



2016

Better in – Better out concept bij totale heup- en/of knieoperaties

Een patiënttevredenheidsonderzoek naar het
nieuwe zorgpad in het Viecuri Medisch
Centrum

J.N. van Hek 1214853

J.M.J. Luijten 1200356

Afstudeerbegeleidster: Kim van Vijven, Msc

Tweede beoordelaar: Drs. Anita Stevens

Externe begeleidster: Coby Kovács

Zuyd Hogeschool, Faculteit Gezondheidszorg,
Opleiding Fysiotherapie

**ZU
YD**

25-5-2016





©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zuyd Hogeschool.

Dankwoord

Wij willen het Viecuri Medisch Centrum, de medewerkers van de afdelingen klinische fysiotherapie en orthopedie, bedanken voor de prettige samenwerking en de aangeboden hulp. Ook willen wij de patiënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken voor hun tijd, inzet en medewerking. Zonder hen hadden wij deze scriptie niet kunnen schrijven.

Daarbij willen wij onze afstudeerbegeleidster Kim van Vijven bedanken voor haar ondersteuning en kritische blik naar onze scriptie. Ook de tweede beoordelaar Anita Stevens willen wij bedanken voor haar feedback en hulp die zij geboden heeft.

Binnen het Viecuri willen wij een speciale dankbetuiging doen aan Coby Kovács, onze externe begeleidster, voor haar tijd en feedback, drs. Loes Janssen en Maarten Toll voor alle hulp die zij ons geboden hebben tijdens het schrijven van deze scriptie.

Samenvatting

Doel In maart 2015 heeft het Viecuri Medisch Centrum (VMC) een nieuw zorgpad geïmplementeerd op basis van de KNGF adviesrichtlijn: 'BiBo bij totale heup- en/of knieoperaties'. Het betreft de zorg voor patiënten die een electieve totale heup- en/of knieoperatie ondergaan in het VMC te Venlo en Venray. Het doel van het onderzoek was om te achterhalen hoe tevreden patiënten waren over de verkregen zorg rondom de operatie, wat de ervaringen hiermee waren en om eventuele verbeterpunten vanuit het oogpunt van de patiënt in kaart te brengen.

Methode Het onderzoek werd uitgevoerd middels combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In het kwantitatieve onderzoek werd data, van vooraf verzamelde vragenlijsten door het VMC, geanalyseerd. Er werd berekend wat de gemiddelde score per item op de vragenlijst was. Items die ontevreden werden gescoord dienden als opzet voor het kwalitatieve onderzoek. Deze items werden aangevuld met patiëntervaringen met betrekking tot het hele zorgpad. In het kwalitatieve deel van het onderzoek werden semigestructureerde interviews gehouden met patiënten. De interviews werden geanalyseerd middels directed content analysis.

Resultaten Patiënten scoorden op drie van de zestien items van de vragenlijst ontevreden. Dit waren de items: 'opnameduur', 'de hoeveelheid mondelinge en schriftelijke informatie omtrent de operatie'.

Over het algemeen bleek dat patiënten de zorg rondom de operatie positief ervaren hebben. Echter hadden de patiënten uiteenlopende ervaringen met verschillende aspecten van de verkregen zorg waarover geen consensus bestond.

Discussie en conclusie Een hoge tevredenheid en positieve ervaringen met de zorg rondom de operatie werd onder de patiënten geconstateerd. Echter waren er discrepanties aanwezig tussen de resultaten van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek. Wegens afwezigheid van methodologische kwaliteit van de vragenlijst werd aanbevolen om deze te herzien om de resultaten betrouwbaarder te maken. Ook werd aanbevolen om het zorgpad te evalueren op haar proces, waar ook medewerkers bij betrokken worden.

Inhoud

Inleiding	1
Methode	5
Methode deel 1: Kwantitatief	6
Resultaten deel 1: Kwantitatief	9
Methode deel 2: Kwalitatief	12
Resultaten deel 2: Kwalitatief	15
Discussie	24
Conclusie	31
Literatuurlijst	32
Bijlagen.....	35
Bijlage 1: Flowchart Zorgpad Viecuri Medisch Centrum	35
Bijlage 2: Zorgpad Better in, Better out	36
Bijlage 3: Screeningsmodel volgens BiBo richtlijn.....	37
Bijlage 4: Zorgpakketten “Better in, Better out”	38
Bijlage 5: Vragenlijst VMC	39
Bijlage 6: Interviewguide	42
Bijlage 7: Informatiebrief.....	44
Bijlage 8: Informed Consent formulier	47
Bijlage 9: Audio-visuele-verklaringsformulier.....	48
Bijlage 10: METC goedkeuring	49

Inleiding

Knie en heup vervangende operaties zijn veelvuldig uitgevoerde operaties. In Nederland worden naar schatting 25.000 heupvervangende operaties en 20.000 knievervangende operaties per jaar uitgevoerd (1). Een gewrichtsvervangende operatie kan het gevolg zijn van een trauma of voortkomen uit een weloverwogen beslissing tussen patiënt en orthopeed. Deze operaties worden ‘electieve gewricht vervangende operaties’ genoemd. Deze electieve operaties worden doorgaans uitgevoerd wanneer de patiënt bekend is met artrose in een of beide gewrichten.

Ondanks dat een totale gewrichtsvervangende operatie gezien wordt als een ‘succesvolle’ chirurgische operatie (2, 3), blijft er toch een groot aantal patiënten postoperatief pijn behouden en ervaren zij problemen van functionele en conditionele aard (4). Daarbij bestaat er een groep patiënten, de zogeheten hoogrisicopatiënten, waarvan de opnameduur in het ziekenhuis verlengd wordt naar aanleiding van deze ingreep als gevolg van een vertraagd herstel (5). Bij deze hoogrisicopatiënten, circa 20% van alle patiënten die een totale heup- en/of knieoperatie ondergaan, ziet men ook een afname van de conditie en het lichamelijk functioneren ten opzichte van vóór de operatie (6). Ook ziet men bij deze groep een afname van de lichamelijke activiteit (7) en het vóórkomen van angstige en depressieve gevoelens (8) na de operatie. Deze negatieve bijkomstigheden kunnen worden voorkómen door de huidige zorg omtrent de electieve totale heup- en/of knieoperaties te optimaliseren. Een efficiënte risicoscreening op de vertraagde ziekenhuisherstellers en het aanbieden van pre- en postoperatieve fysiotherapie aan deze populatie kan hieraan bijdragen. (9)

Enkele onderzoeken tonen aan dat de conditie en het functioneringsvermogen van patiënten vóór de operatie in relatie staat tot postoperatief herstel (10-12). Een ander onderzoek toont aan dat onder andere preoperatieve training de duur van de postoperatieve hospitalisatie verkort (13). Met dit gegeven is het aannemelijk dat dit concept met preoperatieve training ook bij patiënten die een totale heup- en/of totale knieoperatie ondergaan, kan worden toegepast. Mogelijk leidt dit concept bij deze populatie ook tot het reduceren van bovengenoemde nadelige aspecten in de vorm van ‘postoperatieve complicaties’ (9). Dit zogeheten ‘Better in, Better Out’ concept, ook wel ‘BiBo’, wordt als volgt beschreven:

‘Hoe beter de patiënt het ziekenhuis binnenkomt (‘Better In), hoe beter en sneller hij er weer uitkomt (‘Better Out)’ (9) pag. 1.

Verschillende regio’s in het land zijn gestart met het opzetten en uitvoeren van een Better in, Better out plan voor patiënten die een totale heup- en/of knieoperatie ondergaan met een verhoogd risico op vertraagd herstel. Om standaardisatie van de zorg rondom deze patiënten te creëren, heeft het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) in samenwerking met de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO), het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) in 2012 een adviesrichtlijn voor fysiotherapeuten ontwikkeld (9). Deze adviesrichtlijn draagt de volgende titel: ‘Advies aan fysiotherapeuten: ‘BiBo bij totale heup- en/of knieoperaties’ met name voor patiënten met een verhoogd risico op vertraagd herstel, inclusief de noodzakelijke procesoptimalisatie en professionalisering.’ (9).

Het Viecuri Medisch centrum (VMC) Venlo en Venray is in maart 2015 gestart met het invoeren van het BiBo-concept. Op basis van de BiBo-adviesrichtlijn hebben zij een nieuw zorgpad ontwikkeld voor de zorg rondom de totale heup- en/of knieoperaties. Echter richt het VMC zich hierbij niet enkel op de hierboven beschreven preoperatieve fysiotherapie bij patiënten met een hoog risico op vertraagd herstel, waar de naam BiBo voor staat. Het VMC heeft daarentegen een zorgpad ontwikkeld voor alle patiënten die een electieve heup- en/of knieoperatie krijgen. In bijlage 1 staat een flowchart over het zorgpad in het VMC. Een volledige uitwerking van het zorgpad van het VMC is te vinden in bijlage 2.

In dit nieuw ontwikkelde zorgpad wordt een screening uitgevoerd door de orthopedieconsulent(e). Hierbij worden alle patiënten gescreend op een verhoogd risico op vertraagd herstel middels de screening die in de adviesrichtlijn wordt aanbevolen. De screening, die uitgewerkt is in bijlage 3, bestaat uit een aantal testen en metingen waaraan een bepaalde score is gekoppeld. Wanneer de screening positief wordt bevonden is de patiënt geïndiceerd voor preoperatieve fysiotherapie. Wanneer een patiënt positief gescreend wordt, heeft de patiënt een eigen keuze tot deelname aan preoperatieve fysiotherapie. Wanneer de patiënt deelneemt aan de preoperatieve fysiotherapie, kiest de patiënt uit één van de vier zorgpakketten voor preoperatieve fysiotherapie (A, B, C en D; zie bijlage 4) die door het VMC zijn opgesteld. Aan elk pakket zitten andere kosten verbonden die de patiënt zelf betaalt, de patiënt maakt hierin een eigen keuze. De verleende zorg varieert per pakket. Het

aantal fysiotherapeutische behandelingen die de patiënten ontvangen is dan ook afhankelijk van het eigen gekozen pakket.

Omdat dit zorgpad binnen het VMC pas recent van start is gegaan, is er ruimte voor aanpassingen binnen dit concept om het zorgpad en dus de (fysiotherapeutische) zorg rondom de patiënten te verbeteren. Fysiotherapie speelt hierbij een grote rol, zowel voor, tijdens en na de operatie. Volgens het beroepsprofiel Fysiotherapie uit 2014, handelt de fysiotherapeut volgens het EBP-model (evidence based practice) (14). Dit betekent dat de fysiotherapeut behandelbeslissingen neemt op basis van individuele klinische expertise, het best beschikbare externe bewijsmateriaal en ook de wensen, verwachtingen en leefomstandigheden van de patiënt (14). De laatstgenoemde pijler heeft de laatste jaren een grotere plaats ingenomen in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. De patiënt wordt in principe klant van de zorgverlener en de zorg wordt daarom ook steeds patiëntgericht (15). Er kan op verschillende manieren gekeken worden of aan de wensen en behoeften van de patiënt voldaan wordt. Dit kan middels navraag, maar nog beter, middels meten (16). Bijvoorbeeld door middel van onderzoek naar de patiënttevredenheid te doen.

Er is tot nu toe nog niet bekend hoe tevreden patiënten zijn over het nieuw ontwikkelde zorgpad op basis van het BiBo-concept in het VMC. Daardoor kan er geen conclusie getrokken worden of het zorgpad voldoet aan de wensen en behoeften van de patiënt. Het VMC kent geen duidelijke definitie van patiënttevredenheid. Om eenduidigheid te creëren binnen deze scriptie over het begrip patiënttevredenheid, is gezocht naar een definitie over de verkregen zorg in het ziekenhuis. Met betrekking tot het doel van deze afstudeeropdracht is de volgende definitie gehanteerd:

‘Patiënttevredenheid is de indicator waarmee het oordeel van de patiënt wordt gemeten over de zorg die hij heeft ervaren in het ziekenhuis, op zowel de locatie binnen het ziekenhuis, als binnen de periode waarin de onderzoeker geïnteresseerd is’ (17) pag. 18.

