

Juni, 2016

Patiënttevredenheid op de modaliteit echografie

Fontys Paramedische Hogeschool

Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutisch Technieken

Student:
Studentnummer:

Amy Schepers
2205363

Opdrachtgever:

H. Bomhoff

Begeleiders:

F. Cornelis (Fontys)
M. Junghans (Zuyderland MC)

Eindhoven, juni 2016
Versie 8.0

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de afstudeerfase van de opleiding Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (MBRT) aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Het onderzoek is gekoppeld aan het patiënttevredenheidsonderzoek van Zoë Schrijen (student MBRT) en samen met haar onderzoek wordt een aanbeveling gegeven aan de afdeling Radiologie van Zuyderland Medisch Centrum te Heerlen.

Deze studie heeft als doel: de kwaliteit van zorg te onderzoeken/toetsen en eventuele verbeterpunten te benoemen. Dit wordt gedaan door inzicht te verkrijgen in de ervaringen van patiënten, ten aanzien van de bejegening en informatieverstrekking door de Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige (MBB'er).

Ten eerste wil ik Forra Cornelis (MSc.) en Dr. Sil Aarts bedanken voor de begeleiding en hulp tijdens de afstudeerfase. Zonder hen was dit onderzoek niet tot stand gekomen. Als tweede wil ik de begeleider van Zuyderland Medisch Centrum, Maikel Junghans, bedanken voor de prettige communicatie en begeleiding tijdens het onderzoek. Als derde gaat mijn dank uit naar de medewerkers van de balie van de afdeling Radiologie, voor alle weken dat zij deelnemers hebben geworven voor mijn onderzoek.

Als laatste wil ik natuurlijk mijn medestudent Zoë Schrijen bedanken voor alle uren die we samen hebben gezeten, de gedeelde stress en de vrolijke tijden wanneer weer een onderdeel afgevinkt kon worden.

Eindhoven, juni 2016

Amy Schepers

Samenvatting

Doel

De aandacht voor kwaliteit van zorg is toegenomen. Dit kan gemeten worden aan de hand van patiënttevredenheid. Patiënten zijn het meest ontevreden over de bejegening met zorgverleners. Daarnaast speelt informatieverstrekking binnen patiënttevredenheid een belangrijke rol. Echter, tot op heden is geen duidelijk beeld van de patiënttevredenheid op de modaliteit echografie van de afdeling Radiologie van het Zuyderland Medisch Centrum.

Methode

Voor dit onderzoek zijn zeven individuele diepte-interviews gehouden met patiënten, welke een echografisch onderzoek hebben ondergaan. De onderwerpen die tijdens het interview aan bod kwamen waren bejegening met de MBB'er, de communicatie van de MBB'er, de informatieverstrekking door de MBB'er en mogelijke verbeteringen voor de afdeling Radiologie en modaliteit echografie.

Resultaten

Patiënten hebben het gedrag van de MBB'er, met onder andere de vriendelijkheid, open houding, persoonlijke aandacht en voldoende tijd nemen voor de patiënt, als een belangrijke factor ervaren voor de patiënttevredenheid. Daarnaast waren communicatieve vaardigheden en informatieverstrekking volgens patiënten belangrijke factoren voor de patiënttevredenheid. Een verbeterpunt dat is aangedragen is enige informatieverbreiding in de informatiebrief.

Conclusie

De conclusie op de hoofdvraag wat de ervaringen van patiënten zijn ten aanzien van de bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er, is dat patiënten positief zijn over de MBB'ers.

Abstract

Aim of study

The attention for quality of care has increased. Quality of care can be measured through patient satisfaction. Patients are most dissatisfied about the patient treatment with the caregiver. Besides, providing information has an important role within patient satisfaction. However, at this moment it remains unclear how patient satisfaction is, at section ultrasound of the Radiology department at Zuyderland Medical Center.

Method

This study contains seven individual depth-interviews, which were held with patients, who have received an ultrasound. The interview consisted of four topics: patient treatment with diagnostic radiographers, communication of diagnostic radiographers, providing information by diagnostic radiographers and possible improvements for the Radiology department and section ultrasound.

Results

Patients have experienced the attitude of diagnostic radiographers, like being friendly, an open attitude, personal attention and spending enough time for the patient, as important factors for patient satisfaction. According to patients communication, skills and providing information were also important factors for patient satisfaction. An improvement that was suggested is some more information in the mailing.

Conclusion

The conclusion to the main question, what are the experiences of patients to consideration of patient treatment and providing information by diagnostic radiographers, is patients are positive about diagnostic radiographers.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methode.....	7
Onderzoekspopulatie.....	7
Procedure	7
Interviews.....	7
Data-analyse.....	8
Ethische aspecten	9
Resultaten.....	10
Beleving patiënt in relatie met MBB'er	10
Communicatieve vaardigheden	11
Beleving patiënt omtrent informatieverstrekking	11
Verbeteringen	12
Discussie	13
Belangrijkste bevindingen.....	13
Sterke kanten en kanttekeningen.....	14
Aanbeveling voor de praktijk	15
Aanbeveling voor vervolgonderzoek	15
Conclusie	15
Literatuurlijst	16
Bijlagen	22
Bijlage I: Informatiebrief	I
Bijlage II: Toestemmingsformulier	III
Bijlage III: Interviewschema.....	IV
Bijlage IV: Goedkeuringsformulier METC.....	VII

Inleiding

De aandacht voor kwaliteit van zorg is de laatste jaren toegenomen (1). De kwaliteit van zorg kan gemeten worden aan de hand van verschillende kwaliteitsindicatoren. Eén van die kwaliteitsindicatoren is patiënttevredenheid (2). Patiënttevredenheid kan volgens Sitzia et al. (3) omschreven worden als “het vervullen van de verwachtingen, behoeften en wensen van iemand”. In Nederland is de patiënttevredenheid hoog vergeleken met andere landen, namelijk 91% van de Nederlanders is positief over de gezondheidszorg (4). In België en Duitsland zijn respectievelijk 95% en 90% van de bevolking daarentegen positief over de gezondheidszorg (4). Gemiddeld is 79% van de bevolking in de Europese Unie (EU) tevreden over de gezondheidszorg (4). Een tevreden gevoel onder huidige patiënten is voor toekomstige patiënten wellicht een reden om zich in een bepaald ziekenhuis te laten onderzoeken (5).

Voor ziekenhuizen is een hoge patiënttevredenheid een manier om te concurreren met andere ziekenhuizen (6). Een hogere kwaliteit in een ziekenhuis kan de patiënttevredenheid verhogen, waarmee uiteindelijk ook de winst van het ziekenhuis verhoogd wordt (7). Als patiënten mogen aangeven hoe tevreden ze zijn, kan achterhaald worden welke kwaliteitsfactoren van zorg in een ziekenhuis verbeterd kunnen worden (8).

