles voorbereidden, hoe voelde u zich toen?	28.6	33.3	29.4	6.3	2.4

Tabel 5.6. *Opgetelde score mate van angst van patiënten*

	Niet tot nauwelijks angstig (score 3 of 4)	Enige angst (score 5, 6 of 7)	Redelijk veel angst (score 8, 9 of 10)	Extreme angst (score 10 of hoger)
Aantal	26	50	37	13
Percentage	20.6	39.7	29.4	10.3

Onderlinge relaties binnen het model

Om na te gaan in hoeverre patiënttevredenheid samenhangt met de diverse variabelen, is een correlatieanalyse uitgevoerd. Daarnaast wordt er gekeken naar de onderlinge relatie tussen de variabelen. In de analyse werden significante verbanden gevonden tussen patiënttevredenheid en alle dimensies van het ServPerf model, en tussen patiënttevredenheid en communicatie met kaakchirurgen en verpleegkundigen en mate van angst van patiënten. In tabel 5.7 is een schematische weergave te vinden. Uit de correlatieanalyse bleek dat alle dimensies van kwaliteit van zorg sterk correleren met patiënttevredenheid. Ook onderling vertonen de dimensies van het ServPerf model zonder uitzondering correlatie. Naast deze dimensies van het ServPerf model correleren ook communicatie met de kaakchirurg en communicatie met verpleegkundigen sterk met patiënttevredenheid. Verder correleert de mate van angst van patiënten negatief met patiënttevredenheid. Verder vertonen alle dimensies van het ServPerf model ook correlatie met de constructen communicatie met de kaakchirurg en communicatie met de verpleegkundigen. Verder correleert leeftijd met patiënttevredenheid en correleert deze variabele ook met betrouwbaarheid, empathie en communicatie met de kaakchirurg en opleidingsniveau. Tenslotte correleert de mate van angst met geslacht, in het huidige onderzoek ervaren vrouwen meer angst dan mannen.

Tabel 5.7 *Spearman's correlaties tussen de verschillende variabelen en patiënttevredenheid*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Patiënttevredenheid	-	.45**	.27**	.46**	.59**	.52**	.56**	.37**	-.24**	.19*	.08	.07
2 Responsiviteit		-	.40**	.60**	.72**	.65**	.73**	.48**	-.16	.17	.09	.08
3 Tastbaarheden			-	.31**	.51**	.37**	.42**	.40**	.03	-.01	.09	.06
4 Betrouwbaarheid				-	.69**	.76**	.66**	.56**	-.04	.23*	.10	-.04
5 Zekerheid					-	.76**	.76**	.56**	-.15	.10	.08	-.06
6 Empathie						-	.74**	.65**	-.16	.20*	-.01	.04
7 Communicatie kaakchirurg							-	.55**	-.16	.22*	.02	-.03
8 Communicatie verpleegkundigen								-	-.09	.02	-.04	.05
9 Angstniveau									-	-.07	.11	.24**
10 Leeftijd										-	.18*	-.13
11 Opleidingsniveau											-	-.02
12 Geslacht												-

5.4 Bijdrage van dimensies ServPerf, communicatievaardigheden en angst aan de patiënttevredenheid

Om te bepalen wat de relatieve bijdrage van de verschillende variabelen van het ServPerf model en de variabelen communicatievaardigheden en mate van angst aan patiënttevredenheid is, is een regressieanalyse uitgevoerd. Ook werd er met deze regressieanalyse onderzocht in welke mate de patiënttevredenheid voorspeld kan worden door het model. Hierbij werd patiënttevredenheid als afhankelijke variabele genomen. Als onafhankelijke variabelen werd eerst mate van angst in het eerste model genomen, vervolgens communicatievaardigheden van kaakchirurgen en verpleegkundigen en in het volgende blok werden de overige variabelen ingevoerd, namelijk de componenten van het ServPerf model. Tot slot werden de variabelen geslacht en leeftijd in model 4 toegevoegd. Opgemerkt moet worden dat er, nadat er naar de Variance Inflation Factors is gekeken, geen sprake bleek te zijn van multicollineariteit. Tabel 5.8 biedt een schematisch overzicht van de regressieanalyse.

Uit de regressieanalyse bleek dat de voorspellende waarde van het model erg groot is. De eerste variabele, de mate van angst van patiënten verklaarde 9.2% van de patiënttevredenheid. Model twee, de mate van angst en communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen, verklaarde 44.1% van de patiënttevredenheid. Het derde model, inclusief alle variabelen van het ServPerf model verklaarde 52.4% van de patiënttevredenheid. Het totale model, inclusief de variabelen geslacht en leeftijd verklaarde 53.9% van de patiënttevredenheid. De laatste twee toegevoegde variabelen, geslacht en leeftijd zijn niet significant. In de regressieanalyse kwam naar voren dat mate van angst, communicatie van de kaakchirurg, en de dimensie zekerheid significante voorspellers zijn. Uit de regressieanalyse blijkt dat er een direct effect is van angst op patiënttevredenheid. Tevens blijkt uit de Sobel Z toets dat er een mediatie-effect is tussen de waargenomen communicatievaardigheden en de dimensies van het ServPerf model. Dit betekent dat de waargenomen communicatievaardigheden invloed uitoefenen op de beoordeling van de dimensies van het ServPerf model, en deze dimensies beïnvloeden op hun beurt weer de uiteindelijke tevredenheid van patiënten.

Tabel 5.8 Bijdrage van de verschillende dimensies aan de patiënttevredenheid

Items	Model 1				Model 2				Model 3				Model 4			
	b	SE	Bèta	p	b	SE	Bèta	p	b	SE	Bèta	p	b	SE	Bèta	p
1. Angst	-.38	.11	-.30	.001	-.25	.09	-.20	.004	-.21	.08	-.17	.014	-.26	.09	-.21	.004
2. Communicatie kaakchirurg					.85	.12	.60	.000	.37	.16	.26	.024	.39	.16	.28	.016
3. Communicatie verpleegkundigen					.01	.17	.01	.945	-.18	.18	-.09	.311	-.19	.18	-.09	.299
4. Responsiviteit									.17	.19	.10	.360	.07	.19	.04	.726
5. Tastbaarheden									-.00	.11	-.00	.967	-.01	.10	-.01	.929
6. Betrouwbaarheid									-.01	.17	-.01	.931	.03	.17	.02	.843
7. Zekerheid									.61	.24	.33	.013	.70	.25	.38	.005
8. Empathie									.20	.23	.12	.370	.12	.23	.07	.594
9. Leeftijd													.00	.00	.02	.807
10. Geslacht													.31	.16	.14	.050
R ²			.092				.441				.524				.539	
R ² change			.092				.349				.082				.016	
F (df =1, 3, 8, 10)			12.59				32.11				16.07				13.46	
F change			12.59				38.11				4.04				1.96	
Sig. (F change)			.001				.000				.002				.145	
Sig.			.001				.000				.000				.000	

5.5 Algemene opmerkingen

Respondenten kregen de mogelijkheid aan het einde van de vragenlijst algemene opmerkingen te plaatsen over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Drieënvijftig respondenten maakten hier gebruik van. Om een overzicht te krijgen van de meest genoemde opmerkingen zijn antwoordcategorieën gemaakt, te zien in tabel 5.9. Alleen de belangrijkste opmerkingen en opmerkingen die meer dan 1 keer genoemd werden, zijn opgenomen in de tabel.

Tabel 5.9 *Vaker voorkomende algemene opmerkingen*

Categorie	Aantal	Soort opmerking
Personeel	4	Ontevreden over communicatie kaakchirurg
Personeel	4	Ontevreden over empathie en respect secretaresses
Bewegwijzering	2	Slechte bewegwijzering naar de poli , poli slecht te vinden
Informatie	3	Schriftelijke informatie niet volledig en slecht gekopieerd Informatie tijdens behandeling, niet handig, geen tijd om in je op te nemen
Persoonlijke aandacht	4	Weinig persoonlijke aandacht, je voelt je meer een nummer, weinig informatie, niet serieus genomen
Wachttijden	5	Wachttijden voor behandeling lang (voor maken afspraak) Wachttijden in de wachtkamer
Literatuur wachtkamer	2	Te weinig lectuur voor jongeren

6 Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk zullen de in paragraaf 2.10 geformuleerde onderzoeksvragen, beantwoord worden. Tevens zullen er concrete aanbevelingen gedaan worden die van belang kunnen zijn voor het verbeteren van de zorg in het Medisch Spectrum Twente. Tot slot worden de tekortkomingen van het onderzoek besproken en zal er worden ingegaan op de wetenschappelijke implicaties en eventueel interessant vervolgonderzoek.

6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

In hoeverre zijn patiënten tevreden over de aan hun verleende zorg op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente?