Het doel van dit onderzoek is dan ook om te achterhalen hoe tevreden de patiënt is over de verkregen zorg over het nieuw ontwikkelde zorgpad volgens het ‘BiBo-concept’. Om daar antwoord op te kunnen geven is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Hoe is de tevredenheid onder de patiënten die een electieve totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan in het VieCuri medisch centrum (VMC) over het 'Better in, Better out' concept en wat zijn mogelijke verbeterpunten vanuit het patiëntenperspectief?

Vanuit bovenstaande hoofdvraag zijn de volgende vijf deelvragen afgeleid:

- a. Hoe is de algemene tevredenheid onder alle patiënten die een electieve totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan in het VMC over het nieuwe zorgpad op basis van het 'Better in, Better out' concept?
- b. Hoe is de algemene tevredenheid over het nieuwe zorgpad op basis van het 'Better in, Better out' concept onder de patiënten die preoperatieve fysiotherapie hebben gehad in het VMC voordat zij een electieve totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan in het VMC?
- c. Wat zijn de ervaringen van de patiënt met de zorg rondom de electieve totale heup- en/of knieoperatie in het VMC?
- d. Wat zijn de ervaringen van de patiënt met de preoperatieve en klinische fysiotherapie in het VMC?
- e. Welke aanbevelingen worden door de patiënt gedaan voor het nieuwe zorgpad van het VMC op basis van het 'Better in, Better out' concept?

Methode

Om een algemene indruk te krijgen over de tevredenheid onder de onderzoekspopulatie is gekozen voor een kwantitatief onderzoek. Om de informatie die hieruit voortvloeit nader te onderzoeken en om nieuwe informatie te verkrijgen, is gekozen om aansluitend kwalitatief onderzoek te doen. De combinatie van verschillende onderzoeksmethoden (triangulatie) vergroot daarbij de betrouwbaarheid van het onderzoek (18).

Allereerst zal het kwantitatieve deel van de onderzoeksmethode met de daarbij behorende resultaten beschreven worden. In het kwantitatieve deel worden de deelvragen A en B beschreven.

Vervolgens wordt het kwalitatieve deel van de onderzoeksmethode en de daarbij behorende resultaten beschreven. Dit deel van het onderzoek beschrijft de deelvragen C, D en E en de methode is gebaseerd op de resultaten van het kwantitatieve deel van het onderzoek.

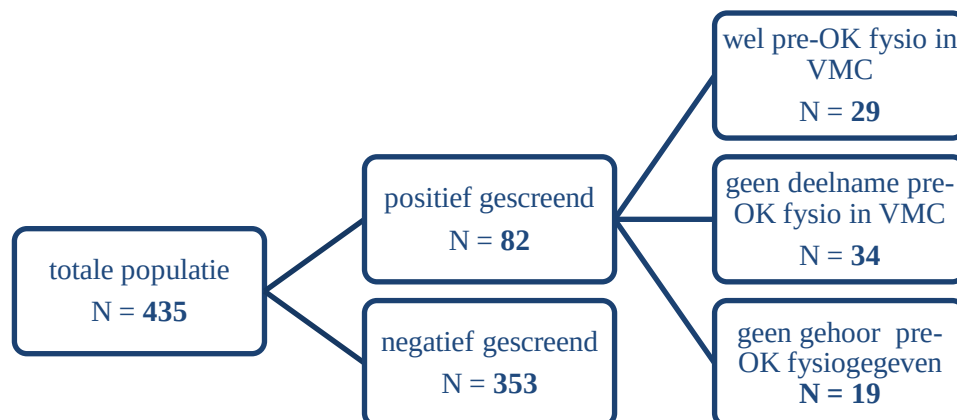
Aansluitend op alle onderzoeksresultaten worden de discussie en conclusie beschreven.

Methode deel 1: Kwantitatief

In het kwantitatieve deel van de methode werd een analyse uitgevoerd bij data die reeds door het VMC verzameld was. Deze dataverzameling werd gedaan door de orthopedieconsulenten, en vond plaats in de periode maart 2015 tot oktober 2015. Het VMC heeft de patiënten, die in deze periode een totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan volgens het nieuwe zorgpad, een vragenlijst meegegeven. Dit betrof een vragenlijst over de tevredenheid van de patiënten over de verkregen zorg (zie bijlage 5). Na deze periode heeft de data-analyse plaatsgevonden door de onderzoekers van deze scriptie.

Populatie

De patiënten die werden geïncludeerd voor het onderzoek zijn alle patiënten die een electieve totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan in het VMC Venlo of Venray in de periode van maart 2015 tot oktober 2015 (N=435). Elke patiënt werd door het VMC eerst gescreend op een hoog risico op vertraagd herstel. Bij een positieve screening kreeg de patiënt de keuze om preoperatieve fysiotherapie te volgen binnen het VMC. (zie figuur 1).



Figuur 1 Totale populatie voor het onderzoek met deelname aan het nieuwe zorgpad volgens het BiBo-concept.

Pre-OK: preoperatieve fysiotherapie

Procedure en dataverzameling van het VMC

De dataverzameling heeft reeds plaatsgevonden door middel van een vragenlijst, opgesteld door het VMC (zie bijlage 5 'vragenlijst VMC'). Er werd gevraagd naar de tevredenheid van de patiënten over de verkregen zorg volgens het nieuwe zorgpad op basis van het BiBo-concept in het VMC. Deze vragenlijst was ontwikkeld door een

wetenschappelijk onderzoeker binnen het VMC en bestond uit een algemeen deel met patiëntgegevens en zeventien items waarbij verschillende aspecten van de zorg uit het nieuwe zorgpad aan bod komen, zoals de fysiotherapie, communicatie en informatie. Alle items werden gescoord met een vijf-punts likertschaal waarbij vijf verschillende antwoordmogelijkheden bestonden (19). Deze antwoordmogelijkheden waren slecht – goed, onduidelijk – duidelijk, niet zinvol – zeer zinvol, te kort – te lang en te weinig – te veel. Bij de vragen die beantwoord konden worden middels te kort – te lang en te weinig – te veel betekende dit dat het getal drie op de antwoordschaal de meest positieve uitkomst was. Bij de overige antwoordmogelijkheden betekende dit dat het getal vijf de meest positieve uitkomst was. De vragenlijst was niet onderzocht op methodologische kwaliteitscriteria, zoals betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit.

De vragenlijst werd op moment van klinisch ontslag schriftelijk bijgevoegd aan de ontslagpapieren en aan de patiënt meegegeven door een medewerker op de afdeling ‘Orthopedie’. De patiënten werden gevraagd om binnen twee weken na ontslag de vragenlijsten per post te retourneren. De patiënten die binnen twee weken de vragenlijst nog niet geretourneerd hadden werden telefonisch benaderd of zij de vragenlijst in goede orde hadden ontvangen. In enkele gevallen ontbrak de vragenlijst bij de ontslagpapieren. In deze gevallen werd de vragenlijst alsnog per email aan de patiënt toegestuurd, zodat de patiënt deze kon invullen en per email kon retourneren.

De verkregen data uit de vragenlijsten werd destijds verwerkt door de orthopedieconsulenten. Zij hadden de antwoorden van de vragenlijsten per patiënt en per vraag handmatig in Microsoft Excel verwerkt. Dit Excel bestand was de basis voor de analyse van het kwantitatieve onderzoek.

Data-analyse

In de analyse werden de gegevens van de vragenlijsten uit het Microsoft Excel bestand geanalyseerd. Hierin werden ook de onvolledig ingevulde vragenlijsten meegenomen. Vragenlijsten die afkomstig waren van patiënten waarvan niet duidelijk was of zij wel of geen preoperatieve fysiotherapie hebben ontvangen, werden voor dit afstudeeronderzoek geëxcludeerd van de data-analyse.

Voor de analyse werd onderscheid gemaakt in twee groepen. Namelijk de totale populatie (N=435) en de groep die positief gescreend was én preoperatieve fysiotherapie gevolgd hebben (N=29) (zie figuur 1 populatiebeschrijving). Er werd geen onderscheid gemaakt in patiënten met verschillende zorgpakketten.

Voor de totale populatie en de groep positief gescreende patiënten die preoperatieve fysiotherapie heeft gehad, werd per item van de vragenlijst de gemiddelde score en de standaarddeviatie berekend door middel van Excel. Drie van de zeventien items konden beantwoord worden middels een andere antwoordschaal dan de overige items. Bij de items waarbij 1 de meest negatieve uitkomst en 5 de meest positieve uitkomst was, werd vanuit het VMC per item minimaal een gemiddelde score van 3,5 gehanteerd om te bepalen dat patiënten ‘tevreden’ waren.

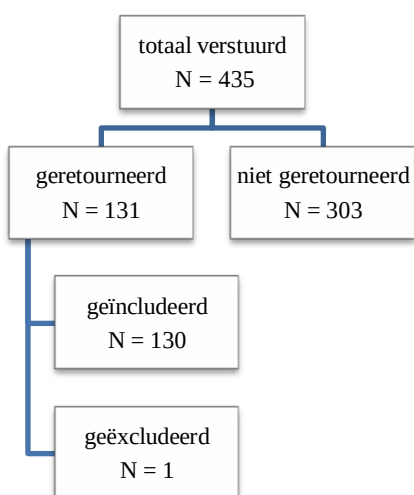
Voor de overige drie items (nr. 11, 14 en 15) met de afwijkende antwoordschaal, waarbij het middelste getal de meest positieve uitkomst is, werd een gemiddelde tussen 2,5 en 3,5 gehanteerd om te bepalen of de patiënten ‘tevreden’ waren over het item.

De resultaten werden beschreven middels een tabel waarin het gemiddelde en de standaarddeviatie per item werd weergegeven. Er werd voor beide groepen bekeken of de items in het algemeen tevreden of ontevreden gescoord werden. Vervolgens werden de gemiddelde score per item van beide populatiegroepen naast elkaar gelegd en vergeleken met elkaar. Er werd gekeken of verschillen in gemiddelde scores aanwezig waren om na te gaan of een verschil in tevredenheid kon worden aangetoond op de items. Deze resultaten dienden als opzet voor het kwalitatieve deel van de methode. De items die ontevreden werden gescoord werden meegenomen in het kwalitatieve deel van de methode om deze nader te onderzoeken. Wanneer geen enkel item als ontevreden werd gescoord, werden de items met een standaarddeviatie van 1,0 of hoger meegenomen in het kwalitatieve deel van de methode.

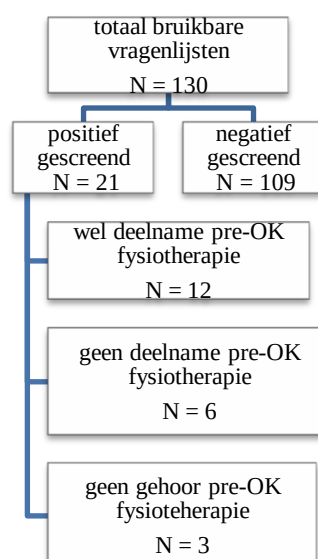
Resultaten deel 1: Kwantitatief

Van de 435 uitgedeelde vragenlijsten zijn uiteindelijk 131 vragenlijsten geretourneerd (30%). Van deze 131 geretourneerde vragenlijsten werd één vragenlijst geëxcludeerd, omdat niet bekend was of deze patiënt had deelgenomen aan preoperatieve fysiotherapie. Daardoor bleven er 130 vragenlijsten over die geïncludeerd werden in dit onderzoek. Zie figuur 2 voor de totale respons van alle vragenlijsten.

Uit de groep ‘geïncludeerde vragenlijsten’ (N = 130) werd onderscheid gemaakt in vragenlijsten afkomstig uit de totale populatie (N=130) en de groep positief gescreende patiënten die preoperatieve fysiotherapie hebben gevolgd (N = 12). Zie figuur 3 voor een overzicht van de geïncludeerde vragenlijsten.



Figuur 2 Totale respons vragenlijsten



Figuur 3 Overzicht geïncludeerde vragenlijsten

Pre-OK: preoperatieve fysiotherapie

In tabel 1 is een overzicht weergegeven van de scores van de gehele populatie. Item 1 van de vragenlijst is niet meegenomen in de analyse, omdat data fout was ingevuld.

Tabel 1 Gemiddelde scores en standaarddeviaties (SD) van de vragenlijst door gehele populatie en populatie preoperatieve fysiotherapie.