De patiënttevredenheid kan op verschillende onderdelen in kaart gebracht worden. Eén van die onderdelen is bejegening (9). Het blijkt dat patiënten de bejegening van zorgverleners en communicatie met zorgverleners belangrijk vinden (10,11). De houding en de manier van praten van de zorgverlener heeft invloed op hoe de patiënten de verleende zorg ervaren (12). Communicatie bevat onder andere verbale en non-verbale communicatie, gebaren en nabijheid (13). Uit onderzoek blijkt dat wanneer een zorgverlener met een open houding en goede toon communiceert, de patiënt zich meer gerustgesteld voelt (2,14). De bejegening is tevens één van de grootste oorzaken van ontevredenheid in de zorg in Nederland (15). Er zijn verschillende aspecten die bij bejegening horen. Patiënten willen beschaafd en met respect behandeld worden door de zorgverleners, dit wil zeggen iemand op een nette manier aanspreken en waardering tonen (16,17). Daarnaast vinden patiënten het prettig om voldoende aandacht te krijgen en dat zorgverleners de tijd nemen om duidelijke informatie te verstrekken en vragen te beantwoorden (17,18).

Naast bejegening geven patiënten ook aan dat informatieverstrekking en “*shared decision-making*” (gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener) van belang zijn (10,11). De hoeveelheid informatie die de zorgverlener verstrekt aan de patiënt heeft invloed op de tevredenheid (12). Onderzoek wijst bijvoorbeeld uit dat patiënten meer vertrouwen krijgen in de zorgverlener wanneer zij goed geïnformeerd zijn over de onderzoeken of behandelingen (14). Bij *shared decision-making* heeft de patiënt inspraak bij het maken van beslissingen in het behandelingstraject of onderzoek. Om *shared decision-making* mogelijk te maken is goede en complete uitwisseling van informatie tussen zorgverlener en patiënt van belang (19,20). Uitwisseling van informatie tussen patiënt en zorgverlener leidt namelijk tot beter begrip en betere beslissingen (19). Uit onderzoek blijkt dat *shared decision-*

making de patiënt een gevoel van vertrouwen geeft maar vooral het behoud van het gevoel van controle (19,21). Dit levert een positieve bijdrage aan de patiënttevredenheid (22).

Met bejegening, informatieverstrekking en shared decision-making heeft de Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige (MBB'er) dagelijks te maken. Een MBB'er werkt onder andere op een afdeling Radiologie waar uiteenlopende patiëntengroepen voorkomen. De MBB'er moet daarom continu inspelen op variërende behoeften aan begeleiding en uiteenlopende niveaus van communicatie van de patiënt (18). Patiëntbejegening en informatieverstrekking spelen hierbinnen dus een belangrijke rol.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de afdeling Radiologie in het Zuyderland Medisch Centrum (Zuyderland MC) te Heerlen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de modaliteit echografie. Gedurende de gehele diagnostiek is sprake van continue interactie met de patiënt. Het doel van het onderzoek is om de kwaliteit van zorg te onderzoeken en eventuele verbeterpunten in kaart brengen. Tot op heden is nog geen duidelijk beeld van de patiënttevredenheid en de afdeling wil dit graag in kaart brengen. De onderzoeksvraag luidt: wat zijn de ervaringen van patiënten, ten aanzien van de bejegening en de informatieverstrekking door de MBB'er, op de afdeling Radiologie?

Methode

Deze studie betrof een kwalitatief onderzoek middels semigestructureerde interviews met patiënten welke een echografisch onderzoek hebben ondergaan. Dit is uitgevoerd op de afdeling Radiologie in het Zuyderland Medisch Centrum (Zuyderland MC) te Heerlen. Om ervaringen en meningen van patiënten te onderzoeken is deze onderzoeksvorm het meest passend aangezien bij semigestructureerd onderzoek de mogelijkheid bestaat om door te vragen bij onduidelijkheden en ruimte aanwezig is voor de deelnemers voor eigen inbreng (23).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die een echografisch onderzoek hebben ondergaan. Voor dit onderzoek zijn enkel poliklinische patiënten geïnccludeerd, omdat zij de grootste groep zorgafnemers op deze afdeling zijn. Alle deelnemers dienden de Nederlandse taal zodanig te beheersen dat de onderzoeker de patiënt kon verstaan. Alleen deelnemers die 18 jaar of ouder en wilsbekwaam waren, werden geïnccludeerd in dit onderzoek.

Procedure

Voor deze studie zijn meerdere patiënten door de medewerkers van de balie en door de onderzoeker gecontacteerd. Zij zijn geworven binnen een tijdsplanning van vijf weken, namelijk van 4 april 2016 tot en met 3 mei 2016. De deelnemers zijn aanvankelijk benaderd door de baliemedewerkers van de afdeling Radiologie. Hierbij hebben de baliemedewerkers aan patiënten, die een afspraak hadden voor een echografisch onderzoek, gevraagd of zij interesse hadden in deelname aan dit onderzoek. Wanneer de patiënt aangaf interesse te hebben in deelname, is de informatiebrief over het patiënttevredenheidsonderzoek met hen doorgenomen (bijlage I). Bij verdere interesse hebben de baliemedewerkers de naam, geboortedatum en het telefoonnummer van de deelnemer genoteerd, zodat de onderzoeker de deelnemer kon bereiken voor verdere uitleg over het onderzoek en het plannen van het interview. Daarnaast heeft de onderzoeker zelf deelnemers geworven. Dit is gedaan door op de afdeling enkele patiënten persoonlijk aan te spreken en te vragen of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. Wanneer de deelnemer interesse had, kon hij of zij na het echografisch onderzoek met de onderzoeker meelopen naar een besloten ruimte om het interview af te nemen.

Interviews

De interviews zijn direct of enkele dagen na het echografisch onderzoek afgenomen. Dit varieerde van één dag na het onderzoek tot maximaal zeven dagen na het echografisch onderzoek. Er is gekozen voor maximaal zeven dagen na het onderzoek, zodat de ervaring van het echografisch onderzoek recent was. Het was met name van belang dat de deelnemer zich het gedrag van de MBB'er nog goed kon herinneren. De maximale tijdsduur per deelnemer aan het interview bedroeg een half uur. De interviews zijn op verschillende locaties afgenomen, namelijk bij de deelnemer thuis, op een openbare locatie en in een besloten ruimte in het ziekenhuis. Bij aanvang van het interview is de informatiebrief met de deelnemer besproken en hebben de aanwezige personen zich voorgesteld. Eventuele vragen over het onderzoek zijn daarna beantwoord. Vervolgens is gevraagd aan de

deelnemer of hij of zij de toestemmingsverklaring wilde ondertekenen en of het interview opgenomen mocht worden met de voice recorder (bijlage II).

Het interview begon met algemene vragen (naam, leeftijd en geslacht). Vervolgens zijn de volgende onderwerpen besproken: bejegening door de MBB'er, communicatieve vaardigheden en informatieverstrekking voorafgaand en tijdens het onderzoek. Het eerste onderwerp ging dieper in op de bejegening met de MBB'er. Hierbij werd gevraagd naar de persoonlijke aandacht door de MBB'er naar de deelnemer toe. Het tweede topic richtte zich op de communicatie waarbij zowel naar verbale als non-verbale aspecten werd gevraagd. Het derde topic betrof de informatieverstrekking over het echografisch onderzoek. Hierbij werd gevraagd naar de informatieverstrekking door de MBB'er en welke andere informatievoorzieningen aanwezig waren. Elk onderwerp is afgesloten met de vraag of de deelnemer verbeterpunten had voor het desbetreffende onderwerp. Het volledige interviewschema is weergegeven in bijlage III. Ter afsluiting van het interview is aan de deelnemer gevraagd wat hij of zij van het interview vond. Dit was voor eventuele verbeteringen voor een volgend interview.