Over het algemeen waren de patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie erg tevreden over de aangeboden zorg. Op alle items werd namelijk gemiddeld ruim een voldoende gescoord. Ondanks een aantal punten die voor verbetering vatbaar zijn, zijn de respondenten zeer tevreden met de zorg die hen aangeboden is. Dit blijkt ook uit de uiteindelijke cijfers die de patiënten geven. Gemiddeld beoordelen de patiënten de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie met een 7.76 en er zijn slechts twee patiënten die een onvoldoende geven en niet tevreden zijn.

Over het algemeen kan dus gesteld worden dat patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Spectrum Twente zeer tevreden zijn over de zorg die hun aangeboden is.

Hoe beoordelen patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie kwaliteit van zorg op de vijf dimensies van het ServPerf model?

Zoals bij de beantwoording van de vorige onderzoeksvraag is gebleken waren de patiënten erg tevreden over de zorg. Ook op de verschillende dimensies van het ServPerf model werd goed gescoord. Uit nadere analyse bleek dat er een aantal items waren, waar de patiënten iets minder positief over waren dan de rest of waar veel patiënten neutraal op antwoorden. Per dimensie zal nu gekeken worden naar de zaken die opvielen.

Wat betreft de dimensie responsiviteit waren een aantal patiënten iets minder tevreden over de wachttijd in de wachtkamer, voor zij aan de beurt zijn. Een aantal patiënten merkte op dat zij erg lang moesten wachten voor ze aan de beurt waren. Ook de bereidheid van de medewerkers om te helpen wordt wat lager beoordeeld, er waren weinig mensen die deze vraag negatief beoordeelden maar veel patiënten beantwoordden deze vraag neutraal. Dit zou kunnen komen doordat veel patiënten slechts kort in het ziekenhuis zijn. De bereidheid van de medewerkers om te helpen, kan en hoeft dan niet

altijd getoond te worden. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de patiënten geen hulp nodig hadden. Veel mensen hebben deze vraag daarom waarschijnlijk niet kunnen beoordelen. De nazorg die patiënten ontvingen werd ook door een grote groep neutraal beoordeeld. Een eventuele verklaring hiervoor is dat respondenten vaak maar 1 keer op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zijn geweest en geen nazorg ontvangen hebben, zodat zij deze ook niet konden beoordelen. Een andere verklaring kan zijn dat de respondenten die deze vraag neutraal beantwoord hebben, nazorg niet belangrijk vonden. Zij willen vooral dat de behandeling zo snel mogelijk achter de rug is, wellicht hebben zij daarom niet negatief of positief, maar juist neutraal geantwoord. Een ander thema dat minder positief werd beoordeeld is de informatievoorziening, zo waren niet alle patiënten tevreden over de informatie die zij kregen over de inhoud van de behandeling.

De dimensie zekerheid had gemiddeld de hoogste score. Wanneer gekeken wordt naar de items binnen deze dimensie zijn er een aantal zaken die opvallen. De uitleg die de patiënten kregen over wat zij konden verwachten, werd niet door alle patiënten positief beoordeeld. Een aantal patiënten maakte gebruik van de mogelijkheid hier een opmerking over te plaatsen. Zo werd een aantal keer genoemd dat het vervelend en lastig is dat de informatie over de behandeling pas tijdens de behandeling zelf wordt gegeven, veel dingen worden dan niet goed opgenomen door de patiënt. Een item binnen de dimensie zekerheid dat eveneens door veel respondenten neutraal werd beoordeeld was de kennis van de kaakchirurgen en verpleegkundigen. Dit zou kunnen komen doordat veel patiënten het idee hebben dat zij niet in staat zijn om de kennis van kaakchirurg of verpleegkundigen te beoordelen. De bedoeling van deze vraag was echter om te achterhalen of patiënten de *indruk* kregen dat kaakchirurgen en verpleegkundigen alle kennis in huis hebben om ze te kunnen helpen. Waarschijnlijk hebben veel patiënten bij deze vraag het idee gekregen dat het niet aan hen is om dat te beoordelen en hebben zij deze vraag daarom niet negatief of positief beantwoord, maar neutraal.

Van de dimensies van het ServPerf model werd er op de dimensie tastbaarheden het laagst gescoord, maar nog steeds erg hoog, namelijk gemiddeld een 3.7. Binnen deze dimensie viel vooral de beoordeling van de wachtruimte en behandelkamers op. De wachtruimte en de behandelkamers werden door een groep respondenten neutraal beantwoord. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten, bijvoorbeeld door hun emotionele toestand en angst die ze ervaren, niet zo goed op de wachtruimte en behandelkamers gelet hebben. Vandaar dat ze deze ruimtes niet negatief of positief beoordelen, maar neutraal. Tevens werd er bij de opmerkingen een aantal keer genoemd dat er te weinig literatuur, vooral voor jongeren, in de wachtkamer aanwezig is, wellicht dat de wachtruimte hierdoor niet altijd positief werd beoordeeld.

In de dimensie betrouwbaarheid werd de moeite die medewerkers deden om problemen op te lossen door een aantal respondenten neutraal beoordeeld. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de patiënt geen specifieke problemen heeft gehad, dan is deze vraag moeilijk te beantwoorden.

Wat betreft de dimensie empathie waren er een aantal items die neutraal beantwoord werden door de patiënten. Bijvoorbeeld de betrokkenheid van de medewerkers en de mate waarin patiënten terecht konden met vragen en problemen. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de patiënt geen vragen of problemen had en dat deze dus ook niet beantwoord hoefden te worden, waardoor de

patiënt dit item niet echt kan beoordelen. Een verklaring voor het feit dat de medewerkers zich niet altijd betrokken toonden volgens de patiënt, kan zijn dat sommige medewerkers, bijvoorbeeld de secretaresses, slechts kort in aanraking komen met de patiënt. Onduidelijk is echter of zij dit als negatief ervaren en of het vooral de betrokkenheid van medisch secretaresses betreft of ook de betrokkenheid van verpleegkundigen en kaakchirurg.

Hoe zijn de communicatievaardigheden van artsen en verpleegkundigen gerelateerd aan de patiënttevredenheid en aan de oordelen over de kwaliteit van zorg?

De communicatievaardigheden van kaakchirurgen en verpleegkundigen werden ruim voldoende beoordeeld. Er waren wel wat kleine punten voor verbetering vatbaar. Zo werden namelijk de communicatievaardigheden van de verpleegkundigen beter beoordeeld dan die van de kaakchirurg. De kaakchirurg had volgens sommige patiënten niet altijd genoeg persoonlijke aandacht voor de patiënt. Een aantal patiënten stonden neutraal en een enkele negatief, tegenover de aspecten die de bejegening van de kaakchirurg in kaart moest brengen. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de kaakchirurg vooral bezig is met de behandeling van de patiënt. De bejegening wordt vaak overgelaten aan de verpleegkundigen. Bij zowel de kaakchirurg als de verpleegkundigen werd het bespreken van vervolgmaatregelen iets minder positief beoordeeld. Dit zou kunnen komen doordat, zoals ook in de opmerkingen door een aantal patiënten gezegd is, de vervolgmaatregelen vaak besproken worden als de patiënt nog in de stoel ligt. Niet alles wordt dan even goed opgenomen door de patiënt. Tevens werd de mate waarin kaakchirurg en verpleegkundigen controleerden of alles goed begrepen was en de mate waarmee werd gemotiveerd om vragen te stellen, door een aantal patiënten neutraal beantwoord. Een aantal patiënten geven bij deze vraag aan, dat ze wel in de gelegenheid waren om vragen te stellen, maar dat de kaakchirurg en verpleegkundigen ze niet echt 'motiveerden'. Onduidelijk is of dit als negatief werd ervaren.

Wanneer gekeken wordt hoe communicatievaardigheden van kaakchirurg gerelateerd zijn aan de patiënttevredenheid, kan geconcludeerd worden dat er een verband bestaat tussen communicatievaardigheden van de kaakchirurg en patiënttevredenheid. Wanneer patiënten tevreden zijn over de communicatie van kaakchirurgen, zijn zij ook eerder tevreden over de aan hen aangeboden zorg.

Wanneer gekeken wordt naar de waargenomen communicatievaardigheden van verpleegkundigen, kan geconcludeerd worden dat er een matig verband is tussen patiënttevredenheid en deze communicatievaardigheden. Het verband is net als bij de waargenomen communicatievaardigheden van de kaakchirurg ook significant, alleen is de relatie iets zwakker.

Uit de regressieanalyse blijkt dat de waargenomen communicatievaardigheden van de kaakchirurg en verpleegkundigen belangrijke voorspellers zijn als het gaat om de patiënttevredenheid. De communicatievaardigheden van de kaakchirurg is een significante voorspeller. Dat communicatievaardigheden erg belangrijk zijn in de beoordeling van ervaren zorg, wordt in verschillende onderzoeken bevestigd (Roter & Stewart, 1997; Wriglesworth & Williams, 1975).

Opvallend is dat in het huidige onderzoek vooral communicatievaardigheden van kaakchirurgen van belang worden geacht, waar in de meeste onderzoeken juist de communicatievaardigheden van de verpleegkundigen er toe doen. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat verpleegkundigen vaker verantwoordelijk zijn voor een juiste bejegening naar de patiënt toe.

