

Zorg voor een tevreden patiënt

Een onderzoek naar de patiënttevredenheid in het Centrum voor mammacare van het
Medisch Spectrum Twente

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toepaste Communicatiewetenschap
Faculteit Gedragswetenschappen
Universiteit Twente, Enschede

Dianne Gosselt
November 2007

Commissie:

Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen, Universiteit Twente
Dr. E. Taal, Universiteit Twente
Dhr. G.J. Abbink, Medisch Spectrum Twente

In opdracht van:

Centrum voor mammacare, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Voorwoord

Eind februari 2007 moest het er dan toch van komen: ik moest een afstudeeropdracht zoeken en beginnen aan de laatste fase van mijn studie. Als je je dan toch een half jaar moet vastbijten in een opdracht, dan het liefst wel een echt interessante opdracht, waarin je als onderzoeker je ei kwijt kunt en waarbij je het gevoel hebt echt iets te kunnen betekenen. Deze opdracht werd mij door het Medisch Spectrum Twente aangeboden: het meten van de tevredenheid van patiënten over het Centrum voor mammacare. Ik was meteen enthousiast en stond te springen om te beginnen en een goed onderzoek neer te zetten.

Het was een leerzame periode, mede ook doordat ik binnen het MST werd betrokken bij de organisatie van een symposium over mammacare. Het neerzetten van een goed onderzoek is naar mijn mening aardig gelukt en ik kijk met een voldaan gevoel terug op de afgelopen periode. Ik hoop met dit onderzoek te kunnen bijdragen aan verdere optimalisatie van de zorg voor patiënten binnen het Centrum voor mammacare.

Ik heb het echter niet alleen gedaan, zonder de hulp van een aantal mensen was het resultaat niet geweest zoals het nu is. Als eerste mijn commissie, bestaande uit Lisette van Gemert-Pijnen en Erik Taal, die mij erg geholpen hebben en een aantal keer op het juiste pad hebben geholpen. Jullie commentaar viel me soms zwaar en ik was het niet altijd met jullie eens, maar uiteindelijk heeft het wel bijgedragen aan het onderzoek zoals het er nu ligt. Ten tweede Gerrit Abbink, mijn begeleider binnen het MST. Bij hem kon ik altijd terecht, met name ook voor hulp bij praktische zaken, zoals het dichtplakken van 521 enveloppen waarmee we heel wat uurtjes bezig zijn geweest, waarvoor hartelijk dank! Ook de medewerkers van het Centrum voor mammacare, die keer op keer geïnteresseerd waren in het verloop van het onderzoek en die mij echt het gevoel gaven met iets nuttigs bezig te zijn, waren met name in de beginfase echt een steun.

Tot slot wil ik mijn lieve ouders en vriendje bedanken, die keer op keer naar mijn gezeur en frustraties hebben moeten, maar ook willen, luisteren. Niet alleen tijdens mijn afstuderen, maar eigenlijk de afgelopen vijf jaar. Nu zit het erop, wat fijn! De volgende uitdaging kan beginnen!

Dianne Gosselt
November 2007

Management summary

Aanleiding

In opdracht van het Medisch Spectrum Twente (MST) is een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd in het Centrum voor mammacare. Het Centrum voor mammacare is in januari 2006 opgestart. Dit centrum, ook vaak 'mammapoli' genoemd, is gericht op snelle diagnostiek met betrekking tot een eventuele afwijking in de mamma. De doelstellingen van het Centrum voor mammacare zijn inmiddels gerealiseerd en worden breed gedragen. Er is sprake van grote kwaliteitsverbeteringen ten opzichte van de oude situatie en patiënten geven aan zeer tevreden te zijn over de geboden zorg. Het MST wilde dit echter graag onderbouwen met een patiënttevredenheidsonderzoek.

Aanbevolen wordt

- te benadrukken dat de mammacareverpleegkundige coördinator van zorg en aanspreekpunt is in het gehele zorgproces
- de onderlinge communicatie tussen zorgverleners te verbeteren, bijvoorbeeld door middel van een protocol voor onderlinge communicatie tussen zorgverleners
- blokken in de spreekuuragenda van de arts te reserveren voor het Centrum voor mammacare
- de sfeer in de behandel-/spreek-/ en wachtkamers enigszins te verbeteren, bijvoorbeeld door het gebruik van kleur
- de wachtruimte van het Centrum voor mammacare te verplaatsen, zodat deze niet meer gedeeld wordt met de afdeling Chirurgie
- een protocol voor nazorg te ontwikkelen
- Een e-coördinator te introduceren op de website van het Centrum voor mammacare

Motivatie

Door middel van een vragenlijst is onderzocht hoe patiënten van het Centrum voor mammacare de hen aangeboden zorg evalueren. De patiënten bleken ontzettend tevreden en gaven het Centrum voor mammacare gemiddeld een 8. Echter, bij nadere analyses kwamen een aantal punten naar voren die nog voor verbetering vatbaar zijn.

Patiënten blijken het niet fijn te vinden dat zij telkens een andere arts zien. Logistiek gezien is het echter onmogelijk telkens dezelfde arts te zien en het moet voor de patiënt dan ook duidelijk worden dat de mammacareverpleegkundige in het zorgproces de constante factor zal zijn. Zij is immers coördinator van zorg en aanspreekpunt voor de patiënt.

De communicatie tussen zorgverleners onderling, blijkt soms tekort te schieten, een gevaar dat bij shared care op de loer ligt. Een protocol moet met name structuur brengen in de informatieoverdracht tussen zorgverleners en naar de patiënt toe.

De planning in het Centrum voor mammacare blijkt niet altijd optimaal te verlopen. Patiënten moeten vaak erg lang wachten en ook wanneer zij reeds in de spreekkamer zitten, is het vaak wachten tot de arts klaar is met zijn patiënt op de afdeling Chirurgie. Het is aan te raden dat er op maandag en donderdag een arts vrij wordt gemaakt voor het Centrum voor mammacare.

De sfeer in de behandel-/spreek- en wachtkamers van het Centrum voor mammacare laat volgens een aantal patiënten nog iets te wensen over. Vanwege de emotionele gesprekken die, met name in de behandel- en spreekkamers, worden gevoerd, is het juist in het Centrum voor mammacare van belang, een enigszins huiselijke sfeer te creëren. In de wachtruimte is hiernaast het probleem dat deze te klein is en te weinig privacy biedt. De wachtruimte wordt gedeeld met de afdeling Chirurgie, een zeer drukke afdeling. Achter het Centrum voor mammacare bevindt zich echter een wachtruimte die niet veel gebruikt wordt en het is dan ook aan te raden hier de officiële wachtruimte van het Centrum voor mammacare van te maken.

Er bestaat in het Centrum voor mammacare nog geen protocol voor nazorg, wat een verklaring kan zijn voor het feit dat een aantal patiënten niet tevreden is over deze nazorg. Wanneer vaststaat op welke punten in het proces de mammacareverpleegkundige voor nazorg moet zorgen en welke nazorg dit dan moet zijn, ontstaat een overzichtelijkere situatie.

Tot slot zijn patiënten, zoals reeds vermeld, niet altijd tevreden met de informatie die zij ontvangen. Zij zeggen informatie te missen, terwijl de mammacareverpleegkundigen de gehele situatie tijdens het consult doorspreken met de patiënt en al het voorlichtingsmateriaal dat van toepassing is op de patiënt, na afloop van het consult meegeven. Een e-coördinator kan er niet alleen voor zorgen dat de patiënt via de website al het voorlichtingsmateriaal overzichtelijk op een rij heeft, ook heeft de patiënt toegang tot alle zorginhoudelijke informatie over haarzelf. In de literatuur komt naar voren dat patiënten deze informatie niet goed kunnen opslaan, op het moment dat hen hierover verteld wordt tijdens een consult. Het thuis na kunnen lezen van alle informatie die betrekking heeft op de patiënt zou dus een verbetering zijn.

Samenvatting

In opdracht van het Medisch Spectrum Twente (MST) is een patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd in het Centrum voor mammacare. De doelgroep voor dit onderzoek bestond uit alle patiënten die in 2006 op consult zijn geweest. Er is een vragenlijst verstuurd naar 521 patiënten en dit leverde uiteindelijk 271 bruikbare vragenlijsten op. De verkregen data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 12.0.

Geconcludeerd kan worden dat patiënten zeer positief zijn over het Centrum voor mammacare. Zij geven het centrum gemiddeld een 8 en slechts drie patiënten bleken ontevreden. Er zijn een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd waar het Centrum voor mammacare mee aan de slag kan.

Het Centrum voor mammacare bevindt zich in een perfecte situatie. Er is gebleken dat de mate waarin patiënten tevreden zijn over de hen aangeboden zorg alleen afhankelijk is van hun mening betreffende de dimensies van kwaliteit van zorg. Demografische en klinische variabelen, waar het Centrum voor mammacare geen grip op heeft, zijn niet van invloed op de patiënttevredenheid. Belangrijkste voorspeller is de dimensie 'tastbaarheden' en dan met name de fysieke omgeving. Hiernaast blijken ook de andere dimensies van kwaliteit van zorg, te weten 'betrouwbaarheid', 'responsiviteit', 'zekerheid', 'zorgzaamheid' en 'innovatieve zorg', van invloed te zijn op de patiënttevredenheid.

Abstract

This paper contains a study of the satisfaction among patients of the Centre for mammacare of the Medical Spectrum of Twente.

Target group in this study were all the patients the Centre for mammacare has seen in 2006. A written questionnaire was sent to 521 patients and 271 useful questionnaires were returned. All the data were analysed with SPSS 12.0.

We can conclude that patients are really positive about the care they receive from the Centre for mammacare. In average, they quantify the Centrum for mammacare with an eight, which is quite a good mark in the Netherlands. Only three respondents were unsatisfied with the care they received. A couple of recommendations to optimize the care for patients in the Centre for mammacare are formulated.

It seems like the Centre for mammacare finds itself in a perfect situation. The degree in which patients are satisfied with the health care they received, only depends on their opinion concerning the dimensions of quality of care. Demographic and clinical variables, which the Centre for mammacare can not control, do not affect patients satisfaction. Most important predictor is the dimension tangibles, but also the other dimensions of quality of care, namely reliability, responsiveness, assurance, empathy and innovative care, influence the patient satisfaction.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Management summary.....	3
Samenvatting.....	5
Abstract.....	6
1. Inleiding.....	9
<i>1.1 Aanleiding.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Achtergrond.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3 Leeswijzer.....</i>	<i>13</i>
2. Theoretisch kader.....	14
<i>2.1 Borstkanker nader toegelicht.....</i>	<i>14</i>
<i>2.2 Ontwikkelingen.....</i>	<i>15</i>
2.2.1 De mammapoli.....	15
2.2.2 Patiëntgerichtheid.....	17
<i>2.4 Patiënttevredenheid.....</i>	<i>18</i>
<i>2.5 Kwaliteit van zorg.....</i>	<i>18</i>
<i>2.6 ServQual model.....</i>	<i>20</i>
<i>2.7 Onderzoeksmodel.....</i>	<i>24</i>
<i>2.8 De factoren uit het model nader toegelicht.....</i>	<i>25</i>
<i>2.9 Onderzoeksvragen.....</i>	<i>30</i>
3. Methode.....	31
<i>3.1 Verantwoording gekozen methode.....</i>	<i>31</i>
<i>3.2 Procedure.....</i>	<i>31</i>
<i>3.3 Respondenten.....</i>	<i>32</i>
<i>3.4 Operationalisering instrument.....</i>	<i>32</i>
<i>3.5 Analyse.....</i>	<i>36</i>

4. Resultaten	38
4.1 Beschrijving respondenten	38
4.2 Betrouwbaarheid constructen van kwaliteit van zorg	40
4.3 Patiënttevredenheid	41
4.3.1 Algehele tevredenheid	41
4.3.2 Tevredenheid over dimensies van kwaliteit van zorg	41
4.4 Onderlinge relaties in het model	44
4.4.1 Relatie tussen patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en achtergrondvariabelen	44
4.4.2 Aard van de afwijking	45
4.4.3 Behandeling	45
4.4 Bijdrage van de dimensies van kwaliteit van zorg aan de patiënttevredenheid	47
4.5 Algemene opmerkingen	48
5. Conclusies, aanbevelingen en discussie	49
5.1 Beantwoording onderzoeksvraag	49
5.2 Beantwoording deelvragen	51
5.3 Aanbevelingen	55
5.4 De onderzoeksmethode	59
5.4.1 Het onderzoeksinstrument	59
5.4.2 Het onderzoeksmodel	59
5.4.3 Kritische kanttekeningen bij de onderzoeksmethode	60
5.5 Validiteit onderzoek	61
5.6 Betrouwbaarheid onderzoek	61
5.7 Generaliseerbaarheid onderzoek	62
5.8 Vervolgonderzoek	63
7. Literatuur	65
Bijlagen	73
1. De vragenlijst	73
2. De aanbiedingsbrief	78
3. De herinneringsbrief	79

1. Inleiding

Eén op de negen vrouwen in Nederland krijgt in haar leven te maken met een mammacarcinoom (KWF Kankerbestrijding, 2007). Mamma is Latijn voor borst en carcinoom is Latijn voor kanker, borstkanker dus. Borstkanker is de meest voorkomende soort kanker in Nederland.

Hoe ontstaat kanker? Het lichaam is opgebouwd uit cellen. Iedere cel bevat genen en deze genen bepalen de rol die deze specifieke cel in het lichaam heeft. De meeste cellen in het lichaam vermenigvuldigen zich op vaste momenten, waardoor de cellen die afsterven kunnen worden vervangen door nieuwe cellen. Bij het ontstaan van een kankercel gaat er iets mis tijdens deze vermenigvuldiging en kloppen de genen niet meer. Sommige van deze cellen kunnen door het lichaam zelf worden opgeruimd, maar andere afwijkende cellen kan het lichaam niet stoppen en zij gaan zichzelf delen. Deze 'onrustige' cellen kunnen goedaardig of kwaadaardig zijn.

Goedaardige cellen kunnen wel zwelling veroorzaken, maar groeien niet door andere weefsels heen en verspreiden zich niet door de rest van het lichaam. Kwaadaardige cellen houden zich echter niet aan grenzen; zij groeien door weefsels heen en kunnen zich zo door de rest van het lichaam verspreiden. Bij de vermenigvuldiging van deze 'foute' cellen wordt een kwaadaardige zwelling gevormd, dit is kanker.

Borstkanker is steeds beter te behandelen, maar vroege opsporing is hierbij van groot belang. Efficiënte diagnostiek staat voorop, mede omdat de onzekerheid waarin de vrouw op het moment van diagnose verkeert een zeer emotionele aangelegenheid is.

Er is de afgelopen jaren veel aandacht geweest voor verbetering van de diagnostiek omtrent borstkanker. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft in samenwerking met het NABON een richtlijn opgesteld voor behandeling van het mammacarcinoom (CBO & NABON, 2002). Hierin komt het belang van een multidisciplinair samenwerkingsverband duidelijk naar voren. Ook verschillende onderzoeken (Sainsbury et al, 1995A; Sainsbury et al, 1995B; Dixon et al. 1996) hebben aangetoond dat de beste resultaten worden behaald wanneer een multidisciplinair team, ook wel mammateam, wordt ingeschakeld. Ziekenhuizen in heel Nederland spelen hier op in en het begrip mammapoli is inmiddels een alom bekende term.

In deze scriptie zal de patiënt met 'zij' worden aangeduid. Dit met het oog op de leesbaarheid en het feit dat er in het Centrum voor mammacare voornamelijk vrouwen worden behandeld. Dit neemt echter niet weg dat ook mannen borstkanker kunnen krijgen.

1.1 Aanleiding

Het Medisch Spectrum Twente (MST) heeft sinds 2 januari 2006 een Centrum voor mammacare. Dit centrum, ook vaak mammapoli genoemd, is gericht op snelle diagnostiek met betrekking tot een eventuele afwijking in de mamma. Er wordt getracht binnen één dag niet alleen de voorlopige uitslag

van de onderzoeken te geven, maar ook een eventueel behandelplan op te stellen. Een voordeel hiervan is dat de verdere behandeling van een eventuele maligne afwijking niet verder wordt vertraagd. De belangrijkste doelstellingen van het centrum zijn versnelling van diagnostiek, verkorting van toegangstijd tot de operatie en vermindering van operatielast door afname van, achteraf gezien soms zinloze, borstoperaties. Ook moeten frequenter preoperatieve multidisciplinaire besprekingen plaatsvinden. De mammacareverpleegkundige vervult een spilfunctie in de organisatie en uitvoering van de zorg en het databeheer wordt verbeterd door middel van elektronische patiënten- en gegevensregistratie.

Het mammateam van het Centrum voor mammacare bestaat uit een oncologisch chirurg, mammacareverpleegkundige, nurse practitioner, radioloog, röntgenlaborant, plastisch chirurg, gynaecoloog, fysiotherapeut, patholoog en een maatschappelijk werker.

Na wat opstartproblemen zijn de doelstellingen van het Centrum voor mammacare inmiddels gerealiseerd en worden deze breed gedragen. Er is sprake van grote kwaliteitsverbeteringen ten opzichte van de oude situatie en patiënten geven aan zeer tevreden te zijn over de geboden zorg. Het MST wil dit echter graag onderbouwen met een patiënttevredenheidsonderzoek. De initiatiefnemers voor dit onderzoek zijn dezelfde personen die destijds het initiatief namen bij het opzetten van het Centrum voor mammacare, namelijk oncologisch chirurg Joost Klaase en projectleider van het Centrum voor mammacare Gerrit Abbink, deze laatste begeleidt tevens het onderzoek.

1.2 Achtergrond

De missie van het MST is het bieden van uitstekende basis- en topklinische zorg die is afgestemd op de behoeften van de patiënt. Het Centrum voor mammacare is een voorbeeld van een dergelijk initiatief waarbij is ingespeeld op de huidige behoeften van de patiënt. Het MST was met de invoering van de Diagnose behandelcombinatie (DBC) genoodzaakt een efficiënter zorgbeleid te voeren. De Diagnose behandelcombinatie, die in 2005 werd ingevoerd, houdt namelijk in dat er per behandeling, bijvoorbeeld de behandeling Mammacarcinoom, nog maar één keer gedeclareerd mag worden. Voorheen zouden zowel de radioloog die de mammografieën beoordeelt, als de chirurg die de operatie uitvoert apart een declaratie indienen, nu is dit één gezamenlijke declaratie, oftewel DBC. Hierdoor is goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen die bij een diagnose en eventuele behandeling aan bod komen, belangrijker dan ooit. Met het Centrum voor mammacare is hier goed op ingespeeld.

Daarnaast is het van belang dat het MST meegaat in de huidige ontwikkelen omtrent mammacare, onder andere omdat alleen op deze manier kan worden voldaan aan de prestatie-indicatie-eisen. De prestatie-indicatoren zijn in eerste instantie ontwikkeld om in één oogopslag een beeld te geven van de activiteiten en prestaties van ziekenhuizen. Momenteel wordt een selectie van deze gegevens ook gebruikt om verantwoording af te leggen aan het brede publiek. Dat gebeurt onder meer door vermelding op de website Kiesbeter.nl, een website voor consumentenvoorlichting over de zorg.

Nu deze informatie voor iedereen beschikbaar is, moeten ziekenhuizen wel beter gaan sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In de toekomst kunnen ziekenhuizen de indicatoren ook als marketinginstrument gaan gebruiken, waarmee ze hun onderlinge verschillen aan de consument kenbaar kunnen maken.

Er zal nu kort uitéén worden gezet hoe diagnose in het Centrum voor mammacare verloopt.

De patiënt wordt 's ochtends ontvangen door de mammacareverpleegkundige. Zij spreekt de onderzoeken van die dag met de patiënt door, ook begeleidt zij de patiënt de rest van de dag bij de verschillende onderzoeken. Hierna wordt de patiënt door de arts gezien, deze onderzoekt de borsten van de patiënt en kan op deze manier, indien de afwijking palpabel is, vaststellen op welke plek de eventuele afwijking zich bevindt. Steeds vaker wordt het borstonderzoek gedaan door een nurse practitioner. Dit is een verpleegkundige die door de arts wordt opgeleid om het borstonderzoek, zowel bij de diagnose als bij de latere follow up, van hem over te nemen. Vervolgens worden er op de röntgenafdeling enkele mammografieën van de borsten gemaakt. Deze worden bekeken door de radioloog en deze beoordeelt of het nodig is om ook een echo van de borst te maken. Mocht dit nodig zijn dan gebeurt dit direct na het maken van de mammografie. De echo geeft een beter beeld van de aard van de afwijking en op basis van de echo wordt besloten of er een punctie gedaan wordt. Deze punctie kan ter plekke gedaan worden. Aan het eind van de ochtend heeft de patiënt alle onderzoeken gehad en kan zij eventueel naar huis. De patiënt krijgt een tijdstip mee waarop ze 's middags terug kan komen voor de uitslag.

Nadat alle onderzoeken zijn gedaan komt een deel van het mammateam, bestaande uit de arts, de mammacareverpleegkundige, de radioloog en eventueel de nurse practitioner, bij elkaar voor een multidisciplinair overleg (MDO). Hierbij worden de mammografieën en eventueel de echo's bekeken. Samen komen zij tot een diagnose en wordt er een voorlopig behandelplan opgesteld. Hoewel de uitslag van de punctie nog niet binnen is blijkt de gestelde diagnose in vrijwel alle gevallen te kloppen, hoewel er op dit moment nog wel een slag om de arm wordt genomen.

's Middags worden de uitslag en het voorlopig behandelplan met de patiënt besproken. Wanneer er een punctie gedaan is komt de patiënt drie dagen later terug voor de uitslag van de punctie, op dat moment wordt het behandelplan definitief vastgesteld. Mocht een operatie nodig zijn, dan wordt er naar gestreefd deze binnen twee weken plaats te laten vinden.

Wanneer de diagnose is gesteld en de eventuele behandeling kan beginnen blijft de patiënt onder behandeling van het Centrum voor mammacare. Behandelingen en operaties kunnen plaatsvinden in zowel Oldenzaal als Enschede en hierbij komen vaak verschillende zorgverleners in beeld. De coördinatie blijft echter bij de mammacareverpleegkundige. Ook wanneer de patiënt genezen is verklaard, blijft zij onder behandeling van het Centrum voor mammacare. Iedere patiënt heeft periodiek een nacontrole, ook wel 'follow up' genoemd. Ook personen bij wie erfelijke belasting een rol speelt komen op deze manier in aanraking met het Centrum voor mammacare. Bij deze follow up draait het naast een lichamelijk onderzoek en eventueel een mammografie ook vooral om persoonlijke

aandacht voor de patiënt. Door middel van de follow up blijft het personeel van het Centrum voor mammacare op de hoogte van eventuele psychische klachten van de patiënt.

Bovenstaande is een korte samenvatting van de gang van zaken in het Centrum voor mammacare. Een initiatief waarbij goed ingespeeld wordt op de wensen van de patiënt als klant. Ook dit onderzoek draagt bij aan een hogere mate van patiëntgerichtheid. Het Centrum voor mammacare laat hiermee immers aan haar patiënt zien: wij zijn bereid om naar u te luisteren en in te spelen op uw wensen.

In dit onderzoek zal de tevredenheid van patiënten van het Centrum voor mammacare onderzocht worden. Wanneer hier een beeld van gevormd kan worden, kan ook beter op de wensen van de patiënt als klant ingespeeld worden. Ten behoeve van het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

'In welke mate zijn de patiënten van het Centrum voor mammacare van het Medisch Spectrum Twente tevreden over de hen aangeboden zorg?'

Hier wordt in paragraaf 2.9 nader op ingegaan. Nu zal kort de inhoud van deze scriptie worden besproken.

1.3 Leeswijzer

Allereerst zal in hoofdstuk 2 een theoretisch kader uiteengezet worden. In dit hoofdstuk wordt de basis voor het onderzoek gelegd, waarin wordt toegewerkt naar de formulering van de onderzoeksvraag, vergezeld door een aantal deelvragen. In hoofdstuk 3 zal de methode voor het onderzoek beschreven worden. Hierin zal tevens een verantwoording voor de uitvoering van het onderzoek worden gegeven.

In hoofdstuk 4 zullen vervolgens de resultaten van het uitgevoerde onderzoek worden gepresenteerd. Hierin zullen allereerst de respondenten worden beschreven. Vervolgens worden betrouwbaarheidsanalyses gepresenteerd en er wordt toegewerkt naar uitgebreide analyses betreffende de patiënttevredenheid.