Data-analyse

Elk interview is opgenomen met een voicerecorder en na afloop verbatim uitgeschreven. Na het beluisteren en uittypen is een samenvatting van het interview gemaakt en voorgelegd aan de deelnemer, de zogenoemde '*member check*' (23). De deelnemer heeft de samenvatting kunnen lezen om te beoordelen of de kern van zijn of haar verhaal goed was geïnterpreteerd door de onderzoeker. Wanneer dit niet het geval was, kon de deelnemer eventuele opmerkingen plaatsen. Deze opmerkingen zijn door de onderzoeker in de resultaten verwerkt.

Bij de interviews waren de volgende personen aanwezig: de onderzoeker, een observator en de deelnemer. De observator heeft overzicht gehouden over het gesprek en extra vragen gesteld of is dieper op een antwoord ingegaan, wanneer de onderzoeker dit vergat.

Voor de analyse van de interviews is gebruik gemaakt van de '*grounded theory*', ook wel de gefundeerde theoriebenadering genoemd (24). Deze theoriebenadering betrof drie fasen. De eerste fase bestond uit open coderen: hierbij is het transcript uiteengegrafeld op bruikbare fragmenten voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (23). Deze tekstfragmenten zijn in een of meer woorden, die de kern van het tekstfragment raken, beschreven. Na het open coderen ontstond een lijst met codes (23). De tweede fase betrof axiaal coderen: hierbij zijn alle open codes gegroepeerd: codes die bij elkaar passen en samenhangen zijn gegroepeerd. Hieruit zijn thema's ontstaan. Deze thema's vormen de basis van resultaten en zullen worden toegelicht door middel van de verkregen informatie uit de interviews. De interviewvragen zijn tijdens de looptijd van het onderzoek aangepast aan de hand van opgedane ervaring: het zogenaamde iteratieve proces (23).

Ethische aspecten

Het projectvoorstel van dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van Zuyderland MC Heerlen. Dit onderzoek is als niet WMO-plichtig (Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen) beschouwd. In bijlage IV treft men het goedkeuringsformulier van de METC.

Voorafgaand aan het interview diende de deelnemer een toestemmingsformulier te ondertekenen. Een toestemmingsformulier is een document waarin de deelnemer middels ondertekening verklaard dat hij of zij alles goed heeft gelezen en begrepen wat in de informatiebrief vermeld staat. Daarnaast staat in dit document vermeld dat de gemaakte opnamen uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt worden en dat deze na afloop van het onderzoek zullen worden vernietigd.

Met de verworven resultaten is vertrouwelijk omgegaan. De interviews zijn na afloop volledig geanonimiseerd. Er is een nummer gebruikt in plaats van een naam in verband met de privacy van de deelnemers. De nummeringsleutel hiervan is alleen beschikbaar voor de onderzoeker. De nummers van de deelnemers komen niet overeen met de volgorde van de gehouden interviews. Na afronding van het onderzoek worden de gegevens, codes en sleutels vernietigd, zodat niet achterhaald kan worden welke patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. De transcripten worden niet vernietigd. De verkregen informatie zal veilig en digitaal bewaard worden. De bewaartermijn van verkregen informatie bedraagt vijf jaar en de informatie zal bewaard worden door het lectoraat van de Fontys Paramedische Hogeschool.

Resultaten

In totaal zijn zeven interviews afgenomen met patiënten, welke een echografisch onderzoek hebben ondergaan in Zuyderland Medisch Centrum te Heerlen. De onderzoekspopulatie bestond uit drie vrouwen en vier mannen. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 49 jaar tot 76 jaar, de gemiddelde leeftijd was 60,8 jaar.

Beleving patiënt in relatie met MBB'er

Het gedrag van de MBB'er heeft een grote invloed op de patiënttevredenheid. Volgens de deelnemers is dit afhankelijk van verschillende factoren. Alle deelnemers gaven aan dat zij vriendelijkheid van de MBB'er als een belangrijke factor hebben ervaren. Tevens hebben zij aangegeven dat voorstellen bij binnenkomst, beschaafd behandelen en een open houding van belang waren. Daarbij gaven twee van de zeven deelnemers aan dat behulpzaamheid en goede zorg leveren ook belangrijke factoren waren.

'Nee, hij heeft mij verzorgd. Ik ben binnengekomen, handje gegeven, afscheid genomen, zijn handelingen gedaan, ja klaar, meer is er voor mij niet.' (D2¹)

'Ja, gewoon op een nette en directe wijze. Ja hij heeft mij allereerst uitgenodigd om te komen, riep mijn naam en stelde zich netjes voor. Heeft me daarna netjes begeleid naar de kleedruimte (...)' (D4)

'Ze was vriendelijk, behulpzaam en ja, ik was zeer tevreden.' (D7)

Voldoende tijd voor de patiënt nemen tijdens het onderzoek wordt eveneens door alle deelnemers als een belangrijke factor ervaren. Hierbij verwachten de patiënten dat zij eventuele vragen kunnen stellen en dat de MBB'er deze correct zal beantwoorden.

'Als ik wat had willen vragen, had ze de tijd daarvoor genomen.' (D6)

'Soms moet het wat sneller want dan hebben ze misschien weinig tijd. Maar ik was nu natuurlijk toevallig de laatste.' (D7)

Persoonlijke aandacht wordt door de deelnemers ook als belangrijk ervaren. Alle deelnemers hebben aangegeven persoonlijke aandacht te hebben gekregen van de MBB'er. Met persoonlijke aandacht wordt bedoeld een gesprek aangaan met de patiënt. Door een gesprek aan te gaan met de patiënt kan de patiënt worden gerustgesteld. Naast geruststellen door persoonlijke aandacht, hebben drie deelnemers aangegeven dat geruststellen door middel van het krijgen van de uitslag eveneens van belang is.

'Is een praatje met me aangegaan en dat vond ik echt wel, dat vond ik heel erg leuk ja.' (D3)

'Ja, op gemak stellen, ga maar liggen en praatje maken dus.' (D5)

'Nou het enigste wat ik wel graag zou hebben, wat ik wel graag wou is, dat ze mij gelijk kon zeggen wat er aan de hand is. (...) Ja, elke keer spanning.(...) Ze zegt zoals ik het nu zie, ziet het er goed uit. Dus ik ging wel met een gerust gevoel weg.' (D1)

'Ja ik heb alles, ik had laten kijken en alles. Ja hij heeft me ook verteld dat er niks ernstigs aanwezig

¹ Deelnemersnummers komen niet overeen met de volgorde waarin de interviews zijn afgenomen

was dus. (...) Kijk de echte uitslag moet ik nog krijgen van de dokter, van de huisarts, maar wat die man mij verteld heeft. Dus die heeft meer verteld dan wat hij mocht. (...) Hij heeft, hij heeft me gerustgesteld. Je hebt niks ernstigs, dus het zal wel goed zijn.’ (D2)

Het geslacht van de MBB’er wordt eveneens als factor ervaren. Twee van de zeven deelnemers gaven aan dat zij behandeld worden door hetzelfde geslacht als prettig hebben ervaren.