Met betrekking tot de relatie tussen communicatievaardigheden en oordelen over de kwaliteit van zorg, kan geconcludeerd worden dat er een verband bestaat tussen de waargenomen communicatievaardigheden en de dimensies van het ServPerf model. De waargenomen communicatievaardigheden beïnvloeden het oordeel van patiënten over de dimensies van het ServPerf model, op hun beurt beïnvloeden de communicatievaardigheden en de dimensies van het ServPerf model samen, de patiënttevredenheid.

In hoeverre is een emotie als angst gerelateerd aan patiënttevredenheid en aan de oordelen over de kwaliteit van zorg?

De correlatieanalyse laat zien dat er een negatief verband bestaat tussen mate van angst van de patiënt en patiënttevredenheid. Hoe minder angstig de patiënt is, hoe meer tevreden over de aangeboden zorg. Uit de regressieanalyse blijkt tevens dat angst een belangrijke voorspeller is voor patiënttevredenheid. Het is dus erg belangrijk om te zorgen dat patiënten zo min mogelijk angst ervaren.

Wanneer gekeken wordt naar de relatie tussen angst en oordelen over de kwaliteit van zorg, blijkt uit de correlatieanalyse dat er geen verband bestaat tussen de mate van angst van patiënten en de vijf dimensies van het ServPerf model, alsmede de communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen. Dit is opvallend te noemen; angst is namelijk wel van invloed op de algehele tevredenheid van patiënten, maar heeft geen invloed op de oordelen over kwaliteit van zorg, de ServPerf dimensies of op de waargenomen communicatievaardigheden. Dit kan verklaard worden door het verschil tussen kwaliteit en tevredenheid. In de theorie is er al gesproken over het verschil tussen deze twee begrippen. Kwaliteit is vaak een objectief oordeel van de dienstverlening door een consument, in dit geval de patiënt. Voor het vormen van een tevredenheidsoordeel wordt dit objectief oordeel ingekleurd met subjectieve vergelijkingsprocessen, kosten/batenanalyses en ook de emoties van een consument, bijvoorbeeld angst (De Ruyter, Bloemer & Peeters, 1997). Dit betekent dat wanneer patiënten de dimensies van het ServPerf model beoordelen, ze hun angst buiten beschouwing laten, zeer waarschijnlijk vormen zij een objectief oordeel. Maar wanneer patiënten gevraagd wordt hoe tevreden zij zijn, kijken ze naar hun algemene oordeel, ze nemen alles mee. Zowel kwaliteit, dus dimensies van het ServPerf model, als de communicatievaardigheden worden meegenomen. En ook de angst die zij ervaren speelt bij deze beoordeling bewust al dan niet onbewust een rol. Kwaliteit is slechts één van de dimensies waarop de consument zijn tevredenheidsoordeel baseert. Dit bleek niet alleen uit het onderzoek van de Ruyter, Bloemer & Peeters (1997), maar ook onderzoek van Oliver (1993) en Bitner & Hubert (1994) bevestigt dit beeld.

In Nederlandse literatuur die bekend is over onderzoeken naar patiënttevredenheid, worden voornamelijk zaken als vaardigheden van artsen, de interpersoonlijke relatie tussen arts en patiënt en de toegankelijkheid en serviceverlening van zorg meegenomen (Eijkman & Kieft, 2001). Er zijn geen Nederlandse onderzoeken bekend waar ook angst als belangrijke factor wordt meegenomen in patiënttevredenheidsonderzoeken. Buitenlands onderzoek naar patiënttevredenheid en mate van angst bij patiënten bleek wel voor handen te zijn (Corah, O'Shea & Bissel, 1985; Gardner, Nnadozie, Davis & Kirk, 2005). Deze onderzoeken richtten zich echter met name op het meten van angst in relatie tot patiënttevredenheid, maar namen geen andere factoren mee die ook van invloed kunnen zijn op patiënttevredenheid. Uit laatstgenoemde onderzoek kon geconcludeerd worden dat angstige patiënten niet minder tevreden waren, dan patiënten die weinig of geen angst ervoeren. Uit het huidige onderzoek bleek, zoals gezegd, een hoge mate van angst wel degelijk een negatieve invloed te hebben op patiënttevredenheid. Angst is dus zeer zeker een belangrijke determinant die meegenomen kan worden in het beoordelen van kwaliteit van zorg in combinatie met patiënttevredenheid.

Uit het huidige onderzoek blijkt tevens dat vooral vrouwen angst ervaren voorafgaand aan en tijdens de behandeling. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Heft, Meng, Bradley & Lang (2007). Zij deden een onderzoek naar verschillen tussen mannen en vrouwen als het aankomt op het rapporteren van angst tijdens tandheelkundige behandelingen. Uit dat onderzoek bleek dat vrouwen vaker angst en pijn rapporteerden dan mannen. Vraag blijft of vrouwen daadwerkelijk meer angst ervaren tijdens tandheelkundige behandelingen of dat vrouwen dit vooral eerder durven toe te geven dan mannen.

Welke aspecten van dienstverlening zijn belangrijk voor patiënttevredenheid en in welke mate zijn deze aspecten belangrijk?

De correlatieanalyse laat zien dat alle vijf aspecten van het ServPerf model van invloed zijn op patiënttevredenheid. De regressieanalyse laat echter zien dat de dimensie zekerheid de meeste invloed heeft op patiënttevredenheid. Wel moet worden vermeld dat de onafhankelijke variabelen onderling sterk met elkaar correleren, waardoor er sprake kon zijn van multicollineariteit. Nadat er gekeken is naar de tolerancewaarden kan er geconcludeerd worden dat er geen sprake is van multicollineariteit. Doordat de onafhankelijke variabelen sterk met elkaar correleren, is het moeilijk vast te stellen hoeveel procent van de patiënttevredenheid de dimensies individueel precies voorspellen.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat de dimensie zekerheid de belangrijkste voorspeller is van het Servperf model. Dit is in tegenstrijd met de resultaten van het onderzoek van Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), waaruit blijkt dat van de vijf dimensies, betrouwbaarheid de belangrijkste determinant is bij het beoordelen van kwaliteit van dienstverlening. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat betrouwbaarheid slechts met twee items gemeten is.

De praktische vragen die beantwoord dienen te worden waren de volgende:

Hoe kan de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het MST verbeterd worden?

Hoe kunnen de aspecten van dienstverlening die belangrijk zijn voor patiënttevredenheid aangepast worden zodat de patiënttevredenheid groter wordt?

Om deze vragen te beantwoorden zullen in paragraaf 6.3 de aanbevelingen besproken worden en zal er een antwoord worden gevormd op deze vragen.

6.2 Tekortkomingen en sterkten onderzoek

In deze paragraaf zullen de tekortkomingen en sterktes van het huidige onderzoek besproken worden.

Onderzoeksmethode

In het huidige onderzoek is er gebruik gemaakt van een vragenlijst. Uit literatuurstudie kwam veel informatie die als input gebruikt kon worden voor de vragenlijst. Echter, deze informatie beperkte zich vooral tot algemene informatie met betrekking tot het testen van de patiënttevredenheid in ziekenhuizen. Om informatie te verkrijgen die specifiek van toepassing was op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zijn er, voorafgaand aan de vragenlijst, aanvullende interviews afgenomen om de standpunten van medewerkers van de afdeling te achterhalen. Deze interviews zijn echter maar bij zes personen afgenomen, vraag blijft of dit niet te weinig is en er daardoor een vertekend beeld gevormd is.

De vragenlijst had een respons van 31.5%. Dit is een goede respons, aangezien veel patiënten vaak maar één keer op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie komen, waardoor er niet perse een sterke band is met de afdeling. Om in het vervolg de respons eventueel nog te vergroten, zou er gebruik gemaakt kunnen worden van een herinneringsbrief. Deze is in het huidige onderzoek niet gebruikt, vanwege oplopende kosten.

Onderzoeksinstrument

Het ServPerf model vormde de basis voor de vragenlijst. Dit model is aangevuld met de variabelen communicatievaardigheden van kaakchirurg en verpleegkundigen en de mate van angst van patiënten. Uit onderzoek van Babakus & Mangold (1991) blijkt dat het ServPerf model, wanneer er enkele aanpassingen gedaan worden, geschikt is om kwaliteit van zorgverlening te meten. Tevens blijkt dat waargenomen communicatievaardigheden een belangrijke determinant zijn van patiënttevredenheid (Fung & Cohen, 2000) en onderzoek van Tomkins (1980) wijst uit dat mate van angst een belangrijke rol speelt in het beoordelen van kwaliteit van zorg. De gebruikte dimensies van kwaliteit van zorg, alsmede de dimensies communicatievaardigheden van kaakchirurg en

verpleegkundigen en mate van angst bij patiënten, bleken prima van toepassing op dit onderzoek. Uit de regressieanalyse kwam dat alle dimensies samen 52.4% van de tevredenheid voorspellen. Dit is een hoog percentage. Hieruit blijkt dat de keuze voor de dimensies van het ServPerf model en de aanvullende dimensies communicatievaardigheden een angst in dit onderzoek, een goede keuze is geweest.