De conclusies en aanbevelingen die voortvloeien uit de resultaten zullen in hoofdstuk 5 worden weergegeven. In dit hoofdstuk zal dieper in worden gegaan op de betekenis van de verkregen resultaten. Aan het eind van dit hoofdstuk komt aan bod hoe de aanbevelingen geïmplementeerd kunnen worden. Ook is er in hoofdstuk 5 ruimte voor discussie, waarbij een kritische blik op het onderzoek wordt geworpen en zowel sterke als zwakke punten van het onderzoek naar voren komen. Hierin worden ook de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek aan de kaak gesteld en is er ruimte voor suggesties voor vervolgonderzoek.

Aan het eind van deze scriptie zijn de literatuurlijst en verschillende bijlagen te vinden.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk omvat het theoretisch kader voor het onderzoek. Aan de hand van een literatuurstudie wordt een kader geschetst waarbinnen het onderzoek plaatsvindt.

Als eerste zal in paragraaf 2.1 het fenomeen borstkanker nader worden toegelicht. Vervolgens zullen een aantal ontwikkelingen binnen de zorg, waaronder de mammapoli (paragraaf 2.2.1) en patiëntgerichtheid (paragraaf 2.2.2), aan de orde komen en zullen de begrippen 'patiënttevredenheid' (paragraaf 2.4) en 'kwaliteit van zorg' (paragraaf 2.5) nader worden toegelicht.

Er wordt toegewerkt naar het model dat de basis vormt voor de operationalisatie van dit onderzoek (paragraaf 2.6) en in opvolging hiervan wordt het onderzoeksmodel dat uit de literatuurstudie voort komt gepresenteerd in paragraaf 2.7. Een aantal dimensies uit dit onderzoeksmodel zullen in paragraaf 2.8 nader worden toegelicht.

Dit hoofdstuk werkt toe naar de onderzoeksvraag, welke in de laatste paragraaf, 2.9, naar voren zal komen. Ook zullen in deze paragraaf verschillende deelvragen geformuleerd worden.

2.1 Borstkanker nader toegelicht

Jaarlijks worden er in Nederland ruim 11.000 nieuwe gevallen van borstkanker ontdekt. Borstkanker is hiermee op het moment de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland. Bovendien is borstkanker de belangrijkste vorm van kankersterfte bij vrouwen.

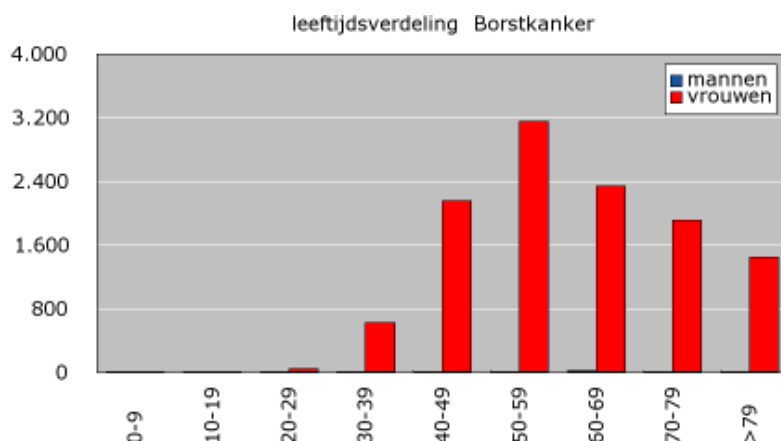
De kans dat een vrouw in haar leven borstkanker krijgt is 11%. Ook mannen kunnen borstkanker krijgen, bij hen is de kans om borstkanker te ontwikkelen 0,1%, dit zijn ongeveer 65 nieuwe gevallen per jaar. De vijfjaarsoverleving bij borstkanker is in Nederland ruim 80%, de tienjaarsoverleving is 69%.

Tabel 2.1

Borstkankercijfers 2005 (Bron: KWF Kankerbestrijding)

	mannen	vrouwen	totaal
aantal nieuwe patiënten	71	11687	11758
aantal overledenen	21	3301	3322

De kans op het krijgen van borstkanker neemt toe met de leeftijd. Van de vrouwen die borstkanker krijgen is 77% ouder dan 50 jaar. Onderstaande tabel geeft de leeftijdsverdeling van borstkankerpatiënten weer.



Figuur 2.1

Leeftijdverdeling borstkankerpatiënt (Bron: KWF Kankerbestrijding)

Alle vrouwen van 50 tot en met 74 jaar worden iedere twee jaar uitgenodigd voor een controle door de Stichting Vroege Opsporing Borstkanker (SVOB). Hierbij wordt een mammografie gemaakt en aan de hand van deze mammografie wordt de patiënt al dan niet doorgestuurd naar het Centrum voor mammacare. Dit alles heeft tot doel om eventuele borstkanker in een vroeg stadium te ontdekken.

Een andere manier waarop patiënten bij het Centrum voor mammacare terecht kunnen komen is via de huisarts. Patiënten die zelf een knobbeltje voelen, last hebben van tepelvloed of bij wie de borst branderig aanvoelt, zullen binnen enige tijd naar de huisarts gaan en deze zal hen doorsturen naar het ziekenhuis, in dit geval het Centrum voor mammacare in Oldenzaal.

Als laatste is het nog mogelijk dat patiënten al onder behandeling van het Centrum voor mammacare zijn. Dit zal het geval zijn wanneer erfelijke belasting een rol speelt. Het BRCA-gen is ervoor verantwoordelijk dat borstkanker in sommige families vaker voorkomt dan in andere families. Wanneer is vastgesteld dat een persoon drager is van het gen dat borstkanker kan veroorzaken, zal deze onder jaarlijkse controle komen te staan. Zo wordt deze persoon extra in de gaten gehouden. Ook deze controles worden uitgevoerd door het Centrum voor mammacare.

2.2 Ontwikkelingen

Zoals in de inleiding van dit onderzoek reeds is besproken, is de komst van de Diagnose behandelingscombinatie (DBC) in 2005 één van de aanleidingen voor het MST geweest, om te kijken naar mogelijkheden om de zorg voor patiënten met een borstafwijking efficiënter te maken. Ook is hierbij rekening gehouden met de steeds belangrijkere rol van prestatie indicatoren, bij de keuze van de patiënt voor een bepaald ziekenhuis.

2.2.1 De mammapoli

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) benadrukt het belang van de aanwezigheid van een mammapoli in een ziekenhuis. Inmiddels heeft de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) dit advies overgenomen en is de mammapoli opgenomen in de lijst van prestatie indicatoren.

Het wordt hierdoor voor een ziekenhuis belangrijk een mammapoli te hebben, omdat aan de indicatoren punten zijn toegekend die als ziekenhuis te 'verdienen' vallen. Hiernaast werd het opzetten van een mammapoli in 2005/2006 als zorgvernieuwingproject gezien, waardoor AMICON er subsidie aan toekende. Vanaf 2007 moet het MST wel zelf de kosten betalen, hier staat echter een hogere mate van efficiëntie tegenover.

Het MST besloot mee te gaan in de huidige ontwikkelingen en koos voor een mammapoli, een begrip dat in Nederland op dat moment nog vrij nieuw was. De mammapoli van het MST wordt Centrum voor mammacare genoemd.

Op een mammapoli vinden alle onderzoeken die nodig zijn om een diagnose betreffende een borstafwijking te kunnen stellen binnen één dag plaats. Tevens volgt er deze dag een voorlopige diagnose en kan er een voorlopig behandelplan worden opgesteld. Dit versnelt de procedure ten opzichte van de oude situatie aanzienlijk. In de oude situatie werden verschillende onderzoeken, verdeeld over verschillende dagen uitgevoerd en kreeg men enkele dagen later een diagnose. De patiënt zat zo niet alleen dagen in onzekerheid, ook liep de eventuele behandeling meteen al vertraging op. Dit terwijl het juist bij borstkanker van belang is snel te handelen (CBO & NABON, 2002).

In de literatuur is weinig bekend over de effecten van de mammapoli op zich. Wel is er veel onderzoek geweest naar de effecten van multidisciplinaire zorg en dan met name het directe overlevingsvoordeel dat dit voor de patiënt oplevert. Houssami en Sainsbury (2006) namen een aantal onderzoeken onder de loep. Zij concluderen dat er weinig onderzoek is waarin het overlevingsvoordeel dat op lange termijn met multidisciplinaire zorg behaald kan worden is onderzocht. Het korte termijn overlevingsvoordeel komt uit een aantal onderzoeken wel duidelijk naar voren, maar er is bovenal meer onderzoek nodig, om hier gefundeerde uitspraken over te kunnen doen.

Niet alle onderzoeken zijn in dit kader interessant om te bespreken. Een aantal onderzoeken zijn bijvoorbeeld gericht op het verschil in overlevingskans bij behandeling in verschillende typen ziekenhuizen. Hieronder zullen de onderzoeken besproken worden, die in het kader van de mammapoli wel van belang zijn.

In onderzoek van Chang et al (2001) komt naar voren dat de invoering van multidisciplinaire zorg in 43% van de gevallen leidt tot aanbeveling van een andere behandeling. Ook Gabel et al (1997) kwamen tot deze conclusie en zagen tevens de patiënttevredenheid stijgen met de komst van het multidisciplinair team. Artsen hebben in een multidisciplinair overleg de mogelijkheid te discussiëren over de behandeling die een patiënt zou moeten krijgen en deze onderzoeken laten zien dat dit wel degelijk leidt tot andere adviezen dan voorheen, toen de arts het nog alleen voor het zeggen had. Er is geen onderzoek gedaan naar het overlevingsvoordeel dat dit oplevert.

Een ander aandachtspunt uit de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van het mamma-carcinoom (CBO & NABON, 2002a & 2002b) gaat over de frequentie waarmee een arts borstkankerpatiënten behandelt en opereert.

De Europese richtlijn schrijft voor dat een ziekenhuis per jaar minimaal 150 patiënten met bewezen mammacarcinoom moet zien. Daarnaast moet een arts minimaal 50 borstoperaties per jaar uitvoeren. Dit blijkt noodzakelijk om vaardigheden op peil te houden. In verschillende onderzoeken die in de review van Houssami en Sainsbury (2006) worden besproken, komt naar voren dat dit een significant voordeel oplevert voor de overlevingskans van de patiënt (Ingram et al, 2005; Stefoski et al, 2003; Skinner et al, 2003; Chaudhry et al, 2003; Golledge et al, 2000; Roohan et al, 1998; Gillis & Hole, 1996; Sainsbury et al, 1995; Lee-Feldstein et al, 1994 en Basnett et al, 1992). Onderzoek van Skinner et al (2003) suggereert zelfs dat de vijfjaarsoverlevingskans van de patiënt met 23% stijgt wanneer een arts hieraan voldoet.

Hoewel er dus bewijs is dat multidisciplinaire zorg bij borstkankerpatiënten op verschillende fronten voordeel oplevert, moet opgemerkt worden dat er absoluut meer onderzoek nodig is, om hier meer uitspraken over te kunnen doen. Wel zijn er genoeg redenen om aan te nemen dat de stap naar multidisciplinaire zorg een stap in de goede richting is geweest bij de diagnose en behandeling van borstkankerpatiënten. Niet alleen het overlevingsvoordeel dat zou kunnen worden behaald is van belang, de hogere patiënttevredenheid die multidisciplinaire zorg met zich meebrengt is ook van belang. Zeker met het oog op de huidige ontwikkelingen betreffende de rol van de patiënt in het zorgproces.

Genoeg redenen om aan te nemen dat de keuze van het MST om een mammapoli te starten, een goede keuze is geweest. Kort samenvattend is met de komst van het Centrum voor mammacare een hogere mate van efficiëntie bereikt, mede door de snellere doorlooptijd die gerealiseerd wordt. Dankzij multidisciplinaire zorg, waarbij de coördinatie in handen ligt van slechts één persoon, de mammacareverpleegkundige, kan een overlevingsvoordeel behaald worden. Tevens is dit voor de patiënt minder verwarrend en heeft zij een centraal aanspreekpunt. Dit zijn allemaal voorbeelden van een hogere mate van patiëntgerichtheid. Een ontwikkeling, waarop het MST met de komst van het Centrum voor mammacare ook probeert in te spelen.

2.2.2 Patiëntgerichtheid

De relatie tussen zorgverlener en patiënt is de afgelopen decennia erg veranderd. Was de zorgverlener jarenlang heer en meester en kon deze de patiënt voorschrijven wat te doen en laten, tegenwoordig wordt van diezelfde zorgverlener verwacht een bondgenoot voor de patiënt te zijn in diens strijd tegen een ziekte. De relatie tussen zorgverlener en patiënt berust tegenwoordig vooral op informatie-uitwisseling en besluitvorming in onderling overleg. Door veranderingen in de zorgverlener-patiënt relatie verandert ook de rol van de patiënt. Deze gaat steeds meer lijken op die van klant, wat de patiënt in feite natuurlijk ook is. Uitkomsten van zorg worden dan ook meer en meer vanuit patiëntenperspectief geformuleerd.

Patiëntgerichtheid speelt dus een steeds grotere rol en is daarom één van de belangrijkste speerpunten van het Centrum voor mammacare. Patiëntgerichtheid betekent een verschuiving van een zorginhoudelijke benadering, naar een benadering vanuit patiëntenperspectief. Patiënttevredenheid speelt hierin een sleutelrol. Binnen patiëntgerichte zorg wordt de mening van de patiënt immers serieus genomen, systematisch gemeten en gebruikt om de verleende zorg te kunnen evalueren. Dit onderzoek is daartoe bedoeld. In de toekomst kan met het in dit onderzoek ontwikkelde instrument, de patiënttevredenheid systematisch gemeten worden, zodat het Centrum voor mammacare zich ervan kan verzekeren dat deze tevredenheid stabiel blijft. Alleen op deze manier kan er een, in de ogen van de patiënt, betere kwaliteit van zorg geboden worden.

2.4 Patiënttevredenheid

Met oog op de ontwikkelingen betreffende patiëntgerichtheid is er steeds meer aandacht voor patiënttevredenheid. Patiënttevredenheid is een positieve houding ten opzichte van bepaalde zorgaspecten. Deze houding, ook wel attitude genoemd, is een verzameling van opvattingen en verlangens met betrekking tot een bepaald object. De mate waarin de ervaring met zorg aan de verwachting tegemoet komt bepaalt de grootte van de kans op een tevreden patiënt (Harteloh & Casparie, 1998). Een attitude kan leiden tot bepaald gedrag wanneer de omstandigheden dit toelaten. Dit kan variëren van het opvolgen van de voorgeschreven therapie, oftewel compliance (Grol, 2001), bij tevredenheid, tot het wisselen van zorgverlener bij ontevredenheid. Patiënttevredenheid kan derhalve leiden tot een geslaagd zorgproces, een gunstige uitkomst van het zorgproces door bevordering van compliance van de patiënt en uiteindelijk tot bevordering van het imago. Ook is het voor een zorginstelling 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 medische zorg (Wyshak & Barsky, 1995; Hall & Dornan, 1988). In dit onderzoek zal deze kwaliteit van zorg, bekeken vanuit het perspectief van de patiënt, de hoofdrol spelen.

2.5 Kwaliteit van zorg

Er bestaat veel discussie omtrent de juiste definitie voor het begrip kwaliteit. In een meta-analyse van Harteloh (2003) komen de verschillende definities van kwaliteit aan het licht. Het is erg moeilijk een universele definitie te vinden. Eén van de redenen hiervoor is dat kwaliteit van zorg niet voor iedereen hetzelfde betekent. Voor de patiënt kan dit bijvoorbeeld afhankelijk zijn van hoe goed ze met de zorgverlener kan praten over haar emoties, terwijl de zorgverlener eerder in beelden van kennis, nieuwe ontwikkelingen en medische interventies denkt. In dit onderzoek willen we een beeld krijgen van de patiënttevredenheid en het draait hierbij dan ook vanzelfsprekend om de kwaliteit van zorg zoals deze door de patiënt wordt ervaren. Er zal een veel gebruikte definitie gehanteerd worden, welke kwaliteit omschrijft als 'de optimale verhouding van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg' (Harteloh & Casparie, 1998; Wisniewski & Donnelly, 1996; Berry, Parasuraman & Zeithaml, 1988). Deze veronderstelling vormt ook de basis voor het ServQual model (Berry, Parasuraman & Zeithaml, 1988).

Harteloh en Casparie (1998) definiëren het begrip patiënttevredenheid als 'een positieve houding van de patiënt ten opzichte van bepaalde zorgaspecten'. Jackson et al (2001) voegen hieraan toe dat de mate waarin ervaring met zorg aan de verwachtingen tegemoet komt de kans op een tevreden patiënt vergroot. De begrippen 'kwaliteit van zorg' en 'patiënttevredenheid' liggen dus erg dicht bij elkaar. Als beide definities naast elkaar worden gelegd kan geconcludeerd worden dat naarmate de kwaliteit van zorg beter wordt, ook de tevredenheid van de patiënt hoogstwaarschijnlijk zal toenemen.

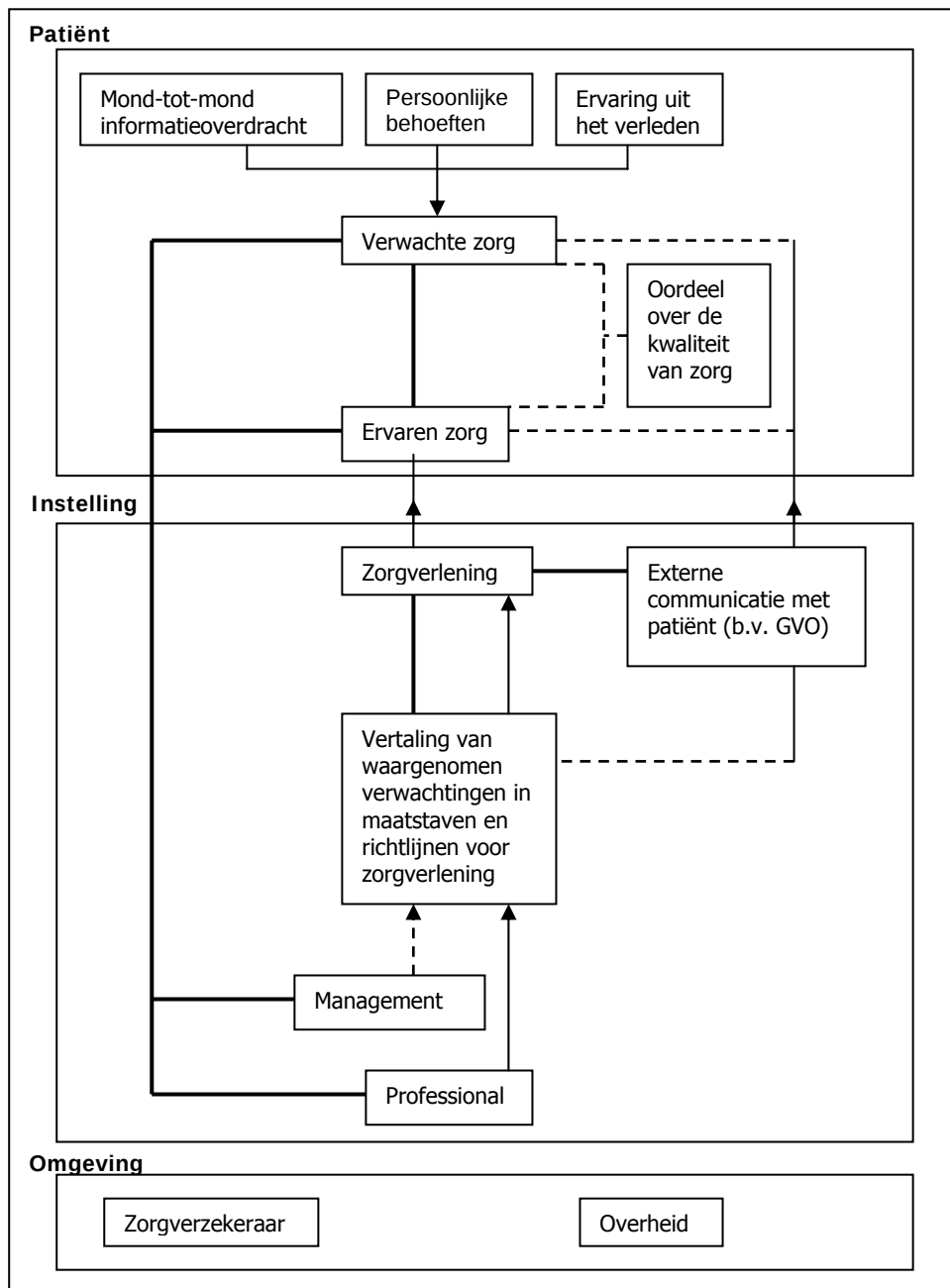
Kwaliteit van zorg is een breed begrip, dat vaak weerstand en irritatie oproept bij artsen en verpleegkundigen wanneer dit niet nader gespecificeerd wordt. Eerder is immers aangegeven dat kwaliteit van zorg voor de verschillende betrokkenen iets anders betekent. Nadere specificatie kan plaatsvinden door het verschijnsel kwaliteit van zorg te verbinden met bepaalde aspecten van zorgverlening, zodat de verzamelde meetgegevens zinvol kunnen worden geïnterpreteerd en de verantwoordelijkheid voor de bewaking en bevordering van kwaliteit van zorg aan bepaalde actoren kunnen worden toegewezen. In dit specifieke geval zal vanuit patiëntenperspectief worden bekeken welke aspecten van kwaliteit van zorg de patiënt als klant belangrijk vindt, wanneer zij het Centrum voor mammacare beoordeelt.

Een belangrijk model dat naar voren komt bij de beoordeling van de kwaliteit van een dienst vanuit het perspectief van de klant is het ServQual model. Dit is een instrument om de tevredenheid van klanten te meten. In het Centrum voor mammacare wordt de patiënt ook als klant gezien. Daarnaast wordt er gestreefd naar efficiëntie, ook op logistiek gebied. Deze twee pijlers, oog voor de klant en efficiëntie, worden in het ServQual model gecombineerd en dit maakt het model uitstekend toepasbaar in deze specifieke situatie.

Het ServQual model zal in de volgende paragraaf nader worden toegelicht.

2.6 ServQual model

Het ServQual model werd in 1988 ontwikkeld door Zeithaml, Parasuraman en Berry. Het ServQual model, een afkorting voor Service Quality model, is een raamwerk dat gebruikt wordt om een beter beeld van de kwaliteit van dienstverlening te krijgen. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld voor serviceorganisaties in de profitsector, zoals banken, telecombedrijven, reparatiebedrijven en creditcardbedrijven. Alvorens het ServQual model nader wordt toegelicht is het model hieronder visueel weergegeven.



Figuur 2.2

Model voor kwaliteit van zorgverlening (Parasuraman et al, 1988 in Harteloh, 1998; Babakus & Mangold, 1991)

Het originele ServQual model draait om de interactie tussen klant en dienstverlener. In principe kunnen we binnen de zorgverlening ook spreken van een klant, de patiënt, en een dienstverlener, de zorgverlener. Zoals eerder naar voren is gekomen, vindt er in de zorgsector een verschuiving plaats van een zorginhoudelijke benadering, naar een benadering vanuit patiëntenperspectief. Dit brengt met zich mee dat de patiënt steeds meer benaderd wordt als klant. Daarnaast is er bij zowel zorgverlening als dienstverlening sprake van een immaterieel karakter. Beiden hebben een momentaan karakter en zowel de patiënt als de klant is het leidend voorwerp van zorg-/dienstverlening. Zorgverlening is een bepaald soort dienstverlening (Harteloh & Casparie, 1998).

Er zijn echter ook verschillen tussen dienst- en zorgverlening. Harteloh en Casparie (1998) beschrijven deze verschillen:

- 1) in de gezondheidszorg wordt vaak niet gestreefd naar winst;
- 2) de relatie tussen klant en aanbieder; een patiënt is veel afhankelijker dan een klant;
- 3) een patiënt heeft een lichamelijk, psychisch of sociaal probleem, een klant is vaak alleen maar uit op behoeftebevrediging;
- 4) verschil in motivatie van werknemers;
- 5) in de gezondheidszorg is de vraag niet rationeel bepaald. Nieuwe medische technieken of nieuwe medische voorzieningen roepen vaak een vraag naar deze technieken of voorzieningen op;
- 6) in het algemeen vinden mensen de gezondheidszorg belangrijker dan een dienstverlening, hierdoor moet de gezondheidszorg zich vaker verantwoorden aan de samenleving;
- 7) de gezondheidszorg wordt meestal gefinancierd door een zorgverzekeraar, terwijl bij een dienstverlening een klant een product of dienst financiert.