Vraag	Vraagomschrijving	Gehele populatie		Populatie preoperatieve fysiotherapie	
		Totaal beantwoord	Gemiddelde score (SD)	Totaal beantwoord	Gemiddelde score (SD)
1	Geexcludeerd	-	-	-	-
2	Preoperatieve fysiotherapie-bijeenkomst	108 (83%)	4,8 (0,6)	11 (92%)	4,6 (0,8)
3	Voorbereiding op operatie	123 (95%)	4,7 (0,8)	11 (92%)	4,5 (1,2)
4	Aandacht voor pijn preoperatief	118 (91%)	4,4 (1,0)	12 (100%)	4,3 (1,4)
5	Voorbereiding door anesthesist	129 (99%)	4,8 (0,6)	12 (100%)	4,9 (0,3)
6	Pijnbestrijding tijdens operatie	126 (97%)	4,7 (0,7)	12 (100%)	4,6 (1,2)
7	Pijnbestrijding na de operatie	68 (52%)	4,5 (1,0)	12 (100%)	4,5 (1,2)
8	Begeleiding door de fysiotherapeut postoperatief	127 (98%)	4,7 (0,7)	12 (100%)	4,8 (0,4)
9	Fysiotherapie op maat	67 (52%)	4,7 (0,6)	12 (100%)	4,9 (0,3)
10	Verantwoord ontslag	65 (50%)	4,6 (0,9)	11 (92%)	4,3 (1,3)
<u>11</u>	<u>Opnameduur</u>	<u>123 (95%)</u>	<u>3,7 (1,2)</u>	<u>12 (100%)</u>	<u>3,7 (1,2)</u>
12	Overdracht klinische fysiotherapie naar periferie	84 (65%)	4,5 (0,9)	12 (100%)	4,8 (0,6)
13	Evaluatieafpraak postoperatief bij de fysiotherapeut	96 (74%)	4,4 (1,0)	10 (83%)	4,6 (0,5)
<u>14</u>	<u>Hoeveelheid schriftelijke informatie</u>	<u>125 (96%)</u>	<u>4,2 (0,8)</u>	<u>11 (92%)</u>	<u>4,6 (0,7)</u>
<u>15</u>	<u>Hoeveelheid mondelinge informatie</u>	<u>125 (96%)</u>	<u>4,0 (1,0)</u>	<u>10 (83%)</u>	<u>4,4 (0,8)</u>
16	Duidelijkheid schriftelijke informatie	127 (98%)	4,7 (0,7)	12 (100%)	4,8 (0,6)
17	Duidelijkheid mondelinge informatie	127 (98%)	4,7 (0,7)	12 (100%)	4,8 (0,6)
Legenda: <u>ontevreden gescoorde items zijn vet, cursief en onderstreept weergegeven.</u>					

Bij de geretourneerde vragenlijsten afkomstig uit de totale populatie (N=130) varieerde de totale respons per item tussen de 50 – 99%. De gemiddelde scores van alle items varieerden tussen 3,7 en 4,8. De standaarddeviatie lag tussen de 0,6 en de 1,2 waarbij op slechts een vraag de standaarddeviatie groter was dan 1,0. Alle vragen waarbij 5 de meest positieve uitkomst is, werd als ‘tevreden’ gescoord, dit betekende een score van 3,5 of hoger.

De drie items waar het getal drie de meest positieve uitkomst was, werden alle drie ‘ontevreden’ gescoord, dit waren de vragen 11, 14 en 15. De gemiddelde scores varieerden tussen de 3,7 en 4,2. Deze resultaten waren in tabel 1 onderstreept, vet- en cursief gedrukt om duidelijk te maken welke onderwerpen ontevreden werden bevonden.

Bij de groep patiënten die preoperatieve fysiotherapie hadden gevolgd in het VMC (N=12) was te zien dat zij over het algemeen tevreden waren (zie tabel 1). De respons op de vragen varieerde tussen de 83% – 100%. In de tabel is af te lezen dat de gemiddelde scores van alle items tussen de 3,7 en 4,9 lagen. De standaarddeviatie varieerde tussen 0,3 en 1,4 waarbij op zes vragen de standaarddeviatie groter dan 1,0 was.

De scores op de items 11, 14 en 15 vielen buiten de marge van 2,5 – 3,5. Dit betekent dus dat patiënten ontevreden over deze items waren. De gemiddelde scores varieerden tussen 3,7 en 4,7. Deze resultaten werden ook onderstreept, cursief- en vetgedrukt weergegeven in tabel 1.

De items 11,14 en 15, die gingen over ‘opnameduur’, ‘hoeveelheid schriftelijke informatie’ en ‘hoeveelheid mondelinge informatie over de operatie’, werden meegenomen in het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Methode deel 2: Kwalitatief

In dit deel van het onderzoek werden semigestructureerde interviews afgenomen met patiënten als aanvulling op de verkregen informatie uit het kwantitatieve deel van het onderzoek.

Opzet voor het maken van de interviewguide

Voor de basis van de interviews werd gebruik gemaakt van een topiclijst (zie tabel 2). Deze topics werden gebaseerd op de vraagstellingen C, D en E van dit onderzoek. Deze drie vraagstellingen betroffen de ervaringen van de patiënten met het zorgpad en de preoperatieve en klinische fysiotherapie en eventuele aanbevelingen hierover. Er was daarnaast gekozen om de items uit de vragenlijst die als ‘ontevreden’ werden gescoord in de interviews verder uit te diepen. De items die reeds waren voortgekomen uit de kwantitatieve data-analyse waren: de opnameduur en de hoeveelheid schriftelijke en mondelinge informatie over de operatie. Omdat item 1 van de vragenlijst buiten de kwantitatieve analyse viel wegens foutieve invoer, werd dit item over de informatiefolder over preoperatieve fysiotherapie ook meegenomen in de topiclijst. Op basis van deze topiclijst werd een interviewguide opgesteld met de vragen die aan bod kwamen in de interviews (zie bijlage 6).

Populatie

Patiënten die na oktober 2015 in het VMC werden opgenomen volgens het nieuwe zorgpad op basis van het BiBo-concept en reeds uit het ziekenhuis waren ontslagen werden geïnccludeerd voor de interviews. Deze patiëntenpopulatie werd destijds niet betrokken in het kwantitatieve deel van het onderzoek, waarvan de data afkomstig was uit de populatie die tussen maart en oktober 2015 was opgenomen. Er was gekozen om patiënten te interviewen die na oktober 2015 waren opgenomen in het ziekenhuis, omdat werd aangenomen dat deze patiënten de opname nog goed konden herinneren. Er werd geïnterviewd totdat er geen nieuwe relevante informatie meer verkregen werd (saturatie). Hierbij werd er gestreefd om vijf à zes patiënten te interviewen, afhankelijk van het al dan niet bereiken van saturatie. Patiënten die niet de Nederlandse taal beheersten werden geëxcludeerd van het onderzoek.

Tabel 2 Topiclijst voor de interviews met patiënten met een totale heup- en/of knieoperatie uit het VMC

Hoofdttopics	Subtopics
Algemeen	Datum opname
	Soort operatie
	Leeftijd
	Opleidingsniveau
Organisatie	Lengte opname
	Tekortkomingen
Communicatie	Samenwerking zorgverleners
	Mondelinge informatie
	Schriftelijke informatie (informatiefolder)
Preoperatieve fysiotherapie	Deelname aan preoperatieve fysiotherapie
	Folder over preoperatieve fysiotherapie
	Inhoud preoperatieve fysiotherapie
	Zorgpakketten
Klinische fysiotherapie	Relatie met therapeut
	Uniciteit ¹
	Shared decision making
	Start therapie
	Frequentie therapie
	Communicatie
Verbeterpunten	Verbeterpunten voor opname
	Verbeterpunten tijdens opname
	Verbeterpunten na opname

Procedure

Er werd gestreefd om zo snel mogelijk na de data-analyse van het kwantitatieve onderzoek (december 2015) de interviews te starten. De patiënten werden na ontslag uit het VMC door de onderzoekers telefonisch benaderd met de vraag om deel te nemen aan de interviews. Wanneer de patiënt interesse had in deelname, werd er een informatiebrief opgestuurd (zie bijlage 7) en bij akkoord werd telefonisch een afspraak gemaakt. De interviews werden in februari 2016 afgenomen bij de patiënten thuis en duurden, inclusief voorbereiding, naar schatting ruim 45 minuten. Voor het starten van de interviews werd een informed consent formulier ondertekend door onderzoekers en deelnemer waarmee toestemming werd verkregen voor het afnemen van de interviews (zie bijlage 8). De patiënten mochten te allen tijde het interview beëindigen. De patiëntgegevens werden anoniem verwerkt.

¹ Uniciteit: In deze scriptie wordt onder uniciteit de mate waarin de zorg op de individuele patiënt gericht is, bedoeld.

Dataverzameling

De interviews werden opgenomen via audio-opname-apparatuur, hiervoor werd toestemming gekregen middels het AV-toestemmingsformulier (zie bijlage 9). De interviews werden afgenomen door beide onderzoekers, waarbij een onderzoeker het interview heeft afgenomen en de andere onderzoeker controleerde of alle punten uit de leidraad werden besproken. In de interviews hebben de onderzoekers een onafhankelijke rol van het VMC om de mogelijkheid op sociaal wenselijke antwoorden te reduceren. Dit verhoogt tevens de betrouwbaarheid van de informatie (trustworthiness) (20). Alle interviews werden na opname getranscribeerd in microsoft Word, om de informatie te coderen.

METC-keuring

Het onderzoek werd vooraf verstuurd naar de METC Zuyderland – Zuyd. Na zorgvuldige toetsing werd het onderzoek niet WMO-plichtig bevonden. (Zie bijlage 10; METC-nummer: 15-N-190).

Data-analyse

Het analyseren van de kwalitatieve data werd gedaan middels directed content analysis. Bij deze methode worden bestaande theorieën of resultaten uit eerder onderzoek dat incompleet is of verdere verdieping vereist, geanalyseerd (21). Er werd gekozen voor deze methode, omdat er reeds relevante informatie beschikbaar was uit het voorgaande kwantitatieve onderzoek waarop de topiclijst werd gebaseerd. Relevante stukken tekst in het getranscribeerde bestand werden gemarkeerd. Hierbij werd gekeken bij welke topic dit stuk tekst hoorde. Aan dit stuk tekst werd een nieuwe of bestaande code toegekend. Voor de verwerking van de data werd gebruik gemaakt van memo's waarbij nieuwe informatie uit interviews werd genoteerd en gebruikt werden als aanvulling op de bestaande interviewguide voor de volgende interviews. Van de verkregen codes werd een codeboom gemaakt. Hierin stonden de hoofdtokens met bijbehorende subtopics genoemd.

Resultaten deel 2: Kwalitatief

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken die zijn voortgekomen uit de individuele interviews. De resultaten geven de ervaringen en aanbevelingen van de patiënten weer over de verkregen zorg in het VMC volgens het nieuwe zorgpad bij totale heup- en/of knieoperaties.

Omschrijving van de populatie

Er hebben in totaal zes patiënten deelgenomen aan de individuele interviews van wie de persoonskenmerken beschreven worden in tabel 3. Patiënt 1 had volgens de gegevens van het VMC preoperatieve fysiotherapie gevolgd volgens het BiBo-concept. Tijdens het interview bleek dat de patiënt wel fysiotherapie in het VMC heeft gehad, maar dat dit niet volgens het BiBo-concept was verlopen.