Algemene kanttekeningen

Binnen de dimensie 'betrouwbaarheid' is na factoranalyse één item verwijderd. Door verwijdering van dit item bestond het construct 'betrouwbaarheid' nog slechts uit twee vragen. Doordat deze dimensie uit slechts twee vragen bestond, kan de validiteit van dit construct afnemen. Wanneer deze dimensie, net zoals de overige dimensies, uit meer items bestond, zouden er wellicht meer conclusies getrokken worden over betrouwbaarheid in relatie tot patiënttevredenheid.

Tevens blijkt dat de vraagstelling in het onderzoek niet altijd duidelijk is. Er zijn een aantal vragen te noemen waarbij onduidelijk blijft hoe de patiënt over die zaken denkt. Zoals bijvoorbeeld de vraag in hoeverre patiënten terecht konden bij medewerkers met hun vragen en problemen. Een relatief groot deel beantwoordde deze vraag neutraal. Het blijft nu onduidelijk of de patiënten niet helemaal tevreden zijn over de mate waarop zij terecht konden met hun vragen en problemen of juist dat de patiënten geen vragen en problemen hadden en deze vraag dus niet konden beoordelen.

Een laatste kanttekening die gemaakt dient te worden, is het feit dat de vragenlijsten die teruggestuurd werden, voornamelijk positieve reacties bevatten. Hopelijk is dit te verklaren door het feit dat er eenvoudigweg veel tevreden patiënten zijn op de afdeling, maar een mogelijke andere verklaring is dat patiënten met een negatieve ervaring, niet de moeite nemen om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen. Zij hebben wellicht zo'n negatieve ervaring dat ze niks meer met de afdeling te maken willen hebben en dus ook geen vragenlijst in wensen te vullen. Er kan dus rekening worden gehouden met het feit dat vooral positief gestemde patiënten de vragenlijst ingevuld hebben. Om te proberen deze verklaring uit te sluiten, is het belangrijk dat er in de toekomst nog meer de nadruk wordt gelegd op het belang van het onderzoek, zelfs of juist wanneer patiënten een negatieve ervaring gehad hebben.

6.3 Aanbevelingen

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de patiënten van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zeer tevreden waren over de aan hen aangeboden zorg. Het belangrijkste advies wat gegeven kan worden is dat de afdeling van het Medisch Spectrum Twente het beste door kan gaan op de manier zoals zij nu doen. Om scherp te blijven en te zorgen dat de zorg optimaal blijft, zullen er enkele aanbevelingen gedaan worden. Op deze manier kan de zorg in de toekomst wellicht met een nog hoger cijfer beoordeeld worden.

Aanpassen voorzorg en nazorg

Uit de onderzoeksresultaten kwam naar voren dat patiënten minder tevreden waren over de verkregen informatie voorafgaand aan de behandeling. De patiënten wisten niet altijd goed wat ze konden verwachten, vooral met betrekking tot de inhoud van de behandeling. Tevens was er niet altijd ruimte en tijd voor eventuele nazorg. Met nazorg wordt in dit geval bedoeld de mogelijkheid om even bij te komen van de behandeling en eventuele 'vergeten' vragen alsnog te stellen. Om aan deze behoeften van de patiënt tegemoet te komen, is het belangrijk dat er opnieuw gekeken wordt naar zowel de voor- als nazorg en dat deze eventueel aangepast wordt. Met betrekking tot de 'voorzorg' is het belangrijk dat de patiënt weet wat hem of haar te wachten staat. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door te zorgen voor schriftelijke informatie vooraf. Wanneer patiënten een afspraak maken voor de behandeling, dienen zij schriftelijke informatie toegestuurd te krijgen. Eventueel kan dit in samenwerking met de tandarts gebeuren. Zo kunnen patiënten voordat zij naar het ziekenhuis komen doorlezen wat ze kunnen verwachten. Met betrekking tot de nazorg is het belangrijk dat vervolgmaatregelen goed worden besproken door de kaakchirurg of verpleegkundigen. De patiënt moet weten waar hij of zij aan toe is en wat hem of haar nog te wachten staat. Verder is het van belang dat patiënten de kans krijgen om bij te komen in de wachtkamer, eventueel kan hier een aparte ruimte voor ingericht worden. Er moet dan ook iemand aanwezig zijn in die ruimte, een verpleegkundige bijvoorbeeld, waar de patiënten hun vragen aan kunnen stellen en die eventuele vervolgmaatregelen met de patiënt kan bespreken.

Meer persoonlijke aandacht en tijd voor de patiënt creëren

Een aantal patiënten gaven bij de opmerkingen aan dat ze te weinig persoonlijke aandacht en tijd ontvingen. Ze voelden zich soms meer een nummer dan een patiënt. Sommige patiënten hadden het gevoel dat alles snel werd afgehandeld, vanaf binnenkomst tot het moment dat de patiënt de behandelkamer verlaat. Het is dus zaak om te zorgen dat er meer persoonlijke aandacht en tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt. Niet alleen in de voor- en nazorg maar ook tijdens de behandeling zelf. Een mogelijkheid om dat te creëren zou zijn dat kaakchirurgen proberen meer tijd en aandacht aan de patiënt te besteden. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek namelijk ook dat de patiënten iets minder positief waren over de communicatievaardigheden van de kaakchirurg. Wanneer de kaakchirurg zorgt dat hij aandacht aan de patiënt besteedt en luistert naar de patiënt, kortom zijn communicatievaardigheden verbetert, zal de patiënt zich beter op zijn of haar gemak voelen. Het is dan ook van belang om goed te vragen of de patiënt alles begrepen heeft en hem of haar te motiveren vragen te stellen. Aangezien communicatievaardigheden een belangrijke voorspeller is van patiënttevredenheid, is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden. Een andere mogelijkheid zou zijn om de informatievoorziening en bejegening vooral aan de verpleegkundigen over te laten. Patiënten waren over de verpleegkundigen iets positiever, vooral over de zaken met betrekking tot bejegening. Het is van belang, niet alleen voor de medewerkers zelf, maar ook vooral voor de patiënt, dat kaakchirurg en verpleegkundigen hun taken goed op elkaar afstemmen. Het is belangrijk te weten

wie wat doet. Uit de opmerkingen van patiënten en ook uit de interviews blijkt dat veel van die zaken nu nog door elkaar lopen, de ene keer doet de kaakchirurg de uitleg, de andere keer de verpleegkundige. Aangezien patiënten meer tevreden zijn over de bejegening van de verpleegkundigen is het een mogelijkheid om de bejegening aan hen over te laten. Zo hebben patiënten het idee dat er echt naar ze geluisterd wordt. Sommige patiënten hadden namelijk het gevoel dat alles erg snel werd afgehandeld. Wanneer de bejegening en informatievoorziening aan de verpleegkundigen over wordt gelaten, kan de kaakchirurg zijn aandacht vooral op de behandeling zelf richten. De verpleegkundigen kunnen de patiënt ontvangen en alles klaarmaken voor behandeling. Wanneer de patiënt nog vragen heeft naar aanleiding van de schriftelijke informatie die zij vooraf ontvangen hebben, kan de verpleegkundige deze beantwoorden. De kaakchirurg komt vervolgens binnen om de behandeling te doen en ook de 'afhandeling' is weer voor rekening van de verpleegkundigen. Zij kunnen de patiënt nog even op zijn of haar gemak stellen zodat deze bij kan komen van de behandeling. Op deze manier wordt er een aanspreekpunt voor de patiënt gecreëerd. De patiënt weet zo tot wie hij of zij zich moet richten met eventuele vragen en problemen. De verpleegkundigen zullen vooral de rol van 'aanspreekpunt' vervullen, maar bij binnenkomst krijgt de patiënt eerst te maken met de medisch secretaresses. Het is belangrijk dat de secretaresses tijd voor de patiënt nemen en eventuele vragen beantwoorden. Wanneer vervolgens een verpleegkundige de patiënt de kamer in zal roepen en de taak van de medisch secretaresses overneemt, zal de patiënt vanzelf eventuele vragen of problemen bij de verpleegkundigen neerleggen.