De verschillen die door Harteloh en Casparie genoemd worden, gaan vandaag de dag niet allemaal meer op, de grens tussen zorgverlening en dienstverlening wordt steeds transparanter.

Babakus en Mangold (1991) hebben het ServQual model aangepast voor gebruik in de zorgsector. De interactie tussen patiënt en zorgverlener vorm hierbij de kern. In meerdere onderzoeken (Babakus & Mangold, 1991; Wisniewski & Donnelly, 1996) is een kritische blik geworpen op toepassing van het ServQual model in de gezondheidszorg. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het model ook in de gezondheidszorg een betrouwbaar en valide instrument is om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt te meten. Het model maakt het mogelijk, de effectiviteit van kwaliteitbevorderende technieken te meten. Ook het uitgangspunt van het model, de mogelijke discrepantie tussen ervaringen en verwachtingen, is uitermate geschikt in deze setting, omdat kwaliteit in de gezondheidszorg al langer wordt gezien als het verschil tussen ervaringen en verwachtingen (Harteloh & Casparie, 1998; Alden, Hoa & Bwawuk, 2004). Om kwaliteitsproblemen snel te kunnen identificeren en corrigeren, is het van belang dat de perceptie van de patiënt en de manier waarop perceptie en verwachtingen balanceren begrepen wordt (Babakus & Mangold, 1991).

Er zal nu uitgebreider worden ingegaan op de werking van het ServQual model. Ter verduidelijking is het weergegeven model niet het originele ServQual model, maar het reeds aangepaste model voor kwaliteit van zorgverlening. Ook bij de uitleg van het ServQual model zal dit aangepaste model benaderd worden.

Zoals reeds besproken vormt de interactie tussen patiënt en zorgverlener de kern voor het model. Andere betrokken partijen en hun belangrijkste diensten krijgen een plaats rondom deze kern. Het ServQual model kent een aantal gaps. Een gap wordt ook wel kloof genoemd en deze bestaat uit de mogelijke discrepanties die het uiteindelijke oordeel over de kwaliteit beïnvloeden. Het model draait primair om gap één, dit is de mogelijke discrepantie tussen verwachtingen en ervaringen van een patiënt. Deze gap staat centraal in het onderzoek aangezien deze gap direct van invloed is op de patiënttevredenheid. Voor de volledigheid zullen ook de overige gaps benoemd worden.

Gap twee geeft aan in welke mate het management en de zorgverleners kennis nemen van verwachtingen en of ervaringen van de patiënt om de zorgverlening hierop af te stemmen. Gap drie draait om de eventuele discrepantie tussen de gewenste eigenschappen van een dienst en de daadwerkelijk geleverde dienst. De dienstverlener kan een slechte dag hebben, maar er kan ook een structureel gebrek aan materiele randvoorwaarden zijn, zodat de gewenste zorgverlening niet kan worden gerealiseerd. Gap drie wordt ook wel weergegeven als het verschil tussen efficiëntie en effectiviteit. Afsluitend gap vier, welke de mate waarin de daadwerkelijk geleverde dienst is afgestemd op het beeld dat de klant van de dienst heeft weergeeft. De zorginstelling bepaalt dit in grote mate zelf.

Naast de zorginstelling en de patiënt komen ook de overheid en zorgverzekeraars in het ServQual-model naar voren. Beiden hebben belang bij een goede kwaliteit van geleverde zorg door de instelling. Deze factoren kunnen echter ook achterwege worden gelaten.

Het voordeel van het ServQual model ten opzichte van andere modellen is dat het gedetailleerde informatie over de perceptie van de klant biedt. Daarnaast is dit model, in tegenstelling tot de meeste andere modellen, speciaal ontwikkeld voor toepassing in dienstverlenende situaties. Het voordeel ten opzichte van andere modellen die specifiek voor de non-profit sector, of zelfs specifiek voor de zorgsector, ontwikkeld zijn, is dat het ServQual model de patiënt als klant benadert. Dit past in de huidige ontwikkelingen betreffende patiëntgerichte zorg.

Om het begrip kwaliteit van zorg te operationaliseren is het van belang in kaart te brengen welke aspecten van kwaliteit van zorg in dit specifieke geval, namelijk het Centrum voor mammacare, van belang zijn. Deze aspecten zullen de dimensies van kwaliteit van zorg genoemd worden.

Het ServQual model is gebaseerd op vijf dimensies van kwaliteit van zorg. Dit zijn 'tastbaarheden', 'betrouwbaarheid', 'responsiviteit', 'zekerheid' en 'zorgzaamheid'.

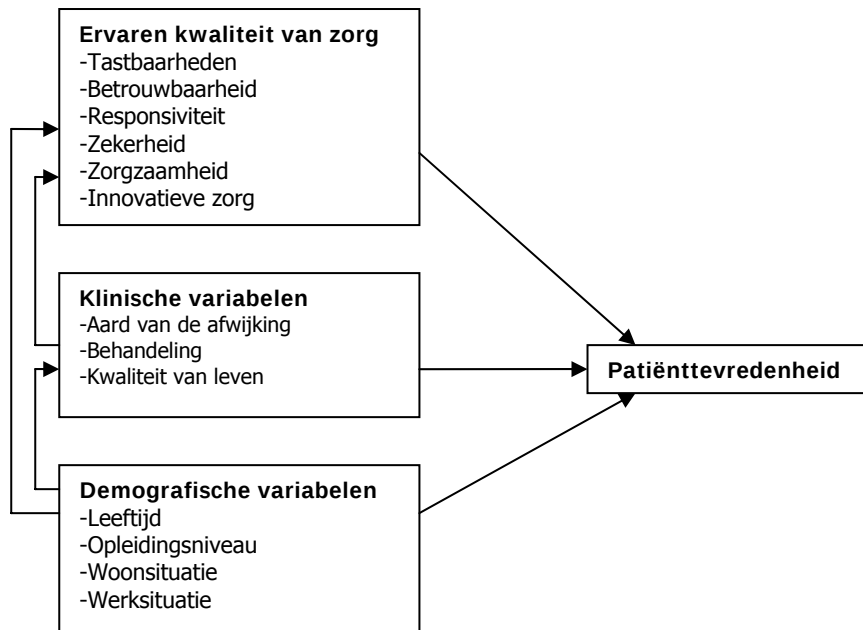
Babakus en Mangold (1991) laten in hun onderzoek zien dat deze dimensies ook uitstekend van toepassing zijn bij toepassing in de gezondheidszorg. Deze vijf dimensies zullen in dit onderzoek dan ook behouden blijven. Daarnaast komt in verschillende onderzoeken (Jackson et al, 2001; Larsen & Rootman, 1976; Henley & Davis, 1967; Siminoff et al, 2006; Graling & Grant, 1995) het belang van diverse achtergrondvariabelen naar voren. Ook voor deze variabelen is ruimte in het onderzoek. In paragraaf 2.8 zullen de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg nader worden toegelicht en komt naar voren welke achtergrond-variabelen worden opgenomen in het onderzoek.

Het ServQual model ligt ten grondslag aan de opzet van het onderzoek. Voor de uitvoering van het onderzoek is echter gekozen voor een model dat is afgeleid van het ServQual model, namelijk het ServPerf model. Dit model voor Service Performance (Cronin & Taylor, 1994) is vergelijkbaar met het ServQual model, alleen beperkt het zich tot de ervaringen van de patiënt met de zorgverlening. De verwachtingen worden hierbij dus buiten beschouwing gelaten. Cronin en Taylor argumenteren dat, als de ervaren kwaliteit van zorg gelijk is aan de attitude, zoals naar voren komt in onderzoek van Parasuraman, Zeithaml en Berry (1988), de operationalisatie beter kan worden gerepresenteerd door een op attitude gebaseerde conceptualisatie. Hierdoor kan de schaal met verwachtingen dus verwijderd worden. In toetsen blijkt ook de inhoudsvaliditeit groter te zijn bij gebruik van het ServPerf model (Cronin & Taylor, 1994).

Inmiddels is in meerdere onderzoeken (McAlexander, Kaldenberg & Koenig, 1994; Brady, Cronin & Brand, 2002) het bewijs geleverd voor het gelijk van Cronin en Taylor. Het ServPerf model blijkt ook in deze onderzoeken het beste te functioneren om de kwaliteit van een dienst te meten. In het onderzoek van McAlexander, Kaldenberg en Koenig werd ook de specifieke toepasbaarheid van het model in de gezondheidszorg bewezen.

2.7 Onderzoeksmodel

In figuur 2.3 is het gehanteerde onderzoeksmodel visueel weergegeven.



Figuur 2.3

Het onderzoeksmodel

In het onderzoeksmodel staan de vijf dimensies van kwaliteit van zorg centraal. Aan de hand van deze dimensies wordt een beeld verkregen van de kwaliteit van zorg zoals deze wordt ervaren door de patiënt. Aan deze vijf dimensies van kwaliteit van zorg is een zesde dimensie toegevoegd: Innovatieve zorg. Deze dimensie meet de mening van de patiënt over de veranderde wachttijden die de komst van het Centrum voor mammacare met zich mee heeft gebracht. Samen geven deze zes dimensies ons een beeld over de kwaliteit van zorg zoals deze door de patiënt wordt ervaren. De dimensies zullen in de volgende paragraaf gedefinieerd en nader toegelicht worden, waar mogelijk specifiek toegespitst op borstkankerpatiënten.

Naast deze zes dimensies, zal de invloed van twee andere factoren gemeten worden. Als eerste komen de klinische variabelen aan bod. Hiervoor wordt gekeken naar de aard van de afwijking die bij de patiënt is geconstateerd en de behandeling die de patiënt heeft ondergaan. Gemeten zal worden in welke mate deze variabelen van invloed zijn op de patiënttevredenheid. In eerste instantie is de behandeling afhankelijk van de aard van de afwijking, maar ook bij dezelfde diagnose heeft de patiënt vaak keuze uit meerdere behandelingen. Duidelijk zal worden of de keuze voor een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld een borstsparende operatie of een borstamputatie, van invloed is op de patiënttevredenheid. Naast deze twee variabelen wordt ook gekeken naar de huidige kwaliteit van leven. Het gaat hier om de huidige kwaliteit van leven die de patiënt ervaart en deze variabele is opgesplitst in de fysieke gezondheid en de mentale gezondheid. Ook deze variabelen kunnen worden

beïnvloed door de aard van de afwijking en het type behandeling. De invloed van deze variabelen op de patiënttevredenheid zal worden gemeten.

De tweede factor die in het onderzoeksmodel naar voren komt is de factor 'demografische variabelen'. Hierbij wordt de invloed van de verschillende demografische variabelen, namelijk leeftijd, opleidingsniveau, woon- en werksituatie, op de patiënttevredenheid en de ervaren kwaliteit van zorg gemeten.

Naast de directe invloed van de verschillende factoren op de patiënttevredenheid, zal ook worden gekeken naar de indirecte invloed die de factoren eventueel hebben. Dit in tegenstelling tot veel andere onderzoeken, waarin slechts de directe invloed van belang wordt geacht. Zo is het mogelijk dat de klinische variabelen van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van zorg en ook is een verband tussen de demografische variabelen en de klinische variabelen niet ondenkbaar. Analyses zullen dit moeten uitwijzen.

2.8 De factoren uit het model nader toegelicht

In deze paragraaf zullen de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg nader worden toegelicht aan de hand van een literatuurstudie. Allereerst zal een definitie van de dimensie worden gegeven. Vervolgens zal de specifieke rol van de betreffende dimensie bij de tevredenheid van patiënten met borstkanker aan bod komen. Deze paragraaf zal de basis vormen voor de vragenlijst die gebruikt zal worden in het onderzoek.

Ter voorkoming van onduidelijkheden zal ook de Engelse term, zoals deze in de literatuur gebruikt wordt, vermeld worden.

Tastbaarheden (Tangibles)

Onder 'tastbaarheden' worden de aanwezige faciliteiten verstaan. Hieronder vallen bijvoorbeeld de mensen, materialen en gebouwen van een organisatie.

Er is weinig bekend over de invloed van de dimensie 'tastbaarheden' op de patiënttevredenheid. Wel komt in onderzoek van Winkel (1986) naar voren dat de fysieke omgeving, vooral wanneer deze druk en lawaaiërig is en er weinig privacy is, kan bijdragen aan stress. Ruimtes waar de patiënt binnen het Centrum voor mammacare mee in aanraking komt, zijn de spreek- behandel- en wachtkamers. De dimensie 'tastbaarheden' bestaat naast de fysieke omgeving uit het voorlichtingsmateriaal. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vooral goed voorlichtingsmateriaal belangrijk vinden en dan met name geschreven voorlichtingsmateriaal (Doyle & Stanton, 2002). Het Centrum voor mammacare beschikt over een breed scala aan voorlichtingsmateriaal.

Onderdeel van het voorlichtingsmateriaal van het Centrum voor mammacare is ook een website, waar het Centrum voor mammacare veel aandacht aan besteedt. Patiënten vinden het belangrijk dat een website informatie biedt, zodat zij alles thuis nog eens rustig kunnen nalezen. In de toekomst zullen websites van gezondheidsorganisaties ook steeds meer gebruikt worden voor peersupport, maar de rol hiervan is op dit moment nog niet duidelijk. Onduidelijk is ook de rol van een goede website bij de tevredenheid van de patiënt over de zorginstelling (Winefield et al, 1994).

Betrouwbaarheid (Reliability)

'Betrouwbaarheid' is in dit verband het vermogen van de organisatie om een dienst/zorg daadwerkelijk en accuraat uit te voeren. In de literatuur blijkt vaak dat betrouwbaarheid de meest krachtige voorspeller van patiënttevredenheid is (Mowen et al, 1993).

Ook in dit onderzoek wordt verwacht dat betrouwbaarheid erg belangrijk is voor de patiënt. De mate waarin de patiënt de zorgverlener betrouwbaar acht blijkt bijvoorbeeld essentieel voor de patiënt-zorgverlener relatie (Rodwin, 1993). De moeite die een arts doet om problemen van de patiënt op te lossen zou hierin een pijler kunnen zijn. Ook wordt gekeken of de patiënt de kennis van de zorgverlener toereikend acht en komt aan bod of de zorgverleners zich aan hun afspraken houden.

Een patiënt heeft bepaalde verwachtingen van zorg, wanneer zij daarmee in aanraking komt. Wanneer aan deze verwachtingen niet voldaan wordt, kan de betrouwbaarheid in het geding komen (Harteloh & Casparie, 1998).

Responsiviteit (Responsiveness)

'Responsiviteit' wordt gezien als de bereidwilligheid om klanten te helpen en snel een dienst te verlenen.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaak moeilijkheden ervaren bij de communicatie met zorgverleners (Pruyn, 1983). Patiënten die wel tevreden zijn over deze communicatie, ervaren vaak minder angst en depressie (Fallowfield, Hall & Maguire, 1990), betere aanpassing aan de behandeling en reductie van onzekerheid (Blanchard et al, 1988). Mede hierdoor ervaren zij een hogere mate van patiënttevredenheid en een betere kwaliteit van leven (Ong et al. 2000; Cooper-Patrick et al, 1999).

Juist bij een ziekte als borstkanker, waarbij zoveel verschillende behandelingsmogelijkheden zijn en de onzekerheid ontzettend groot is, is het van belang dat de patiënt goed en volledig geïnformeerd wordt. Echter, ook juist bij een ziekte als borstkanker is de communicatie tussen en met zorgverleners vaak complex. Vaak wordt de patiënt, gelijktijdig of na elkaar, behandeld door verschillende zorgverleners (shared care). De zorgverleners zullen elkaar en de patiënt dat ook goed op de hoogte moeten houden van de juiste informatie betreffende het verloop van de behandeling. Onderzoek wijst uit dat patiënten vaak ontevreden zijn met de aangeboden informatie (Hall & Dornan, 1990; Fallowfield, Baum & Maguire, 1986; Rees & Bath, 2000). De Haes et al. (1999) benadrukken dat de arts zijn patiënten in ieder geval informatie moet verstrekken omtrent de ziekte, onderzoeksuitslagen en behandelingsmogelijkheden. Sinds 1995 is dit ook wettelijk vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wet verplicht artsen om patiënten volledig en juist te informeren over de aard van hun ziekte, de behandelingsmogelijkheden en de aard daarvan, de risico's waarmee die gepaard gaan en de prognose.

Op het moment van diagnose is de patiënt vaak niet in staat alle informatie te verwerken (Luker, Beaver, & Leinster, 1996). Het is mede hierdoor van groot belang dat de informatie niet alleen mondeling, maar ook op schrift verstrekt wordt. Dit kan bijvoorbeeld door middel van folders, zoals het in het Centrum voor mammacare gebeurt. Onderzoek van Griffiths & Leek (1995) laat zien dat

geschreven informatie het meest effectief is. Lowry (1995) voegt hieraan toe dat de geschreven informatie moet bouwen op wat de patiënt al weet. Voorlichtingsmateriaal kan beter geen nieuwe informatie introduceren, in het bijzonder wanneer er sprake is van een emotioneel onderwerp als kanker. Cortis & Lacey (1996) ondersteunen dit. Tevens komt naar voren dat de bereidheid van de arts om de patiënt goed en uitgebreid te helpen van belang is. De patiënt moet het gevoel hebben dat er tijd voor haar wordt genomen (Bonnema et al, 1998).

Een van de veranderingen die de komst van het Centrum voor mammacare met zich meebracht is een verkorting van de verpleegduur. Patiënten kunnen na een operatie veel sneller naar huis. In het Centrum voor mammacare is de verpleegduur voor patiënten die een borstsparende operatie ondergaan teruggebracht van gemiddeld 9 naar 5,5 dagen en voor een borstamputatie is de verpleegduur teruggebracht van 9,2 naar 4,9 dagen. Onderzoek wijst uit dat het medisch verantwoord is (Goodman & Mendez, 1994) en dat het goed wordt ontvangen door patiënten. Het biedt meer mogelijkheid voor sociale steun binnen de familie (Bonnema et al, 1998). Herstel in de eigen omgeving van de patiënt kan resulteren in betere psychosociale aanpassing dankzij de grotere mate van comfort, controle en onafhankelijkheid die de patiënt ervaart en door betere interactie tussen familieleden (Kambouris, 1996). Een studie naar de psychosociale effecten van vroeg ontslag wijst uit dat als de patiënt zelf mag kiezen, zij kiest om eerder naar huis te gaan (Boman et al, 1993). Een punt van aandacht hierbij is de nazorg. De mogelijkheid bestaat dat de patiënt meer waarde gaat hechten aan deze nazorg, wanneer er vroeg ontslag plaatsvindt.

In het Centrum voor mammacare is het logistiek gezien onmogelijk de patiënt een arts te laten kiezen. Niet alleen heeft de patiënt geen keuze voor een arts, ook zal zij gedurende het proces vaak in aanraking komen met veel verschillende artsen, omdat verkorting van wachttijden wordt verkozen boven de keuze van een vaste arts voor de patiënt. In dit onderzoek zal inzicht verkregen worden in hoe de patiënt hier tegenover staat.

Zekerheid (Assurance)

'Zekerheid' staat in deze context voor de kennis en beleefdheid van de zorgverleners en de mate waarin zij in staat zijn vertrouwen over te brengen. Na betrouwbaarheid blijkt 'zekerheid' de meest belangrijke voorspeller van kwaliteit te zijn (Mowen et al, 1993). In onderzoek van Havermans et al (2006) bleek de dimensie 'zekerheid' zelfs 46% van de patiënttevredenheid te voorspellen.

Het is van belang dat de patiënt wordt betrokken bij de keuze voor een behandeling (Ashcroft et al, 1985; Fallowfield, et al. 1990; Morris en Ingham, 1988). Onderzoek wijst uit dat patiënten die kunnen meebeslissen over hun eigen behandeling, meer tevreden zijn met de hen aangeboden zorg (Stewart, 1995), zich beter houden aan behandelingsvoorschriften (Haynes, McKibbon & Kanani, 1996) en een betere kwaliteit van leven ervaren dan degenen die geen inbreng in hun behandeling hebben (Stewart, 1995; Fallowfield, 1997). Het is hierbij van belang dat het medisch personeel tracht de patiënt vertrouwen in zijn eigen kunnen te geven. Dit bevordert de discussie tussen arts en patiënt en kan op deze manier indirect de patiënttevredenheid beïnvloeden (Thind en Maly, 2006). Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat vrouwen naar mate ze ouder worden vaak minder

behoefte hebben mee te beslissen over de te volgen behandeling (Petrisek & Laliberte, 1997). Het is dan ook van belang in te spelen op de mate waarin de patiënt betrokken wil worden in dit proces. Wanneer dit gebeurt kan dit een gunstig effect hebben op de patiënttevredenheid.

De mate waarin de patiënt zich veilig voelt bij de zorgverlener is van invloed op het vertrouwen van de patiënt. In een onderzoek van het FIGO Committee (2006), dat specifiek op vrouwen gericht was, bleek dat juist vrouwen een gevoel van veiligheid erg belangrijk vinden.

Een ander belangrijk punt dat bij deze dimensie naar voren komt is de houding die het personeel aanneemt ten opzichte van de patiënt. Dit punt staat op het moment volop in belangstelling van de media. Kadner (1994) deed onderzoek naar de vriendelijkheid van verpleegkundigen. Hieruit komt naar voren dat de patiënt de verpleegkundige eerder beoordeelt op hoe aardig of vriendelijk de verpleegkundige is, dan dat ze kijkt naar de technische kwaliteit van de zorg die haar wordt aangeboden door deze verpleegkundige. Ook in andere onderzoeken komt naar voren dat het voor de zorgverlener-patiënt relatie van belang is dat zorgverleners vriendelijk zijn (Stimson et al, 1976).

De ontwikkeling dat de patiënt de voorlopige diagnose dezelfde dag te horen krijgt zou de zekerheid moeten bevorderen en ook de verkorting van de verpleegduur zou naast geldbesparend, vooral positief voor de gesteldheid van de patiënt zelf moeten zijn. Of de patiënt deze ontwikkelingen zelf ook als positief ervaart, zal dit onderzoek uitwijzen.

In het Centrum voor mammacare heeft de patiënt met veel verschillende zorgverleners te maken, in eerste instantie heeft zij vooral te maken met de behandelend arts en de mammacare-verpleegkundige. Daarnaast komt zij in contact met de afdeling Radiologie. Op verzoek van de initiatiefnemers van het onderzoek zullen er ook een aantal vragen over deze afdeling worden opgenomen.

Zorgzaamheid (Empathy)

Bij 'zorgzaamheid' draait het om de invoelende aandacht die aan de patiënt als persoon wordt besteed. Dit bepaalt vooral de relationele kwaliteit van de zorg.

Psychosociale steun en betrokkenheid van zorgverleners zijn voor patiënten vaak ontzettend belangrijk (Neuling & Winefield, 1988), het helpt de patiënt onder andere de ziekte beter te accepteren (Bloom, 1982). In het Centrum voor mammacare is de mammacareverpleegkundige de vertrouwenspersoon gedurende het hele proces en zij is zich ervan bewust dat zij deze belangrijke sociale rol vervult voor de patiënt. Dit onderzoek moet uitwijzen of de patiënt dit ook zo ervaart. De mammacareverpleegkundige heeft een spilfunctie in het sociale proces, dit betekent echter niet dat de patiënt geen sociale betrokkenheid van andere zorgverleners mag verwachten.

Innovatieve zorg

De dimensie 'innovatieve zorg' is van origine geen dimensie van kwaliteit van zorg, maar zoals eerder naar voren kwam in dit onderzoek als zesde dimensie toegevoegd. De komst van het Centrum voor mammacare heeft, zoals eerder genoemd, een aantal veranderingen met zich meegebracht. Eén van

deze veranderingen is de verkorting van wachttijden. De patiënt hoeft minder lang op uitslagen te wachten en kan, nadat de uitslag binnen is, sneller worden behandeld. De initiatiefnemers voor het patiënttevredenheidsonderzoek hebben vanaf het begin aangegeven geïnteresseerd te zijn in de mening van de patiënt over deze wachttijden. Hier zal dan ook aandacht voor zijn in de vragenlijst.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven van de patiënt blijkt van invloed op de mate waarin de patiënt tevreden is. Zowel de mentale als de fysieke gezondheid van de patiënt spelen hierin mee. De actuele fysieke gezondheid van de patiënt is van invloed op de mate waarin zij tevreden is (Jackson et al, 2001; Williams & Calnan, 1991; Covinsky et al, 1988) en onderzoek laat tevens een verband zien tussen de mentale gezondheid van de patiënt en de mate van tevredenheid (Neuling en Winefield, 1988; Wyshak & Barsky, 1995).