‘Ik wist dat ik dit moest ondergaan en wie dat doet. Ik vond het prettig dat het een vrouw was.’ (D1)

Communicatieve vaardigheden

De taal die wordt gesproken door de MBB’er wordt door de deelnemers als prettig ervaren. Enkele deelnemers gaven aan dat een Limburgs dialect ook gesproken mocht worden, echter is Nederlands de voertaal.

‘Ja, ze was een Nederlandse. Ze was een echte Nederlandse. Ze was niet Limburgs. (...) Ja, ja weet ik, weet ik. En dat vind ik echt moeilijk. Maar nou moet ik zeggen bij de dokters en bij dingen valt het wel mee, ook bij de receptionisten voor aan de balie bij de Radiologie, alles Nederlands. Dus dat was wel, dat is wel prettig.’ (D1)

‘Maar normaal is het dan toch eigenlijk, toch dat je iemand in het Nederlands aanspreekt.’ (D3)

De deelnemers gaven aan goede en duidelijke communicatie belangrijk te vinden. Met duidelijke communicatie wordt bedoeld dat de MBB’er zo communiceert dat de deelnemers begrijpen wat van hen verwacht wordt en wat de MBB’er gaat doen.

‘Dat men mij uitlegt wat ik, wat ze gaan doen en wat ik moet doen.’ (D1)

‘Ja, dat ze een beetje uitleg geven over wat ze gaan doen. (...) Dat vind ik prettig ja.’ (D3)

Beleving patiënt omtrent informatieverstrekking

Informatieverstrekking wordt door de deelnemers als belangrijk ervaren. Informatie voorafgaand aan het onderzoek betreft onder andere voorbereidingen die de patiënt moet treffen, datum, tijd en locatie van het onderzoek. Informatie die patiënten krijgen tijdens het onderzoek gaat met name over positionering en ademinstructies. De meningen over de informatieverstrekking liepen uiteen. De deelnemers ervaren ieder, op twee deelnemers na, voldoende informatie te hebben gekregen vóór en tijdens het onderzoek.

‘Ja, maar wel alles correct verteld. Precies wat mij te wachten stond. (...) Nee, ik vond dat wel prettig. Ik wist gelijk waar ik aan toe was. (...) En ook als ze wat zei van dat ik even mijn adem moest inhouden. En dat zei ze ook. En ze zei dat meld ik je wel. Ze had het wel echt uitgelegd wat ze ging doen.’ (D1)

‘Nee ik had een brief heb ik gekregen, wat ik allemaal moest doen. (...) Nee, nee anders had ik mij wel gemeld wat ik meer wilde.’ (D6)

‘Alleen maar een briefje, voor de rest heb ik geen informatie gehad.’ (D2)

‘Weinig, ik heb een brief gekregen, dat ik moest komen. Dus ja, in die zin verwacht je niet direct dat daar nog specifieke informatie over verstrekt wordt dus zou wel kunnen. Maar heb ik niet ontvangen in

ieder geval.’ (D4)

Verbeteringen

Het overgrote deel van de deelnemers benoemden dat er geen verbeterpunten waren.

‘Ik bedoel het stelt voor mij eigenlijk niks voor.’ (D2)

Opvallend was dat een deelnemers aangaf dat de toelichting op de informatiebrief en tijdens het onderzoek onvoldoende was. De reden waarom bepaalde voorbereidingen getroffen moesten worden en waarom de MBB’er af en toe harder op de buik drukte, zou meer duidelijkheid brengen en zou de patiënt meer geruststelling geven.

‘Als ze vertelden waarom je nuchter moet zijn en waarom je dingen moet doen. (...) Het staat niet er in waarom. Ja, nee, dat stukje ontbrak. En dat vond ik wel even, ik bedoel het is een A4’tje, maar de andere kant was leeg. Dan kan je ook de andere kant even wat opzetten.’ (D1)

Discussie

In deze studie is onderzocht wat de ervaringen van patiënten zijn, ten aanzien van de bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er, op de afdeling Radiologie van Zuyderland MC. Hierbij is ook onderzocht of verbeterpunten noodzakelijk zijn voor de afdeling Radiologie zijn en hoe deze gerealiseerd kunnen worden.

Belangrijkste bevindingen

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de deelnemers zeer tevreden zijn over de bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er. Wat sterk naar voren kwam tijdens dit onderzoek, is dat de deelnemers het gedrag van de MBB'er naar de patiënt toe als een belangrijke factor voor tevredenheid ervaren. Onder het gedrag valt voornamelijk de vriendelijkheid van de MBB'er, een open houding, behulpzaamheid, persoonlijke aandacht en voldoende tijd nemen voor de patiënt. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat deze gedragingen daadwerkelijk een rol spelen bij tevredenheid (25–30). Als dit wordt vergeleken met het onderzoek van NIVEL (31) blijkt dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de bejegening door MBB'ers (31). Deze bevinding komt overeen met de bevinding in dit onderzoek. Echter kan er een kanttekening geplaatst worden bij het onderzoek van NIVEL (31) omdat dit namelijk is uitgevoerd op een andere afdeling (31). Onderzoek wijst uit dat patiënten meer vertrouwen krijgen in de zorgverlener wanneer de zorgverlener vriendelijkheid, een open houding en behulpzaamheid kan overbrengen op de patiënt (5,14,32).

Een opvallend resultaat is dat de onderzoeker grotendeels positieve reacties heeft ontvangen. Een mogelijke verklaring hiervoor is sociaal wenselijk antwoorden. De deelnemer kan met zijn antwoorden kritiek proberen te ontwijken of een gevoel van goedkeuring willen krijgen (33–35). Echter door de borging van anonimiteit van de deelnemers en de correcte handelingen van de onderzoeker tijdens de interviews is de kans op sociaal wenselijk antwoorden onwaarschijnlijk. Daarnaast komen de deelnemers niet meer terug op de afdeling waardoor voor hen minder reden is om sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Over de informatieverstrekking van het echografisch onderzoek waren de deelnemers het meest tevreden. De informatie voorafgaand aan het onderzoek (de informatiebrief) was voldoende en de informatie tijdens het onderzoek was eveneens in overvloed. De deelnemers waren hier wederom zeer positief over. Een enkele deelnemer had graag een verklaring voor de voorbereidingen van het echografisch onderzoek. Dit zou kunnen samenhangen met een gevoel van angst of twijfel (36,37). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat patiënten beter voorbereid zijn en minder angst ervaren wanneer zij mondelinge uitleg krijgen over de informatie (36–39). Opvallend is dat de overige deelnemers geen behoefte hadden aan uitleg over het doel van de voorbereidingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de onderliggende reden voor bepaalde voorbereidende handelingen duidelijk waren voor de deelnemers. Een andere verklaring kan zijn dat de deelnemers het echografisch onderzoek als een niet-invasief onderzoek beschouwen (40,41). Uit onderzoek blijkt dat patiënten die invasieve of beangstigende onderzoeken ondergaan meer behoefte hebben aan uitleg, informatie en begeleiding (42,43). Omdat een echografisch onderzoek niet invasief of pijnlijk is zou het kunnen zijn dat hierdoor de behoefte aan die begeleiding ook minder groot is.