Tabel 3 persoonskenmerken geïnterviewde patiënten

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Datum opname	Datum ontslag	Reden opname	Preoperatieve fysiotherapie
1	60	Man	MBO	23-12-2015	29-12-2015	TKP	Nee
2	62	Vrouw	HBO	31-12-2015	14-01-2016	TKP	Nee
3	56	Vrouw	MBO	20-01-2015	26-01-2015	TKP	Nee
4	66	Man	HBO	03-11-2015	06-11-2015	THP	Nee
5	67	Man	HBO	29-09-2015	03-10-2015	TKP	Nee
6	55	Man	MTS	20-01-2016	24-01-2016	THP	Nee

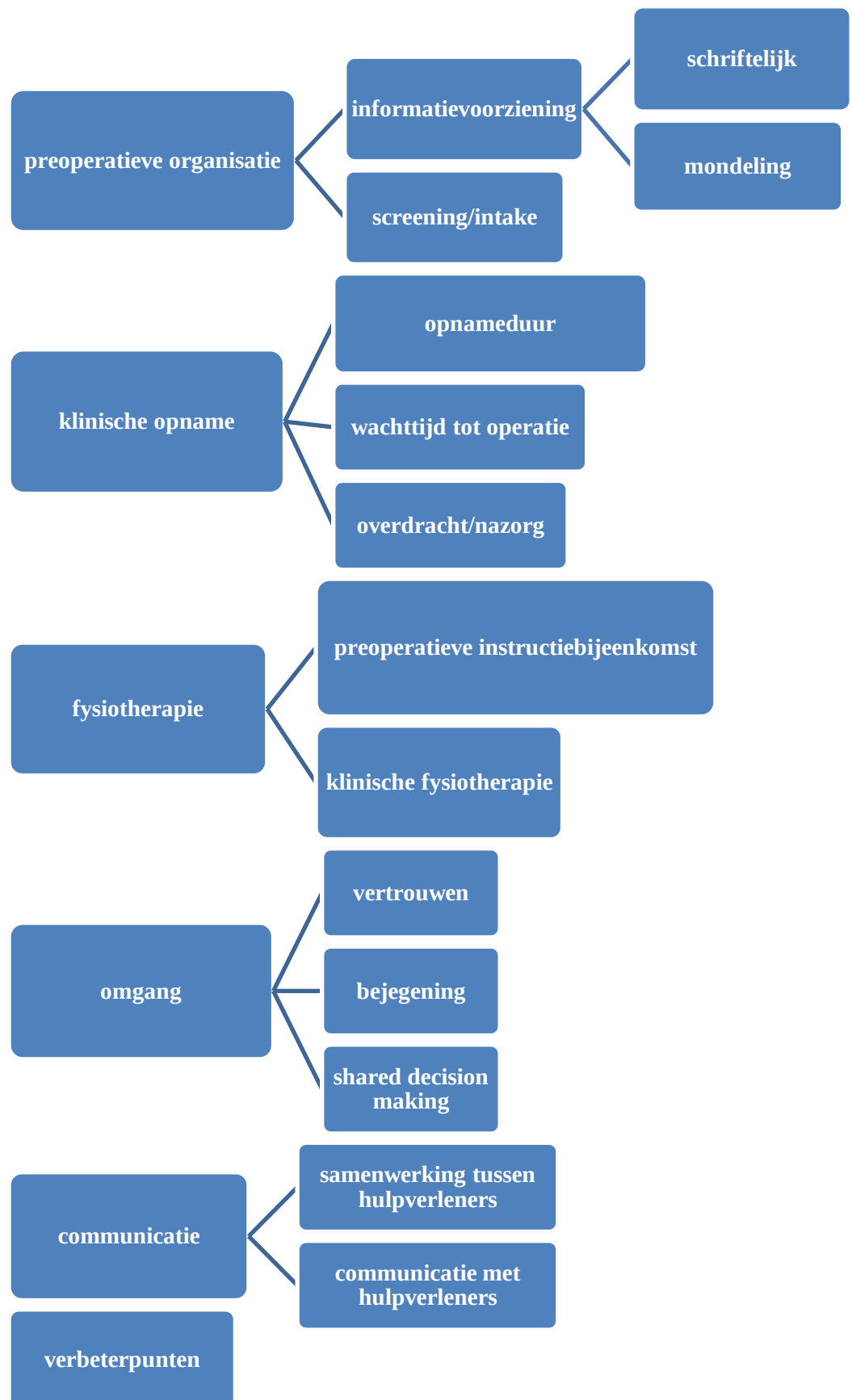
TKP: Totale knieprothese operatie, THP: Totale heupprothese operatie

Verloop van het onderzoek

Vijf van de zes interviews werden bij de patiënten thuis afgenomen. Een interview werd afgenomen in het VMC, omdat dit voor de deelnemer beter uitkwam. De duur van de interviews varieerde tussen de 20 en 60 minuten. Na zes interviews werd saturatie van informatie bereikt.

Beschrijven van de thema's

Op basis van de bestaande topiclijst en de analyse van de interviews waren enkele hoofd- en subtopics gevormd. Deze werden gevormd tot een codeboom (zie figuur 4) en tevens hieronder beschreven. Ieder topic werd voorzien van één of enkele quote(s) om de tekst te ondersteunen.



Figuur 4 Codeboom met de gevormde codes op basis van de interviews

Preoperatieve organisatie

1. Informatievoorziening

a. Schriftelijk informatie

Alle respondenten vertelden dat zij een informatieklaapper hebben meegekregen. In deze informatieklaapper werd informatie met betrekking tot de operatie verzorgd en compact verstrekt. Ook werd aangegeven dat in deze klapper oefeningen benoemd werden die de patiënt na de operatie kon uitvoeren. De informatie uit de klapper werd als duidelijk en nuttig bevonden door de patiënten.

“Ik had dat klappertje gekregen, wat ik trouwens heel positief vond. Daar staan die oefeningen in , daar staan antwoorden op je vragen in”.

Een enkeling vond de informatieklaapper overbodig. Enkele patiënten gaven aan dat de oefeningen uit de klapper (bijna) niet uitgevoerd werden.

“Nou er staat vrij veel informatie in. Er staan ook allerlei oefeningen in die ik nog nooit gedaan heb en ook nooit zal doen.”

Één respondent gaf aan dat er informatie in deze klapper gemist werd. Er werd namelijk niet gesproken over de TED-kous die de patiënten krijgen. Daarbij werd er ook niets vermeld over eventuele hulpmiddelen bij deze kous. Hierdoor heeft de patiënt extra kosten moeten maken. Dit heeft de patiënt zelf al aangegeven bij het VMC.

b. Mondelinge informatie

Alle respondenten gaven aan dat ze vooraf een gesprek hebben gehad met de orthopedieconsulent(e) over de opname in het ziekenhuis. Er werd aangegeven dat dit gesprek als nuttig werd ervaren.

Respondenten vertelden dat tijdens dit gesprek de procedure rondom de opname werd besproken en dat er werd voorzien in hun informatiebehoefte.

“Nee, maar het was best een verhelderend gesprek .. ze vertelde precies wat het inhield[...]”

Door één enkele respondent werd aangegeven dat er te weinig gesproken werd over de fysiotherapie rondom de operatie. Het was daardoor niet duidelijk of de patiënt wel of geen fysiotherapie nodig had na de operatie en wat de eventuele kosten zouden zijn die daaraan verbonden waren.

“[...] de hele fysio rond de operatie is eigenlijk een beetje onderbelicht.”

2. Screening

Het bleek dat bij geen enkele respondent een screening was uitgevoerd. Wel is bij twee patiënten de mogelijkheid tot volgen van preoperatieve fysiotherapie ter sprake gekomen. Vaak bleek dat patiënten al een voorgeschiedenis hadden in het ziekenhuis, waarvoor zij reeds behandeld werden bij een therapeut.

“[...]eigenlijk zouden heel veel mensen die een slechte conditie hebben, die zouden van tevoren fysio moeten krijgen. En ik vraag me af hoe je daar in komt. Ik heb dat namelijk gemist..”

Klinische opname

1. Opnameduur

Hoewel de opnameduur varieerde tussen de respondenten, werd de duur als positief ervaren. Het was niet te kort of te lang. De mate van pijn werd door de patiënt als een ontslagcriteria gezien. In een enkel geval waren er twijfels bij ontslag, waar ervaringen uit eerdere opnames in contrast stonden met de huidige opname. Hier werd de patiënt destijds langer in het ziekenhuis gehouden door een complicatie, waarvoor hij nu al naar huis mocht.

“Ik weet wat de risico's zijn met ontstekingen(...) had ik het niet erg gevonden om te zeggen ik blijf wat langer hier.”

Volgens een patiënt zou het oefenen van huishoudelijke taken tijdens de opname een meerwaarde hebben, omdat bij thuiskomst nog enkele problemen hierbij ondervonden werden.

2. Wachtijd tot operatie

De wachttijd vanaf het moment tot besluit voor een operatie en de daadwerkelijke opname gaf bij enkele respondenten problemen. Het bleek dat er geen duidelijkheid omtrent de operatiedatum was. Daardoor heeft de patiënt zelf contact moeten opnemen met het VMC. Daaruit bleek dat de operatie al na een week zou plaatsvinden. Respondenten vonden het vervelend dat ze geen vooruitzicht hadden op de operatie waardoor zij bijkomende zaken als thuiszorg en werkverlof niet konden regelen.

“een maand later belde ik weer, maar nee nog geen datum.”

3. Overdracht/nazorg

De begeleiding en informatie omtrent het volgen van fysiotherapie na de opname was niet voldoende. Deze patiënt voelde zich in de steek gelaten. Wanneer er zaken voorgeschreven werden die niet gerealiseerd konden worden bij de eerstelijns fysiotherapeut stond de patiënt er alleen voor.

*“Ik heb dat ook tegen de consulente gezegd, die heb ik later gebeld, of zij misschien contact op kunnen nemen, ‘nee, dat moet u zelf doen’[...] “
“Ik voelde me hier een beetje alleen in”*

Door de verpleging was alles netjes geregeld voor de thuissituatie. Middels een kort gesprek met de patiënt werden verschillende zaken nog eens besproken.

*“ik heb in het ziekenhuis kenbaar gemaakt.. dat ik alleen thuis was. En daar hebben zij ook gelijk werk van gemaakt.”
“Er vond een overdrachtsgesprek plaats, nou dan is er gewoon een hele hoop netjes voorbereid.”
“Ze hadden thuiszorg geregeld voor de wond en kous.”*

Ook werd het telefoontje na afloop van de opname door de orthopedieconsulente als prettig ervaren door de patiënten. Dit telefoonnummer zorgde voor een betere toegankelijkheid en één patiënt vermeldde dat zij minder snel twijfelde om contact op te nemen bij vragen.

Fysiotherapie

1. Preoperatieve bijeenkomst

De inhoud van de informatiebijeenkomst werd als zeer nuttig ervaren. Via deze weg werden de patiënten beter voorbereid op de opname door het oefenen van verschillende vaardigheden die later tijdens de opname ook gedaan moesten worden. Voor één patiënt duurde het wat lang. De groepsgrootte van ongeveer tien personen en de persoonlijke aandacht werden als positief ervaren. Niet alleen de meerwaarde als voorbereiding op de operatie, maar ook het samenzijn met andere patiënten was prettig. Door het in contact komen met ‘lotgenoten’ konden persoonlijke verhalen gedeeld worden.

“Dus het was in het ziekenhuis niet meer allemaal nieuw toen de therapeuten bij mij kwamen om te oefenen.”
“Maar dan kun je toch wat ervaringen uit wisselen tijdens zo’n dag.”

2. Klinische fysiotherapie

Over het algemeen was de verkregen fysiotherapie goed. De bejegening van de fysiotherapeuten was prettig op een enkeling na. Hier stond de houding van de therapeut de patiënt niet aan. Volgens deze patiënt zou de therapeut zo met meerdere patiënten om zijn gegaan. Verder werd goed ingespeeld op de wensen en behoeften van de patiënt.

“Ik vond het lopen belangrijk en de therapeut ging daar in mee. Hij keek heel goed, daar heb je wat aan!”

Dat de therapeut twee keer per dag langskwam om te oefenen werd als prettig ervaren. Het liefst mochten ze nog vaker komen. Er was geen klagen over de duur en inhoud van de therapie. Dat er ook therapie in het weekend werd gegeven, vonden patiënten uiterst positief.

“Dat vond ik zeer fijn. Anders lig je twee dagen stil he, dan vraag je je af wat je in het ziekenhuis aan het doen bent.”

De patiënt had ook genoeg inspraak in de behandeling. Het behandelen door verschillende therapeuten werd niet als een probleem ervaren. Patiënten vonden namelijk dat alle therapeuten bekwaam waren.