Demografische variabelen

Een meta-analyse van Hall & Dornan (1990) laat zien dat de directe invloed van verschillende achtergrondvariabelen op patiënttevredenheid veelvuldig is aangetoond (Jackson et al, 2001; Larsen & Rootman, 1976; Henley & Davis, 1967; Siminoff et al, 2006; Graling & Grant, 1995).

Meerdere studies suggereren dat leeftijd van invloed is op patiënttevredenheid. Onderzoek (Jackson et al, 2001; Larsen & Rootman, 1976; Henley & Davis, 1967; Hall & Dornan, 1990) laat zien dat oudere patiënten vaker tevreden zijn over de geboden zorg dan jongere patiënten. Eén van de redenen die zij hiervoor aandragen is dat oudere mensen de diagnose borstkanker makkelijker accepteren. Jongere vrouwen ervaren vaak meer affectief leed en zij gebruiken een minder adaptieve manier van coping (Compas et al, 1999). Daarnaast blijkt dat jongere vrouwen meer onbevredigde behoeften en onbehagen ervaren. Psychische en fysieke malaise hebben op deze leeftijd een grotere invloed op de manier waarop zij functioneren in sociale rollen (Baider et al, 2002).

Het opleidingsniveau van de patiënt blijkt van invloed te zijn op de communicatie tussen arts en patiënt (Siminoff et al, 2006) en daarnaast ook op de keuze voor een behandeling (Graling & Grant, 1995). Patiënten met een hoger opleidingsniveau ervaren minder problemen in de communicatie met hun arts. Hall en Dornan (1990) laten een verband zien tussen patiënttevredenheid en opleidingsniveau. Patiënten met een lager opleidingsniveau zijn over het algemeen meer tevreden dan patiënten met een hoger opleidingsniveau. Dit is opmerkelijk gezien de communicatie juist moeizamer verloopt tussen patiënten met een lager opleidingsniveau en hun arts.

Het Centrum voor mammacare heeft in 2006 slechts twee mannen gezien. Er zal niet naar geslacht gevraagd worden, omdat hier vanwege het kleine aantal mannen geen uitspraken over gedaan kunnen worden.

2.9 Onderzoeksvragen

Ten behoeve van het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

'In welke mate zijn de patiënten van het Centrum voor mammacare van het Medisch Spectrum Twente tevreden over de hen aangeboden zorg?'

Om een nauwkeuriger beeld te krijgen van deze tevredenheid zal ten eerste een blik worden geworpen op de tevredenheid met betrekking tot de individuele items. De vraag die hiertoe geformuleerd is luidt als volgt:

'Hoe beoordelen patiënten van het Centrum voor mammacare de kwaliteit van zorg op de vijf dimensies?'

Niet alleen de tevredenheid met betrekking tot de individuele items is van belang, ook de dimensies van kwaliteit van zorg zelf komen naar voren. Alleen wanneer de organisatie meer zicht heeft op de rol van deze dimensies bij de beeldvorming van de patiënt over het Centrum voor mammacare, kan zij hier in de toekomst op inspelen. Om meer zicht te krijgen op de rol van deze dimensies van kwaliteit van zorg, zal de invloed van iedere dimensie op de patiënttevredenheid gemeten worden. Hiertoe is de volgende deelvraag opgesteld:

- In welke mate zijn de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg gerelateerd aan de patiënttevredenheid?

Hiernaast zal de relatie van de overige vier factoren uit het onderzoeksmodel met patiënttevredenheid onderzocht worden. Hiervoor zijn een aantal deelvragen opgesteld:

- In welke mate is de aard van de vastgestelde afwijking gerelateerd aan de patiënttevredenheid?

- In welke mate is het type behandeling dat een patiënt heeft ondergaan gerelateerd aan haar tevredenheid?

- In welke mate is de huidige kwaliteit van leven van de patiënt gerelateerd aan haar tevredenheid?

- In welke mate zijn de verschillende demografische variabelen gerelateerd aan de tevredenheid van een patiënt?

3. Methode

In dit hoofdstuk zal de opzet van het onderzoek worden beschreven. Allereerst zal een verantwoording worden gegeven voor de gekozen methode, vervolgens zal de uitvoering van het onderzoek worden besproken. Tot slot zal een blik worden geworpen op de data-analyse en zal het analyseplan worden besproken.

3.1 Verantwoording gekozen methode

Bij de uitvoering van een patiënttevredenheidsonderzoek kunnen meerdere wegen in worden geslagen. Er dient een keuze gemaakt te worden voor kwalitatief of kwantitatief onderzoek, of voor een combinatie van beiden. In dit specifieke onderzoek is er voor gekozen een kwantitatieve onderzoeksmethode te hanteren. Dit vanwege twee redenen. De eerste reden is dat er de behoefte bestaat om het onderzoek eventueel periodiek te gaan uitvoeren en op basis hiervan vergelijkingen te maken. De tweede reden is voor de hand liggend, namelijk dat een kwantitatief onderzoek vaak een hogere betrouwbaarheid met zich meebrengt.

Er is gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst. Er zijn twee redenen waarom er is gekozen voor schriftelijke afname van een vragenlijst. Ten eerste is er slechts een gemiddelde mate van betrokkenheid van de respondenten nodig om de vragenlijst in te vullen. Een geringe betrokkenheid onder de respondenten zou de motivatie om aan een uitgebreid en diepgaand onderzoek mee te werken sterk kunnen bemoeilijken. Een vragenlijst is bij de meeste mensen een bekende onderzoeksmethode, waarvan men de benodigde tijd redelijk kan inschatten en waarbij relatief weinig inspanning vereist is.

Ten tweede was er in deze onderzoekssituatie een relatief grote onderzoekspopulatie aanwezig, wat de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede komt (Baarda & Goede, 1999; Van Riel, Stroeker & Maathuis, 1998).

3.2 Procedure

Het Centrum voor mammacare bestaat reeds anderhalf jaar. Er is in dit onderzoek geëvalueerd hoe patiënten de zorg ervaren. Aan de hand van praktijkervaringen in het Centrum voor mammacare en de literatuurstudie, is een vragenlijst opgesteld.

De vragenlijst is tijdens een pretest voorgelegd aan 5 patiënten. Tijdens het invullen van de vragenlijst werd gebruik gemaakt van de hardopdenkmethode, zodat een beeld werd verkregen van praktische problemen die de respondent bij het invullen ondervond. Na enkele kleine aanpassingen is de vragenlijst verstuurd naar alle 521 patiënten die in 2006 gezien zijn. De vragenlijst is in zijn geheel terug te vinden in bijlage 1.

De aanbiedingsbrief (zie bijlage 2) is ondertekend door Dr. Joost Klaase, oncologisch chirurg, en Dhr. Abbink, projectleider van het Centrum voor mammacare, zij benadrukten in deze aanbiedingsbrief het belang van de vragenlijst en hierbij kwam ook het directe belang dat de patiënt had bij het invullen van de vragenlijst naar voren. Patiënten van het Centrum voor mammacare hebben immers vaak een

langdurige relatie met het centrum, omdat zij vaak nog jaren moeten terugkomen voor de follow up en het is dan ook in hun belang dat de zorg wordt geoptimaliseerd. Ter verkleining van de drempel om de vragenlijst terug te sturen is gebruik gemaakt van een antwoordnummer en is de respondent duidelijk gemaakt dat het niet nodig was een postzegel op de, al bijgevoegde, antwoordenvolp te plakken. Na drie weken is naar alle patiënten een herinneringsbrief (zie bijlage 3) gestuurd waarin zij werden bedankt voor deelname en gevraagd werden de vragenlijst alsnog terug te sturen wanneer zij dit nog niet hadden gedaan.

3.3 Respondenten

Het Medisch Spectrum Twente beschikt over een database waarin alle persoonsgegevens, vergezeld van de actuele gezondheidssituatie van een patiënt, verwerkt zijn. Deze database is gebruikt voor het adresseren van de vragenlijsten. De vragenlijst is verstuurd naar alle patiënten die in 2006 door het Centrum voor mammacare zijn gezien. Drie van deze patiënten zijn inmiddels overleden, aan hen is uiteraard geen vragenlijst verstuurd. Er bleven 521 beoogde respondenten over ($n=521$). Alle vragenlijsten zijn anoniem ingevuld.

Naar aanleiding van de eerste brief werden twee vragenlijsten terug gestuurd met een begeleidend schrijven dat de patiënt inmiddels was overleden. Ook bleek in drie gevallen de patiënt niet meer op het adres te wonen. De herinneringsbrief werd dan ook verstuurd aan 516 beoogde respondenten. Van deze beoogde respondenten stuurden 297 respondenten de vragenlijst terug. Hiervan waren 26 vragenlijsten (8.8%) niet bruikbaar doordat zij te onvolledig waren ingevuld. Dit bracht de uiteindelijke respons op 271 vragenlijsten (52.5%).

In de vragenlijst is een tweedeling gemaakt tussen patiënten die wel en niet behandeld zijn in het Centrum voor mammacare. Een aantal patiënten is immers alleen gediagnosticeerd en verder niet behandeld, omdat er niets werd gevonden, of omdat de gevonden afwijking niet kon of hoefde worden behandeld. Dit kan het geval zijn bij een cyste, of een niet operabele goedaardige tumor. Beide groepen hebben dezelfde vragenlijst ontvangen, alleen hoefde deze tweede groep een aantal vragen niet in te vullen.

3.4 Operationalisering instrument

Het ServPerf model (Cronin & Taylor, 1994) heeft de basis gevormd voor de vragenlijst. Het model is opgebouwd uit vijf dimensies: 'taastbaarheden', 'betrouwbaarheid', 'responsiviteit', 'zekerheid' en 'zorgzaamheid'. Na literatuurstudie bleek dat al deze dimensies behouden konden worden. Tevens is de dimensie 'innovatieve zorg' toegevoegd. In de literatuurstudie kwamen bij elk van de dimensies vragen naar boven, welke samen met vragen die in de praktijk naar voren kwamen de uiteindelijke items voor de vragenlijst vormden (zie tabel 3.1).

Er is gebruik gemaakt van een vijfpunts Likertschaal. Hiermee is de onderzoeksmethode van Babakus en Mangold (1991) gevolgd, ook zij gebruikten de vijfpunts Likertschaal, omdat dit overzichtelijk 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 mening van de patiënt. De scores op de vragen zijn gemiddeld om een oordeel te kunnen geven over hoe goed of slecht er op een item gescoord is.

De vragenlijst is opgebouwd uit drie delen: In het eerste deel van de vragenlijst is de mening van de respondenten over de dimensies van kwaliteit van zorg gemeten. Het tweede deel van de vragenlijst betrof achtergrondinformatie over de respondent. In dit gedeelte kwamen vragen betreffende de klinische en demografische variabelen naar voren. Het derde deel van de vragenlijst betrof de patiënttevredenheid. Afsluitend had de respondent de mogelijkheid opmerkingen te plaatsen.

Er zal nu dieper in worden gegaan op de inhoud van de vragenlijst.

Dimensies van kwaliteit van zorg

In het eerste deel van de vragenlijst is door middel van 31 vragen beter inzicht gekregen in de mening van de respondent betreffende de dimensies van kwaliteit van zorg. De laatste 11 vragen konden alleen worden beantwoord door patiënten die ook daadwerkelijk in het Centrum voor mammacare behandeld waren.

De vragen zijn opgesteld met behulp van een literatuurstudie en ervaringen uit de veldstudie. In paragraaf 2.8 wordt nader ingegaan op de literatuurstudie, waarin bij iedere dimensie vragen naar voren komen. De vragen staan in een schematisch overzicht dat te vinden is in tabel 3.1

Allereerst de dimensie 'tastbaarheden', welke uit vijf items bestond. Deze dimensie is opgesplitst in fysieke omgeving en voorlichtingsmateriaal. Bij de fysieke omgeving werd de mening van de respondent betreffende de bereikbaarheid van het Centrum voor mammacare gemeten. Daarnaast werd het oordeel van de respondent gevraagd over de verschillende ruimtes van het Centrum voor mammacare, namelijk de behandel-/ spreek-/ en wachtkamers. Bij het voorlichtingsmateriaal werd een oordeel over de folders en de website van het Centrum voor mammacare gevraagd.

De dimensie 'betrouwbaarheid' bestond uit vier items. Hierin kwam de kennis van het personeel naar voren, maar ook de moeite die het personeel volgens de respondent deed om haar problemen op te lossen werd hier gemeten. De respondent moest beoordelen of het personeel zich aan gemaakte afspraken hield en ook werd gemeten of de zorg volgens de respondent aan haar verwachtingen voldeed.

De dimensie 'responsiviteit' bestond uit zeven items. Als eerste is gevraagd of het personeel altijd bereid was de patiënt te helpen. Ook kwam hier de tevredenheid met de verkregen informatie naar voren. Gevraagd werd naar informatie betreffende de aard van de ziekte, de behandelingsmogelijkheden, de risico's van diverse behandelingen en het verloop van de ziekte. Er werd gevraagd of de respondent naar haar mening voldoende nazorg heeft ontvangen en afsluitend werd gevraagd naar de mening van de respondenten betreffende het niet kunnen kiezen van de arts.

De grootste dimensie was 'zekerheid', welke uit negen items bestond. Allereerst is gevraagd of het personeel vriendelijk was en in welke mate het personeel de patiënt een veilig gevoel gaf. Vervolgens zijn een aantal vragen gesteld over het personeel van de afdeling Radiologie. Hierbij is gevraagd hoe vriendelijk en geruststellend dit personeel was volgens de respondent, in welke mate de patiënt uitleg kreeg over wat zij kon verwachten en of het personeel op de afdeling Radiologie betrokken was. Ook

is er gevraagd of de patiënt betrokken is bij het nemen van keuzes betreffende haar behandeling. Tot slot werd in deze dimensie gevraagd hoe prettig de respondent het vond dat zij de voorlopige diagnose dezelfde dag te horen kreeg en dat zij na de operatie snel naar huis kon.

De dimensie 'zorgzaamheid' bestond uit vier items. Hierin werd gevraagd naar de persoonlijke aandacht en psychische steun die de respondent heeft ontvangen, maar ook naar de betrokkenheid van de artsen. Afsluitend is hier gevraagd naar de mate waarin de respondent de mammacare-verpleegkundige heeft ervaren als een vertrouwenspersoon.

De zesde en laatste dimensie is innovatieve zorg, waarin slechts twee items gemeten werden. De respondent werd hierin gevraagd naar haar mening betreffende de wachttijden in het Centrum voor mammacare. Het gaat hier om de wachttijden op uitslagen en behandelingen.

Klinische variabelen

In deel twee kwamen enkele klinische variabelen aan bod. Er is gevraagd naar de aard van de afwijking, het type behandeling dat is ondergaan en de huidige kwaliteit van leven zoals de respondent deze ondervindt. Om de ervaren kwaliteit van leven te meten, zal gebruik worden gemaakt van de Short Form General Health Survey 12 (SF12) (Stewart et al, 1988; Stewart & Ware, 1992). Deze korte versie van de originele General Health Survey en afgeleidde van de RAND Health Insurance Study Questionnaire (RAND Health Science Program, 1992; Hays et al, 1993) is veelbelovend, omdat hij de acht dimensies van gezondheid (fysiek functioneren, fysieke rol, lichamelijke pijn, algemene gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, emotionele rol en mentale gezondheid) bevraagt en daarnaast compact is, zodat de vragenlijst niet te lang wordt, waardoor de respondent ervan weerhouden zou kunnen worden om de vragenlijst in te vullen.

Demografische variabelen

Ook kwamen in deel twee van de vragenlijst, vragen met betrekking tot een aantal demografische variabelen aan bod. Er is gevraagd naar de leeftijd van de respondent, haar opleidingsniveau en de woon- en werksituatie waarin zij zich momenteel bevindt.

Patiënttevredenheid

In deel drie is de patiënttevredenheid gemeten. Hiervoor is gevraagd naar het algemeen oordeel van de respondenten over het centrum voor mammacare. De respondent kon hierbij een cijfer van 1 tot 10 geven.

In tabel 3.1 is ter verduidelijking van hetgeen hierboven besproken is een schematisch overzicht opgenomen met daarin naast de achtergrondvariabelen, ook de dimensies van kwaliteit van zorg en de verschillende vragen die per dimensie gesteld zijn. De volgorde waarin de vragen aan bod kwamen is gewijzigd met als doel de vragenlijst voor de respondent zo overzichtelijk en logisch mogelijk te maken.

Tabel 3.1

Constructen vragenlijst met bijbehorende items

SERVQUAL dimensies

Tastbaarheden 5 items

Fysieke omgeving 3 items

Het Centrum voor mammacare is goed bereikbaar in het ziekenhuis

De behandel- en spreekkamers van het Centrum voor mammacare ervaar ik als prettig

De wachtruimtes van het Centrum voor mammacare ervaar ik als prettig

Voorlichtingsmateriaal 2 items

De folders van het Centrum voor mammacare zien er goed uit

De website van het Centrum voor mammacare (www.mstwente.nl/mammacare) ziet er goed uit

Betrouwbaarheid 4 items

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft alle kennis in huis om mij goed te kunnen helpen

Het personeel van het Centrum voor mammacare deed moeite om mijn problemen op te lossen

Het personeel van het Centrum voor mammacare hield zich aan de met mij gemaakte afspraken

De zorg die ik van het personeel van het Centrum voor mammacare heb ontvangen, voldeed aan mijn verwachtingen

Responsiviteit 7 items

Het personeel van het Centrum voor mammacare was altijd bereid mij te helpen

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de aard van mijn ziekte

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de behandelingsmogelijkheden

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de risico's van de diverse behandelingen

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij zo goed als mogelijk getracht te informeren over het verloop van mijn ziekte

Het Centrum voor mammacare heeft mij voldoende nazorg geboden

Dat ik mijn behandelend arts niet zelf kon kiezen heb ik als onprettig ervaren (recoded)

Zekerheid 9 items

Het personeel van het Centrum voor mammacare was vriendelijk tegen mij

Het personeel van het Centrum voor mammacare gaf mij een veilig gevoel

Het personeel op de afdeling Radiologie was vriendelijk tegen mij

Het personeel op de afdeling Radiologie stelde mij gerust

Het personeel op de afdeling Radiologie gaf mij uitleg over wat ik kon verwachten

Het personeel van de afdeling Radiologie toonde zich betrokken bij mij

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij betrokken bij het nemen van beslissingen omtrent mijn behandeling

Het was prettig, dat ik de voorlopige diagnose dezelfde dag nog te horen kreeg

Het was prettig dat ik na de operatie snel naar huis kon

Zorgzaamheid 4 items

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven

De mammacareverpleegkundige was voor mij een vertrouwenspersoon waarbij ik altijd terecht kon met vragen en problemen

De artsen van het Centrum voor mammacare toonden zich betrokken bij mijn welzijn

Het personeel van het Centrum voor mammacare gaf mij voldoende psychische steun

Innovatieve zorg 2 items

De tijd die tussen de onderzoeken of behandeling en de definitieve uitslagen zat, vond ik acceptabel

De tijd die tussen de diagnose en de behandeling zat, vond ik acceptabel

Demografische variabelen 4 items

Leeftijd

Opleidingsniveau

Woonsituatie

Werksituatie

Klinische variabelen

Kwaliteit van leven (SF12) 12 items

Datum eerste consult

Aard van de afwijking

Type behandeling

Patiënttevredenheid

Ik geef het Centrum voor mammacare een ... (1 t/m 10)

3.5 Analyse

De verkregen gegevens en informatie zijn ingevoerd in SPSS 12.0 en vervolgens zijn verscheidene analyses uitgevoerd. Resultaten hiervan zijn te lezen in het hoofdstuk 4.

Allereerst zijn een aantal frequentieanalyses uitgevoerd, met als doel een beter beeld van de respondenten te krijgen. Aan de hand hiervan is een beschrijving van de respondenten gemaakt. Hierbij zijn een aantal variabelen gehercodeerd. De variabele leeftijd heeft 5 categorieën gekregen: jonger dan 40, 41-50, 51-60, 61-70 en ouder dan 70. De variabele opleidingsniveau is onderverdeeld in 3 categorieën: lager opleidingsniveau, voor respondenten die lager onderwijs, lager voortgezet onderwijs of lager beroepsonderwijs hebben genoten. Gemiddeld opleidingsniveau, voor respondenten die middelbaar voortgezet onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs hebben gevolgd en hoger opleidingsniveau, voor respondenten die hoger voortgezet onderwijs, voorbereidend wetenschappelijk onderwijs, hoger beroepsonderwijs of universitair onderwijs hebben gevolgd.

Tot slot zijn de respondenten onderverdeeld per kwartaal waarin zij binnenkwamen in het Centrum voor mammacare.

Met behulp van betrouwbaarheidsanalyses een blik op de Cronbach's Alpha van de constructen geworpen.

Het onderzoek draait om de tevredenheid van de respondenten. Om hier een beter zicht op te krijgen is eerst een frequentieanalyse uitgevoerd om het algemeen oordeel van de respondenten over het Centrum voor mammacare in kaart te brengen. Vervolgens zijn frequentieanalyses uitgevoerd om de tevredenheid per item te analyseren.

Met behulp van correlatieanalyses zijn de relaties tussen patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en de achtergrondvariabelen in kaart gebracht. Hierbij werd ook correlatie met de variabele 'kwaliteit van leven' gemeten. Hiervoor is in de vragenlijst gebruik gemaakt van de SF12-schaal. Analyse van de scores verkregen op deze vragen, gebeurde door middel van een internationaal gehanteerde methode (Ware et al, 2002). Aan de hand van verschillende subschalen kon uiteindelijk zowel de fysieke als de mentale gezondheid in kaart worden gebracht. Onderstaande tabel geeft weer hoe de verschillende schalen samengesteld zijn.

Tabel 3.2

Samenstelling subschalen SF12

SF-12v2 Health Survey Scale	Som van de totale itemwaarden (na hercoderen van items)	Laagste en hoogst mogelijke ruwe scores	Mogelijke ruwe scores
Fysiek functioneren (FF)	Items 7a + 7b	2, 6	4
Fysieke rol (FR)	Items 8a + 8b	2, 10	8
Lichamelijke pijn (LP)	Item 10	1, 5	4
Algemene gezondheid (AG)	Item 6	1, 5	4
Vitaliteit (VT)	Item 11b	1, 5	4
Sociaal functioneren (SF)	Item 12	1, 5	4
Emotionele rol (ER)	Items 9a + 9b	2, 10	8
Mentale gezondheid (MG)	Items 11a + 11c	2, 10	8

Gezien de aard van de data is voor analyse van de variabelen 'aard van de afwijking' en 'type behandeling' is een Kruskal Wallis toets gebruikt om de verschillen te toetsen.

Afsluitend is een regressieanalyse gebruikt om de totale voorspellende waarde van het model te kunnen bepalen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd. Allereerst wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste beschrijvende resultaten, zoals de demografische en klinische variabelen en ook zal de betrouwbaarheid van de dimensies van kwaliteit van zorg worden beoordeeld. Vervolgens wordt gekeken naar de algehele patiënttevredenheid en de bijdrage van de individuele items aan deze patiënttevredenheid.

In paragraaf 4.4 zullen de analyses betreffende de onderlinge relaties in het model besproken worden. Zowel de relaties van de dimensies van kwaliteit van zorg met de afhankelijke variabele patiënttevredenheid als de onderlinge relaties tussen de dimensies zullen aan bod komen. Paragraaf 4.5 geeft een beter beeld van de bijdrage van de dimensies van kwaliteit van zorg aan de patiënttevredenheid. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een analyse van de door respondenten gemaakte opmerkingen.

4.1 Beschrijving respondenten

Zoals ook in tabel 4.1 is te zien, hebben 271 respondenten uit 2006 deelgenomen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 55.6 jaar. Leeftijden liepen uiteen van 18 tot 87 jaar. Het grootste deel van de respondenten was tussen de 51 en 60 jaar. Een derde van de respondenten was jonger dan 50 jaar en ook een derde van de respondenten was ouder dan 60 jaar.

Het grootste deel van de respondenten behoorde tot de categorie lager opleidingsniveau. Ook respondenten met een gemiddeld of hoger opleidingsniveau waren ruim vertegenwoordigd in de vragenlijst.