De deelnemers benoemden ook dat duidelijke uitleg en de gesproken taal bijdragen aan de tevredenheid. Wanneer geen duidelijke informatie wordt gegeven, begrijpen de deelnemers niet wat van hen verwacht wordt. Uit onderzoek blijkt dat het vertrouwen in de zorgverlener toeneemt wanneer de informatie duidelijk is (32,44,45). Daarnaast staat in het handboek van Good Clinical research Practice (GCP) (46) dat bij het verstrekken van informatie rekening gehouden moet worden met het scholingsniveau van de patiënten (5,46). Dit wil zeggen dat de MBB'er zich moet aanpassen aan elke individuele patiënt. Verschillende onderzoeken tonen aan dat wanneer de zorgverlener duidelijke informatie verschaft dit de patiënt aanzet tot participatie tijdens een behandeling (45,47–51).

Sterke kanten en kanttekeningen

Deze studie kent verschillende sterke punten. Ten eerste is dit onderzoek het eerste patiënttevredenheidsonderzoek dat afdelingsgericht en modaliteitgericht is binnen dit ziekenhuis. Voorgaande patiënttevredenheidsonderzoeken van het ziekenhuis zijn ziekenhuisbreed onderzocht. Door afdelingsgericht en modaliteitgericht onderzoek te doen worden specifieke resultaten verkregen, enkel voor de modaliteit echografie. Ten tweede is de data gedurende een langere periode verkregen, waardoor de uitspraken over de MBB'ers betrekking hebben op zoveel mogelijk echografische MBB'ers.

Dit onderzoek kent ook een aantal kanttekeningen. Ten eerste zijn slechts zeven deelnemers geïnterviewd door de onderzoeker. Mede door weinig animo voor het onderzoek en korte onderzoekstijd heeft geen verzadiging bereikt kunnen worden op bepaalde vragen. Daarbij zijn enkel deelnemers vanaf 49 jaar geïnterviewd, waardoor geen ervaringen zijn verkregen van jongere deelnemers. Deze zouden het echografisch onderzoek anders ervaren kunnen hebben (29). Uit de literatuur is bekend dat ouderen in het algemeen positiever over de zorg denken dan jongeren (31,52). Hierdoor zouden andere resultaten verworven kunnen worden. Ten tweede wisten de MBB'ers dat er een patiënttevredenheidsonderzoek op de afdeling werd uitgezet. Dit heeft de resultaten kunnen beïnvloeden, doordat de MBB'ers zich anders hebben kunnen voordoen tijdens het echografisch onderzoek. De MBB'ers zouden zich vriendelijker voorgedaan kunnen hebben dan wanneer de onderzoeker niet zou onderzoeken. Voorafgaand aan de dataverzameling is een informatieve e-mail met uitleg over het onderzoek aan het personeel van de afdeling Radiologie gestuurd. De verwachting was dat MBB'ers zich niet anders hebben voorgedaan, omdat zij meerdere patiënten op een dag echoën en niet wisten welke patiënt deelnam aan het interview. Ten slotte heeft de onderzoeker zelf deelnemers geworven door persoonlijk contact en droeg tijdens de werving een witte doktersjas. Hierdoor zouden de deelnemers zich gedwongen kunnen voelen deel te nemen aan dit onderzoek en de onderzoeker niet durven af te wijzen. De verwachting voorafgaand aan het onderzoek was dat een witte doktersjas de patiënten zou kunnen beïnvloeden, echter hadden de patiënten de mogelijkheid om deelname aan het interview te weigeren. Uit onderzoek blijkt dat mensen meer vertrouwen hebben in een persoon die een witte doktersjas draagt (53–55). Echter zegt een ander onderzoek dat een witte doktersjas intimiderend en beangstigend is voor patiënten (56–58).

Aanbeveling voor de praktijk

Uit deze studie blijkt dat de deelnemers tevreden zijn over de bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er. Voldoende aandacht en tijd schenken aan de patiënten zijn aspecten die benoemd werden door de deelnemers. Daarnaast is een vriendelijke en behulpzame MBB'er prettig bij een onderzoek. Ten slotte is uitleg over de handelingen van de MBB'er tijdens het onderzoek van belang. Als laatste is uitleg tijdens het onderzoek en wat de MBB'ers aan het doen zijn van belang bij de tevredenheid. Dit geldt niet alleen voor MBB'ers maar voor iedere zorgverlener in de gezondheidszorg (10). Echter is er een klein verbeterpunt voor de informatieverstrekking. De informatieverstrekking in de informatiebrief wordt door het overgrote deel van de deelnemers als voldoende ervaren, echter is er een enkele deelnemer die graag uitgebreidere informatie zou wensen in de informatiebrief. In de brief staat wel vermeld wat de voorbereidingen zijn en wat er van de patiënt verwacht wordt, maar mist de toelichting waarom voorbereidingen zo belangrijk zijn. Dit kan worden aangepast door enige uitleg in de brief te verstrekken waarom dit van belang is. Door toelichting van de informatie in de informatiebrief worden patiënten aangemoedigd tot participatie tijdens het onderzoek. (38,39). Daarbij wordt de angst en pijn gereduceerd en weet de patiënt wat van hem of haar verwacht wordt (37,49–51).

Tijdens de interviews is diverse keren naar voren gekomen dat de wachttijd voor het maken van een afspraak voor het echografisch onderzoek vrij lang is. Enkele deelnemers gaven aan dat het twee tot drie weken kon duren, voordat zij de afspraak van het onderzoek hadden. In tegenstelling tot de wachttijd van dit ziekenhuis, blijkt dat andere ziekenhuizen in Zuid-Limburg een kortere wachttijd, gemiddeld een week, hebben voor de afspraak van een echografisch onderzoek (59–61).

Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Deze studie is enkel gericht op de bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er voor het meten van de patiënttevredenheid. Desalniettemin hangt patiënttevredenheid van meerdere aspecten af en niet alleen van bejegening en informatieverstrekking door de MBB'er. Uit onderzoek blijkt dat de wachttijd en continue zorg ook van invloed zijn op de patiënttevredenheid (2,5,10,29). Daarnaast zijn de beleving van de doktersconsulten en de telefonische bereikbaarheid categorieën waar de patiënttevredenheid op gemeten kan worden (2,62). Een vervolgonderzoek voor deze afdeling op die punten zou voor een zo compleet mogelijk beeld kunnen zorgen, wanneer de afdeling hier behoefte aan heeft.