Omgangsrelatie

1. Vertrouwen

Uit de interviews bleek dat patiënten vertrouwen hadden in de orthopeden, artsen, fysiotherapeuten en de verpleging. Er werd aangehaald dat ervaring en het aantal contacturen met de hulpverlener meetelden voor de vertrouwensrelatie tussen medisch personeel en de patiënt. Er werd zelfs aangehaald dat het vertrouwen in de fysiotherapeut misschien wel groter was dan in andere disciplines. Hierbij werd als reden opgegeven dat de fysiotherapeut vaker gezien werd. Het ging hierbij niet om de klinische fysiotherapeut maar de eerstelijns fysiotherapeut tijdens de postoperatieve revalidatie. Een respondent vertelde dat het vertrouwen van de patiënt in het medisch personeel soms in twijfel werd gebracht. Omdat er te weinig

informatie verstrekt werd over het gebruik van medicatie, werd het gevoel gecreëerd alsof de patiënt zelf alles in de gaten moest houden.

“Soms dacht ik je moet er gewoon goed met je hoofd bij blijven zelf!”

Voldoende uitleg over de medicatie had dit gevoel volgens de patiënt kunnen voorkomen.

“Ik denk dat ze me gewoon hadden moeten uitleggen waarom het wel kon of waarom het niet kon.”

2. Bejegening

Uit de interviews bleek dat het merendeel van het medisch personeel de patiënt op een prettige manier heeft benaderd. Door een enkeling werd aangehaald dat er binnen het ziekenhuis dialect gesproken werd, ook wanneer de patiënt geen dialect sprak. Daarnaast werd door één patiënt genoemd dat zij zich als een klein kind behandeld voelde. Dit gevoel werd met name door enkele artsen gegeven. De motiverende woorden die zij gebruikten om de patiënt aan te sporen om harder te werken tijdens de therapie, werden door de patiënt op een vervelende manier opgevat.

“Kijk dat zijn nou dingen van, ja ik voel me soms een klein kind. Vooral als ze zeggen, nou u moet wel uw best doen! Ja tuurlijk doe ik mijn best, ik wil graag naar huis!”

Ook werd aangegeven dat een patiënt, na herhaaldelijk telefoneren met het ziekenhuis over enkele vragen, respectloos werd behandeld.

“Maar, ik vind het gewoon geen stijl dat iemand, als ik die opbel met een vraag, mij zegt: ‘Gaat u mij morgen weer bellen?’. Nee, dat vind ik niet kunnen.”

3. Shared decision making/uniciteit

Patiënten gaven aan dat het centraal stellen van de patiënt en de patiënt betrekken in het behandelproces steeds beter gaat ten opzichte van vroeger. Zowel bij de fysiotherapeut als bij de arts/specialist konden zij aangeven wat hun wensen en behoeften waren ten aanzien van de behandeling.

“Toen zei mijn vaste fysiotherapeut: ‘Ik laat mijn collega even er naar kijken als jij dat goed vindt’. ‘Als jij dat goed vindt’ hij vroeg gewoon aan mij of ik dat goed vond.”

Andere respondenten gaven aan dat het voor hun gevoel overkwam alsof je juist de regie in eigen handen moet nemen. Daardoor kregen zij het idee dat je sterk in je schoenen moest staan als patiënt zijnde om duidelijk aan te geven waar zij wel en niet achter stonden. Ook werd door een respondent verteld dat er niet geluisterd werd naar de patiënt op het moment dat zich een complicatie tijdens een onderdeel van de fysiotherapeutische behandeling voordeed.

Communicatie

1. Samenwerking tussen hulpverleners

Over het algemeen konden respondenten weinig vertellen over de samenwerking tussen medisch personeel in het ziekenhuis. Het enige dat zij aangaven was dat ze de indruk hadden dat medisch personeel met elkaar overleg hadden omtrent de behandeling van de patiënt. Zo werd bij de klinische fysiotherapie hulp ingeschakeld van andere fysiotherapeuten op het moment dat de fysiotherapeut, die op dat moment de patiënt behandelde, vond dat de behandeling niet genoeg vorderde.

“De fysiotherapeuten op de afdeling deed dat wel! Die daar, als je daar behandeld wordt, dan wordt het wel allemaal met elkaar overlegd”

Patiënten vertelden dat de informatie van zowel de fysiotherapeuten als de artsen en de verpleging hetzelfde was. Hieruit maakten de patiënten op dat de communicatie tussen het medisch personeel onderling in orde was.

“Nee ik heb geen moment gedacht van: ‘Goh, die zegt iets totaal anders dan’. Nee dat niet.”

Echter komt naar voren dat de communicatie met de eerstelijns- fysiotherapeuten van Vitaal in Beweging niet goed verliep. Vitaal in Beweging is een particuliere fysiotherapiepraktijk die gevestigd is in het VMC. De indruk werd gewekt dat er geen onderling contact en/of overleg was en dat zij elkaars verslaglegging niet lazen.

“Toch heb ik niet het idee dat die elkaars communicatie, of dat zij goed met elkaar communiceren.”

2. Communicatie met hulpverleners

Respondenten gaven aan dat zij het contact met medisch personeel als prettig ervaren hebben. Patiënten voelden zich over het algemeen gehoord en daarbij vertelden zij dat het medisch personeel enthousiast op hen overkwam.

“Nou de arts die ik heb gehad die was gewoon heel enthousiast! En uh ik kon me eigenlijk geen betere wensen denk ik zelf!”

Toch gaven enkele respondenten aan dat de gesprekken met de arts en/of chirurg zeer kort waren. Daarbij werd er weinig informatie gegeven door de arts en/of chirurg zelf wanneer complicaties zich tijdens de operatie hadden voorgedaan. Een andere respondent vertelde dat ze na de operatie alleen gesprekken met de (zaal)arts heeft gehad na de operatie. Zij had liever gezien dat ze de chirurg nog kon spreken.

“Nou, ik heb weinig contact gehad met de arts. Dat was alleen de allereerste keer op de poli en daarna heb ik hem niet meer gezien. Ook daarna niet, ik kon geen vraag stellen hoe de operatie was gegaan, of er complicaties waren.”

Een respondent vertelde dat hij goede uitleg tijdens de operatie had gekregen van de chirurg. Dit had hij als prettig ervaren.

Over de communicatie met de klinische fysiotherapeuten werd verteld dat patiënten hier tevreden over waren. De klinische fysiotherapeut kon patiënten namelijk goed motiveren en stimuleren zonder dat dit als vervelend werd ervaren.

Verbeterpunten

Op de vraag of de respondenten nog verbeterpunten hadden werd structureel ‘nee’ beantwoord. Daarentegen werden een aantal aandachtspunten benoemd in de rest van het interview. Deze aandachtspunten zijn beschreven bij de topics in bovenstaande tekst en werden gezien als zogenoemde verbeterpunten.

Discussie

Binnen dit onderzoek stond de volgende vraagstelling centraal: ‘Hoe is de tevredenheid onder de patiënten die een electieve totale heup- en/of knieoperatie hebben ondergaan in het VieCuri medisch centrum over het nieuwe zorgpad op basis van het ‘Better in, Better out’ concept en wat zijn mogelijke verbeterpunten vanuit het patiëntenperspectief?’.

De resultaten van de vragenlijst lieten zien dat zowel de totale populatie als de populatie die preoperatieve fysiotherapie heeft gevolgd, over het algemeen tevreden was over de verkregen zorg rondom de operatie. Er kwamen slechts drie negatieve punten uit de vragenlijsten naar voren, namelijk de opnameduur en de hoeveelheid schriftelijke en mondelinge informatie omtrent de operatie. De opnameduur neigde volgens de patiënten naar (te) lang en de hoeveelheid mondelinge en schriftelijke informatie neigde naar (te) veel.

Uit de interviews kwam op bovengenoemde punten een afwijkend beeld naar voren maar over het algemeen kon gesteld worden dat de opnameperiode door de geïnterviewde patiënten als positief ervaren werd. In tegenstelling tot de resultaten van de vragenlijst hadden patiënten, op basis van de interviews, geen negatief commentaar op de opnameduur. De hoeveelheid schriftelijke informatie werd op de vragenlijst ‘te veel’ bevonden. Dit kon op basis van de interviews bevestigd noch ontkracht worden doordat de ervaringen uiteenliepen. Patiënten waren volgens de interviews in het algemeen tevreden over de mondelinge informatie omtrent de opname. Patiënten zouden wel graag willen zien dat zowel de preoperatieve fysiotherapie, de klinische fysiotherapie en de postoperatieve fysiotherapie meer worden benadrukt tijdens het gesprek voorafgaand aan de operatie. Dit komt ook niet overeen met de resultaten van de vragenlijst, waaruit naar voren kwam dat patiënten ontevreden waren over de hoeveelheid mondelinge informatie omdat deze neigde naar (te) veel, waar hier eerder een tekort aan informatie wordt gemeld.

Uit de interviews bleek tevens dat onvoldoende informatieverstrekking omtrent een behandeling tijdens de opname het vertrouwen in het medisch personeel negatief beïnvloedde. Ook komt uit de interviews naar voren dat patiënten zich in de steek gelaten voelden wanneer zij ontslagen werden uit het ziekenhuis. Wanneer de patiënt problemen ondervond met het regelen van postoperatieve fysiotherapie, werd hieraan geen gehoor gegeven vanuit het VMC.

Over de ervaring met de klinische fysiotherapie in het ziekenhuis kan gezegd worden dat patiënten tevreden zijn op de manier hoe zij benaderd werden door de klinische fysiotherapeut. Bovendien werd over de invulling, frequentie of duur van de fysiotherapeutische behandelingen geen negatief commentaar gegeven.

Er kan geen uitspraak worden gedaan over de ervaringen met de preoperatieve fysiotherapie, omdat de populatie die preoperatieve fysiotherapie gevolgd hadden nihil bleek te zijn. Één patiënt had volgens de gegevens na oktober 2015 deelgenomen aan preoperatieve fysiotherapie volgens het BiBo-concept. Deze patiënt werd geïnccludeerd voor de interviews. Echter bleek tijdens het interview dat deze patiënt niet de therapie had gevolgd volgens het zorgpad op basis van het BiBo-concept. Ook was het opvallend dat er weinig patiënten over dit BiBo-concept gehoord hadden en dus niets afwisten van de mogelijkheden tot preoperatieve fysiotherapie. Wanneer gevraagd werd of zij een screening hadden doorlopen voorafgaand aan de operatie, werd onwetend gereageerd. Mogelijke verklaringen daarvoor zouden kunnen zijn dat patiënten de screening niet als een screening geïnterpreteerd hebben, er geen screening is uitgevoerd of dat de screening niet is toegelicht door het uitvoerend medisch personeel.

Er worden door patiënten geen specifieke verbeterpunten genoemd wanneer hier naar gevraagd werd. Daarentegen werden tijdens de interviews bovengenoemde aandachtspunten genoemd die in deze scriptie als verbeterpunten werden geïnterpreteerd.

Wat opvalt uit de resultaten van de vragenlijst is dat de meerderheid van de patiënten de hoogst mogelijke score heeft ingevuld op de meeste items. Dit kan betekenen dat patiënten uiterst tevreden waren over de items. In een onderzoek van Specht et al. (2015) wordt een andere verklaring beschreven. Deze verklaring zou kunnen zijn dat het construct van de vragenlijst onvoldoende is om daadwerkelijk de patiënttevredenheid te meten en zo van invloed kan zijn op de verkregen resultaten (22). Hierbij kan gedacht worden aan de operationalisering van begrippen, de manier waarop vragen gesteld worden en het gebruik van antwoordmogelijkheden.

Resultaten in vergelijking met de literatuur

Uit een onderzoek van Husted et al. (2008) waarin onderzoek gedaan wordt naar de tevredenheid van totale heup- en kniepatiënten en de voorspellende waarden voor de

opnameduur in het ziekenhuis, scoren totale heuppatiënten de algemene tevredenheid op een schaal van nul tot tien gemiddeld 9,4. Totale kniepatiënten scoren gemiddeld 9,3 (23). Dit komt overeen met de resultaten van deze scriptie. Alhoewel er geen gemiddelde score berekend is in deze scriptie wegens het gebruik van verschillende antwoordschalen, worden er toch dertien van de zestien vragen tevreden gescoord. De scores uit het onderzoek van Husted et al. (2008) zouden beïnvloed kunnen zijn door het moment van invullen van de vragenlijsten. Deze vragenlijsten zijn namelijk ingevuld op de dag van ontslag wat kan leiden tot beïnvloeding door het medisch personeel (22).