Inspelen op angst van patiënt door middel van informatievoorziening, bejegening en omgeving

Uit verschillende onderzoeken (Eli, Schwartz-Arad & Bartal, 2008; Spalding, 2003; Tomkins, 1980) komt naar voren dat patiënten bij operaties en tandheelkundige behandelingen angst ervaren. Ook in het huidige onderzoek is dit bij ruim driekwart van de patiënten het geval. Tevens is gebleken dat die angst bij de patiënt direct invloed heeft op hun tevredenheid over de aangeboden zorg. Vandaar dat het belangrijk is om deze angst zoveel mogelijk weg te nemen. Het is erg moeilijk om alle angst bij elke patiënt weg te nemen, maar er zijn zeker dingen die gedaan kunnen worden om deze angst te doen verminderen. Zo kan er met behulp van informatievoorziening een deel van de angst weggenomen worden. Wanneer patiënten vooraf schriftelijke informatie krijgen, zoals in de eerste aanbeveling wordt besproken, weten zij waar ze aan toe zijn en wat zij ongeveer kunnen verwachten. Onderzoek van McGuire, Millar & Lindsay (2007) heeft aangetoond dat informatie over de 'ervaring' die patiënten te wachten staat, kan bijdragen aan het verminderen van angst. In deze studie hebben zij gebruik gemaakt van een zogenaamde ervaringsvideo om de patiënt voor te bereiden op de behandeling en de zaken waar de patiënt rekening mee diende te houden na afloop van de behandeling. Eveneens kwamen er patiënten aan bod in de video die al eerder een dergelijke behandeling hadden ondergaan. Op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie kan het van belang zijn om ook zo'n video voor patiënten te maken. Wanneer patiënten bij het maken van een afspraak aangeven dat zij erg angstig zijn voor de behandeling, kunnen zij die video in het informatiecentrum van het ziekenhuis lenen of bekijken. Het is belangrijk dat van elke soort

behandeling die op de afdeling kan worden ondergaan een video beschikbaar is. Of verschillende dvd's met hoofdstukken, zodat de patiënt zelf kan kiezen welke behandeling hij of zij moet ondergaan. Ook tijdens de behandeling is het belangrijk dat de patiënt informatie krijgt, sommige patiënten hebben er baat bij wanneer de kaakchirurg precies vertelt wat hij gaat doen. Met een juiste bejegening van verpleegkundigen tijdens de behandeling kan de patiënt op zijn of haar gemak gesteld worden. Patiënten hebben een sterke behoefte aan controle tijdens de tandheelkundige behandeling die zij ondergaan (Daily, Humphris & Lennon, 2002). Uit dit onderzoek blijkt dat het gevoel van controle de ervaren angst doet afnemen. Het is daarom belangrijk dat patiënten tijdens hun behandeling ook die behoefte aan controle voelen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door met de kaakchirurg een teken af te spreken wanneer het niet meer gaat, zoals het opsteken van de hand, waarop de kaakchirurg de behandeling kan onderbreken. Zo heeft de patiënt het gevoel dat hij of zij de behandeling in eigen hand houdt (Daily, Humphris, Lennon, 2002). Naast duidelijke informatievoorziening en een juiste bejegening kan ook de fysieke omgeving een rol spelen in het verminderen van angst. Bolton & Brittain (1994) stellen dat ziekenhuizen vaak nare en onpersoonlijke ruimtes zijn; het zijn plekken waar patiënten zich niet prettig voelen. Dit komt hun angst niet ten goede. De creatie van een meer uitnodigende en 'huiselijke' ruimte kan angst enigszins doen afnemen. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden in de wachtruimte en behandelkamers; relatief veel patiënten beoordeelden de wachtruimte en behandelkamers in het huidige onderzoek neutraal of negatief. Een fijne wachtruimte creëren kan bijvoorbeeld door het gebruik van rustgevend kleren, achtergrondmuziek en goede lectuur in de wachtkamer. Op deze manier heeft de patiënt wat afleiding en bovendien lijkt het wachten minder lang te duren (Baker & Cameron, 1996). Tevens is het voor patiënten belangrijk dat zij zo makkelijk en snel mogelijk hun weg vinden in het ziekenhuis naar een bepaalde afdeling. Dit kan helpen om angst te verminderen, omdat patiënten vaak extra gestresst kunnen raken wanneer zij de weg niet kunnen vinden en 'verdwalen' binnen een ziekenhuis, nog voor zij op de juiste afdeling zijn. Dit kan verholpen worden door herkenningpunten en goede bewegwijzering naar de afdeling (Parr, 1993).

6.4 Vervolgonderzoek

In vervolgonderzoek zou het interessant zijn om bij het beoordelen van kwaliteit van zorg niet alleen de gebruikelijke determinanten mee te nemen, zoals informatievoorziening en bejegening, maar ook aandacht te besteden aan de angst die patiënten ervaren. Dit is niet alleen interessant in een tandheelkundige setting, waar dit onderzoek zich op gericht heeft, maar ook op andere afdelingen in een ziekenhuis kan dit meegenomen worden. Patiënten zullen altijd angst ervaren wanneer zij in een ziekenhuissetting terecht komen, waarschijnlijk nog meer wanneer zij meer ingrijpende behandelingen moeten ondergaan.

Tevens is het interessant om de rol van de fysieke omgeving meer uit te breiden. Deze fysieke omgeving kan zowel de patiënttevredenheid als de mate van angst beïnvloeden. In het huidige

onderzoek is de tevredenheid over de fysieke omgeving wel enigszins gemeten met de dimensie 'tastbaarheden' van het ServPerf model. Het is echter interessant om uitgebreider op de tastbaarheden en de fysieke omgeving in te gaan, om zo te kunnen bekijken hoe patiënten deze beoordelen en welke invloed de omgeving heeft op patiënttevredenheid.

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat het belangrijk is de patiënt op zijn of haar gemak te stellen en voldoende informatie te geven over de behandeling die ondergaan moet worden. In vervolgonderzoek kan gekeken worden naar de behoeftes van de patiënt als het op informatievoorziening aankomt. Het is namelijk wel van belang om de patiënt voldoende informatie te geven, maar wat is voldoende? En hoe kan er gezorgd worden dat de informatie niet te veel wordt? Hetzelfde geldt voor de bejegening en dan met name het geruststellen van de patiënt. Patiënten vinden het fijn als er aandacht en tijd aan ze besteed wordt en als ze op hun gemak gesteld worden, maar hoe zorg je ervoor dat dit niet te veel wordt? De patiënt moet namelijk niet het gevoel hebben dat hij of zij te veel betutteld wordt door artsen en verpleegkundigen. Het is belangrijk dat de juiste balans gevonden wordt.

Verder is het aan te raden om in vervolgonderzoek expliciet te vragen naar zaken die de patiënt gemist heeft in de aangeboden zorg. In het huidige onderzoek was er wel de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen, maar hier maakten niet alle patiënten gebruik van. Wanneer er expliciet gevraagd wordt op welk gebied de patiënt iets gemist heeft, zal hij of zij beter nadenken over mogelijke verbeterpunten op de afdeling.

Literatuurlijst

Algra, L., Gevaerts, P.O.H. & Verhoeven, M. (1996). *Cursusboek leden klachtencommissies*. Utrecht: SOKG.

Andaleeb, S.S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52, 1359-1370.

Babakus, E. & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.

Baker, J. & Cameron, M. (1996). The effects of the service environment on affect and consumer perception of waiting time: an integrative review and research propositions. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(4), 338-349.

Berry, L.L., Carbone, L.P. & Haeckel, S.H. (2002). Managing the total customer experience. *Sloan Management Review*, 43(3), 1-6.

Berry, L.L., Parasuraman, A. & Zeithaml, V.A. (1988). The service-quality puzzle. *Business Horizons*, 31(5), 35-43.

Bitner, M.J. & Hubert, A.R. (1994). *Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: the customer's voice. Service quality; new directions in theory and practice*. Thousand Oaks: Sage.

Black, C. & Craft, A. (2004). The competent doctor: a paper for discussion. *Clinical Medicine*, 4(6), 527-533.

Blindner, D., Rotenberg, L., Peleg, M. & Taicher, S. (2000). Patient compliance to instructions after oral surgical procedures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 30, 216-219.

Bolton, V. & Brittain, M. (1994). Patient information provision: its effect on patient anxiety and the role of health information services and libraries. *Health Libraries Review*, 11, 117-132.

Boore, J.P.R. (1978). *Prescription for Recovery: the effect of pre-operative preparation of surgical patients on post-operative stress, recovery and infection*. London: Royal College of Nursing.

Borne, H.W. van den (1998). The patient from receiver of information to informed-decision maker. *Patient Education and Counseling*, 34, 89-102.

Brady, M.K., Cronin, J.J. & Brand, R.R. (2002). Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of Business Research*, 55, 17-31.

Brouwer, W. & Delnoij, D.M.J. (2004). *Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid*. Utrecht: Nivel.

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.

Caljouw, M., van Beuzekom, M. & Boer, F. (2006). *Benchmarking OK-Leren van elkaar: Patiënttevredenheidsonderzoek OK-centrum Leids Universitair Medisch Centrum*. Baarn: Springer Uitgeverij.

Corah, N.L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48, 596.

Corah, N.L., O'Shea, R.M. & Bissel, G.D. (1985). The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *Journal of the American Dental Association*, 111(3), 443-446.

Cronin Jr. J.J. & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perception-minus- expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.

Dailey, Y.M., Humphris, G.M. & Lennon, M.A. (2002). Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *Journal of Dental Research*, 81(5), 319-322.

Darby, M.R. & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law and Economics*, 16, 67-86.

Edgerton, J. (2007). Focus groups can help drive patient satisfaction. *Healthcare Strategic Management*, 25(10), 1-3.