Conclusie

De conclusie op de hoofdvraag is dat patiënten positief zijn over de bejegening en informatieverstrekking door MBB'er. Een aspect die bij tevredenheid over de MBB'er een rol speelt is het gedrag van de MBB'er, met name de persoonlijke aandacht en voldoende tijd nemen voor de patiënt. Daarnaast spelen communicatieve vaardigheden van de MBB'er en duidelijke informatieverstrekking een rol bij de tevredenheid.

Literatuurlijst

1. Veeninga AT, Hafkenscheid AJPM. Patiëntgerichte kwaliteit van zorg. Tijdschrift voor Psychotherapie. 2002;28(1): 23-32.
2. Sluijs E, Beek S Van, Mouthaan I, Neef M De, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Utrecht: NIVEL 2002.
3. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Social Science & Medicine. 1997;45(12):1829-43.
4. European Commission. Public opinion in the European Union. Standard Eurobarometer 77, Report. European Commision, Spring 2012. Cijfers geciteerd uit annex:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb77/eb77_anx_en.pdf. Geraadpleegd op 2016 april 5.
5. Shirley ED, Sanders JO. Patient satisfaction: Implications and predictors of succes. The Journal of Bone & Joint Surgery. 2003;95(10)e69.
6. Asselman FF. Kostprijzen in ziekenhuizen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2008.
7. Alkemade E. Nieuwste inzichten en best practices. Eerste druk. Delft: Eburon Elements; 2015.
8. Brouwer W, Delnoij DMJ. Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid. NIVEL 2004.
9. Sixma H, Hendriks M, Boer D, Delnoij D. Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument. 2008;(2):1-61.
10. NIVEL. Vriendelijke dokter belangrijker dan korte wachttijd. Zorg en Financiering. 2011;10(8):92-3.
11. Rademakers J, Delnoij DMJ, Boer D De. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? BMJ Quality and Safety. 2011;20(4):326-31.
12. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Family practice. 1998;15:480-492.
13. Adriaansen M, Caris J. Elementaire sociale vaardigheden. Derde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.

14. Street R, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009; 74:295-301.
15. Verstraeten M. De meeste klachten gaan over bejegening. *Mednet*. 2012;5(9)-26-7.
16. Dale Van, Boer WTH De. Van Dale pocketwoordenboek. Vierde druk. Utrecht-Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv; 2006.
17. Rademakers J. NIVEL Kennissynthese, de Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld. Eerste druk. Utrecht: NIVEL; 2013.
18. Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie. Beroepsprofiel MBB'er. Utrecht: NVMBR; 2011.
19. Ouwens M, Van der Burg, S, Faber M, Van der Weijden T. Shared Decision Making & Zelfmanagement: Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. Scientific Institute for Quality of Healthcare; 2012.
20. Kooiker S, Hoeymans N. Burgers en gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; 2014.
21. Eldh A, Ehnfors M, Ekman I. The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004;3(3):239-246.
22. Van de Bovenkamp H, Grit K, Bal R. Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid. iBMG ErasmusMC; 2008.
23. Wouters E, Zaalen Y Van. Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg. Eerste druk. Bussum; Uitgeverij Coutinho; 2012.
24. Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. *Huisarts Wet*. 2004;47(12):122-8.
25. Booth L. The radiographer-patient relationship: Enhancing understanding using a transactional analysis approach. *Radiography*. 2008; 14(4):323-331.
26. Blomberg F, Brulin C, Andertun R, Rydh A. Patient's perception of quality of care in a Radiology Department: A medical-physical approach. *Journal of Radiology Nursing*. 2010; 29(1):10-17.

27. Brask KB, Birkelund R. "Patient care in Radiology" - The staff's perspective. *Journal of Radiology Nursing*. 2014;33(1):23-29.
28. Törnqvist E, Mansson M, Larsson E-M, Hallstrom I. It's like being in another world – patients' lived experience of magnetic resonance imaging. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:954-961.
29. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(2):86-92.
30. Hurlock-Chorostecki C, Van Soeren M, MacMillan K, Sidani S, Donald F, Reeves S. A qualitative study of nurse practitioner promotion of interprofessional care across institutional settings: Perspectives from different health care professionals. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3(1):4-11.
31. Zuizewind CA, Hendriks M, Van der Hoek L, Plass AMC. *CQ-index Radiotherapie*. Utrecht: Nivel; 2014.
32. Gordon HS, Street RL, Sharf BF, Kelly PA, Soucek J. Racial differences in trust and lung cancer patients' perceptions of physician communication. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(6):904-909.
33. Van de Mortel TF. Faking it: social desirability response bias in self-report research report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008;25(4):40-48.
34. King M, Bruner G. Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*. 2000;17(2):79-103.
35. Matthews BA, Baker F, Spillers RL. How true is true? Assessing socially desirable response bias. *Quality and Quantity*. 2003;37(3):327-335.
36. Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Darmon D, Van de Laar F, Lucassen P, Hartman TO, Van Weel C, Speckens A. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):3-8.
37. Hellman E, Lindgren M. Radiographers' perceptions of patients care needs during a computed tomography examination. *Journal of Radiology Nursing*. 2014;33(4):206-213.
38. Bolejko A, Sarvik C, Hagell P, Brinck A. Meeting patient information needs before magnetic

resonance imaging: development and evaluation of an information booklet. *Journal of Radiology Nursing*. 2008;27(3):96-102.

39. Hjelm-Karlsson K. Effects of information to patients undergoing intravenous pyelography: an intervention study. *Journal of Advanced Nursing*. 1989;14(10):853-862.
40. Koizumi N, Ota K, Nomiya A, Tsukihara H, Yoshinaka K, Azuma T, Sugita N, Homma Y, Matsumoto Y, Mitsuishi M. A mechanical system identification method for non-invasive ultrasound theragnostic system. *CIRP*. 2013;5:315-320.
41. Clement GT. Perspectives in clinical uses of high-intensity focused ultrasound. *Ultrasonics*. 2004;42(10):1087-1093.
42. Sharma N, Walsh AKM, Rajagopalan S. An audit on the use of chaperones during intimate patient examinations. *Annals of Medicine and Surgery*. 2016;7:58-60.
43. Qudsyi H, Putri MI. Slef-efficacy and anxiety of national examination among high school students. *Social and Behavioral Science*. 2016;217:268-275.
44. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Family practice*. 2002;19(5):476-483.
45. Dawson Rose C, Cuca Y, Webel AR, Solís Báez SS, Holzemer WL, Rivero-Méndez M, et al. Building trust and relationships between patient and providers: an essential complement to health literacy in HIV care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*. 2016:1-11.
46. Barton A. Handbook for good clinical research practice (GCP): guidance for implementation. *Journal of epidemiology and community health*. 2007;61(6):559.
47. Lara-Cabrera ML, Salvesen Ø, Nettet MB, Las Cuevas CD, Iversen VC, Gråwe RW. The effect of a brief educational programme added to mental health treatment to improve patient activation: a randomized controlled trial in community mental health centres. *Patient Education and Counseling*. 2015;99(5):760-768.
48. Chaves C, Santos M. Patient satisfaction in relation to nursing care at home. *Social and Behavioral Science*. 2016;217:1124-1132.
49. Andersson BT, Christensson L, Jakobsson U, Fridlund B, Broström A. Radiographers' self-assessed level and use of competencies-a national survey. *Insights Imaging*. 2012;3(6):635-645.