Het grootste deel van de respondenten leeft samen, namelijk 83.1% van de respondenten.

Veel respondenten, namelijk 39.5%, hebben betaald werk. Slechts een klein deel van de respondenten is op het moment arbeidsongeschikt, werkloos of nog studerend. Ook is 17.5% van de respondenten reeds gepensioneerd. Een derde van de respondenten is verantwoordelijk voor het huishouden.

In aanvulling op de demografische variabelen zullen nu enkele klinische variabelen beschreven worden. Als eerste de aard van de afwijking (zie tabel 4.1). Het grootste deel van de respondenten, namelijk 51.7%, had een maligne tumor. Een aanzienlijk kleiner deel van de respondenten (12.2%) had te maken met een benigne tumor. Bij 14.0% van de respondenten werd een cyste aangetroffen en 9.2% van de respondenten leidde aan het voorstadium van borstkanker, ook wel Dcis genoemd. Een aanzienlijke groep, namelijk 12.9% van de respondenten, had een andere afwijking. Nadere analyse wees uit dat het grootste deel van deze respondenten (94%) geen behandeling heeft ondergaan, waardoor het aannemelijk is dat bij deze groep respondenten geen afwijking is gevonden. Het grootste deel van de respondenten heeft een borstsparende operatie met adjuvante therapie ondergaan. Ook de groep respondenten die een borstamputatie met adjuvante therapie heeft ondergaan is ruim vertegenwoordigd. Een drietal behandelingen zijn slechts door zeer weinig

respondenten ondergaan, dit zijn de borstamputatie zonder adjuvante therapie, het verwijderen van een goedaardige tumor en het leegzuigen van een cyste. Ook hebben slechts 4 respondenten een borstamputatie en borstreconstructie in één operatie ondergaan en heeft slechts 1 respondent alleen adjuvante therapie gekregen. Deze twee groepen zullen door hun kleine omvang worden uitgesloten bij verdere analyse betreffende de behandeling.

De verdeling van de respondenten over de vier kwartalen van 2006 was redelijk gelijk, respectievelijk 24.0%, 25.2%, 21.7% en 29.1%.

Tabel 4.1

Kenmerken van de respondenten

Kenmerken	n				Percentage (%)
<i>Leeftijd (n=270)</i>	<i>m</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	
	55.57	12.35	18	87	
< 40 jaar				26	9.6
41-50 jaar				61	22.6
51-60 jaar				91	33.7
61-70 jaar				59	21.9
71 jaar en ouder				33	12.2
<i>Opleidingsniveau (n=262)</i>					
Laag opleidingsniveau				106	40.5
Gemiddeld opleidingsniveau				91	34.7
Hoger opleidingsniveau				65	24.8
<i>Woonsituatie (n=260)</i>					
Alleenwonend				44	16.9
Woont met partner/kinderen				213	81.9
Woont met ouders				1	0.4
Woont in woongroep				2	0.8
<i>Werksituatie (n=263)</i>					
Betaald werk				104	39.5
Huishouden				78	29.7
Werkeloos				8	3.0
Arbeidsongeschikt				24	9.1
Gepensioneerd				46	17.5
Student(e)				3	1.1
<i>Aard van de afwijking (n=271)</i>					
Maligne tumor				140	51.7
Benigne tumor				33	12.2
Dcis				25	9.2
Cyste				38	14.0
Overige afwijkingen				35	12.9
<i>Type behandeling (n=268)</i>					
Borstamputatie				24	9.0
Borstsparende operatie				10	3.7
Borstamputatie en reconstructie				4	1.5
Borstamputatie met adjuvante therapie				50	18.7
Borstsparende operatie met adjuvante therapie				73	27.2
Enkel adjuvante therapie				1	0.4
Verwijderen goedaardige tumor				26	9.7
Leegzuigen cyste				20	7.5
Geen				60	22.4
<i>Eerste consult in Centrum voor mammacare (n=258)</i>					
1 ^e kwartaal 2006				62	24.0
2 ^e kwartaal 2006				65	25.2
3 ^e kwartaal 2006				56	21.7
4 ^e kwartaal 2006				75	29.1

4.2 Betrouwbaarheid constructen van kwaliteit van zorg

Voorafgaand aan de uitvoering van de inhoudelijke analyses is door middel van betrouwbaarheidsanalyses de betrouwbaarheid van de constructen van kwaliteit van zorg beoordeeld. Wanneer deze betrouwbaarheid laag was werd vervolgens per item gekeken naar de invloed op de betrouwbaarheid van de rest van het construct. Bij de beoordeling of een schaal betrouwbaar was werd als ondergrens een Cronbach's Alpha van .60 aangehouden. Er is echter wel getracht ieder construct op een Alpha van .70 te laten komen, aangezien deze ondergrens veiliger is om te hanteren (Spector, 1992). Er zal per construct een beeld van de betrouwbaarheid worden gegeven. Een schematische weergave van de betrouwbaarheid per construct is terug te vinden in Tabel 4.2

Betrouwbaarheidsanalyses bevestigden het beeld dat de items binnen de constructen onderling een sterke correlatie vertonen. Bij alle constructen is sprake van een acceptabele Cronbach's Alpha (>.60). Het construct 'tastbaarheden' heeft een relatief lage Alpha (.64) en uitsplitsing van dit construct naar fysieke omgeving en voorlichtingsmateriaal leverde geen significant hogere Alpha op. Ook was het weglaten van één of meerdere items geen optie, aangezien dit geen hogere Alpha zou opleveren. Het construct is in verdere analyses dan ook in zijn originele vorm behouden gebleven.

De overige constructen hebben allen een Alpha van .77 of hoger. Dit zijn uitstekende scores en de constructen zijn dan ook behouden gebleven.

Tabel 4.2

Resultaten betrouwbaarheidsanalyses per construct

Constructen	Aantal items	Cronbach's Alpha
Tastbaarheden	5	.64
Betrouwbaarheid	4	.79
Responsiviteit	7	.83
Zekerheid	9	.82
Zorgzaamheid	4	.84
Innovatieve zorg	2	.85

4.3 Patiënttevredenheid

In deze paragraaf zal besproken worden waar het in dit onderzoek eigenlijk om draait: de patiënttevredenheid. Hiervoor wordt in paragraaf 4.3.1 als eerste een blik geworpen op de algehele patiënttevredenheid. Vervolgens komt in paragraaf 4.3.2 de beoordeling van de individuele items aan bod. Op deze manier wordt duidelijk op welke items relatief slecht gescoord is en wat er dus eventueel verbeterd kan worden.

4.3.1 Algehele tevredenheid

De respondenten is gevraagd door middel van een cijfer van één tot tien een algemeen oordeel over het Centrum voor mammacare te geven. In Tabel 4.3 is een schematische weergave van de scores te vinden.

De vraag naar de algehele tevredenheid is door 258 respondenten beantwoord en gemiddeld gaven de respondenten het Centrum voor mammacare een 8.04.

Bijna alle respondenten, namelijk 98%, gaven het Centrum voor mammacare een voldoende. Meer dan driekwart van de respondenten gaf het Centrum voor mammacare zelfs een acht of hoger! Slechts 3.5% van de respondenten gaf een zes en 18.6% beoordeelde het Centrum voor mammacare met een zeven. Vermeld moet worden dat 7.8% van de respondenten het Centrum voor mammacare het hoogst mogelijke cijfer, namelijk een tien, gaf.

Van de ontevreden respondenten gaf 1 respondent het Centrum voor mammacare een drie en 4 respondenten vonden het Centrum voor mammacare slechts een vijf waard.

Tabel 4.3

Algemeen oordeel Centrum voor mammacare

Variabele	m	SD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patiënttevredenheid	8.04	1.04	%	0	0	0.4	0	1.6	3.5	18.6	47.3	20.9	7.8
(n=258)			n	0	0	1	0	4	9	48	122	54	20

4.3.2 Tevredenheid over dimensies van kwaliteit van zorg

De algehele tevredenheid van de respondenten over het Centrum voor mammacare is hoog. Om een beter beeld te krijgen van de verbeterpunten voor het Centrum voor mammacare is het van belang ook de ervaren kwaliteit van zorg per dimensie te analyseren. Hiertoe zijn frequentieanalyses uitgevoerd en tabel 4.4 biedt een schematisch overzicht van de bevindingen per item.

Geen enkel item had een gemiddelde score lager dan 3, wat betekent dat alle dimensies over het algemeen neutraal of positief beoordeeld zijn. Wanneer de gemiddelde score op een item lager dan 4 was, werd dit item gemiddeld niet positief beantwoord en was dit een reden om het item uitvoeriger te bekijken. Per dimensie zullen opvallende items besproken worden.

Tastbaarheden

Binnen deze dimensie viel met name de beoordeling van de behandel-/spreek-/ en wachtkamers op. De behandel-/ en spreekkamers werden gemiddeld beoordeeld met een 3.86 en de wachtkamers met een 3.57. Ook de vraag over het uiterlijk van de website had met 3.80 een relatief lage score. Echter, slechts 1.7% van de respondenten heeft negatief geantwoord op deze vraag. Een groot percentage respondenten (38.7%) heeft neutraal op deze vraag geantwoord.

Betrouwbaarheid

Binnen deze dimensie bevonden zich geen items waarop relatief laag gescoord werd.

Responsiviteit

Een deel van de respondenten (27.7%) bleek ontevreden over het niet kunnen kiezen van hun arts. Daarnaast heeft 33.7% neutraal geantwoord op dit item. De gemiddelde score op het item bleef steken op 3.06.

Niet alle respondenten leken even tevreden met de hen aangeboden informatie, vooral op het gebied van de risico's van behandelingen ($m=3.78$) en het verloop van de ziekte ($m=3.93$) zijn de scores lager en is het mogelijk dat respondenten niet geheel tevreden zijn met de informatie die hen toekomt. Ook scores op het gebied van nazorg bleven iets achter. Gemiddeld werd er op dit item 3.78 gescoord.

Zekerheid

Over het algemeen werd er op de items binnen deze dimensie zeer goed gescoord. Met een gemiddelde score van 3.91 is de betrokkenheid van het personeel op de afdeling Radiologie hierop een uitzondering. Ook is de respondent niet erg positief over de mate waarin zij betrokken wordt bij de keuze voor een behandeling ($m=3.72$).

Zorgzaamheid

Binnen deze dimensie is er één item waarop relatief laag gescoord werd, namelijk het geven van psychische steun door het personeel van het Centrum voor mammacare ($m=3.73$). Een groot deel van de respondenten (24.9%) gaf aan hier neutraal tegenover te staan.

Innovatieve zorg

Op beide items uit deze dimensie is gemiddeld relatief laag gescoord. Zowel over de tijd tussen onderzoek/behandeling en uitslag ($m=3.66$) als over de tijd tussen diagnose en behandeling ($m=3.73$) bleken een aantal respondenten ontevreden te zijn. Opvallend weinig respondenten hebben hierbij gekozen voor de antwoordmogelijkheid 'neutraal/geen mening'.

Tabel 4.4

Beantwoording aparte items kwaliteit van zorg

Variabelen	Item	n	m	SD	% Helemaal mee oneens	% Mee oneens	% Neutraal /geen mening	% Mee eens	% Helemaal mee eens
Tastbaarheden		271	3.90	.52					
	Mening bereikbaarheid CMC	270	4.25	.65	0.4	1.5	5.2	58.9	34.1
	Mening behandel-/ spreekkamers	270	3.86	.82	0.7	7.4	15.2	58.9	17.8
	Mening wachtruimtes	270	3.57	.90	1.1	12.6	26.7	47	12.6
	Mening uiterlijk folders	260	4.02	.67	0	1.2	18.1	58.5	22.3
	Mening uiterlijk website	230	3.80	.80	0	1.7	38.7	37.0	32.6
Betrouwbaarheid		267	4.08	.65					
	Aanwezige kennis bij personeel CMC	268	4.12	.77	0.7	3.4	9.3	56.0	30.6
	Moeite personeel CMC bij oplossen problemen	172	4.03	.67	0	1.7	15.7	59.9	22.7
	Mate waarin personeel zich aan afspraken hield	174	4.16	.71	0.6	2.3	8.0	59.2	29.9
	Zorg CMC voldeed aan verwachtingen	266	4.03	.83	1.5	3.8	12.8	54.5	27.4
Responsiviteit		267	3.84	.62					
	Ontevredenheid met niet kunnen kiezen arts*	264	3.06	1.08	6.1	32.6	33.7	16.7	11.0
	Bereidheid personeel CMC te helpen	268	4.38	.65	0.4	1.1	3.7	49.3	45.5
	Info personeel CMC over aard ziekte	176	4.18	.80	0	6.3	5.7	51.7	36.4
	Info personeel CMC over behandelingsmog.	175	4.10	.87	0.6	7.4	7.4	50.3	34.3
	Info personeel CMC over risico's behandelingen	175	3.78	.95	0.6	10.3	24.6	40.0	24.6
	Info personeel CMC over verloop ziekte	173	3.93	.86	0.6	7.5	14.5	53.2	24.3
	Bieden van nazorg door CMC	260	3.78	.95	3.1	5.8	22.7	46.5	21.9
Zekerheid		271	4.14	.54					
	Vriendelijkheid personeel CMC	269	4.51	.56	0	0.4	1.9	44.6	53.2
	Geven van veilig gevoel door personeel CMC	271	4.17	.81	0.7	3.3	11.4	46.9	37.6
	Vriendelijkheid personeel Radiologie	269	4.26	.71	0	3.7	4.5	54.3	37.5
	Mate waarin personeel Radiologie p gerust stelde	269	4.08	.87	0	7.8	10.4	47.6	34.2
	Geven van uitleg door personeel Radiologie	266	4.14	.83	0.4	6.4	7.1	51.1	35.0
	Betrokkenheid personeel Radiologie	269	3.91	.83	0	8.2	14.5	55.0	22.3
	Mate waarin p betrokken is bij keuze behandeling	170	3.72	.96	2.4	9.4	21.2	47.6	19.4
	Mening zelfde dag diagnose	254	4.26	.95	2.8	3.5	8.3	36.2	49.2
	Mening snelheid ontslag na operatie	167	4.16	.94	2.4	4.8	8.4	43.7	40.7
Zorgzaamheid		268	4.01	.70					
	Persoonlijke aandacht van personeel CMC	268	4.28	.79	1.1	3.0	5.2	48.5	42.2
	Mate waarin MCV vertrouwenspersoon was	171	4.08	.85	0.6	4.7	14.6	46.2	33.9
	Betrokkenheid artsen CMC	261	4.00	.87	1.9	4.2	13.8	52.1	28.0
	Geven van psychische steun door personeel CMC	265	3.73	.94	3.4	5.3	24.9	47.9	18.5
Innovatieve zorg		173	3.71	.90					
	Mening tijd tussen onderzoek/behand. & uitslagen	175	3.66	1.00	3.4	14.3	9.1	58.9	14.3
	Mening tijd tussen diagnose en behandeling	175	3.73	.96	2.9	11.4	11.4	58.9	15.4

* Bij deze vraag geeft een lagere score een positiever beeld weer

m= mean score

4.4 Onderlinge relaties in het model

In deze paragraaf zal met behulp van de uitgevoerde correlatieanalyses een beeld worden verkregen van de relatie van de diverse variabelen met de patiënttevredenheid. Daarnaast wordt er een blik geworpen op de onderlinge relatie tussen de variabelen. Bij de beoordeling van significante relaties tussen de variabelen in dit onderzoek, is zowel naar correlatie op het .01-niveau, als op het .001-niveau gekeken.

In tabel 4.5 is een schematische weergave van de Correlatiematrix te vinden. In tabel 4.6 en 4.7 is de relatie die de aard van de afwijking en de behandeling vertonen met de overige variabelen weergegeven. Hiervoor zijn aparte analyses uitgevoerd, aangezien het gaat om nominale variabelen.

4.4.1 Relatie tussen patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en achtergrondvariabelen

In het onderzoek kwamen zes constructen naar voren die sterk correleren met patiënttevredenheid. Dit waren de zes dimensies van kwaliteit van zorg. Dit zijn tevens de enige factoren die een directe correlatie met patiënttevredenheid vertonen. Ook onderling vertonen de dimensies van kwaliteit van zorg zonder uitzondering correlatie.

Hoewel leeftijd en opleidingsniveau niet van invloed waren op de patiënttevredenheid, vertonen deze variabelen onderling een negatieve correlatie. Ook correleren deze twee variabelen beiden met de mentale gezondheid. In het geval van opleidingsniveau was deze correlatie negatief. Tot slot kwam er een negatieve correlatie tussen opleidingsniveau en de dimensie 'tastbaarheden' naar voren. Aangezien deze correlatie moeilijk te verklaren was, is opnieuw een correlatieanalyse uitgevoerd, waarbij de items van de dimensie 'tastbaarheden' apart zijn geanalyseerd. Hierin kwam naar voren dat zowel het item 'Mening spreek-/behandelkamer' ($p=-.18$), als het item 'Mening wachtruimte' ($p=-.30$) een negatieve correlatie vertonen met het opleidingsniveau.

Tabel 4.5

Onderlinge correlatie tussen de variabelen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11a
1. Patiënttevredenheid	1										
2. Tastbaarheden	.50**	1									
3. Betrouwbaarheid	.56**	.50**	1								
4. Responsiviteit	.56**	.46**	.74**	1							
5. Zekerheid	.57**	.45**	.67**	.64**	1						
6. Zorgzaamheid	.58**	.51**	.73**	.73**	.71**	1					
7. Innovatieve zorg	.35**	.30**	.39**	.40**	.41**	.36**	1				
8. Leeftijd	.04	.10	.08	.11	.08	.14	.08	1			
9. Opleidingsniveau	-.11	-.18*	-.13	-.12	-.17	-.14	-.02	-.39**	1		
10. 1e consult CMC	-.08	-.05	-.07	-.07	-.05	-.06	-.05	.01	-.01	1	
11. KvL											1
a. Fysieke gezondheid	-.07	.03	.05	-.01	-.09	-.03	-.05	.03	-.11	-.09	1
b. Mentale gezondheid	-.08	-.02	-.00	.01	-.07	-.01	-.11	.22**	-.27**	-.12	.15

* Correlatie is significant op het .01 niveau

** Correlatie is significant op het .001 niveau

4.4.2 Aard van de afwijking

Er zijn geen significante verschillen in de patiënttevredenheid gevonden tussen groepen respondenten met verschillende afwijkingen. Wel is uit de gemiddelde scores af te lezen dat patiënten met een benigne afwijking en patiënten met een overige afwijking over het algemeen iets beter scoren op tevredenheid.

Ook de verschillen in scores op de dimensies van kwaliteit van zorg van de verschillende groepen respondenten waren niet significant. Er is echter sprake van relatief kleine groepen, waardoor significante verschillen vaak moeilijk aan te tonen zijn. Er is daarom ook gekeken naar verschillen tussen de gemiddelde scores per afwijking. Hierin kwam naar voren dat patiënten met een benigne afwijking naast hun hogere score op patiënttevredenheid structureel hoger scoren op de dimensies van kwaliteit van zorg. Voor patiënten met een overige afwijking is dit niet het geval.

Tabel 4.6

Verschillen in patiënttevredenheid tussen groepen respondenten met verschillende afwijkingen

	χ^2 ¹	Gemiddelde scores per afwijking				
		Maligne (SD)	Benigne (SD)	Dcis (SD)	Cyste (SD)	Overige afwijkingen (SD)
		<i>N=110</i>	<i>N=21</i>	<i>N=17</i>	<i>N=11</i>	<i>N=7</i>
1. Patiënttevredenheid	5.07	7.98 (1.13)	8.57 (.75)	7.94 (.97)	8.18 (.87)	8.86 (.90)
2. Tastbaarheden	3.76	3.95 (.54)	4.08 (.47)	3.94 (.46)	3.75 (.51)	3.86 (.46)
3. Betrouwbaarheid	3.09	4.14 (.67)	4.16 (.66)	4.06 (.63)	4.27 (.33)	4.10 (.25)
4. Responsiviteit	5.67	3.90 (.66)	4.15 (.55)	3.85 (.57)	3.95 (.49)	3.69 (.53)
5. Zekerheid	3.51	4.12 (.56)	4.44 (.45)	4.12 (.51)	4.31 (.36)	4.24 (.21)
6. Zorgzaamheid	1.08	4.00 (.78)	4.29 (.54)	4.10 (.61)	4.27 (.49)	4.00 (.41)
7. Innovatieve zorg	2.82	3.68 (.96)	4.00 (.77)	3.65 (.75)	3.68 (.75)	3.71 (1.11)

¹ Verschillen getoetst met Kruskal Wallis toets, alle $p > .01$

4.4.3 Behandeling

Er zijn geen significante verschillen aangetroffen in de patiënttevredenheid van de groepen respondenten die verschillende behandelingen hebben ondergaan. Ook hier gaat het echter op kleine groepen, waardoor ook naar de gemiddelde scores gekeken is. De gemiddelde scores geven aan dat patiënten bij wie een benigne tumor verwijderd is en patiënten die niet behandeld zijn in het Centrum voor mammacare, over het algemeen hoger scoren op patiënttevredenheid. Dit komt overeen met de analyses uit paragraaf 4.4.2, waarin naar voren kwam dat benigne patiënten en patiënten met een overige afwijking tevredener zijn. Nadere analyse liet al zien dat patiënten met een overige afwijking in 94% van de gevallen geen behandeling hebben ondergaan.

Ook de scores op de dimensies van kwaliteit van zorg toonden geen significante verschillen per groep. Bij nadere analyse van de gemiddelde scores viel echter op dat de scores op de dimensie 'betrouwbaarheid' gemiddeld lager zijn voor patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan. Daarnaast scoren patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan gemiddeld

veel lager op de dimensie innovatieve zorg. De verschillen in scores op deze dimensie tussen patiënten die een borstampuatie en een borstsparende operatie hebben ondergaan zijn opvallend groot.

Ook het verschil in scores tussen patiënten die alleen een borstsparende operatie hebben ondergaan en patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan in combinatie met adjuvante therapie is opvallend.

Tabel 4.7

Verschillen in patiënttevredenheid tussen groepen respondenten die verschillende behandelingen hebben ondergaan

Gemiddelde scores per behandeling								
	χ^2 ¹	Borstampuatie N=18	Borstsparende operatie N=5	Borstampuatie met adjuv. therapie N=36	Borstsparend met adjuv. therapie N=63	Verwijderen benigne tumor N=21	Leegzuigen cyste N=7	Geen N=12
1. Patienttevredenheid	11.28	8.00 (.133)	7.60 (1.14)	7.81 (1.17)	8.10 (1.03)	8.52 (.75)	8.14 (.69)	8.67 (.98)
2. Tastbaarheden	10.01	3.95 (.42)	3.80 (.37)	3.88 (.55)	4.01 (.57)	4.08 (.50)	3.60 (.43)	3.88 (.47)
3. Betrouwbaarheid	14.31	4.00 (.70)	3.87 (.73)	4.07 (.72)	4.20 (.63)	4.16 (.61)	4.24 (.25)	4.22 (.41)
4. Responsiviteit	12.06	3.82 (.64)	3.63 (.72)	3.95 (.71)	3.90 (.61)	4.13 (.54)	3.92 (.35)	3.82 (.94)
5. Zekerheid	19.06	4.03 (.43)	4.27 (.36)	3.96 (.66)	4.22 (.51)	4.42 (.44)	4.22 (.32)	4.34 (.33)
6. Zorgzaamheid	9.88	3.79 (.80)	4.10 (.58)	3.91 (.91)	4.11 (.68)	4.26 (.57)	4.07 (.40)	4.23 (.49)
7. Innovatieve zorg	11.72	4.00 (.66)	2.40 (1.52)	3.60 (.88)	3.71 (.90)	4.07 (.81)	3.57 (.73)	3.71 (.86)

¹ Verschillen getoetst met Kruskal Wallis toets, alle $p > .01$

4.4 Bijdrage van de dimensies van kwaliteit van zorg aan de patiënttevredenheid

Aan de hand van regressieanalyse werd onderzocht in welke mate de patiënttevredenheid voorspeld kan worden door het model en de bijdrage van de dimensies van kwaliteit van zorg aan de voorspellende waarde het model.

Correlatieanalyse heeft reeds uitgewezen dat slechts de zes dimensies van kwaliteit van zorg van gerelateerd waren aan de patiënttevredenheid. Klinische en demografische variabelen hadden geen directe invloed op de patiënttevredenheid en werden daarom ook niet meegenomen in de regressieanalyse. Tabel 4.8 biedt een schematisch overzicht van deze regressieanalyse.