Uit een onderzoek van Specht et al. (2015) waarin ook een vragenlijst werd gebruikt om patiënttevredenheid te onderzoeken, was 89% van de totale heuppatiënten tevreden met de duur van de opname. 10% van hen was ontevreden, omdat zij langer in het ziekenhuis wilden verblijven. Slechts 1% was ontevreden omdat zij korter wilden blijven (22). Voor de totale kniepatiënten gold respectievelijk 91%, 8% en 1% (22). Deze resultaten komen niet overeen met de kwantitatieve resultaten uit deze scriptie maar liggen meer in lijn met de kwalitatieve resultaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij het onderzoek van Specht et al. (2015) andere antwoordschalen en/of antwoordmogelijkheden werden gehanteerd dan bij het onderzoek uit deze scriptie. Specht et al. lieten patiënten de vraag over opname beantwoorden met 'ja' of 'nee'. Indien 'nee' werd geantwoord, werd de patiënt gevraagd om aan te geven of zij liever een korter of langer verblijf hadden. In dit onderzoek had de patiënt keuze uit vijf mogelijkheden waar enkel de twee uiterste waarden werden benoemd (als te kort en te lang). Daarbij bestond de onderzoekspopulatie uit het onderzoek van Specht uit 445 patiënten in vergelijking met 130 patiënten uit het onderzoek van deze scriptie.

In het onderzoek van Specht et al. (2015) is ook gevraagd naar tevredenheid op het gebied van rehabilitatie. In dit onderzoek wordt rehabilitatie door de fysiotherapie en de verpleging tijdens de opname bedoeld. Op een schaal van nul tot tien scoren zowel totale heuppatiënten als totale kniepatiënten een negen voor dit item (22). Dit komt overeen met de kwalitatieve resultaten van het onderzoek uit deze scriptie. Hierin werden enkel positieve meningen gedeeld over de ervaring met de klinische fysiotherapie en de verpleging. Omdat niet bekend is wat de fysiotherapie en/of verpleging bij het onderzoek van Specht et al. (2015) inhield kan er geen

vergelijking gemaakt worden tussen de verschillende aspecten van de fysiotherapie zoals bijvoorbeeld de duur, frequentie en vorm van de verkregen fysiotherapie.

Specht et al. (2015) deden ook onderzoek naar tevredenheid met betrekking tot verkregen informatie voor de operatie, tijdens de opname en met betrekking tot ontslag uit het ziekenhuis. Deze vragen zijn in de onderzoeksresultaten samengepakt tot 'gegeven informatie'. Per vraag kon een score van nul tot tien gegeven worden. De resultaten werden weergegeven middels een somscore op een schaal van nul tot dertig. De totale heuppatiënten scoorden daarbij 28, de totale kniepatiënten scoorden 29 (22). Dit komt niet overeen met de gevonden kwantitatieve en kwalitatieve resultaten uit deze scriptie. Daaruit komt namelijk naar voren dat patiënten ontevreden zijn over de verkregen hoeveelheid mondelinge en schriftelijke informatie omtrent de operatie. Een verklaring hiervoor is dat Specht et al. de patiënt vroegen om aan te geven op een schaal van nul tot tien hoe tevreden zij zijn over verkregen informatie. Er wordt dus niet gekeken naar de hoeveelheid verkregen informatie zoals in deze scriptie wel het geval is. Tevens wordt er in de vragenlijst van deze scriptie enkel ingegaan op verkregen informatie omtrent de operatie en wordt er niet specifiek gevraagd naar de informatie tijdens de opname en na ontslag.

Sterkte- / zwakteanalyse

Sterke punten

De vragenlijsten zijn direct bij ontslag uit het ziekenhuis aan de patiënt meegegeven. De patiënt moest deze hierdoor thuis invullen. Hierdoor werd de beïnvloeding van medewerkers op het beantwoorden van items verminderd. De mogelijkheid op verstoring van resultaten, doordat ervaringen op een later tijdstip anders herinnerd werden, werd ook door het moment van afgifte vermeden (22).

Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van triangulatie. Hierbij werd gekozen om kwantitatief onderzoek te combineren met kwalitatief onderzoek om een vollediger beeld van de werkelijkheid te geven en de betrouwbaarheid te vergroten (24). Middels het gebruik van triangulatie en directed content analysis in het kwalitatief onderzoek zijn enkele vragen verder uitgediept en is er nieuwe relevante informatie verkregen die niet in de vragenlijst terugkomt.

Tijdens de interviews waren er twee onderzoekers aanwezig waarbij één onderzoeker de rol van interviewer op zich nam en de andere onderzoeker controleerde of alle

punten uit de interview guide aan bod kwamen. Daardoor werd de mogelijkheid tot het missen van informatie beperkt. Ook het gebruik van memo's/notities tijdens de interviews is een sterk punt uit het onderzoek. Volgens Maso en Smaling kan door het gebruik van memo's en notities vertekening door selectief geheugen verminderd worden en op deze manier bijdragen aan het verhogen van de interne validiteit binnen een onderzoek (25). De resultaten van het kwalitatieve onderzoek werden ondersteund door het gebruik van quotes uit de interviews.

Omdat er geen nieuwe relevante informatie voor de onderzoeksvragen in de laatste twee interviews werd verkregen, werd saturatie bereikt binnen zes interviews. Hierdoor werd vrij snel antwoord verkregen op de deelvragen en dus op de hoofdvraag van dit onderzoek.

Zwakke punten

De vragenlijst die gebruikt is in dit onderzoek, is niet gecontroleerd op methodologische kwaliteit. Dit kan van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid op de hieruit volgende resultaten. Tevens is bij het invoeren van de verkregen data uit de vragenlijsten bij één vraag structureel foutieve data ingevoerd. Hierdoor werd informatie gemist en kon er geen uitspraak worden gedaan over de tevredenheid over de verkregen hoeveelheid preoperatieve fysiotherapie en de ontvangen folder over preoperatieve fysiotherapie.

Een ander zwak punt uit het onderzoek is de ongetraindheid van de interviewer(s). Daardoor zou het goed mogelijk kunnen zijn dat er onvoldoende is ingegaan op verschillende thema's in het interview waardoor belangrijke informatie kon worden gemist.

Veranderingen in het onderzoeksdoel

Het oorspronkelijke doel van het onderzoek was in eerste instantie het onderzoeken of patiënten tevreden waren over het BiBo-concept. De nadruk werd daarbij gelegd op het preoperatief trainen met een fysiotherapeut, waar de naam BiBo voor staat. Daarbij zou gekeken worden of er een verschil in tevredenheid aanwezig zou zijn tussen patiënten die respectievelijk pakket A, B, C of D gekozen hadden. Gedurende het onderzoek bleek dat de daaraan gerelateerde deelvraag over de ervaringen met preoperatieve fysiotherapie en de beschreven zorgpakketten niet beantwoord kon worden. Er bleek maar één patiënt te zijn die preoperatieve fysiotherapie gevolgd had

en aan de inclusiecriteria voor de interviews voldeed. Daardoor is de deelvraag (deelvraag D) herschreven. De ervaringen van de patiënten met de klinische fysiotherapie werd hieraan toegevoegd en de vergelijking tussen de verschillende zorgpakketten werd weggelaten. Hierdoor kan er geen uitspraak gedaan worden over de ervaringen met de verschillende zorgpakketten. Achteraf bleek deze ene patiënt geen preoperatieve fysiotherapie volgens het zorgpad te hebben gevolgd.

Aanbevelingen

Over de opnameduur kan geen aanbeveling aan het VMC worden gedaan, omdat de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten niet met elkaar overeenkomen. De schriftelijke en mondelinge informatie omtrent de operatie blijkt volgens de kwantitatieve resultaten (te) veel te zijn. Daarentegen wordt de hoeveelheid schriftelijke informatie positief bevonden en gewaardeerd door patiënten en de hoeveelheid mondelinge informatie schiet te kort, met name over de fysiotherapie rondom de operatie. Aanbevolen wordt om de gemiste informatie over de fysiotherapie of op te nemen in de informatieklaar, of tijdens het gesprek voorafgaand aan de operatie aan te halen. Ook wordt aanbevolen om samen met de patiënt te kijken of het postoperatief nodig is dat er fysiotherapie gevolgd wordt en dat de patiënt hierin wordt begeleid vanuit het VMC. De informatie over postoperatieve fysiotherapie kan dan ook door de klinisch fysiotherapeut besproken worden ten tijde van ontslag.

Het beleid rondom de screening en het volgen van preoperatieve fysiotherapie was niet bij iedere patiënt geheel bekend. Aanbevolen wordt dat het VMC nader onderzoek doet binnen het zorgpad naar de procedure rondom de preoperatieve screening en of het belang van de preoperatieve screening met iedere patiënt besproken wordt.

Bij gebruik van een vragenlijst voor eventueel vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de vragenlijst te controleren op methodologische kwaliteit. Hierbij zou tevens gebruik gemaakt kunnen worden van literatuur over het opstellen van vragenlijsten om de vragenlijst aan te passen. De resultaten van de vragenlijst zouden daardoor minder op toeval berusten waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd wordt (26). Om patiënttevredenheid in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van de Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS) (27). Dit is een

meetinstrument waarbij zeven hoofddimensies die in relatie staan met patiënttevredenheid, worden bevraagd. Het meetinstrument kan worden toegepast in de klinische setting in brede zin.

Voor dataverwerking van de vragenlijst wordt aanbevolen aan het VMC om maatregelen te treffen om de kans op ‘missing values’ te verkleinen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen middels het standaardiseren van het data verwerkingsproces of het digitaliseren van de vragenlijst zodat deze geautomatiseerd op digitale wijze verwerkt kan worden. Hierbij moet wel gekeken worden naar de hanteerbaarheid van digitale middelen onder de patiëntpopulatie.

In deze scriptie is er onderzoek gedaan naar tevredenheid onder patiënten bij de implementatie van een nieuw zorgpad. Aanbevolen wordt om in het VMC en in het algemeen naast de tevredenheid van patiënten ook de tevredenheid en de ervaringen van medewerkers te onderzoeken en het zorgpad op haar proces te evalueren.

Volgens Grol en Wensing (2006) kan, op basis van de resultaten die naar voren komen uit de procesevaluatie, in kaart gebracht worden of de toegepaste veranderingen geleid hebben tot het gewenste resultaat (28).

Bij onderzoeken waarbij een vragenlijst of enquête wordt gebruikt wordt aanbevolen dit te combineren met een vorm van kwalitatief onderzoek. Uit deze scriptie blijkt dat door de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek meer relevante informatie is verkregen.

Conclusie

Over het algemeen zijn de patiënten die een totale heup- en/of knieoperatie in het VMC ondergaan tevreden over de verkregen zorg in de periode voorafgaand en tijdens de opname in het ziekenhuis. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is echter onvoldoende om deze resultaten volledig te kunnen ondersteunen en hier een valide uitspraak over te kunnen doen. De ervaringen van de patiënten over de verkregen zorg waren over het algemeen positief. Er werden enkele belangrijke aandachtspunten benoemd door de patiënten. Zo zou er meer informatie over de fysiotherapie aan bod moeten komen en zouden patiënten graag willen weten wat zij na de operatie kunnen verwachten met betrekking tot fysiotherapie. Middels de resultaten van dit onderzoek en van eventueel aanvullend onderzoek zou het VMC na kunnen gaan hoe zij kunnen inspelen op de wensen en behoeften van de electieve totale heup- en/of kniepatiënt en daardoor het zorgpad beter op de wensen en behoeften van de patiënt kunnen afstemmen.