50. Chesson Ra, McKenzie GA, Mathers AS. What do patients know about ultrasound, CT and MRI? Clinical Radiology. 2002;57(6):477-481.
51. O'Conner G, Butler G. Aspects of patient care during barium enema identified as potential factors for audit. Radiography. 1999;5(1):15-22.
52. Laal M. Inpatient's perspectives on nursing care; affecting factors. Social and Behavioral Science. 2013;84:243-247.
53. Gooden B, Smith M, Tattersall S, Stockler M. Hospitalised patients' views on doctors and white coats. Medical Journal of Australia. 2001;175(4):219-222.
54. Gherardi G, Cameron J, West A, Crossley M. Are we dressed to impress? A descriptive survey assessing patients' preference of doctors' attire in the hospital setting. Clinical Medical Journal. 2009;9(6):519-524.
55. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidants of patients. American Journal of Medicine. 2005;188(11):1279-1286.
56. Hochberg MS. The doctor's white coat-an historical perspective. American Medical Association Journal of Ethics. 2007;9(4)310-314.
57. McLean M, Naidoo SS. The white coat in clinical practice – the debate rages on! South African Medical Journal. 2006;96(5):402-406.
58. Harnett PR. Should doctors wear white coats? Medical Journal of Australia. 2001;174(7):343-344.
59. Orbis Medisch Centrum. Wachttijden. Beschikbaar via:
<https://www.orbisconcern.nl/wachttijden/>. Geraadpleegd 2016 mei 24.
60. Maxima Medisch Centrum. Wachttijden MMC. Beschikbaar via:
https://www.mmc.nl/patienten/patienteninformatie/toegangs_en_wachttijden/actuele_toegangs_en_wachttijden. Geraadpleegd 2016 mei 24.
61. Maastricht Universitair Medisch Centrum. Wachttijden MUMC. Beschikbaar via:
<http://www.mumc.nl/verwijzers/verwijzen/wachtlijsten>. Geraadpleegd 2016 mei 24.

62. Schers H, Van den Hoogen H, Bor J, Grol R, Van den Bosch W. Persoonlijke continuïteit: wat levert het op? Huisarts en Wetenschap. 2005;48(6):608-612.

Bijlagen

Bijlage I: Informatiebrief

Bijlage II: Toestemmingsformulier

Bijlage III: Interviewschema

Bijlage IV: Goedkeuringsformulier METC

Informatiebrief voor deelnemers.

Afstudeerproject 'patiënttevredenheid op de Radiologie'.

Heerlen, 2016

Geachte heer/mevrouw,

Graag stel ik mij even voor. Mijn naam is Amy Schepers en ik ben 4^{de} jaars student MBRT (Medische Beeldvorming en Radiotherapeutische Technieken) aan Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. In het kader van mijn afstudeeropdracht, voer ik een onderzoek uit naar patiënttevredenheid. Graag informeer ik u over mijn onderzoek.

Het doel

Het doel van mijn onderzoek is om de ervaringen van patiënten over de communicatie met, en informatieverstrekking door de zorgverlener in kaart te brengen. Hierdoor kan de afdeling de communicatie en informatieverstrekking beter laten aansluiten op de wensen van patiënten.

Uitvoering onderzoek

Als u besluit mee te doen zult u door mij geïnterviewd worden. Dit interview zal worden afgenomen tussen april en mei 2016. Het interview wordt maximaal een week na het onderzoek afgenomen zodat de herinnering aan het onderzoek recent is. Het interview zal in een besloten ruimte in het ziekenhuis plaatsvinden of desgewenst bij u thuis.

Het interview neemt ongeveer 15-30 minuten in beslag en zal worden opgenomen met een voice recorder. Na het interview ontvangt u binnen enkele dagen een samenvatting van het gesprek. Hier kunt u als u wilt uw op- of aanmerkingen bij plaatsen en via e-mail terugsturen naar mij.

Wat wordt er met uw informatie gedaan?

Alle gegevens worden anoniem verwerkt en de informatie wordt alléén voor dit onderzoek gebruikt. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens van de interviews en opnames vernietigd.

Extra informatie

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U bent tot niets verplicht! Wel of geen deelname heeft geen invloed op uw verdere behandeling/zorgtraject op de afdeling Radiologie. Wanneer u meewerkt met het onderzoek kunt u te allen tijde stoppen met het interview of dit onderzoek. U hoeft geen reden te geven, waarom u niet meer wilt deelnemen. Uw gegevens zullen dan direct vernietigd worden. Indien u nog vragen heeft, kunt u contact met mij of de contactpersoon van de afdeling opnemen.

Met vriendelijke groet,

Onderzoeker	Contactpersoon afdeling
Amy Schepers	M. Junghans (coördinator MRI)
amy.schepers@home.nl	m.junghans@atriummc.nl
06-42276698	045 -576 6696 (balie Radiologie)

TOESTEMMINGSFOMULIER

Onderzoek naar 'Patiënttevredenheid onder poliklinische patiënten op de echografie'.

Verklaring deelnemer:

De looptijd van het hele onderzoek is van februari 2016 tot en met juni 2016. Voor het onderzoek word ik eenmalig geïnterviewd. Het interview wordt opgenomen en vervolgens uitgewerkt.

De onderzoeker maakt een samenvatting van het gesprek die ter controle aan mij wordt toegestuurd.

Al mijn gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens van de interviews en de bandopnames vernietigd.

Ik heb voldoende informatie gekregen over het onderzoek en ik vind het goed om mee te doen.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om te stoppen met het interview/onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Naam:

Datum:

Eventueel e-mailadres:

Handtekening:

Verklaring onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker:

Datum:

E-mailadres:

Handtekening:

Bijlage III: Interviewschema

Algemene informatie	
Bedankt dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op de modaliteit echografie. De afdeling Radiologie wil graag in een inzicht hebben in de patiënttevredenheid op de modaliteit echografie met betrekking tot de omgang door de laborant, communicatie en informatieverstrekking en hier eventuele verbeterpunten bij te noemen. Hiermee kan de afdeling Radiologie de zorg verbeteren. Met de laborant bedoel ik de zorgverlener die bij u het onderzoek heeft uitgevoerd. Wij zullen ons even voorstellen en wat onze taak vandaag is. Ik (Amy) ben de interviewer, wat betekent dat ik de meeste vragen zal stellen aan u. De persoon (Zoë) naast mij is de observator en houdt overzicht over het gesprek en zal eventueel extra vragen stellen wanneer ik dat vergeet. Het interview zal worden opgenomen door middel van een voice recorder. Ik zal dit gesprek later terug luisteren en uittypen. Het interview zal 15-30 minuten duren. Heeft u de informatiebrief gelezen? Heeft u nog vragen? Zou u dan het toestemmingformulier willen ondertekenen? Hierin verklaart u dat u alles goed gelezen en begrepen heeft en dat de opnames uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt zullen worden. Na afronding van het onderzoek zullen uw opnamen vernietigd worden.	
	Inleiding
0.	Deelnemer: Leeftijd: Geslacht:
	Openingsvraag
1.	Hoe heeft u het echografisch onderzoek ervaren? ➤ Kunt u daar iets meer over vertellen?
	Bejegening
2.	Hoe heeft de laborant u benaderd? ➤ Vriendelijk? Netjes? ➤ Heeft u dit als prettig ervaren?
3.	Hoe vindt u dat u bent behandeld? ➤ Netjes behandeld? ➤ Beschaafd?
4.	Wat verwachtte u van de laborant? ➤ Werde er aan die verwachtingen voldaan? ➤ Zo ja, waardoor werd er aan die verwachtingen voldaan?
5.	Was er persoonlijke aandacht voor u aanwezig? (Bijvoorbeeld geruststellen bij angst) ➤ Zo ja, hoe werd dit gedaan? ➤ Zo nee, waarom niet. Wat miste u?