Allereerst moet opgemerkt worden dat de regressieanalyse voldeed aan de assumpties. Er is gekeken naar outliers en naar aanleiding hiervan zijn drie cases verwijderd. Er bleek geen sprake van multicollineariteit, alle Variance Inflation Factors zijn lager dan 3.77. Ook liet het spreidingsdiagram een normale verdeling zien.

Uit de regressieanalyse bleek dat de voorspellende waarde van het model erg groot is ($R^2=.59$). De zes dimensies van kwaliteit van zorg verklaren gezamenlijk dus 59% van de patiënttevredenheid. In de regressieanalyse kwam naar voren dat de dimensie 'tastbaarheden' de enige significante voorspeller is, echter, de onderlinge correlatie tussen de dimensies was erg hoog, waardoor deze Bèta niet erg betrouwbaar is. De bijdrage van de dimensie 'innovatieve zorg' aan de patiënttevredenheid lijkt kleiner te zijn dan de bijdrage van de andere dimensies. Ook in de correlatieanalyses kwam dit naar voren, hierbij moet opgemerkt worden dat deze dimensie van origine niet behoort tot de dimensies van kwaliteit van zorg, maar in dit onderzoek is toegevoegd.

R^2 is de belangrijkste uitgangsmaat bij het beoordelen van de voorspellende waarde van het model. Aangenomen kan worden dat het onderzoeksmodel een voorspellende waarde heeft van 59%, aangezien naast deze zes dimensies geen enkele andere factor een significante relatie met patiënttevredenheid had.

Tabel 4.8

Bijdrage van de dimensies van kwaliteit van zorg aan de patiënttevredenheid

	b	SE	Bèta	p
Tastbaarheden	.566	.126	.283	.000
Betrouwbaarheid	.215	.152	.131	.158
Responsiviteit	.314	.161	.190	.054
Zekerheid	.301	.159	.153	.060
Zorgzaamheid	.207	.141	.143	.144
Innovatieve zorg	.054	.066	.047	.410
R			.78	
Adjusted R^2			.59	
F(df = 6)			39.96	.000

4.5 Algemene opmerkingen

Respondenten kregen in de vragenlijst de mogelijkheid algemene opmerkingen te plaatsen, zowel over het onderzoek als over het Centrum voor mammacare. Honderdvier respondenten maakten hiervan gebruik. Om een overzicht te krijgen van de meest genoemde onderwerpen zijn antwoordcategorieën gemaakt, in tabel 4.9 vindt u een schematische weergave van de meest genoemde antwoorden. Alleen opmerkingen die minimaal drie keer terugkwamen zijn opgenomen in tabel 4.9.

Tabel 4.9

Vaker voorkomende algemene opmerkingen

Categorie	Aantal	Aard opmerking
Personeel	7	Ontevreden over het feit dat men telkens een andere arts te zien krijgt
	6	Tevreden over mammacareverpleegkundigen
Nazorg	6	Ontevreden over nazorg
Follow up	5	Ontevreden over het feit dat de Follow up nu door de Nurse practitioner wordt gedaan en niet meer door de arts
Informatie	9	Ontevreden over de volledigheid van informatie en voorlichting
Fysieke omgeving	7	Ontevreden over behandel-/ spreek- en wachtkamers
Wachttijden	3	Ontevreden over de planning, gemiddelde wachttijden te lang
Uitslagen	3	Ontevreden over (lange) tijd tussen onderzoeken en diagnose
Website	3	Ontevreden over het feit dat men niet van het bestaan van de website afwist
Communicatie	5	Ontevreden over de communicatie tussen het medisch personeel

5. Conclusies, aanbevelingen en discussie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd. In dit hoofdstuk zullen deze resultaten worden teruggekoppeld naar de onderzoeksvragen die in hoofdstuk 2.9 geformuleerd zijn.

In paragraaf 5.1 zal eerst antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag en in paragraaf 5.2 zullen de deelvragen beantwoord worden. In paragraaf 5.3 is ruimte voor aanbevelingen.

Uiteraard kent ook dit onderzoek enkele tekortkomingen en punten die discussie oproepen. De onderzoeksmethode zal in paragraaf 5.4 dan ook aan een kritische blik worden onderworpen. In paragraaf 5.5 wordt de validiteit van het onderzoek ter sprake gesteld en in paragraaf 5.6 en 5.7 wordt respectievelijk ingegaan op de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek. Het onderzoek wordt in paragraaf 5.8 afgesloten met een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.

5.1 Beantwoording onderzoeksvraag

Alvorens antwoord te geven op de onderzoeksvraag, zal nader worden ingegaan op de volgende vraag:

'Hoe beoordelen patiënten van het Centrum voor mammacare de kwaliteit van zorg op de vijf dimensies?'

Op geen enkel item werd gemiddeld een onvoldoende gescoord. Nadere analyse liet 8 items zien die iets slechter scoorden dan de rest. Zo zijn de respondenten over het algemeen niet erg tevreden over de behandel-/spreek- en wachtkamers. Een aantal respondenten merkten op dat de wachtruimte te weinig privacy biedt en inefficiënt is ingedeeld. Punt van discussie is of het Centrum voor mammacare hier wel invloed op heeft. De mogelijkheid bestaat dat het oordeel van de patiënt over bijvoorbeeld de wachtkamer, met name afhankelijk is van situatie waarin de patiënt op dat moment verkeert. Deze is ontzettend onzeker en de patiënt is vaak erg emotioneel. Het kan zijn dat zij daarom anders op de omgeving reageert. Te betwijfelen valt of het Centrum voor mammacare hier invloed op heeft.

Een redelijk aantal respondenten staat neutraal of gematigd positief tegenover de website van het Centrum voor mammacare. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat veel mensen deze vraag niet hebben kunnen beantwoorden, bijvoorbeeld omdat zij geen internet gebruiken of niet van het bestaan van de website wisten, en daardoor voor de mogelijkheid 'geen mening' hebben gekozen. Deze verklaring zou logisch zijn, aangezien de steekproef uit veel vrouwen op leeftijd bestond, die wellicht geen gebruik maken van internet. Ook uit de opmerkingen die een aantal respondenten gemaakt hebben, werd duidelijk dat niet iedereen op de hoogte was van het bestaan van de website. Het is hierdoor niet duidelijk of respondenten ook ontevreden waren over de inhoud van de website. Patiënten vinden het vooral belangrijk dat een website overzichtelijke en complete informatie biedt, waarop zij thuis alle informatie nog eens rustig kunnen nalezen (Winefield et al, 2004). Aangezien hiervan sprake is op de website van het Centrum voor mammacare en slechts 1.7% negatief op de

vraag heeft geantwoord, wordt verwacht dat patiënten die de website wel gebruiken hier tevreden over waren.

Een ander punt voor discussie is het niet kunnen kiezen van de arts. Een aantal respondenten is hier niet erg positief over. Er werd echter ook opgemerkt dat de respondent het onprettig vindt dat zij telkens met een andere arts in aanraking kwam. Onduidelijk is of respondenten het niet kunnen kiezen van de arts onprettig vonden, of dat zij het vooral onprettig vonden telkens een andere arts te zien. Dit is een logistiek probleem dat speelt in het Centrum voor mammacare. Het is daarom te verwachten dat deze vraag niet duidelijk genoeg was en respondenten eigenlijk ontevreden zijn over het telkens zien van verschillende artsen.

Respondenten zijn niet altijd tevreden met de informatie die zij ontvingen. Informatie op het gebied van risico's en verloop van de ziekte was volgens hen niet altijd toereikend en ook maakte een aantal respondenten gebruik van de mogelijkheid hier een opmerking over te plaatsen. Uit onderzoek is echter gebleken dat patiënten vaak ontevreden zijn over de informatie die zij ontvangen (Hall & Dornan, 1990; Fallowfield, Baum & Maguire, 1986; Rees & Bath, 2000). In dit onderzoek ging het om slechts een beperkt aantal ontevreden respondenten en het Centrum voor mammacare scoort hier gezien de literatuur dan ook redelijk goed.

De nazorg en psychische steun die werd aangeboden in het Centrum voor mammacare, werd door een groot aantal respondenten beantwoord met 'Neutraal/geen mening'. Een eventuele verklaring hiervoor is dat deze vraag ook beantwoord is door respondenten die slechts éénmalig in het Centrum voor mammacare zijn geweest en geen nazorg of psychische steun hebben ontvangen. Onduidelijk is echter of zij hier ook negatief tegenover staan en deze nazorg of steun liever wel hadden willen ontvangen. Een andere verklaring kan zijn dat deze respondenten nazorg en psychische steun niet belangrijk vonden en er daarom ook niet negatief of positief, maar neutraal op hebben gereageerd.

Een aantal respondenten vindt dat het personeel van de afdeling Radiologie niet betrokken was. Onduidelijk is echter of zij hier ook negatief tegenover staan. De afdeling Radiologie heeft immers een bescheiden rol in het zorgproces binnen het Centrum voor mammacare en het personeel op deze afdeling komt slechts zeer kort in aanraking met de patiënt. Niettemin kan dit contact, met name de mammografie, veel indruk maken op een patiënt.

Een aantal respondenten is van mening dat zij niet betrokken is geweest bij de keuze voor een behandeling. Uit de vragenlijst is echter niet op te maken of zij dit ook vervelend vinden. Ook in de literatuur komt immers naar voren dat met name oudere vrouwen niet altijd de behoefte hebben om betrokken te worden bij deze keuze (Petrisek & Laliberte, 1997).

Het laatste onderwerp waarop door een aantal respondenten negatief is gereageerd is de wachttijd. Respondenten vinden de wachttijd tussen diagnose en behandeling en de wachttijd tussen behandeling of onderzoek en uitslag niet altijd acceptabel. Dit is opvallend, omdat deze wachttijden met de komst van het Centrum voor mammacare juist sterk zijn teruggenomen. Ook is echter gebleken dat de mening van de patiënt over deze wachttijden slechts in beperkte mate bijdraagt aan haar tevredenheid over de aangeboden zorg.

Respondenten hebben niet alleen kritiek op de wachttijden op uitslagen, ook de wachttijd wanneer zij een afspraak in het Centrum voor mammacare hadden, kan volgens een aantal van hen beter. Een aantal respondenten merkte op dat de planning in het Centrum voor mammacare slecht is.

Nu er inzicht is verkregen in het oordeel van de respondenten over de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg, kan antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag, welke luidde:

In welke mate zijn de patiënten van het Centrum voor mammacare van het Medisch Spectrum Twente tevreden over de hen aangeboden zorg?’

Ondanks een aantal punten die voor verbetering vatbaar zijn, blijkt uit de analyses vooral dat de respondenten over het algemeen erg tevreden zijn met de zorg die hen door het Centrum voor mammacare is aangeboden. Slechts 3 patiënten zijn niet tevreden en gemiddeld beoordeelden respondenten het Centrum voor mammacare met een 8. Het centrum werd door 76% van de respondenten zelfs beoordeeld met een 8 of hoger. Over het algemeen zijn patiënten van het Centrum voor mammacare dus zeer tevreden over de zorg die hen is aangeboden.

5.2 Beantwoording deelvragen

Nadat antwoord is gegeven op de onderzoeksvraag, zullen nu ook de deelvragen beantwoord worden. Voor de beantwoording van de eerste deelvraag is een correlatieanalyse uitgevoerd. De eerste deelvraag luidde:

‘In welke mate zijn de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg gerelateerd aan de patiënttevredenheid?’

De zes dimensies van kwaliteit van zorg, namelijk ‘tastbaarheden’, ‘betrouwbaarheid’, ‘responsiviteit’, ‘zekerheid’, ‘zorgzaamheid’ en ‘innovatieve zorg’, blijken de belangrijkste voorspellers van patiënttevredenheid. Samen voorspellen zij maar liefst 59% van de patiënttevredenheid.

Door de sterke correlatie tussen de dimensies onderling, is moeilijk te zeggen hoeveel procent van de patiënttevredenheid de dimensies individueel voorspellen. Duidelijk is echter wel dat de dimensie ‘tastbaarheden’ de belangrijkste voorspeller is en dan met name de fysieke omgeving. Het is mogelijk dat ontevreden patiënten hun mening over het Centrum voor mammacare hebben gebaseerd op deze fysieke omgeving. In de vragenlijst komt immers ook naar voren dat respondenten relatief vaak ontevreden zijn over de behandel-/ spreek-/ en wachtkamers. Een aantal respondenten maakt hier tevens een opmerking over in de vragenlijst. Het is mogelijk dat juist deze mensen het Centrum voor mammacare een laag cijfer hebben gegeven, omdat bijvoorbeeld het ontbreken van privacy op hen een slechte indruk heeft gemaakt. Ook in de literatuur komt de invloed van de fysieke omgeving op klanttevredenheid duidelijk naar voren (Meng Leong, Hoon Ang & Hui Lin Low, 1997; Biggers & Pryor, 1982). Met name rumoer, geurtjes, temperatuur, comfort en kleur beïnvloeden de perceptie van

service performance. Zo kan een rumoerige wachtkamer invloed hebben op de mening van een klant betreffende de vriendelijkheid van het personeel, omdat zij deze op een andere manier gaat waarnemen (Biggers & Pryor, 1982). Ook in het onderzoek van Meng Leong et al (1997) komt met name de invloed van de fysieke omgeving op de manier waarop naar de verleende dienst gekeken wordt, naar voren. Kanttekening is dat het hier gaat om onderzoeken betreffende diensverlening. Tot op heden is de rol van de fysieke omgeving in de zorgsetting onderbelicht gebleven.

In tegenstelling tot de dimensie 'tastbaarheden', bleek de dimensie innovatieve zorg slechts weinig bij te dragen aan de tevredenheid. Dit is opvallend, aangezien deze dimensie juist de mening van de patiënt meet over de wachttijden, die met de komst van het Centrum voor mammacare gehalveerd zijn. Dat deze dimensie in de praktijk weinig blijkt bij te dragen aan de patiënttevredenheid is zeer interessant voor het Centrum voor mammacare. Opgemerkt moet worden dat de dimensie innovatieve zorg van origine niet tot de dimensies van kwaliteit van zorg behoort. Zij is in dit onderzoek toegevoegd en de vraag is of dit een goede keuze is geweest. De respondent ziet innovatieve zorg waarschijnlijk niet als aparte dimensie, maar als onderdeel van andere dimensies. Items behorende bij de dimensie innovatieve zorg, kunnen daarom waarschijnlijk beter worden ondergebracht bij andere dimensies.

De overige dimensies van kwaliteit van zorg voorspelden alle ongeveer evenveel van de patiënttevredenheid. In onderzoek van Mowen et al (1993) kwam naar voren dat met name de dimensies 'betrouwbaarheid' en 'zekerheid' de belangrijkste voorspellers van de patiënttevredenheid zijn. In dit onderzoek zijn daar geen aanwijzingen voor gevonden.

De tweede deelvraag die is opgesteld luidde:

'In welke mate zijn de verschillende klinische variabelen gerelateerd aan de patiënttevredenheid?'

De drie klinische variabelen bleken in dit onderzoek geen van allen van invloed op de patiënttevredenheid. Het is echter moeilijk hier uitspraken over te doen, omdat de verschillende groepen erg klein waren en verschillen hierdoor niet snel significant waren.

Aan de hand van correlatieanalyses kon worden vastgesteld dat de kwaliteit van leven niet van invloed is op de patiënttevredenheid. Dit in tegenstelling tot conclusies uit eerder onderzoek. Hierin kwam naar voren dat zowel de fysieke (Jackson et al, 2001; Williams & Calnan, 1991; Covinsky et al, 1988) als de mentale (Neuling en Winefield, 1988; Wyshak & Barsky, 1995) gezondheid van de respondent een grote rol speelt bij het wel of niet tevreden zijn over de aangeboden zorg.

Kruskal Wallis toetsten wezen uit dat zowel de aard van de afwijking als de behandeling die de respondent heeft ondergaan, niet significant van invloed zijn op de patiënttevredenheid. Het gaat hier echter om kleinere groepen, waarbij significantie vaak moeilijk aangetoond kan worden. Gemiddelde scores laten zien dat patiënten met een benigne afwijking of een overige afwijking, iets hoger op patiënttevredenheid scoren en ook scoren patiënten met een benigne afwijking structureel hoger op de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg.

Analyse liet tevens zien dat respondenten bij wie een benigne tumor is verwijderd en patiënten die niet behandeld zijn in het Centrum voor mammacare, structureel hoger scoren op tevredenheid. Dit komt overéén met de gevonden verschillen in tevredenheid tussen de afwijkingen. Respondenten die een borstsparende operatie hebben ondergaan scoren daarnaast lager op de dimensies 'betrouwbaarheid' en 'innovatieve zorg'. Het verschil in scores op deze laatste dimensie voor patiënten die een borstamputatie, een borstsparende operatie of een borstsparende operatie met adjuvante therapie hebben ondergaan was opvallend groot. Een verklaring voor deze lage score zou kunnen zijn dat patiënten die een borstsparende operatie moeten ondergaan hier langer op moeten wachten. Dit komt echter niet naar voren in de cijfers van het Centrum voor mammacare over 2006.

Tot slot zal antwoord worden gegeven op de derde deelvraag, die luidde:

'In welke mate zijn de verschillende demografische variabelen gerelateerd aan de patiënttevredenheid?'

Ook hier lieten correlatieanalyses zien dat demografische variabelen in dit specifieke onderzoek geen rol spelen bij de patiënttevredenheid. In de literatuurstudie kwam veelvuldig naar voren dat oudere respondenten over het algemeen tevredener zijn met de hen aangeboden zorg dan jongere respondenten (Jackson et al, 2001; Larsen & Rootman, 1976; Henley & Davis, 1967; Hall & Dornan, 1990). Dit werd echter op geen enkele manier zichtbaar in analyses.

Onderzoekers zijn tegenstrijdig over de invloed van opleidingsniveau op de patiënttevredenheid. In de meta-analyse van Hall en Dornan (1990) kwam naar voren dat respondenten met een lager opleidingsniveau over het algemeen tevredener zijn dan respondenten met een hoger opleidingsniveau, maar Jackson et al (2001) vonden in hun grootschalig onderzoek naar voorspellers van patiënttevredenheid naast leeftijd geen andere demografische variabelen die van invloed waren. Zowel de meta-analyse van Hall en Dornan als het onderzoek van Jackson et al, was echter niet specifiek gericht op kankerpatiënten.

Ook in dit onderzoek kon de invloed van de variabele opleidingsniveau niet worden aangetoond. Wel kwam naar voren dat respondenten met een lager opleidingsniveau, positiever scoorden op het de dimensie 'tastbaarheden'. Nadere analyse liet zien dat deze correlatie alleen gold voor de fysieke omgeving. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat laagopgeleide respondenten minder kritisch tegenover secundaire zaken als het uiterlijk van behandel-/spreek- en wachtkamers staan. De dimensie 'tastbaarheden' bleek in dit onderzoek een belangrijke voorspeller voor de patiënttevredenheid en het zou hierdoor mogelijk kunnen zijn dat het opleidingsniveau indirect ook van invloed is op de patiënttevredenheid door haar bijdrage aan de dimensie 'tastbaarheden'. Aangezien het hier ging om een zwakke relatie, bestaat tevens de mogelijkheid dat er sprake is van toevaligheid. Om hier beter zicht op te krijgen is echter nader onderzoek nodig.

Het is opvallend dat de invloed van demografische variabelen op de patiënttevredenheid, in tegenstelling tot wat bekend is vanuit de literatuur, in dit onderzoek niet kan worden aangetoond.

Echter, ook in de literatuur blijft de precieze rol van deze variabelen vanwege vele tegenstrijdigheden vaak onduidelijk. Relaties zijn vaak zwak, inconsistent of komen in het ene onderzoek wel, maar in het andere onderzoek niet naar voren. Hall en Dornan (1990) deden de volgende uitspraak: 'De demografische karakteristieken zijn de variabelen die het meest bestudeerd worden in relatie tot tevredenheid, maar ze worden, paradoxaal genoeg, het minst goed begrepen'. De meeste onderzoeken die in de literatuurstudie naar voren komen zijn buitenlands. Patiënttevredenheidsonderzoek van Nederlandse afkomst is schaars, in onderzoeken die er zijn, kon de invloed van demografische variabelen op de patiënttevredenheid niet worden aangetoond.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat patiënten, vrijwel zonder uitzondering, zeer positief zijn over het Centrum voor mammacare. Er zijn een aantal concrete verbeterpunten waar het Centrum voor mammacare mee aan de slag kan. Hiervoor zullen in paragraaf 5.4 aanbevelingen worden gepresenteerd.

Het Centrum voor mammacare bevindt zich in een perfecte situatie. Er is gebleken dat de mate waarin patiënten tevreden zijn over de hen aangeboden zorg alleen afhankelijk is van de dimensies van kwaliteit van zorg en niet van demografische of klinische variabelen waar het Centrum voor mammacare geen grip op heeft. Het centrum heeft de tevredenheid van haar patiënten dus min of meer zelf in de hand.

5.3 Aanbevelingen

Nu bekend is hoe tevreden patiënten zijn met de zorg die zij van het Centrum voor mammacare hebben ontvangen, kunnen concrete aanbevelingen worden gedaan om de tevredenheid van de patiënt te optimaliseren. De aanbevelingen in deze paragraaf zullen ingaan op de manier waarop communicatie hierbij ingezet kan worden, maar ook andere praktische aanbevelingen komen aan bod.

Benadrukken dat de mammacareverpleegkundige coördinator van zorg en aanspreekpunt is

Een aanzienlijk deel van de patiënten (27%) gaf aan niet blij te zijn met het niet kunnen kiezen van de arts en dan met name het telkens zien van een andere arts. De patiënt zou het liefst door één arts behandeld willen worden. Dit is logistiek gezien niet mogelijk binnen het Centrum voor mammacare. Het Centrum voor mammacare is alleen operabel op maandag en donderdag; als een patiënt maandag voor onderzoeken komt krijgt zij donderdags de uitslag en omgekeerd. De arts die op maandag dienst heeft is er niet op donderdag. Ook wordt een eventuele operatie zo snel mogelijk gepland, waarbij geen rekening wordt gehouden met de arts die de patiënt gezien heeft. Er wordt boven alles getracht de patiënt zo snel mogelijk te behandelen.

Binnen het Centrum voor mammacare is dan ook niet de arts de stabiele factor in het zorgproces van de patiënt, maar de mammacareverpleegkundige. Zij is aanspreekpunt en coördinator van zorg en dit verandert de functie van de arts in het zorgproces. Het is echter van belang dat dit ook duidelijk wordt voor de patiënt. In het onderzoek kwam naar voren dat de patiënt zeer tevreden is over de mammacareverpleegkundigen en hen als vertrouwenspersoon ziet, maar het is onduidelijk of de patiënt volledig op de hoogte is van de precieze rol van de mammacareverpleegkundige. Het is daarom van belang dat dit tijdens het eerste consult benadrukt wordt door de mammacareverpleegkundige, zodat de patiënt weet waar zij aan toe is.

Ook is het verstandig tijdens dit eerste consult al uit te leggen dat de patiënt niet altijd dezelfde arts zal zien. Hierbij moet de nadruk gelegd worden op het tijdsvoordeel dat dit voor de patiënt oplevert. De kans is groot dat de patiënt meer begrip voor de situatie heeft, wanneer haar is uitgelegd waarom dit gebeurt, zodat niet het idee ontstaat dat er slordig met de patiënt wordt omgegaan.

Naast de mondelinge informatie tijdens het eerste consult is het verstandig bovenstaande informatie in het voorlichtingsmateriaal op te nemen, zodat patiënten het thuis nog eens op hun gemak na kunnen lezen. Eventueel kan de informatie ook worden opgenomen in de folder die de patiënt van de huisarts meekrijgt, wanneer zij wordt doorgestuurd. Zij is hier dan op voorbereid wanneer ze in het Centrum voor mammacare komt.

Verbeteren van de onderlinge communicatie tussen zorgverleners

Er moet gewerkt worden aan de onderlinge communicatie tussen zorgverleners. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten soms slechte communicatie tussen zorgverleners ervaren. Niet alleen moet hieraan gewerkt worden, omdat dit erg vervelend is voor de patiënt, wanneer de communicatie verbeterd wordt, kunnen wellicht ook andere problemen opgelost worden.