Eijkman, M.A.J. & Kieft, J.A. (2001). Tevreden patiënten? *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, 108, 454-457.

Eli, I., Schwartz-Arad, D. & Bartal, Y. (2008). Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. *Journal of Dental Research*, 87(1), 65-68.

- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 1-33.
- Fox, J.G. & Storms, D.M. (1981). A different approach to socio-demographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science and Medicine*, 15A, 557-564.
- Fung, D. & Cohen, M.M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia*, 87, 1089-1098.
- Fung, D. & Cohen, M. (2000). What do outpatients value most in their anaesthesia care? *Canadian Journal of Anesthesia*, 48(1), 12-19.
- Gardner, M.P. (1985). Mood states and consumer behaviour: a critical review. *Journal of Consumer Research*, 12, 281-300.
- Gardner, T.F., Nnadozie, M.U., Davis, B.A. & Kirk, S. (2005). Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery centers. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 238-243.
- Grogan, S., Conner, M., Norman, P., Willits, D. & Porter, I. (2000). Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care*, 9, 210-215.
- Grogan, S., Conner, M & Willits, D. (1995). Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *British Journal of General Practitioners*, 45, 525-529.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 30(7), 811-818.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Heft, M.W., Meng, X., Bradley, M.M. & Lang, P.J. (2007). Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(6), 421-428.
- Hooff, van D. & Bocharde, I. (2007). Meer dan een vragenlijstje. Ziekenhuis betreft patiëntenervaringen bij verbetering zorgverlening. *Medisch contact*, 62(37), 1508-1511.

- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 335-339.
- Kadner, K. (1994). Therapeutic intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 215-219.
- Kempson, E. (1987). *Informing health consumers: a review of consumer health information needs and services*. London: College of Health, British Library.
- Leon, A. & Assael, D.M.D. (2005). Can you hear me now? Listening to our patients and ourselves. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63, 425-426.
- Makoul, G., Krupat, E. & Chang, C.H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 333-342.
- McAlexander, J.H., Kaldenberg, D.O. & Koenig, H.F. (1994). Service quality measurement: Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction and purchase intentions in a health care setting. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34-40.
- McGuire, L., Millar, K. & Lindsay, S. (2007). A treatment trial of an information package to help patients accept new dentures. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1941-1948.
- Mowen, J.C., Licata, J.W. & McPhail, J. (1993). Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 13(2), 26.
- Nelson, P. (1970). Information and consumer behavior. *Journal of Political Economy*, 78(20), 311-329.
- Oliver, R.L. (1993). *A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts*. *Advances in Services Marketing and Management: Research and practice*. Greenwich: JAI Press.
- Ovretveit, J. (2002). Producing useful research about quality improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 15(6-7), 294-302.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Parr, C.W. (1993). Quality, the patient's charter, and primary care. *Quality in Health Care*, 2(3), 151.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.

Plassche, van de E.E., Jaspers, J.P.C., ter Pelkwijk, B.J., van Linden van den Heuvel, G.F.E.C. & van Oort, R.P. (2003). Angst voor tandheelkundige behandelingen. Een overzicht van bruikbare meetinstrumenten. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, 110, 395-398.

Press, I., Ganey, R.F. & Malone, M.P. (1991). Satisfied patients can spell financial well-being. *Healthcare Financial Management*, 45, 34-36.

Roberts, C.A. & Aruguette, M.S. (2000). Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters. *Social Science & Medicine*, 50, 309-315.

Rodwin, M. (1993). *Medicine, Money and Morals*. New York: Oxford University Press.

Roter, D.L. & Stewart, M. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 350-357.

Ruyter, de K., Bloemer, J. & Peeters, P. (1997). Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *Journal of Economic Psychology*, 18(4), 387-406.

Spalding, N.J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.

Stimson, G., Webb, B. & Budd, S. (1976). Going to see the doctor: the consultation process in general practise. *British Journal of Sociology*, 27(1), 104-105.

Stouthard, M.E.A. & Hoogstraten, J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 139-142.

Tax, S.S. & Morgan, F.N. (2004). *Toward a theory of service delivery networks*. Phoenix: AZ.

Tomkins, S.S. (1980). *Affect as amplification: some modifications in theory*. New York: Academic press.

Verhage, B. (2004). *Grondslagen van de marketing*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Vroom, M. (2004). Op weg naar meer vraaggerichtheid. Patiëntenoordeel over kwaliteit ziekenhuiszorg. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 4, 42-44.

Wisniewski, M. & Donnelly, M. (1996). Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL. *Total Quality Management*, 7(4), 357-365.

Winkel, G.H. & Holahan, C.J. (1986). The environmental psychology of the hospital: is the cure worse than the illness? *Prevention in Human Services*, 4, 11-33.

Wriglesworth, J.M. & Williams, J.T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 123-132.

Wyshak, G. & Barsky, A. (1995). Satisfaction with the effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression, *General Hospital Psychiatry*, 17, 108-114.

Zeithaml, V.A., Bitner, M. & Gremler, D.D. (2006). *Services Marketing. Integrating customer focus across the firm*. New York: McGraw-Hill Companies.

Bijlagen

Bijlage I	Interviewschema
Bijlage II	Vragenlijst
Bijlage III	Aanbiedingsbrief
Bijlage IV	Gemiddelde scores, standaarddeviatie en mediaan items vragenlijst

Bijlage I: Interviewschema

Interviewer

Sylvia Louwarts

Geïnterviewden

Mondhygiëniste

Kaakchirurg

Twee verpleegkundigen

Twee medisch secretaresses

Opening

Welkom heten, voorstellen.

Duur van het interview:

30-45 minuten

Gebruik opnamerecorder! Vantevoren melden en toestemming vragen!

Onderzoek:

Onderzoek patiënttevredenheid afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Eén en ander veranderen, van 1-stoelsysteem naar 2-stoelensysteem. Met 2-stoelensysteem meer patiënten in kortere tijd behandelen en meer persoonlijke aandacht. Ziekenhuis wil een vergelijking van de huidige situatie met de nieuwe situatie. Hoe is het gesteld met de patiënttevredenheid? Een nulmeting, zodat er over een tijdje weer een meting gedaan kan worden en een vergelijking kan worden gemaakt. Naast de ideeën die de afdeling zelf al heeft, kijken of er nog meer aanbevelingen gedaan kunnen worden voor het 2-stoelensysteem. Belang in mijn onderzoek gaat uit naar de patiënten, maar een professionele kijk op de zaken is welkom, vandaar interview met artsen, verpleegkundigen en medisch secretaresses.

Doel interview:

- Inzicht krijgen in de beleving die artsen, verpleegkundigen en medisch secretaresses hebben van patiënttevredenheid in de huidige en nieuwe situatie.
- Een vergelijking maken tussen de huidige situatie en de verwachte nieuwe situatie, vanuit het oogpunt van artsen, verpleegkundigen en medisch secretaresses.
- Achterhalen waar mogelijke knelpunten zich bevinden in de aangeboden zorg, met betrekking tot patiënten.
- Achterhalen hoe deze mogelijke knelpunten opgelost zouden kunnen worden, volgens artsen, verpleegkundigen en medisch secretaresses.

Interviewvragen

Algemene vragen

Wat verstaat u onder patiënttevredenheid? (of: Wanneer zijn patiënten tevreden, volgens u?)

Denkt u dat angst en patiënttevredenheid aan elkaar gerelateerd zijn?

Hebt u vaak te maken met bange patiënten?

Hoe gaat u hiermee om?

Zijn er tips om die angst weg te nemen?

Vragen over de huidige situatie (1-stoelsysteem)

Kunt u voor mij de huidige situatie beschrijven? Kort en bondig a.u.b.

Indien niet genoemd: Hoe is het gesteld met de voorlichting op de afdeling?

Krijgen patiënten schriftelijke informatie mee? (vooral bij uitgebreidere behandelingen)

Worden er samen beslissingen genomen bij ingrijpende behandelingen?

Hoe staan uw patiënten momenteel tegenover de aangeboden zorg?

Hoe denkt u dat de patiënttevredenheid in de huidige situatie is?

Merkt u als (...*kaakchirurg/verpleegkundige/mondhygiëniste/medisch secretaresse*..) wat patiënten belangrijk vinden met betrekking tot de aangeboden zorg? (doorvragen)

Wat zijn mogelijke knelpunten in de huidige situatie?

Waar kan het volgens u beter?

(Hoe zouden deze knelpunten opgelost kunnen worden?)

Hoe zou de patiënttevredenheid verbeterd kunnen worden?

Vragen over de nieuwe situatie (2-stoelensysteem)

Kunt u voor mij de nieuwe situatie beschrijven?

Hoe denkt u dat de patiënttevredenheid in de nieuwe situatie zal zijn?

Denkt u dat het 2-stoelensysteem gaat bijdragen aan meer tevreden patiënten?

Hoe denkt u dat het 2-stoelensysteem gaat bijdragen aan meer tevreden patiënten?