6.	Was de laborant betrokken bij uw situatie? ➤ Waarom wel? Waarom niet?
7.	Heeft de laborant voldoende tijd voor u genomen? ➤ Waarom wel? Dus u had niet het gevoel dat u opgejaagd werd? ➤ Waarom niet? Zou u dit eventueel willen?
8.	Heeft u de indruk gekregen dat u inspraak tijdens het onderzoek had? ➤ Waarom wel? ➤ Waarom niet? ➤ Had u hier behoefte aan? Waarom wel of niet?
9.	Welke verbeterpunten heeft u met betrekking tot de bejegening? ➤ Waarom moet dit verbeterd worden? ➤ Waarom hoeft dit niet verbeterd te worden?
	Communicatie
10.	Wat verstaat u onder communicatie?
11.	Wat vindt u belangrijk bij het contact tussen de patiënt en de laborant? ➤ Waarom vindt u deze aspecten/factoren belangrijk? ➤ Hoe heeft u dit ervaren?
12.	Hoe heeft u de verbale communicatie ervaren? (Mondelinge communicatie) ➤ Wat vond u prettig? Wat vond u minder prettig?
13.	Hoe heeft u de non-verbale communicatie ervaren? (Gezichtuitdrukking, lichaamshouding) ➤ Wat vond u prettig? Wat vond u minder prettig?
14.	Hoe heeft u het taalgebruik ervaren? (Nederlands of dialect?) ➤ Wat vond u prettig? Wat vond u minder prettig?
15.	Welke verbeterpunten heeft u met betrekking tot de communicatie? ➤ Waarom moet dit verbeterd worden? ➤ Waarom hoeft dit niet verbeterd te worden?
	Informatieverstrekking
16.	Welke informatie heeft u allemaal ontvangen/gekregen over het echografische onderzoek?
17.	Hoe heeft u deze informatie ontvangen?
18.	Heeft u genoeg informatie over het onderzoek ontvangen? ➤ Zo ja, waar blijkt dat uit? ➤ Zo nee, wat miste u?
19.	Kwam de informatie overeen met wat daadwerkelijk gebeurd is tijdens het onderzoek? ➤ Zo nee, waar lag dit aan?
20.	Heeft u informatie gekregen tijdens het onderzoek?
21.	Had u voldoende informatie gekregen tijdens het onderzoek? ➤ Kon u meekijken op het beeldscherm tijdens de echografie?
22.	Welke verbeterpunten heeft u met betrekking tot de informatieverstrekking? ➤ Waarom moet dit verbeterd worden? ➤ Waarom hoeft dit niet verbeterd te worden?

	Afsluiting
21.	Zou u de echografie aanbevelen bij andere mensen? ➤ Waarom wel? ➤ Waarom niet?



Zuyderland MC
M. Junghans
Radiologie

Datum	Titel
19 februari 2016	<i>'Patiënttevredenheid onder poliklinische patiënten op het vlak van patiëntbejegening op de echografie'</i>
Onderzoeker	Nummer
A. Schepers	16-N-47

Geachte onderzoekers,

Op uw verzoek van 15 februari 2016 heeft de Medisch Ethisch Toetsingscommissie in het overleg van voorzitter en secretaris kennis genomen van bovengenoemd onderzoeksprotocol. De Commissie heeft de volgende documenten beoordeeld:

- Aanbiedingsbrief, d.d. 15 februari 2016
- Projectvoorstel
- Interviewvragen
- C.V M. Junghans, d.d. 19 januari 2016
- C.V A. Schepers
- CV B. de Leeuw

Inzake bovengenoemde studie delen wij u mede dat de Commissie van mening is dat de studie niet WMO-plichtig is, aangezien er geen sprake is van het onderwerpen van personen aan handelingen of het opleggen aan personen van een bepaalde gedragswijze.

Mits u de code Goed Gedrag alsmede de WBP in acht neemt hebben wij geen bezwaar tegen uitvoeren van het onderzoek.

Verder wil de Commissie u erop attenderen dat het onderzoek VOOR de start, bij een openbaar trialregister aangemeld dient te worden. U kunt dit doen bij: <http://www.trialregister.nl> of bij ClinicalTrials.gov. Zonder aanmelding kunt u in bepaalde journals niet publiceren.

Correspondentieadres
METC Z
Secretariaat
Postbus 5500
6130 MB Sittard

metc@atriummc.nl

Bezoekadressen
Leerhuis Gebouw V
Heerlen (ma-di-wo-do)
H. Dunantstraat 5
T 045 – 5767 194

Leerhuis BWO K&E A
Sittard-Geleen (wo)
Dr. van der Hoffplein 1
T 088 - 459 7347

www.atriummc.nl/METC

METC Z leden:
dr. J.W. Greve (voorzitter)
dr. J. Kragten (vicevoorzitter)
mw. drs. L. Dielis
mw. mr. dr. R. ten Hoopen
dr. R. Janknegt
ir. drs. A. Kessels
dr. H. van der Kuy
mw. dr. A. Moser
mw. dr. B. Panis
dr. M. Reinders
drs. H. Rijkse
dr. S. Samijo
drs. B. Simons
drs. J. van der Snoek
mw. mr. L. Teeuwen
dr. A. Voogd

vaste adviseurs:
dr. W. van Asten
mw. dr. A. van den Hout

METC Z secretariaat:
mw. mr. H. van den Besselaar
mw. J. Jennekens
mw. G. Spreeuwenberg
mw. B. Westerkamp

Voor de goede orde zij hierbij nog geattendeerd op het feit dat het de onderzoeker(s) slechts met schriftelijke toestemming van de Raad van Bestuur is toegestaan te starten met het onderzoek, daartoe ontvangt de Raad van Bestuur van Zuyderland een kopie van deze brief.

U dient de Commissie op de hoogte te stellen van de startdatum van het onderzoek (metc@atriummc.nl).

Bij beëindiging van de studie ontvangt de Commissie het eindverslag.

Met vriendelijke groet,

METC Z

dr. J.W. Greve, voorzitter

namens deze,



mr. Van den Besselaar (Hélène)

secretaris METC Z

i.a.a.

Raad van Bestuur Zuyderland

amy.schepers@home.nl

bernartdeleeuw@gmail.com