Patiënten missen soms informatie, die zij wel nodig hebben. Wanneer de communicatie tussen zorgverleners geoptimaliseerd wordt, kan dit verbeterd worden. Zorgverleners moeten elkaar op de hoogte houden van de informatie die de patiënt reeds ontvangen heeft en vooral, nog moet ontvangen. In het Centrum voor mammacare vindt een ingewikkeld zorgproces plaats, waarbij de patiënt in aanraking komt met veel verschillende zorgverleners (shared care). Al snel ontstaat het beeld dat 'die andere zorgverlener de patiënt al wel geïnformeerd zal hebben', soms ten onrechte. Betere communicatie tussen zorgverleners onderling kan dit voorkomen. Vanwege de gecompliceerde omgeving waarbinnen gecommuniceerd wordt, is een protocol voor onderlinge communicatie tussen zorgverleners op de plek. Hierin wordt opgenomen hoe zorgverleners elkaar het beste op de hoogte kunnen houden en op welke wijze miscommunicatie voorkomen kan worden.

Communicatie speelt ook een belangrijke rol bij andere punten van kritiek waar het Centrum voor mammacare tegenaan loopt. Zo is het belangrijk dat zorgverleners elkaar op de hoogte houden van ontwikkelingen, bijvoorbeeld wanneer het spreekuur van de arts op de afdeling Chirurgie uitloopt. De mammacareverpleegkundige kan er dan rekening mee houden dat ze een patiënt niet te snel naar de spreekkamer haalt en ook kan zij wachtende patiënten informeren over de wachttijden. Vanwege de soms hoog oplopende emoties in de wachtkamer is dit belangrijk voor een patiënt, zodat zij eventueel naar het restaurant kan gaan om iets te drinken.

Reserveren van blokken in de spreekuuragenda van de arts voor het Centrum voor mammacare

Een ander probleem dat al tijdens de veldstudie naar voren kwam is de vaak lange wachttijd op de afdeling. De mammacareverpleegkundige haalt de patiënt op in de wachtkamer en vervolgens heeft zij een kort gesprek met de patiënt. In eerste instantie is dit het anamnesege gesprek, maar in een later stadium is dit gesprek ook vooral bedoeld om de situatie van de patiënt te bespreken. Hierna haalt de mammacareverpleegkundige de arts op. Dit levert soms problemen op. De arts heeft tegelijkertijd spreekuur op de afdeling Chirurgie en het duurt vaak erg lang voor deze tijd heeft om de patiënt in kwestie van het Centrum voor mammacare te zien. De patiënt zit dan een kwartier tot een half uur in de spreekkamer te wachten op de arts, dit is een erg vervelende situatie.

Het Centrum voor mammacare is slechts twee dagen per week geopend en het is van belang dat er op die dagen blokken in de spreekuuragenda van de arts gereserveerd worden voor het Centrum voor mammacare. Met name op de maandag- en donderdagmiddag is dit noodzakelijk, omdat patiënten dan vaak uitslagen krijgen van verschillende onderzoeken of behandelingen en het moreel niet verantwoord is deze patiënten zo lang in de spreekkamer te laten wachten. Een aantal patiënten geeft zelf ook aan liever in de wachtkamer te wachten, wanneer het dan toch zo uitkomt dat ze lang moeten wachten.

Logistiek gezien zou het reserveren van deze blokken in de spreekuuragenda mogelijk moeten zijn, omdat er meestal sprake is van een continue stroom patiënten in het Centrum voor mammacare.

Aanpassen van behandel-/spreek- en wachtkamer

Een aantal respondenten (13.7%) blijkt ontevreden over de behandel- en spreekkamers en met name de wachtkamer van het Centrum voor mammacare.

Binnen de vier muren van de spreekkamer vinden vaak zeer emotionele gesprekken plaats en extra aandacht voor de aankleding van deze ruimte is dan ook op de plaats. Met het gebruik van een warme kleur op de muur kan eenvoudig een betere sfeer in de spreekkamer gecreëerd worden. Wit wordt vaak geassocieerd met 'steriel' en 'kil'.

De wachtruimte van het Centrum voor mammacare wordt op het moment nog gedeeld met de afdeling Chirurgie. Er is vaak te weinig ruimte en de patiënt zit letterlijk 'midden op de gang'. Om de hoek van het Centrum voor mammacare is echter een wachtruimte die meestal zo goed als leeg is. Deze kan zonder moeite exclusief voor het Centrum voor mammacare gebruikt worden, de patiënt moet hier echter wel van op de hoogte zijn. De secretaresse zal de patiënt bij aanmelding moeten wijzen op de aparte wachtruimte voor het Centrum voor mammacare. In deze wachtruimte zou een rek met voorlichtingsmateriaal over het Centrum voor mammacare en verschillende afwijkingen geplaatst kunnen worden. Zo hebben de patiënten tijdens de, vaak lange, wachttijden iets te lezen en ze pakken het misschien makkelijker dan dat ze er om zouden vragen tijdens het consult. Ook is het voor de mammacareverpleegkundige veel makkelijker patiënten van het Centrum voor mammacare te onderscheiden en deze groep patiënten tegelijkertijd aan te spreken over bijvoorbeeld wachttijden.

Ontwikkeling van een protocol voor nazorg

Patiënten zijn niet overwegend positief over de nazorg die zij ontvangen van het Centrum voor mammacare. Veel patiënten hebben geen mening over het al dan niet ontvangen van nazorg en dit wekt de indruk dat niet iedere patiënt nazorg heeft ontvangen. Onduidelijk is of iedere patiënt nazorg ook op prijs stelt, maar aangezien een aantal patiënten tevens opmerkt dat zij de nazorg onvoldoende vinden kan aangenomen worden dat er in ieder geval een groep patiënten is die nazorg op prijs stelt en vindt dat het Centrum voor mammacare daar nu in tekort schiet. Genoeg reden om kritisch naar de nazorg te kijken.

Op het moment is er geen protocol voor nazorg. De mammacareverpleegkundigen zijn zeer betrokken bij hun patiënten en bellen patiënten dan ook vaak na, vragen hoe het met hen gaat, etc. maar een protocol hiervoor is er niet. Een dergelijk protocol is belangrijk om na te slaan, zodat de mammacareverpleegkundige zeker weet dat zij niets vergeet en zodat zij elkaar erop aan kunnen spreken wanneer blijkt dat patiënten hierover ontevreden zijn.

Ook zullen in de toekomst nieuwe mammacareverpleegkundigen worden aangenomen en nemen verpleegkundigen van andere afdelingen soms waar voor een zieke mammacareverpleegkundige. Het is dan zeer praktisch als er een protocol ligt, waarin duidelijk staat aangegeven op welk moment in het proces er actie ondernomen moet worden. Met name patiënten bij wie een kwaadaardige afwijking is vastgesteld, en de ziekte grote invloed op het leven heeft, kunnen behoefte hebben aan dit contact. Er kan soms immers veel tijd tussen twee nacontroles zitten.

Introductie E-coördinator

Het Medisch Spectrum Twente (MST) is voornemens een patiëntenwijzer voor het Centrum voor mammacare te ontwikkelen. Het is de bedoeling dat dit een map met informatie van en over de patiënt wordt, die bij ieder consult wordt meegenomen en ook meegaat naar de verschillende afdelingen waarmee de patiënt in aanraking komt, zoals bijvoorbeeld Radiologie. De bedoeling is dat hiermee het informatieprobleem dat bij sommige patiënten speelt wordt opgelost. Op deze manier hebben de verschillende zorgverleners altijd de juiste en meest actuele informatie over de patiënt bij de hand en wordt voorkomen dat de patiënt meerdere keren moet vertellen wat precies de situatie is. Ten tweede geeft de patiënt aan soms informatie te missen. In principe krijgt de patiënt alle informatie die van toepassing is op haar situatie aangeboden door de mammacareverpleegkundige, echter, de patiënt is vaak verward en aangeslagen na een gesprek, waardoor zij de informatie op dat moment niet goed kan opslaan. Het is vaak beter als de patiënt thuis alles nog eens op haar gemak naleest. Hiertoe is een uitgebreid scala aan voorlichtingsmateriaal ontwikkeld, echter, tijdens het consult zelf heeft de patiënt vaak nog geen behoefte aan deze folders, of ze raken kwijt.

De patiëntenwijzer is een goed initiatief van het MST om in te spelen op behoeften van de patiënt, literatuur wijst echter uit dat de patiëntenwijzer zoals het MST die voor ogen heeft, niet altijd het gewenste effect heeft (Pound & Ebrahim, 1997; Ayana, Pound & Ebrahim, 1998; Drury et al, 2000). Ook moet er rekening mee worden gehouden dat het in het Centrum voor mammacare vaak gaat om oudere patiënten, de kans op het vergeten van de patiëntenwijzer is daardoor groter.

Aangeraden wordt om, in plaats van met een papieren patiëntenwijzer, te werken met een e-coördinator. Op de website komt een speciaal inloggedeelte, waarvoor patiënten een inlogcode krijgen. Dit kan bijvoorbeeld het patiëntnummer zijn in combinatie met de eerste drie letters van de achternaam. De patiënt heeft dan toegang tot alle informatie die zij nodig kan hebben. Digitaal voorlichtingsmateriaal, maar ook informatie betreffende haarzelf. Op de website kan in het inloggedeelte ook een forum worden geopend, waardoor patiënten met elkaar kunnen praten over de ziekte. Voor patiënten die geen gebruik maken van het internet kan de informatie worden uitgeprint.

Door gebruik te maken van de e-coördinator hoeft de patiënt niet bang te zijn dat zij informatie kwijt raakt, ze hoeft niet bang te zijn de patiëntenwijzer te vergeten wanneer ze naar een consult gaat en ze kan alle informatie rustig nalezen op een moment dat het haar uitkomt. In de toekomst kan de website meer functies vervullen, zo kan er bijvoorbeeld een vraagbaak komen, waarin wekelijks een aantal vragen van patiënten worden behandeld, die ook voor andere patiënten zichtbaar zijn.

Ook partner en kinderen van de patiënt kunnen gebruik maken van de e-coördinator, wanneer de patiënt dit op prijs stelt. Ook zij hebben zo alle informatie op een rij, zonder het gevoel te hebben hier elke keer hun zieke familielid voor te moeten lastigvallen.

5.4 De onderzoeksmethode

5.4.1 Het onderzoeksinstrument

Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst, voorafgegaan door een literatuurstudie. Gezien het onderwerp van het onderzoek is ervoor gekozen geen gebruik te maken van focusgroepen, een methode die vaak gebruikt wordt met het oog op klant- of patiënttevredenheid. Het onderwerp kan voor een aantal patiënten echter te emotioneel beladen zijn om deel te nemen aan een focusgroep. Hierdoor zou de betrouwbaarheid van de focusgroepen sterk afnemen. In plaats hiervan is in eerste instantie alleen gekozen voor een literatuurstudie. De literatuurstudie leverde voldoende informatie en daarmee input voor de vragenlijst op, waardoor geen extra interviews hoefden worden gehouden. De vragenlijst leverde voldoende informatie op om de geformuleerde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

De respons op de vragenlijst was 52.5%. Deze respons is goed te noemen, omdat er niet bij alle beoogde respondenten sprake is van een sterke band met het Centrum voor mammacare. Een aanzienlijk deel van de respondenten is slechts één keer in het Centrum voor mammacare geweest en dit was voor de meesten van hen al minimaal een jaar geleden. Ook is er sprake van een emotioneel onderwerp, waardoor de kans aanwezig was dat patiënten de vragenlijst niet zouden invullen, omdat zij liever niet aan deze, vaak nare, periode herinnerd wilden worden.

Swanborn (1994) stelt dat de gemiddelde respons op een schriftelijke vragenlijst 30.0% is, waarmee geconcludeerd mag worden dat de respons in dit onderzoek zeer goed is.

5.4.2 Het onderzoeksmodel

De vragenlijst is gebaseerd op het ServPerf model, oorspronkelijk een model om de kwaliteit van dienstverlening te meten. Eerder onderzoek maakt aannemelijk dat het ServPerf model door middel van enkele aanpassingen geschikt is om kwaliteit van zorgverlening te meten (Babakus & Mangold, 1991). In dit onderzoek is enkel gebruik gemaakt van de dimensies die de basis van het ServPerf model vormen; de specifieke vragen zijn opgesteld met behulp van veld- en literatuurstudie.

Aan de hand van literatuurstudie zijn uiteindelijk een onderzoeksmodel en bijbehorende onderzoeksvragen opgesteld, waarin zowel de dimensies van kwaliteit van zorg als klinische- en demografische variabelen naar voren komen.

De gebruikte dimensies van kwaliteit van zorg bleken uitstekend van toepassing op dit onderzoek. Regressieanalyses hebben uitgewezen dat de dimensies samen 59% van de tevredenheid voorspellen en dit is een hoog percentage. Er kan dan ook worden vastgesteld dat de keuze voor gebruik van deze dimensies goed is geweest.

5.4.3 Kritische kanttekeningen bij de onderzoeksmethode

Bij de onderzoeksmethode kunnen echter ook kritische kanttekeningen geplaatst worden, waarvan men zich bewust dient te zijn.

Allereerst is er geen nulmeting uitgevoerd. Hierdoor blijft het onduidelijk of de patiënttevredenheid met de komst van het Centrum voor mammacare is toegenomen of hetzelfde is gebleven. Ook is de patiënt niet altijd tevreden over de wachttijden, terwijl deze sinds de komst van het Centrum voor mammacare in de meeste gevallen gehalveerd zijn. Het is interessant te onderzoeken hoe de mening van de patiënt hierover was, voordat het Centrum voor mammacare bestond. Het uitvoeren van een nulmeting was bij dit specifieke onderzoek praktisch gezien echter niet mogelijk, aangezien er patiënten uit 2005 benaderd zouden moeten worden. De database van het Medisch Spectrum Twente, met daarin alle patiënten die in het ziekenhuis geweest zijn met een mogelijke borstafwijking, is echter pas met de komst van het Centrum voor mammacare officieel bijgehouden. Hiervoor kwamen deze patiënten verspreid over het ziekenhuis terecht; sommige patiënten werden alleen door de afdeling Radiologie gezien en anderen juist alleen door een oncologisch chirurg. Hierdoor was het logistiek gezien onmogelijk deze patiënten te adresseren. Ook zou de tijd tussen het consult in het Medisch Spectrum Twente en het invullen van de vragenlijst erg lang zijn voor deze patiënten en zouden resultaten hierdoor wellicht niet betrouwbaar zijn. Er is daarom gekozen geen nulmeting uit te voeren en dit onderzoek als uitgangspunt te zien voor verdere onderzoeken. De vragenlijst die nu met behulp van het ServPerf model is opgesteld is een uitstekend instrument om in de toekomst op intervalbasis toe te passen binnen het Centrum voor mammacare.

De vragenlijst was opgesplitst in twee gedeeltes: het eerste gedeelte was voor alle respondenten van toepassing en het tweede gedeelte kon alleen ingevuld worden door patiënten die ook daadwerkelijk behandeld waren in het Centrum voor mammacare. Achteraf bleek dat een aantal vragen in het eerste gedeelte niet goed te beantwoorden waren voor patiënten die niet zijn behandeld in het Centrum voor mammacare. Ook omgekeerd was dit het geval.

Daarnaast werd een aantal constructen zeer klein in omvang door deze opsplitsing. De dimensie 'betrouwbaarheid' bijvoorbeeld, bestond voor patiënten die alleen het eerste deel konden invullen slechts uit twee vragen. De dimensie innovatieve zorg kon zelfs helemaal niet worden gemeten voor patiënten die niet zijn behandeld in het Centrum voor mammacare. Achteraf had deze groep patiënten de stelling 'De tijd die tussen de onderzoeken of behandeling en de definitieve uitslagen zat, vond ik acceptabel' prima kunnen beantwoorden.

De vraagstelling in het onderzoek lijkt niet altijd even duidelijk te zijn. Bij een aantal vragen blijft het onduidelijk hoe de patiënt ergens over denkt. Bijvoorbeeld de stelling 'Het Centrum voor mammacare heeft mij voldoende nazorg geboden'. Een groot aantal patiënten heeft hierop 'Neutraal/Geen mening' geantwoord. Het blijft nu onduidelijk of deze patiënten niet echt tevreden zijn over de nazorg of dat zij geen nazorg hebben ontvangen, maar hier ook geen behoefte aan hadden en er zodoende niet

negatief op hebben gereageerd. De kans dat zij geen nazorg hebben ontvangen bestaat, omdat deze vraag ook is ingevuld door patiënten die niet zijn behandeld in het Centrum voor mammacare. Ook bestaat de mogelijkheid dat deze respondenten de vraag niet goed hebben begrepen. Hetzelfde geldt voor de stelling 'De website van het Centrum voor mammacare ziet er goed uit'. Er is in de vragenlijst geen rekening gehouden met het feit dat een groot aantal vrouwen, bijvoorbeeld omdat zij al op leeftijd zijn of niet op de hoogte waren van het bestaan van de website, deze website nog nooit gezien hebben. Een groot aantal respondenten koos voor de optie 'Neutraal/geen mening' en het is te verwachten dat deze vrouwen niet weten hoe de website eruit ziet. Dit blijft nu echter onzeker, omdat een antwoordoptie als 'Ik ben niet bekend met de website' ontbreekt.

Tot slot bestaan de groepen bij de variabelen 'aard van de afwijking' en 'type behandeling' soms uit slechts weinig respondenten. Doordat deze groepen zo klein zijn is het moeilijk significante verschillen aan te tonen. Het is onmogelijk deze groepen groter te krijgen, omdat het aantal patiënten dat bijvoorbeeld een borstsparende operatie ondergaat, nu éénmaal niet groter wordt. Om verschillen met betrekking tot deze variabelen aan het licht te brengen is het daarom verstandig kwalitatieve meetmethodes als focusgroepen en interviews te gebruiken.

5.5 Validiteit onderzoek

De externe validiteit van het onderzoek is goed. In de resultaten is te zien dat er een goede steekproef uit de populatie aanwezig is. Zowel leeftijd, opleidingsniveau als aard van de afwijking kennen een redelijk normale verdeling en er zijn geen respondenten aanwezig uit de persoonlijke omgeving van de onderzoeker.

Op het gebied van interne validiteit zijn er wel een aantal punten van discussie. Als eerste het ontbreken van validatie voorafgaand aan verzending van de vragenlijst. Zeker gezien de grote omvang van de steekproef was dit achteraf een goede optie geweest. Daarnaast bestaat een aantal constructen uit slechts weinig vragen, zeker wanneer een respondent alleen het eerste deel van de vragenlijst heeft ingevuld. Hierdoor kan de validiteit van constructen afnemen en hier moet dan ook rekening mee worden gehouden. Tot slot kan de validiteit van het onderzoek achteruit zijn gegaan, doordat er voor sommige patiënten veel tijd tussen het eerste consult in het Centrum voor mammacare en het invullen van de vragenlijst zat. Mede hierdoor is getracht het de respondenten zo makkelijk mogelijk te maken, door de vragenlijst kort te houden en met gesloten vragen te werken. Toch dient men zich ervan bewust te zijn dat de tijd tussen het eerste consult en het invullen van de vragenlijst van invloed kan zijn geweest op de resultaten. Meningingen kunnen afgezwakt zijn of patiënten herinneren zich juist alleen de negatieve ervaringen. Ook het feit dat het een emotioneel beladen onderwerp betreft kan hier in meespelen.

5.6 Betrouwbaarheid onderzoek

Over het algemeen kan gesproken worden van een betrouwbaar onderzoek. De Cronbach's Alpha, en daarmee de betrouwbaarheid, van de dimensies van kwaliteit van zorg was in alle gevallen voldoende

tot goed. Ook het hoge percentage teruggestuurde vragenlijsten zorgt ervoor dat gesproken kan worden van een betrouwbaar onderzoek.

Punt van discussie is de, bijna zonder uitzondering, zeer positieve beoordeling die door respondenten aan het Centrum voor mammacare werd toegekend. Dit roept de vraag op, of niet voornamelijk de patiënten met positieve ervaringen, gereageerd hebben op de oproep de vragenlijst in te vullen. Dit beeld wordt bevestigd door drie negatieve reacties van patiënten die de vragenlijst weigerden in te vullen, omdat zij slechte ervaringen met het Centrum voor mammacare hadden. Er zal dus rekening moeten worden gehouden met de voornamelijk positief gestemde patiënt die de moeite wilde nemen de vragenlijst in te vullen.

Tweede punt van discussie is de leeftijd van de respondenten. Een respectabel deel van de respondenten (12.2%) is reeds de 70 jaar gepasseerd. Het is geweldig dat deze mensen de moeite namen de vragenlijst in te vullen, maar in sommige gevallen kan getwijfeld worden aan hun accuraatheid. Dit gevoel wordt versterkt doordat in een aantal gevallen diagnose en behandeling niet overéén kwamen.

5.7 Generaliseerbaarheid onderzoek

Op het eerste oog lijkt het onderzoek uitstekend generaliseerbaar voor patiënten met een borstafwijking in Nederland. Er is sprake van een valide onderzoek met een grote steekproef en ook zijn leeftijd, opleidingsniveau en aard van de afwijking redelijk normaal verdeeld.

Bij het interpreteren van de conclusies in dit onderzoek, is het echter van belang op te merken dat de belangrijkste resultaten haaks staan op conclusies uit eerder, buitenlands, onderzoek. Zo is er in dit onderzoek, in tegenstelling tot wat bekend is uit de literatuur, geen verband gevonden tussen verschillende demografische variabelen en patiënttevredenheid. Ook de verwachte samenhang tussen de kwaliteit van leven van de patiënt en de tevredenheid is in dit onderzoek niet naar voren gekomen. De vergelijking met andere onderzoeken is echter ook moeilijk te maken, omdat het gaat om buitenlandse onderzoeken en er nog weinig Nederlandse literatuur is op dit gebied. In de Nederlandse onderzoeken die er zijn is de invloed van demografische variabelen ook niet naar voren gekomen (Havermans et al, 2006), het gaat hier echter niet om onderzoek bij kankerpatiënten. Het is interessant om in de toekomst, wanneer meer Nederlandse onderzoeken beschikbaar zijn, te bekijken of andere tevredenheidsonderzoeken betreffende patiënten met een borstafwijking in Nederland, tot dezelfde conclusies komen.

Tot slot kan getwijfeld worden aan een goede vertegenwoordiging van verschillende culturen in de vragenlijst. Dit is niet bijgehouden en hierdoor blijft het onbekend of cultuur eventueel van invloed is op de patiënttevredenheid. De invloed van cultuur op de patiënttevredenheid is tot op heden onbekend, maar de invloed van cultuur op de communicatie tussen patiënt en zorgverlener is bewezen (Siminoff et al, 2006).

5.8 Vervolgonderzoek

In bovenstaande paragraaf werd reeds gesteld dat de verdeling van de vragenlijst in twee gedeeltes een aantal vervelende gevolgen met zich mee heeft gebracht. Het is dan ook verstandig om, wanneer er in het vervolg onderzoek wordt gedaan onder patiënten van het Centrum voor mammacare, de vragenlijst niet meer uit te splitsen in twee gedeeltes, maar aparte vragenlijsten te maken voor de twee verschillende groepen. Zo kan, met name bij patiënten die wel behandeld zijn in het Centrum voor mammacare, op een aantal zaken dieper in worden gegaan en kan aan de groep patiënten die niet behandeld zijn in het Centrum voor mammacare een aantal andere vragen worden gesteld, waardoor de vragenlijst voor hen minder beperkt blijft.

De dimensies van kwaliteit van zorg kunnen behouden blijven, met toevoeging van een aantal vragen voor de dimensies 'betrouwbaarheid' en 'innovatieve zorg', die nu erg klein waren. In dit onderzoek blijkt dat de dimensie 'tastbaarheden' veel invloed heeft op de patiënttevredenheid. Onduidelijk blijft echter hoe dit komt en welke rol tastbaarheden spelen. In vervolgonderzoek kan hier meer aandacht aan worden besteed, door middel van uitgebreidere bevraging van dit onderwerp.

Het is aan te raden, naast vragen met betrekking op de dimensies, ook expliciet te vragen naar wat de patiënt gemist heeft. Nu is dit beperkt tot de mogelijkheid een opmerking te plaatsen en maken niet alle respondenten hier gebruik van. De kans is groot dat, wanneer expliciet gevraagd wordt op welke gebied de patiënt iets gemist heeft, de patiënt eerder tot denken wordt aangezet over verbeterpunten voor het Centrum voor mammacare. Ook kan het interessant zijn om de variabele Cultuur op te nemen, aangezien er in het Centrum voor mammacare veel verschillende nationaliteiten, en daarmee culturen, vertegenwoordigd zijn en de invloed van deze variabele tot op heden onbekend is (Siminoff et al, 2006).