Wat zijn uw aanbevelingen voor de nieuwe situatie?

Functiespecifieke vragen

Verpleegkundigen:

Wanneer het 2-stoelensysteem ingevoerd wordt, zal uw functie uitgebreid worden. U zult nog meer verantwoordelijk zijn voor de ontvangst en vooral voorlichting van de patiënten.

Hoe staat u hier tegenover? Wat vindt u hiervan?

Medisch secretaresses:

Toegankelijkheid en het maken van afspraken is een belangrijk onderdeel van patiënttevredenheid.

Hoe verloopt volgens u het maken van afspraken?

Heeft u nog ideeën over hoe dit eventueel verbeterd zou kunnen worden?

Ook op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is men van plan het inplannen van afspraken voortaan door de patiënt zelf, via internet te laten plaatsvinden. Hoe staat u hier tegenover?

Afsluitende vraag

Binnenkort ga ik vragenlijsten bij patiënten afnemen om te achterhalen hoe zij de patiënttevredenheid op de afdeling zien.

Zijn er volgens u nog belangrijke onderdelen die echt niet op deze vragenlijst mogen ontbreken? (onderdelen van patiënttevredenheid)

Afsluiting

Korte samenvatting/conclusie.

Vragen of de geïnterviewde nog wat toe te voegen heeft.

Kopie van scriptie mailen indien gewenst.

Hartelijk bedanken

Bijlage II Schriftelijke vragenlijst

Medisch Spectrum Δ Twente

Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie



Instructie

U kunt antwoorden door steeds het hokje van uw keuze in te kleuren. Als u een correctie wilt uitvoeren, dan kunt u een kruis door het verkeerd ingevulde hokje zetten.

Belangrijk! Wanneer er in de vragenlijst gesproken wordt over de medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie dan gaat het over de medisch secretaresses, de verpleegkundigen en de kaakchirurgen die aan de afdeling verbonden zijn.

Geef uw mening over de volgende stellingen.

	Oneens	Beetje Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
1 De wachttijd aan de telefoon, bij het maken van een afspraak, was acceptabel <i>(indien niet van toepassing, ga verder met vraag 2)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
2 De wachttijd in de wachtkamer, voor u aan de beurt was, was acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐
3 De wachtruimte van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie ervaar ik als prettig	☐	☐	☐	☐	☐
4 De behandeling vond plaats op het tijdstip zoals afgesproken	☐	☐	☐	☐	☐
5 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie gaven mij uitleg over wat ik kon verwachten	☐	☐	☐	☐	☐
6 De Kaakchirurg en verpleegkundigen hebben mij duidelijk geïnformeerd over de inhoud van de behandeling	☐	☐	☐	☐	☐
7 De Kaakchirurg en verpleegkundigen namen voldoende tijd om naar mij te luisteren	☐	☐	☐	☐	☐
8 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie deden moeite om mijn problemen op te lossen	☐	☐	☐	☐	☐
9 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie waren altijd bereid mij te helpen	☐	☐	☐	☐	☐
10 De informatie die ik kreeg over de behandeling was helder en duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐
11 De verpleegkundigen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie stelden mij gerust	☐	☐	☐	☐	☐
12 De kaakchirurg stelde mij gerust	☐	☐	☐	☐	☐
13 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie namen mij serieus	☐	☐	☐	☐	☐

	Oneens	Beetje Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
14 De kaakchirurgen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie hebben alle kennis in huis om mij goed te kunnen helpen	☐	☐	☐	☐	☐
15 De verpleegkundigen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie hebben alle kennis in huis om mij goed te kunnen helpen	☐	☐	☐	☐	☐
16 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie waren vertrouwenwekkend	☐	☐	☐	☐	☐
17 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie waren beleefd tegen mij	☐	☐	☐	☐	☐
18 De kaakchirurg heeft mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven	☐	☐	☐	☐	☐
19 De verpleegkundigen hebben mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven	☐	☐	☐	☐	☐
20 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie toonde zich betrokken met mij	☐	☐	☐	☐	☐
21 Ik kon bij de verpleegkundigen en artsen terecht met mijn vragen en problemen	☐	☐	☐	☐	☐
22 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie besteedden voldoende tijd aan mij	☐	☐	☐	☐	☐
23 De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie luisterden goed naar mij	☐	☐	☐	☐	☐
24 De zorg die ik van de medewerkers van de afdeling ontvangen heb voldeed aan mijn verwachtingen	☐	☐	☐	☐	☐
25 De afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie heeft mij voldoende nazorg geboden (bijvoorbeeld pijnbestrijding)	☐	☐	☐	☐	☐
26 De behandelkamers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie ervaar ik als prettig	☐	☐	☐	☐	☐
27 Er was voldoende privacy in de behandelkamers	☐	☐	☐	☐	☐
28 De schriftelijke informatie die ik na afloop van de behandeling mee kreeg zag er goed uit (indien niet van toepassing, ga verder met vraag 30)	☐	☐	☐	☐	☐
29 De schriftelijke informatie die ik na afloop van de behandeling mee kreeg was helder en duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐

Communicatie met patiënten is een erg belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. We zouden graag willen weten hoe u denkt over de manier waarop de kaakchirurg met u communiceerde. Daar gaan onderstaande vragen over.

U kunt antwoorden door het hokje van uw keuze in te kleuren.

	Oneens	Beetje Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De kaakchirurg					
30 begroette me op een prettige manier	☐	☐	☐	☐	☐
31 behandelde me met respect	☐	☐	☐	☐	☐
32 begreep mijn belangrijkste zorgen	☐	☐	☐	☐	☐
33 luisterde goed naar me	☐	☐	☐	☐	☐
34 liet me praten zonder me te onderbreken	☐	☐	☐	☐	☐
35 gaf me zoveel informatie als ik wilde	☐	☐	☐	☐	☐
36 praatte in termen die ik begreep	☐	☐	☐	☐	☐
37 controleerde of ik alles goed begrepen had	☐	☐	☐	☐	☐
38 motiveerde me om vragen te stellen	☐	☐	☐	☐	☐
39 besprak vervolgmaatregelen (bijvoorbeeld de nazorg, medicijngebruik, eventuele vervolgspraak)	☐	☐	☐	☐	☐
40 bekommerde zich om mij	☐	☐	☐	☐	☐
41 besteedde voldoende tijd aan me	☐	☐	☐	☐	☐

Zoals eerder aangegeven is communicatie een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. Maar niet alleen de kaakchirurg draagt hier aan bij, ook de verpleegkundigen. De onderstaande vragen gaan dan ook allemaal over de wijze waarop de verpleegkundigen met u communiceerden.

U kunt antwoorden door het hokje van uw keuze in te kleuren.

	Oneens	Beetje Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De verpleegkundigen					
42 begroette me op een prettige manier	☐	☐	☐	☐	☐
43 behandelde me met respect	☐	☐	☐	☐	☐
44 begrepen mijn belangrijkste zorgen	☐	☐	☐	☐	☐
45 luisterde goed naar me	☐	☐	☐	☐	☐
46 lieten me praten zonder me te onderbreken	☐	☐	☐	☐	☐
47 gaven me zoveel informatie als ik wilde	☐	☐	☐	☐	☐
48 praatten in termen die ik begreep	☐	☐	☐	☐	☐
49 controleerden of ik alles goed begrepen had	☐	☐	☐	☐	☐
50 motiveerden me om vragen te stellen	☐	☐	☐	☐	☐

	Oneens	Beetje Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
51 besprak vervolmaatregelen (bijvoorbeeld de nazorg, medicijngebruik, eventuele vervolgafpraak)	☐	☐	☐	☐	☐
52 bekommerden zich om mij	☐	☐	☐	☐	☐
53 besteedden voldoende tijd aan mij	☐	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen hebben betrekking op de wijze waarop u tandheelkundige behandelingen ervaart, zowel voor als tijdens die behandeling. Probeer u zich zo goed mogelijk voor te stellen hoe u zich voelde voor u bij de kaakchirurg aan de beurt was en hoe u de behandeling heeft ervaren.

Iedere vraag heeft 5 antwoordmogelijkheden. U kunt antwoorden door een cirkeltje te zetten om de letter voor het antwoord van uw keuze.

54 Hoe voelde u zich de dag voordat u naar de kaakchirurg moest?

- a ik keek er naar uit als een tamelijk prettige ervaring
- b het kon me niet zoveel schelen
- c ik voelde me niet helemaal op mijn gemak
- d ik was bang dat het niet prettig en erg pijnlijk zou zijn
- e ik was verschrikkelijk bang wat de kaakchirurg zou gaan doen

55 Toen u in de wachtkamer van de kaakchirurg op uw beurt wachtte, hoe voelde u zich toen?

- a ontspannen
- b niet helemaal op mijn gemak
- c gespannen
- d angstig
- e zo angstig, dat het zweet me soms uitbrak en ik me beroerd voelde

56 Toen u in de behandelstoel zat te wachten terwijl de kaakchirurg en verpleegkundigen alles voorbereidden, hoe voelde u zich toen?