Literatuurlijst

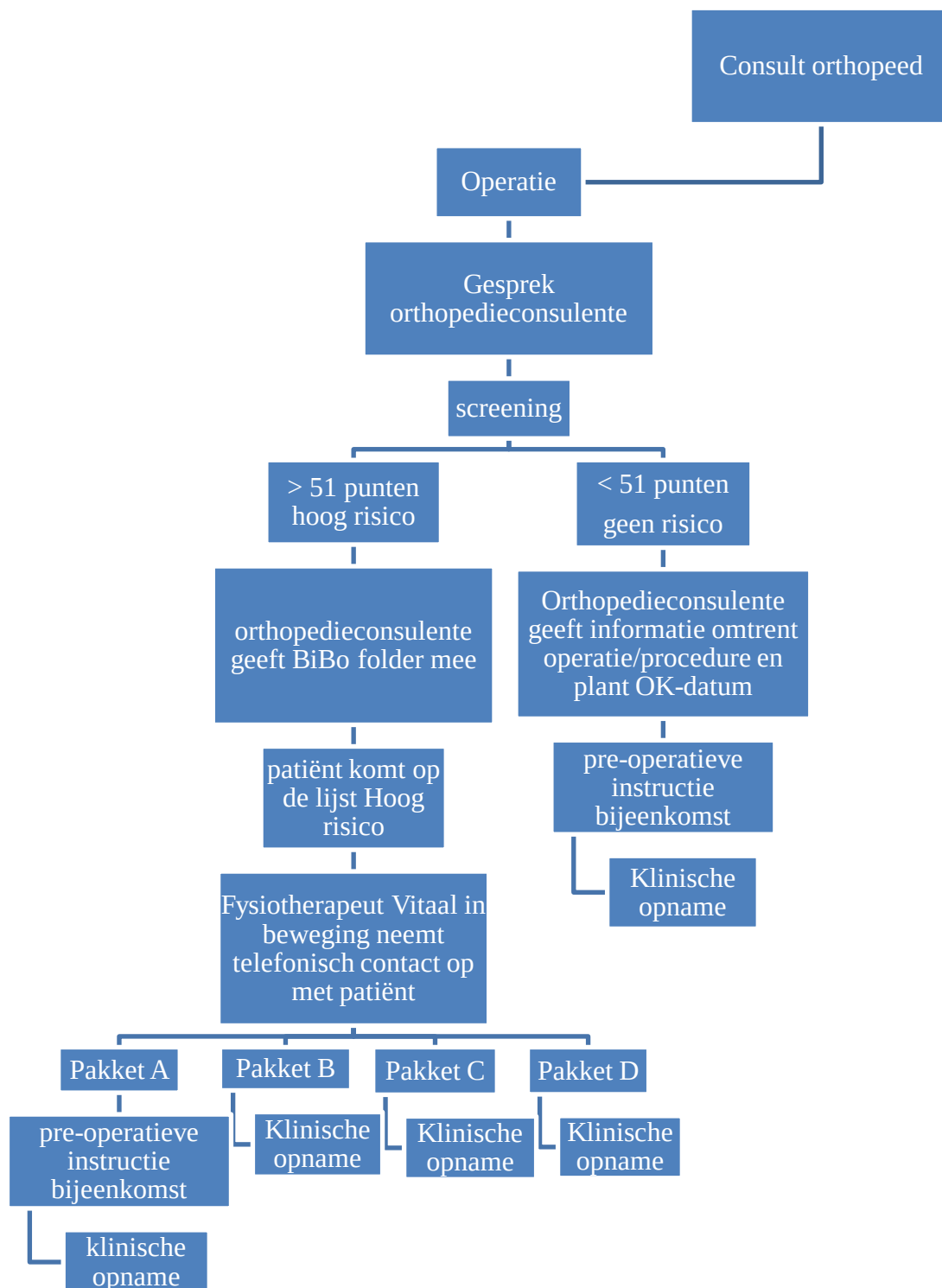
1. Rykov K. Totale heup- of knieartroplastiek volgens het fast-track protocol. De relatie tussen perioperatieve factoren en opnameduur 2014 [cited 2015 01-06-2015]. Available from: <http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/root/geneeskunde/2014/RykovK/?pFullItemRecord=ON>.
2. Ewald FC, Wright RJ, Poss R, Thomas WH, Mason MD, Sledge CB. Kinematic total knee arthroplasty: a 10- to 14-year prospective follow-up review. *J Arthroplasty*. 1999, 14(4):473-80.
3. Anderson JG, Wixson RL, Tsai D, Stulberg SD, Chang RW. Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age of 75. *The Journal of arthroplasty*. 1996, 11(7):831-40.
4. Wylde V, Dieppe P, Hewlett S, Learmonth ID. Total knee replacement: Is it really an effective procedure for all? *Science Direct*. 2007, 14(6):417-23.
5. Husted H, Lunn TH, Troelsen A, Gaarn-Larsen L, Kristensen BB, Kehlet H. Why still in hospital after fast-track hip and knee arthroplasty? *Acta Orthop*. 2011, 82(6):679-84.
6. Hoogeboom TJ, van den Ende CH, van der Sluis G, Elings J, Dronkers JJ, Aiken AB, et al. The impact of waiting for total joint replacement on pain and functional status: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009, 17(11):1420-7.
7. de Groot IB, Bussmann JB, Stam HJ, Verhaar JA. Actual everyday physical activity in patients with end-stage hip or knee osteoarthritis compared with healthy controls. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008, 16(4):436-42.
8. Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JA, Busschbach JJ, Gosens T, Bloem RM, et al. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013, 21(12):1834-40.
9. Hogeboom T, Janssen I, de Wit F, Verweij L, Engbers L, Rijken E, et al. Advies aan fysiotherapeuten: 'BiBo bij totale heup- en knieoperaties' 2012. Available from: <http://www.fysionet.nl/kennisplein/vakinhoud/kngf-standaarden-beweeginterventies/bibo-standaard-tka-tha-v1.pdf>.

10. Dronkers JJ, Chorus AM, van Meeteren NL, Hopman-Rock M. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. *Anaesthesia*. 2013, 68(1):67-73.
11. Malani PN. Functional status assessment in the preoperative evaluation of older adults. *JAMA*. 2009, 302(14):1582-3.
12. Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, Reeves B, Rigge M, Williams O, et al. Does waiting for total hip replacement matter? Prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 2002, 7(1):19-25.
13. Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ, De Bie RA, Brutel de la Riviere A, Van Meeteren NL. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006, 296(15):1851-7.
14. de Vries CSMH, L. Kiers, H. Beroepsprofiel Fysiotherapeut: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2014. Available from: https://www.fysionet.nl/ckr/beroepsprofielen/2014-01_kngf_beroepsprofiel-ft_20131230_2.pdf.
15. Gosselt D. Zorg voor een tevreden patiënt. Twente: Universiteit Twente; 2007.
16. van den Berg OvD, E. Hoe tevreden is uw klant? Het meten van klanttevreden. Deventer: Kluwer, 2002. 92 p.
17. Overdijk S. Zoeken naar content, Een bibliotheek voor tevredenheidvragen. [Doctoraal scriptie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2008.
18. Verhoeven N. Wat is onderzoek? Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2011. 404 p.
19. Burns ACB, R.F. Principes van marktonderzoek. Toepassingen met SPSS. Amsterdam: Pearson Education Benelux; 2011.
20. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers; 2008.
21. Hsieh HFS, S.E. Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005, 15(9).
22. Kehlet HK-A, P. Pedersen, B.P. Specht, K. Wedderkopp, N. High patient satisfaction in 445 patients who underwent fast-track hip or knee replacement. *Acta orthopaedica*. 2015, 702-7.

23. Husted HH, G. Jacobsen, S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: Fast-track experience in 712 patients. *Acta Orthopaedica*. 2008, 79(2):168-73.
24. de Jong ADM, L. Legius, M. Vandenbroele, H. Glorieux, M. Visser, M. Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs. Amsterdam: Reed Business Education; 2015. 444 p.
25. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom; 1998. 145 p.
26. D.B. Baarda MPMdG. Basisboek Methoden en Technieken, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek. Houten: Wolters-Noordhoff; 2006. 376 p.
27. Hawthorne GS, J. Hayes, L. Marosszeky, N. Sansoni, E. Measuring patient satisfaction with healthcare treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014, 67(5):11.
28. Grol RW, M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Reeds Business; 2006. 461 p.

Bijlagen

Bijlage 1: Flowchart Zorgpad Viecuri Medisch Centrum



Bijlage 2: Zorgpad Better in, Better out

Pre-operatief

1. Patiënt meldt zich bij de poli orthopedie met verwijzing van de huisarts.
2. Patiënt besluit op enig moment in samenspraak met de orthopeed, tot gewrichtsvervangende operatie.
3. Patiënt wordt na bezoek van de orthopeed door de orthopedieconsulent geïnformeerd over de gewrichtsvervangende operatie. Tevens vindt op dit moment de risicostratificatie plaats (bijlage 1). Bij een verhoogd risico (>51 punten), wordt pre-operatieve fysiotherapie (evt. aan huis) voorgesteld en een folder 'Better In Better Out' (bijlage 2) overhandigd.
4. De verhoogd-risicopatiënt wordt op de bellijst geplaatst (Q:\Bibo) voor Vitaal in Beweging.
5. Patiënt wordt gebeld en na overleg (telefonisch) ingedeeld in Pakket A, B, C, of D.
6. In geval van keuze voor Pakket A, B, of C worden afspraken gemaakt voor pre-OK fysiotherapie.
7. Pre-OK fysiotherapie wordt gestart in dezelfde week van indicering.(bijlage 3)
8. In geval van Pakket D gaat patiënt deelnemen aan de eenmalige gezamenlijke pre-operatieve instructie/informatiebijeenkomst (bijlage 4).
9. Operatiedatum wordt gepland.
10. Patiënt wordt opgeroepen voor bezoek aan pre-operatief bureau en anesthesie.
11. Verhoogd risico TKP/HKP-patiënt krijgt rapportage mee van Vitaal in Beweging voor de klinisch fysiotherapeut (bijlage 5).
12. Verhoogd risico THP-patiënt krijgt rapportage mee van Vitaal in Beweging voor de klinisch fysiotherapeut (bijlage 6).
13. Patiënt komt voor opname.

Klinisch

14. Tijdens opname van de THP-patiënt wordt de fysiotherapeutische begeleiding verzorgd door de klinisch fysiotherapeut.
15. Tijdens opname van de TKP- en HKP-patiënt wordt de fysiotherapeutische begeleiding verzorgd door de klinisch fysiotherapeut.
Op de klinische fase zijn de bijlagen 7 t/m 13 van toepassing.

Postklinisch

16. Niet verhoogd risico TKP- en HKP-patiënt heeft na een week een evaluatie bij de fysiotherapeut. Hij maakt in samenspraak met de patiënt de beoordeling over wel of geen eerste lijns fysiotherapeutische postoperatieve begeleiding. Zo ja, volgt er een rapportage naar de eerste lijn (bijlage 14).
17. Niet verhoogd risico THP-patiënt heeft na twee weken een evaluatie bij de fysiotherapeut. Hij maakt in samenspraak met de patiënt de beoordeling over wel of geen eerste lijns fysiotherapeutische postoperatieve begeleiding. Zo ja, volgt er een rapportage naar de eerste lijn (bijlage 15).
18. Bij alle TKP- en HKP-patiënten worden na drie weken de agraves verwijderd door de consulent.
19. Verhoogd risico TKP-, HKP- en THP-patiënt heeft aansluitend direct na thuiskomst contact met de fysiotherapeut over vervolg van fysiotherapeutische postoperatieve begeleiding.
20. Na zes weken volgt controle op de poli orthopedie.
21. Indien sprake is van afysiologisch beloop, neemt de eerste lijns fysiotherapeut contact op met de verwijzend orthopeed.