In dit onderzoek kunnen weinig uitspraken worden gedaan over de invloed van klinische variabelen op de patiënttevredenheid. Dit komt doordat de verschillende groepen erg klein zijn, deze zullen niet groter worden, omdat sommige behandelingen niet door veel patiënten worden ondergaan. Om toch beter zicht te krijgen op de rol van klinische variabelen, wordt aangeraden gebruik te maken van focusgroepen en interviews.

Een onderwerp dat in dit onderzoek onderbelicht is gebleven is de follow up, de nacontrole die bij het grootste deel van de patiënten van het Centrum voor mammacare op intervalbasis wordt uitgevoerd. Vervolgonderzoek kan hier meer aandacht aan besteden, zodat ook de tevredenheid van de patiënt over deze follow up in kaart wordt gebracht. De follow up is immers een belangrijk onderdeel van het Centrum voor mammacare, omdat dit de manier is waarop patiënten vaak jaren in contact blijven met het centrum.

Een tweede onderwerp waaraan meer aandacht besteed kan worden in vervolgonderzoek is de wachttijd. Patiënten blijken hier vaak niet tevreden over, ondanks het feit dat wachttijden met de komst van het Centrum voor mammacare drastisch teruggenomen zijn. De vraag die naar boven komt is wat de patiënt wel een acceptabele wachttijd vindt. De vraag is of patiënten een realistisch beeld

van wachttijden hebben, of dat zij deze altijd als 'te lang' zullen bestempelen. Ook blijkt dat patiënten het vervelend vinden om telkens een andere arts te zien. Dit gebeurt met het oog op verkorting van wachttijden op uitslagen, behandelingen, etc. Onduidelijk is echter wat de patiënt zelf belangrijker vindt. Experimenteel onderzoek zou hier een duidelijker beeld over kunnen verschaffen. Meerdere versies van vragenlijsten kunnen verschillende situaties bevragen en meten hoe de patiënt hier op reageert. Ook kunnen stellingen worden gebruikt als 'Als ik drie dagen langer moet wachten, om de uitslag van mijn eigen arts te ontvangen, ben ik daartoe bereid'.

7. Literatuur

- Alden, D.L., Hoa, D.M. & Bhawuk, D. (2004). Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modeling and measurement. *Social Science & Medicine*, 59, 2219-2232.
- Ashcroft, J.J., Leinster, S.J. and Slade, P.D. (1985). Breast cancer patient choice of treatment: preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78(1), 43-46.
- Ayana, M., Pound, P. & Ebrahim, S. (1998). The views of therapists on the use of a patient-held record in the care of stroke patients. *Clinical rehabilitation*, 12, 328-337.
- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (1999). *Basisboek Methoden en Technieken; Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Babakus, E. & Mangold, W.G. (1991). Adapting the ServQual scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services Research*, 26(6), 767-786.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G. & Samonigg, H. (2003). Effects of age on coping and psychological distress in woman diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Critical reviews in Oncology / Hematology*, 46, 5-16.
- Basnett, I., Gill, M., Tobias, J.S. (1992). Variations in breast cancer management between a teaching and non-teaching district. *European Journal of Cancer*, 28, 1945-1950.
- Berry, L.L., Parasuraman, A. & Zeithaml, V.A. (1988). The service-quality puzzle. *Business horizons*, 31(5), 35-43.
- Biggers, T and Pryor, B (1982) Attitude change: a function of the emotion-eliciting qualities of environment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 94-99.
- Blanchard, C.G., Labrecque, M.S., Ruckdeschel, J.C. and Blanchard, E.B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social science and medicine*, 27(11), 1139-1145.
- Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social science and medicine*, 16, 1329-1338.

Boman, L., Bjorvell, H., Cedermark, B., Theve, N.O. & Wilking, N. (1993). Effects of early discharge from hospital after surgery for primary breast cancer. *European journal of surgery*, 159, 67-73.

Bonnema, J., van Wersch, A.M.E.A., van Geel, A.N., Pruyn, J.F.A., Schmitz, P.I.M., Paul, M.A. & Wiggers, T. (1998). Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. *British Medical Journal*, 316, 1267-1271.

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.

Chang, J.H., Vines, E., Bertsch, H., et al. (2001). The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management. *Cancer*, 91, 1231-7.

Chaudhry, R., Goel, V., Sawka, C. (2001). Breast cancer survival by teaching status of the initial treating hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 183-188.

Compas, B.E., Stoll, M.F., Thomsen, A.H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J.A. & Krag, D.N. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast cancer research and treatment*, 54, 195-203.

Cooper-Patrick, L., Gallo, J.J., Gonzales, J.J., Vu, H.T., Powe, N.R., Nelson, C. & Ford, D.E. Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *Journal of the American medical association*, 282(6), 583-590.

Cortis, J.D. & Lacey, A.E. (1996). Measuring the quality and quantity of information-giving to in-patients. *Journal of advanced nursing*, 24(4), 674-682.

Covinsky, K.E., Rosenthal, G.E., Chren, M., Justice, A.C., Fortinsky, R.H., Palmer R.M. & Landefeld, C.S. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of general internal medicine subscribers*, 13, 223-229.

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

De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & van Everdingen, J.J.E. (1999). *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier/Bunge

Dixon, J.M., Ravisekar, O., Cunningham, M., et al. (1996). *Factors affecting outcome of patients with impalpable breast cancer by breast screening*. *British Journal of Surgery*, 83(7), 997-1001.

Doyle, C.A. & Stanton, M.T. (2002). Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *Radiography*, 8, 159-172.

Drury, M., Yudkin, P., Harcourt, J., Fitzpatrick, R., Jones, L., Alcock, C. & Minton, M. (2000). Patients with cancer holding their own records: a randomised controlled trial. *British journal of general practice*, 50, 105-110.

Fallowfield, L. (1997). Offering choice of surgical treatment to women with breast cancer. *Patient education and counseling*, 30(3), 209-214.

Fallowfield, L.J., Baum, M. & Maguire, G.P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293(6558), 1331-1334.

Fallowfield, L. J., Hall, A. and Maguire, G. P. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British medical journal. International edition*, 301(6752), 575-581.

FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and woman's health (2006). FIGO Committee report: Confidentiality, privacy and security of patients' health care information. *International journal of Gynecology and Obstetrics*, 93, 184-186.

Gabel, M., Hilton, N.E., Nathanson, S.D. (1997). Multidisciplinary breast cancer clinics – Do they work? *Cancer*, 79, 2380–2384.

Gillis, C.R., Hole, D.J. (1996). Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *British Medical Journal*, 312, 145–148.

Golledge, J., Wiggins, J.E., Callam, M.J. (2000). Effect of surgical subspecialization on breast cancer outcome. *British Journal of Surgery*, 87, 1420–1425.

Goodman, A.A., Mendez, A.L. (1994). Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis. *Journal of the American Medical Association*, 271(5), 330-336.

Graling, P.R. & Grant, J.M. (1995). Demographics and Patient treatment choice in stage 1 breast cancer. *AORN Journal*, 62(3), 376-384.

Griffiths, M. & Leek, C. (1995). Patient education needs: opinions of oncology nurses and their patients. *Oncology nursing forum*, 22, 139-144.

- Grol, R. (2001). Improving the Quality of Medical Care. *Journal of the American Medical Association*, 286(20), 2578-2583.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science and medicine*, 27(6), 637-644.
- 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. (2003). The Meaning of quality in Health care: a conceptual analysis. *Health care analysis*, 11(3), 259-267.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Havermans, M., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Taal, E., Iedema, H.R., Bruinse, H.W. & Schrijvers, A.J.P. (2006). Vol verwachting goed bevallen; oordelen over de kwaliteit van zorgverlening van eerstelijns bevallingen binnen het Universitair Verloskundig Centrum.
- Haynes, B.R., McKibbon, A.K. and Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, 348(9024), 383-386.
- Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Mazel, R.M. (1993). The RAND 36-item health survey I.O. *Health Economics*, 2, 217-227.
- Henley, B. & Davis, M.S. (1967). Satisfaction and Dissatisfaction: A Study of the Chronically-Ill Aged, *Journal of health and social behavior*, 8(1), 65-75.
- Houssami, N. & Sainsbury, R. (2006). Breast Cancer: Multidisciplinary care and clinical outcomes. *European journal of cancer*, 42, 2480-2491.
- Ingram, D.M., McEvoy, S.P., Byrne, M.J. et al. (2005). Surgical caseload and outcomes for women with invasive breast cancer treated in Western Australia. *Breast*, 14, 11-17.
- Jackson, J.L., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and medicine*, 52, 609-620.
- Kadner, K. (1994). Therapeutic intimacy in nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(2), 215-219.

Kambouris, A. (1996). Physical, psychological and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. *American Surgeon*, 62(2), 123-128.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). (2002a). *Richtlijn behandeling van het mammacarcinoom*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). (2002b). *Mammacarcinoom: screening en diagnostiek*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications

[Http://kwfkankebestrijding.nl](http://kwfkankebestrijding.nl) 'Cijfers over borstkanker', 8 maart 2007

Larsen, D.E. & Rootman, I. (1967). Physician role performance and patient satisfaction. *Social science and medicine*, 10(1), 29-32.

Lee-Feldstein, A., Anton-Culver, H., Feldstein, P.J. (1994). Treatment differences and other prognostic factors related to breast cancer survival – delivery systems and medical outcomes. *Journal of American Medical Association*, 271, 1163–1168.

Legemaate, J. (1998). *De WGBO: van tekst naar toepassing*. (3e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Lowry, M. (1995). Knowledge that reduces anxiety: creating patient information leaflets. *Professional nurse*, 10, 318-320.

Luker, K.A., Beaver, K. & Leinster, S.J. (1996). Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study. *Journal of advanced nursing*, 23(3), 487-496.

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.

Meng Leong, S., Hoon Ang, S. & Hui Lin Low, L. (1997). Effects of physical environment and locus of control on service evaluation. *Journal of retailing and consumer services*, 4(4), 231-237.

Morris, J. and Ingham, R. (1988). Choice of surgery for early breast cancer: Psychosocial considerations. *Social science and medicine*, 27(11), 1257-1262.

Mowen JC, Licata JW, McPhail J. (1993). Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 13(2), 26.

Neuling, S.J. & Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social science and medicine*, 27(4), 385-392.

Ong, L.M.L., Visser, M.R.M., Lammes, F.B. & de Haes, J.M. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient educating and counseling*, 41, 145-151.

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.

Petrisek, A.C. & Laliberte, L.L. (1997). The treatment decision-making process: age differences in a sample of women recently diagnosed with breast cancer. *Gerontologist*, 37(5), 598-609.

Pound, P. & Ibrahim, S. (1997). Redefining 'doing something': Health professionals' views on their role in the care of stroke patients. *Physiotherapy research international*. 2(2), 12-28.

Pruyn, J.F.A. (1983). Coping with stress in cancer patients. *Patient education and counselling*, 5, 57-62.

RAND Health Science Program. (1992). *RAND 36-item Health Survey I.O. Handleiding*. RAND, Santa Monica.

Rees, C.E. & Bath, P.A. (2000). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of advanced nursing*, 31(4), 833-842.

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

Roohan, P.J., Bickell, N.A., Baptiste, M.S., et al. (1998). Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *American Journal for Public Health*, 88, 454-457.

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

Sainsbury R., Rider L., Smith, A., et al. (1995). *Does it matter where you live? Treatment variations for breast cancer in Yorkshire*. The Yorkshire Breast Cancer Group. British Journal of Cancer.

Sainsbury, R., Haward, B., Rider, L., Johnston, C., Round, C. (1995). Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*, 345, 1265–1270.

Siminoff, L.A., Graham, G.C. & Gordon, N.H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient education and counselling*, 62, 355-360.

Skinner, K.A., Helsper, J.T., Deapen, D., Ye, W., Sposto, R. (2003). Breastcancer: Do specialists make a difference. *Annual Surgical Oncology*, 10 (6), 606-615.

Stefoski, J.M., Haward, R.A., Johnston, C., Sainsbury, R. & Forman, D. (2003). Surgeon workload and survival from breast cancer. *British Journal of Cancer*, 89, 487-491.

Stimson, G., Webb, B. & Budd, S. (1967). Going to see the doctor: the consultation process in general practise. *British journal of sociology*, 27(1), 104-105.

Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association journal*, 152(9), 1423-1433.

Stewart, A.L., Hays, R.D., & Ware, J.E. (1988). The MOS Short-form General Health Survey – reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.

Stewart, A.L., & Ware, J.E. (editors) (1992). *Measuring functioning and well-being. The Medical Outcomes Study approach*. Duke University Press, Durham/London.

Swanborn, P.G. (1994). *Methoden voor social-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.

Thind, A. & Maly, R. (2006). The surgeon-patient interaction in older women with breast cancer: what are the determinants of a helpful discussion? *Annals of surgical oncology*, 13(6), 788-793.

Ware, J.E., Jr., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., Gandek, B. User's Manual for the SF-36v2™ Health Survey With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2002.

Williams, S.J. & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and medicine*. 33(6), 707-716.

Winefield, H.R., Coventry, B.J. & Lambert, V. (2004). *Setting up a health education website: practical advice for health professionals. Patient Education and Counseling, 53*, 175-182.

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

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

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

Bijlagen

1. De vragenlijst

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 het personeel van het Centrum voor mammacare, dan gaat het over de mammacareverpleegkundigen en de artsen die aan het centrum verbonden zijn.

Veel succes!

1. Geef uw mening over de volgende stellingen:

Het Centrum voor mammacare is goed bereikbaar in het ziekenhuis

De behandel- en spreekkamers van het Centrum voor mammacare ervaar ik als prettig

De wachtruimtes van het Centrum voor mammacare ervaar ik als prettig

De folders van het Centrum voor mammacare zien er goed uit

De website van het Centrum voor mammacare ziet er goed uit
(www.mstwente.nl/mammacare)

Dat ik mijn behandelend arts niet zelf kon kiezen heb ik als onprettig ervaren

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft alle kennis om mij goed te kunnen helpen

Het personeel van het Centrum voor mammacare was altijd bereid mij te helpen

Het personeel van het Centrum voor mammacare was vriendelijk tegen mij

Het personeel van het Centrum voor mammacare gaf mij een veilig gevoel

Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij voldoende persoonlijke aandacht gegeven

De artsen van het Centrum voor mammacare toonden zich betrokken bij mijn welzijn

Toelichting: Op de afdeling radiologie worden de röntgenopnamen (mammografie) van uw borsten gemaakt. Tevens worden hier echo's van de te onderzoeken borst en oksel gemaakt en kunnen er puncties gedaan worden.

Het personeel op de afdeling Radiologie was vriendelijk tegen mij

Het personeel op de afdeling Radiologie stelde mij gerust

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal / geen mening	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal / geen mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Het personeel op de afdeling Radiologie gaf mij uitleg over wat ik kon verwachten	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel op de afdeling Radiologie was betrokken bij mij	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare gaf mij voldoende psychische steun	☐	☐	☐	☐	☐
Het Centrum voor mammacare heeft mij voldoende nazorg geboden	☐	☐	☐	☐	☐
Het was prettig, dat ik de voorlopige diagnose dezelfde dag nog te horen kreeg	☐	☐	☐	☐	☐
De zorg die ik van het personeel van het Centrum voor mammacare heb ontvangen, voldeed aan mijn verwachtingen	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen hieronder hoeft u alleen in te vullen wanneer u behandeld bent in het Centrum voor mammacare:					
De tijd die tussen de onderzoeken of behandeling en de definitieve uitslagen zat, vond ik acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐
De tijd die tussen de diagnose en de behandeling zat, vond ik acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare deed moeite om mijn problemen op te lossen	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare hield zich aan de met mij gemaakte afspraken	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de aard van mijn ziekte	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de behandelingsmogelijkheden	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de risico's van de diverse behandelingen	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij zo goed als mogelijk getracht te informeren over het verloop van mijn ziekte	☐	☐	☐	☐	☐
Het personeel van het Centrum voor mammacare heeft mij betrokken bij het nemen van beslissingen omtrent mijn behandeling	☐	☐	☐	☐	☐
De mammacareverpleegkundige was voor mij een vertrouwenspersoon waarbij ik altijd terecht kon met vragen en problemen	☐	☐	☐	☐	☐
Het was prettig dat ik na de operatie snel naar huis kon	☐	☐	☐	☐	☐

ACHTERGRONDGEGEVENS

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

14. Wat is uw leeftijd? (invullen)

..... jaar

15. Wanneer bent u bij het Centrum voor mammacare onder behandeling gekomen?

Maand	Jaar
	2006

16. Welke diagnose is er bij u gesteld?

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| ☐ | Kwaadaardige tumor (Maligne tumor) |
| ☐ | Goedaardige tumor (Benigne tumor) |
| ☐ | Vorstadium borstkanker (Dcis) |
| ☐ | Cyste |
| ☐ | Anders, namelijk ... |

17. Indien van toepassing, welke behandeling / operatie heeft u ondergaan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Borstamputatie |
| ☐ | Borstsparende operatie |
| ☐ | Borstamputatie en tevens borstreconstructie |
| ☐ | Bestraling |
| ☐ | Chemotherapie |
| ☐ | Hormoontherapie |
| ☐ | Weghalen goedaardige tumor |
| ☐ | Anders, namelijk ... |

18. Wat vindt u, **over het algemeen**, van uw gezondheid? (één vakje aankruisen)

Mijn gezondheid omschrijf ik zelf als...

- | | |
|--------------------------|------------|
| ☐ | Uitstekend |
| ☐ | Zeer goed |
| ☐ | Goed |
| ☐ | Matig |
| ☐ | Slecht |

19. De volgende vragen gaan over de dagelijkse bezigheden. Wordt u **op dit moment** beperkt door uw gezondheid bij deze bezigheden? Zo ja in welke mate?

- | | Ernstig
beperkt | Een beetje
beperkt | Helemaal
niet beperkt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Tijdens matige inspanning zoals stofzuigen of fietsen word ik... | ☐ | ☐ | ☐ |
| b) Bij het lopen van een paar trappen word ik... | ☐ | ☐ | ☐ |

20. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, **de afgelopen 4 weken** één van de volgende problemen bij uw werk of andere bezigheden?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a) Ik heb <i>minder bereikt</i> dan ik zou willen...	☐	☐	☐	☐	☐
b) Ik was beperkt in het <i>soort werk</i> of het <i>soort bezigheden</i> ...	☐	☐	☐	☐	☐

21. Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijv. doordat u zich depressief of angstig voelde), **de afgelopen 4 weken** één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a) Ik heb <i>minder bereikt</i> dan ik zou willen...	☐	☐	☐	☐	☐
b) Ik was beperkt in het <i>soort werk</i> of het <i>soort bezigheden</i> ...	☐	☐	☐	☐	☐

22. In welke mate heeft pijn u **de afgelopen 4 weken** belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

Pijn belemmerde mij de afgelopen 4 weken...

☐	Helemaal niet
☐	Een klein beetje
☐	Nogal
☐	Veel
☐	Heel erg veel

23. Deze vragen gaan over hoe u zich **de afgelopen 4 weken** heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken....

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a) voelde u zich kalm en rustig?	☐	☐	☐	☐	☐
b) voelde u zich energiek?	☐	☐	☐	☐	☐
c) voelde u zich neerslachtig en somber?	☐	☐	☐	☐	☐

24. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende **de afgelopen 4 weken** uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

Mijn lichamelijke gezondheid en emotionele problemen belemmerden mij de afgelopen 4 weken...

☐	Voortdurend
☐	Meestal
☐	Soms
☐	Zelden
☐	Nooit

25. Wat is uw hoogst **afgeronde** (school)opleiding? (één vakje aankruisen)

☐	Lager Onderwijs
☐	Lager Voortgezet Onderwijs (LAVO, VGLO)
☐	Lager Beroepsonderwijs (bijvoorbeeld LHNO, Huishoudschool, LTS, LDS)
☐	Middelbaar Voortgezet Onderwijs (bijvoorbeeld MAVO, MMO, MULO)
☐	Middelbaar Beroepsonderwijs (bijvoorbeeld MEAO, MTS)
☐	Hoger Voortgezet Onderwijs (bijvoorbeeld HAVO)
☐	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (bijvoorbeeld VWO, HBS, Gymnasium)
☐	Hoger Beroepsonderwijs (bijvoorbeeld HBO, HTS, HEAO)
☐	Universiteit Onderwijs (Universiteit, Technische Hogeschool)
☐	Anders, namelijk....

26. Hoe is uw woonsituatie? (één vakje aankruisen)

☐	Ik woon alleen
☐	Ik woon met partner (en kinderen)
☐	Ik woon met mijn ouders
☐	Ik woon in een woongroep
☐	Anders, namelijk....

27. Hoe is uw werksituatie?

☐	Betaald werk
☐	Huishouden
☐	Werkeloos
☐	Arbeidsongeschikt
☐	Gepensioneerd
☐	Studente
☐	Anders, namelijk ...

28. Tot slot kunt u door middel van een cijfer tussen de 1 en 10 een algemeen oordeel geven over het Centrum voor mammacare.

Ik geef het Centrum voor mammacare een ...

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

Heeft u nog algemene opmerkingen over het Centrum voor mammacare of over deze vragenlijst, dan kunt u ze hieronder plaatsen!

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

2. De aanbiedingsbrief

Enschede, 1 juni 2007

Geachte mevrouw,

In januari 2006 is het Centrum voor mammacare van het Medisch Spectrum Twente van start gegaan. In dit centrum wordt geprobeerd de onderzoeken die nodig zijn om de aard van een borstafwijking vast te stellen, binnen één dag plaats te laten vinden en tevens diezelfde dag een voorlopige uitslag van de onderzoeken (diagnose) en een voorlopig behandelplan te geven. De diagnose wordt in dit centrum niet meer gesteld door één arts, maar in het zogenaamde multidisciplinair overleg waarin artsen en verpleegkundigen aanwezig zijn, zodat zij samen tot een diagnose kunnen komen. Ook wordt er alles aan gedaan om, wanneer blijkt dat u een behandeling of operatie moet ondergaan, deze zo snel mogelijk te laten starten/plaatsvinden.

Nu, anderhalf jaar later, willen we evalueren hoe u deze vernieuwde vorm van zorg heeft ervaren.

In het kader van deze evaluatie is Dianne Gosselt aangetrokken. Zij is studente Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente en voor haar afstudeeronderzoek heeft zij bijgaande vragenlijst opgesteld. Met deze vragenlijst wordt u de mogelijkheid geboden uw mening te geven over de zorg in het Centrum voor mammacare. Wij willen de zorg graag zo goed mogelijk toespitsen op de wensen van u als patiënt en daarvoor hebben we uw hulp nodig. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld!

U kunt de vragenlijst retourneren door middel van bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig. Uw persoonlijke gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. De vragenlijst kunt u terugsturen tot vrijdag 29 juni a.s.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Dr. J.M. Klaase
Oncologisch chirurg Centrum voor mammacare

Dhr. G.J. Abbink
Projectleider Centrum voor mammacare

3. De herinneringsbrief

Enschede, 18 juni 2007

Geachte mevrouw,

Het Centrum voor mammacare van het Medisch Spectrum Twente is momenteel bezig met een grootschalig patiënttevredenheidsonderzoek. In het kader van dit onderzoek heeft u twee weken geleden een vragenlijst van ons ontvangen met het verzoek deze in te vullen en terug te sturen.

Misschien heeft u de vragenlijst inmiddels ingevuld en teruggestuurd. Dan danken wij u hier hartelijk voor en kunt u deze brief als niet verzonden beschouwen.

Als u de vragenlijst nog niet heeft ingevuld, vragen wij u dit alsnog te doen. Pas wanneer er veel patiënten aan het onderzoek meedoen, krijgen we een goed en betrouwbaar beeld van wat goed gaat en wat beter kan. U bent immers bij uitstek degene die ervaring heeft met het Centrum voor mammacare. We willen proberen de zorg nog beter op uw wensen af te stemmen, maar hiervoor hebben we uw hulp nodig. Dit is u kans om ons te laten weten of we op de goede weg zitten of dat er nog zaken kunnen worden verbeterd.

We willen hierbij nogmaals benadrukken dat deelname aan het onderzoek volstrekt anoniem is. U kunt de vragenlijst tot **uiterlijk vrijdag 6 juli** gratis opsturen door middel van bijgevoegde antwoordenvelop.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Dr. J.M. Klaase
Oncologisch chirurg Centrum voor mammacare

Dhr. G.J. Abbink
Projectleider Centrum voor mammacare