- a ontspannen
- b niet helemaal op mijn gemak
- c gespannen
- d angstig
- e zo angstig, dat het zweet me soms uitbrak en ik me beroerd voelde

Achtergrondgegevens

Tot slot zouden wij het op prijs stellen als u nog een paar vragen over uzelf wilt beantwoorden.

57 Geslacht? ☐ man ☐ vrouw leeftijd _____

58 Uw hoogst afgeronde (school)opleiding? (één vakje aankruisen)

- ☐ lager onderwijs
- ☐ middelbaar voortgezet onderwijs
- ☐ middelbaar beroepsonderwijs
- ☐ hoger beroepsonderwijs
- ☐ universitair onderwijs

- 59 Wat is het type behandeling dat u hebt ondergaan? (bijvoorbeeld; verstandskies laten trekken, wortelpuntbehandeling)

- 60 Wanneer ik nog een keer een tandheelkundige behandeling zou moeten ondergaan, zou ik dat weer op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van Medisch Spectrum Twente laten doen

- ☐ oneens
☐ beetje oneens
☐ neutraal
☐ eens
☐ helemaal eens

Tot slot kunt u door middel van een cijfer tussen 1 en 10 aangeven hoe tevreden u bent over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

- 61 Ik geef de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie een

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 1 | ☐ 6 |
| ☐ 2 | ☐ 7 |
| ☐ 3 | ☐ 8 |
| ☐ 4 | ☐ 9 |
| ☐ 5 | ☐ 10 |

Heeft u nog algemene opmerkingen over de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie of over deze vragenlijst, dan kunt u ze hieronder plaatsen.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage III: Aanbiedingsbrief

Enschede, Januari 2009

Geachte heer, mevrouw,

De afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is momenteel bezig met een onderzoek naar de patiënttevredenheid op deze afdeling.

In het kader van dit onderzoek is Sylvia Louwarts aangesteld. Zij is studente Communicatiewetenschappen aan de Universiteit Twente en voor haar afstudeeronderzoek heeft zij bijgevoegde vragenlijst opgesteld.

Het is de bedoeling om te achterhalen hoe het met de patiënttevredenheid op de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie gesteld is. Met bijgaande vragenlijst wordt u de mogelijkheid geboden uw mening te geven over de zorg op de afdeling Mondziekten & Kaakchirurgie. Het is belangrijk dat de zorg zo goed mogelijk toegespitst wordt op de wensen van u als patiënt en daarvoor hebben we uw hulp nodig. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 10 minuten. Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld!

U kunt de vragenlijst retourneren door middel van bijgevoegde gratis antwoordenvelop. Een postzegel is niet nodig. Er wordt uiteraard vertrouwelijk omgegaan met uw gegevens. De vragenlijst kunt u terugsturen tot 18 februari a.s.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Teamhoofd Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Bijlage IV: Mediaan, gemiddelde scores en standaarddeviaties items vragenlijst

Dimensies Servperf

Items ¹	Mediaan	M	SD
Construct Betrouwbaarheid	4.0	3.9	0.7
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie deden moeite om mijn problemen op te lossen	4.0	3.9	0.8
De zorg die ik van de medewerkers van de afdeling ontvangen heb voldeed aan mijn verwachtingen	4.0	3.9	0.8
Construct Responsiviteit	4.0	3.9	0.6
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie waren altijd bereid mij te helpen	4.0	3.9	0.8
De kaakchirurg en verpleegkundigen hebben mij duidelijk geïnformeerd over de inhoud van de behandeling	4.0	4.0	0.9
De afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie heeft mij voldoende nazorg geboden	4.0	3.9	0.8
De kaakchirurg en verpleegkundigen namen voldoende tijd om naar mij te luisteren	4.0	4.0	0.9
De wachttijd aan de telefoon, bij het maken van een afspraak, was acceptabel	4.0	4.1	0.8
De wachttijd in de wachtkamer, voor u aan de beurt was, was acceptabel	4.0	3.9	1.1
De informatie die ik kreeg over de behandeling was helder en duidelijk	4.0	4.0	0.9
Construct Zekerheid	4.0	4.0	0.6
De verpleegkundigen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie stelden mij gerust	4.0	4.0	0.8
De kaakchirurg stelde mij gerust	4.0	3.9	1.0
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie gaven mij uitleg over wat ik kon verwachten	4.0	3.8	1.0
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie namen mij serieus	4.0	4.2	0.8
De kaakchirurgen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie hebben alle kennis in huis om mij goed te kunnen helpen	4.0	3.9	0.8
De verpleegkundigen van de afdeling Mondziekten, Kaak- en	4.0	3.8	0.7

Aangezichtschirurgie hebben alle kennis in huis om mij goed te kunnen helpen			
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie waren vertrouwenswekkend	4.0	4.1	0.6
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie waren beleefd tegen mij	4.0	4.3	0.6
Construct Empathie	4.0	4.0	0.6
De kaakchirurg heeft mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven	4.0	4.0	0.9
De verpleegkundigen hebben mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven	4.0	4.2	0.6
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie toonden zich betrokken met mij	4.0	3.9	0.9
Ik kon bij de verpleegkundigen en artsen terecht met mijn vragen en problemen	4.0	3.9	0.8
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie besteedden voldoende tijd aan mij	4.0	4.0	0.7
De medewerkers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie luisterden goed naar mij	4.0	4.0	0.8
Construct Tastbaarheden	3.8	3.7	0.8
De behandelkamers van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie ervaar ik als prettig	4.0	3.8	0.9
De wachtruimte van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie ervaar ik als prettig	4.0	3.6	0.8
Er was voldoende privacy in de behandelkamers	4.0	4.0	0.7
De schriftelijke informatie die ik na afloop van de behandeling mee kreeg zag er goed uit	4.0	4.1	0.6
De schriftelijke informatie die ik na afloop van de behandeling mee kreeg was helder en duidelijk	4.0	4.1	0.6

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Communication Assessment Tool (CAT)

Waargenomen communicatievaardigheden kaakchirurg

Items ¹	Mediaan	M	SD
De kaakchirurg...			
Begroette me op een prettige manier	4.0	4.0	0.9
Behandelde me met respect	4.0	4.1	0.8
Begreep mijn belangrijkste zorgen	4.0	3.8	0.8
Luisterde goed naar me	4.0	3.8	0.9

Liet me praten zonder me te onderbreken	4.0	3.9	0.9
Gaf me zoveel informatie als ik wilde	4.0	3.9	0.9
Praatte in termen die ik begreep	4.0	4.1	0.8
Controleerde of ik alles goed begrepen had	4.0	3.5	1.1
Motiveerde me om vragen te stellen	3.0	3.2	1.1
Besprak vervolgmaatregelen (bijvoorbeeld de nazorg, medicijngebruik, eventuele vervolgspraak)	4.0	3.8	1.0
Bekommerde zich om mij	4.0	3.7	1.0
Besteedde voldoende tijd aan mij	4.0	3.8	1.0
<i>Construct communicatie kaakchirurg</i>	3.8	3.8	0.8

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Waargenomen communicatievaardigheden verpleegkundigen

Items ¹	Mediaan	M	SD
De verpleegkundigen....			
Begroetten me op een prettige manier	4.0	4.2	0.5
Behandelden me met respect	4.0	4.2	0.6
Begrepen mijn belangrijkste zorgen	4.0	3.9	0.7
Luisterden goed naar me	4.0	4.0	0.7
Lieten me praten zonder me te onderbreken	4.0	4.1	0.6
Gaven me zoveel informatie als ik wilde	4.0	3.9	0.7
Praatten in termen die ik begreep	4.0	4.2	0.6
Controleerden of ik alles goed begrepen had	4.0	3.8	0.8
Motiveerden me om vragen te stellen	3.0	3.5	0.9
Bespraken vervolgmaatregelen (bijvoorbeeld de nazorg, medicijngebruik, eventuele vervolgspraak)	4.0	3.7	0.9
Bekommerden zich om mij	4.0	4.0	0.7
Besteedden voldoende tijd aan mij	4.0	4.1	0.7
<i>Construct communicatie verpleegkundigen</i>	3.9	4.0	0.5

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Dental Anxiety Scale (DAS)

Mate van angst bij patiënten

Items ¹	Mediaan	M	SD
Toen u in de behandelstoel zat te wachten terwijl de kaakchirurg en verpleegkundigen alles voorbereidden, hoe voelde u zich toen?	2.0	2.2	1.0
Hoe voelde u zich de dag voordat u naar de kaakchirurg moest?	3.0	2.8	1.0
Toen u in de wachtkamer van de kaakchirurg op uw beurt wachtte, hoe voelde u zich toen?	2.0	2.2	1.0
<i>Construct mate van angst bij patiënten</i>	2.3	2.4	0.9

¹ Schalen: (1=ontspannen... 5=zo angstig, dat het zweet me soms uitbrak en ik me beroerd voelde).