Bijlage 3: Screeningsmodel volgens BiBo richtlijn

Instrument	Wat meet het?	score	Vervolgactie
Risicomodel voor vertraagd klinisch Functioneel herstel bij THP/revisie THP	<u>Risico op vertraagd functioneel herstel</u> gescoorde factoren: BMI ≥ 25 kg/m ² = 17 ptn Charnley-score: B/C = 36 ptn TUG $\geq 12,5$ sec = 27 ptn geslacht: man = 1 ptn leeftijd ≥ 70 jaar = 6 ptn (naar schatting 15min.)	Een somscore > 51 punten houdt een hoog risico voor vertraagd functioneel herstel in.	Bij een somscore > 51 punten start ‘Better in, Better out’
Risicomodel voor vertraagd klinisch Functioneel herstel bij TKP/HKP/revisie TKP/HKP	<u>Risico op vertraagd functioneel herstel</u> gescoorde factoren: BMI ≥ 25 kg/m ² = 17 ptn Charnley-score: B/C = 36 ptn TUG $\geq 12,5$ sec = 27 ptn geslacht: man = 1 ptn leeftijd ≥ 70 jaar = 6 ptn (naar schatting 15min.)	De afzonderlijke risicofactoren zijn bepaald vanuit een representatieve dataset. <i>Somscore en afkappunt zijn nog in ontwikkeling. Tot meer bekend wordt over afkappunten, stellen wij voor dezelfde criteria te gebruiken als bij de THP; 51 punten</i>	Bij een somscore > 51 punten start ‘Better in, Better out’

BMI = body mass index; TUG = Timed Up and Go test

* Charnley-score = vragenlijst voor percepties van de patiënt ten aanzien van THP, met:

A. unilaterale klachten zonder comorbiditeiten die het fysiek functioneren (lopen) beïnvloeden;

B. bilaterale klachten zonder comorbiditeiten die het fysiek functioneren (lopen) beïnvloeden;

C. uni- of bilaterale klachten met comorbiditeiten die het fysiek functioneren (lopen) beïnvloeden (bijvoorbeeld een cerebrovasculair incident (CVA), of cardiaal en/of pulmonair lijden).

Bijlage 4: Zorgpakketten “Better in, Better out”

Pakketten

Om u zo goed mogelijk van dienst te zijn, rekening houdend met uw verzekerings- en financiële situatie, hebben wij drie keuzepakketten samengesteld.

Pakket A

- Eenmalige groepsbijeenkomst instructie/informatie, geen fysiotherapie
- Kosten: € 0

Pakket B

- 1 malige intake bij Vitaal in Beweging / vervolg huiswerk oefeningen op papier
- Kosten*: gemiddeld € 37,50

Pakket C

- 3-6 weken fysiotherapie, 1-3 x per week, 1 á 2 x aan huis, vervolg in groepsverband in het ziekenhuis.
- Kosten*: gemiddeld € 230

Pakket D

- 3-6 weken fysiotherapie, 1-3x per week (indien noodzakelijk of gewenst aan huis)
- Kosten*: gemiddeld € 315

* houdt rekening met de 20 post-operatieve behandelingen die tevens voor rekening komen van uw aanvullende verzekering.

Aanvullende informatie

Voor nadere informatie over het oefenprogramma van BIBO kunt u contact opnemen met de orthopedie-consulent.

Bijlage 5: Vragenlijst VMC

ENQUETE patiënt ervaringen

PATIËNT

(ruimte voor etiket)

ALGEMEEN

Waaraan bent u geopereerd?

heup / knie*

Waar bent u geopereerd?

Venlo / Venray*

Heeft u voor de operatie fysiotherapie gehad?

ja, via fysiotherapeut ziekenhuis / ja, via andere therapeut / nee*

Hoeveel dagen bent u in het ziekenhuis verbleven?

.....dagen

* doorhalen wat niet van toepassing is

De volgende vragen kunt u beantwoorden door het cijfer (1 t/m 5) te omcirkelen dat voor u van toepassing is.

1) Bent u tevreden met de hoeveelheid fysiotherapie die u zonodig? is aangeboden voor de operatie? En (indien van toepassing):	slecht	1	2	3	4	5	goed
1a) Hoe duidelijk was de folder over de fysiotherapiemogelijkheden voor de operatie?	onduidelijk	1	2	3	4	5	duidelijk
2) Hoe heeft u de bijeenkomst van de fysiotherapie voor de operatie ervaren?	slecht	1	2	3	4	5	goed
3) Hoe heeft u de algehele voorbereiding op uw operatie ervaren?	slecht	1	2	3	4	5	goed
4) Vindt u dat er voldoende aandacht is geweest voor de pijn die u voor de operatie had?	slecht	1	2	3	4	5	goed
5) Hoe heeft u de voorbereiding/uitleg door de anesthesie ervaren?	slecht	1	2	3	4	5	goed
6) Hoe was uw ervaring tav pijnbestrijding gedurende de operatie?	slecht	1	2	3	4	5	goed
7) Hoe was uw ervaring tav pijnbestrijding na de operatie?	slecht	1	2	3	4	5	goed
8) Hoe heeft u de begeleiding door de fysiotherapeut na de operatie ervaren?	slecht	1	2	3	4	5	goed
9) Was de geboden fysiotherapie op uw situatie/conditie aangepast?	slecht	1	2	3	4	5	goed
10) Had u het gevoel dat het ontslag verantwoord was, dus alle voor u opgestelde doelen behaald?	slecht	1	2	3	4	5	goed
11) Wat vond u van de duur van de opname?	te kort	1	2	3	4	5	te lang
12) Indien u verder behandeld wordt middels fysiotherapie in de thuissituatie: is de overdracht vanuit de fysiotherapeut in het ziekenhuis naar de fysiotherapeut thuis goed verlopen?***	slecht	1	2	3	4	5	goed
13) Vond u de evaluatie-afpraak na ontslag bij de fysiotherapeut in het ziekenhuis zinvol?	niet zinvol	1	2	3	4	5	zeer zinvol
14) Wat vond u van de hoeveelheid schriftelijke informatie die u heeft ontvangen met betrekking tot de operatie?	te weinig	1	2	3	4	5	te veel

15) Wat vond u van de mondelijke informatie die u heeft ontvangen met betrekking tot de operatie?	te weinig	1	2	3	4	5	te veel
16) Was de schriftelijke informatie die u heeft ontvangen met betrekking tot de operatie duidelijk?	onduidelijk	1	2	3	4	5	duidelijk
17) Was de mondelijke informatie die u heeft ontvangen met betrekking tot de operatie duidelijk?	onduidelijk	1	2	3	4	5	duidelijk

** indien (nog) niet van toepassing, vraag open laten

Bijlage 6: Interviewguide

Voorstellen

Introductie van het onderzoek en het interview aan de patiënt.

Algemeen

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw opleidingsniveau?
- Wanneer bent u opgenomen?
- Waarvoor bent u opgenomen?

Organisatie

- Hoe lang bent u opgenomen in het ziekenhuis en wat vond u van de opnameduur?
- Waarom te kort/te lang?
- Wat heeft u naar uw idee gemist?
- Loopt u nu nog ergens tegenaan, wat verholpen had kunnen worden door een langer verblijf in het ziekenhuis?
- Hoe heeft u de informatiedag ervaren voorafgaand aan uw operatie?

Communicatie

- Hoe heeft u de communicatie tussen u en de zorgverleners bevonden?
- Wat vond u van de hoeveelheid mondelinge informatie die u heeft ontvangen?
- Wat heeft u hier gemist / Wat was er overbodig?
- Wat vond u van de hoeveel schriftelijke informatie (informatiefolder)?

Preoperatieve fysiotherapie

- Waarom heeft u wel/niet voor preoperatieve fysiotherapie gekozen?
- Wat vond u van de folder over de fysiotherapiemogelijkheden voor de operatie?
- Wat vond u van de inhoud van de fysiotherapie voor de operatie?*
- Wat vond u van de mogelijkheid tot het kiezen van een pakket?*
- Wat vindt u van de informatie over de pakketkeuze
- Wat vond u van de inhoud van het door u gekozen pakket?*

Klinische fysiotherapie

- Hoe heeft u de fysiotherapie in het ziekenhuis tijdens de opname bevonden?
- Hoe heeft u de relatie met de fysiotherapeuten ervaren?
- Hoe vond u de communicatie verlopen tussen u en de fysiotherapeut in het ziekenhuis?
- Hoe was het om door meerdere therapeuten behandeld te worden?
- Wat vond u ervan dat er de dag na de operatie gelijk gestart werd met fysiotherapie?
- Mocht dit van u eerder/later? En waarom?

- Was de therapie aangepast op uw thuissituatie?
- Wat vond u van de hoeveelheid fysiotherapie die u kreeg?
- Hoe heeft u de duur van de fysiotherapie behandeling ervaren? Waarom te kort/te lang?

Verbeterpunten

- Wat vond u goed aan de zorg rondom uw ziekenhuisopname?
- Waar zitten de verbeterpunten volgens u rondom de opname?
- Was dit voor/tijden/of na de opname? En waarom?

*Bij preoperatieve fysiotherapie

Bedanken van de patiënt voor deelname

Heerlen, december 2015,

Geachte **heer/mevrouw (naam)**,

Wij hebben u onlangs telefonisch benaderd of u mee zou willen werken aan ons onderzoek. Volgens onze gegevens heeft u namelijk recent een gewrichtsvervangende operatie ondergaan in het Viecuri Medisch Centrum. Namens de opleiding Fysiotherapie aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen doen wij, Joris Luijten en Jace-Nathanael van Hek onderzoek naar het kwaliteitsproject 'Better-in, Better out' (BiBo-concept) in opdracht van het Viecuri Medisch Centrum te Venlo.

Het Viecuri heeft het BiBo-concept in maart 2015 ingevoerd. Kort samengevat houdt het BiBo-project in dat het volgen van pre-operatieve fysiotherapie een positief effect zou kunnen hebben op het herstel van de operatie na een totale gewrichtsvervangende operatie. Daarnaast zijn binnen het Viecuri een aantal veranderingen ingevoerd rondom de zorg voor patiënten die een gewrichtsvervangende operatie krijgen. Het Viecuri is daarom benieuwd naar de patiënttevredenheid over het nieuw ontwikkelde zorgpad.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om een indruk te verkrijgen van de patiënttevredenheid over het BiBo-concept in het Viecuri. De meningen en ervaringen van patiënten zullen gebruikt worden om mogelijke verbeterpunten voor de zorg in kaart te brengen.

Wat wordt van u gevraagd? (Belasting)

Voor ons onderzoek zijn wij benieuwd naar uw ervaringen en belevingen omtrent de periode rondom de opname voor de gewrichtsvervangende operatie. Wij zouden daar graag nader op in willen gaan middels een interview. Het interview wordt met behulp van audioapparatuur opgenomen.

Het interview zal in februari of maart 2016 worden afgenomen op een plaats die u schikt. Dit kan bij u thuis zijn, maar het interview kan ook in het Viecuri Medisch Centrum worden afgenomen.

Op de dag van het interview wordt u gevraagd 5 minuten voor het afgesproken tijdstip aanwezig te zijn op de locatie. Het interview zelf zal ongeveer 45 minuten in beslag nemen.

Tijdens het interview is er aandacht voor uw ervaringen en belevingen over de verkregen zorg omtrent de periode rondom uw gewrichtsvervangende operatie. Het interview wordt afgenomen door één of beide studenten, Jace-Nathanael van Hek of Joris Luijten.

Risico's van het onderzoek

Het onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Zuyderland en Zuyd Hogeschool (METC Z). Deze heeft instemming gegeven om het onderzoek uit te voeren. Dit onderzoek kent geen risico's.

Mogelijke voordelen

Door uw bijdrage aan het onderzoek wordt de patiënttevredenheid van het zorgpad dat door het Viecuri recentelijk is ingevoerd, geëvalueerd. Met behulp van uw belevingen en ervaringen kan het Viecuri Medisch Centrum het zorgpad verbeteren en aanpassen aan de wensen en behoeften van u, de patiënt.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Alle gegevens en resultaten van het onderzoek worden vertrouwelijk behandeld. De gesproken teksten zullen anoniem verwerkt worden, dat wil zeggen zonder vermelding van persoonlijke gegevens zoals naam, adres, medische status etc. Alle data (teksten uit de interviews) worden direct gecodeerd, en niet-gecodeerde gegevens (bijvoorbeeld uw naam) worden meteen gescheiden van de gecodeerde gegevens en apart opgeslagen.

De gecodeerde gegevens zijn ter inzage voor de betrokken onderzoekers. Er zullen slechts een klein aantal onderzoekers toegang hebben tot de gegevens die betrekking hebben op het onderzoek. Hierdoor wordt uw privacy zoveel mogelijk gewaarborgd. Vijf jaar na afloop worden alle identificeerbare gegevens vernietigd, zodat niemand meer kan nagaan welke gegevens bij welke personen horen. U heeft inzage in uw eigen geregistreerde gegevens en resultaten, die verzameld zijn tijdens het onderzoek.

Vrijwilligheid van deelname

U mag weigeren om deel te nemen aan het onderzoek zonder dat dit verder enige consequenties zal hebben. De deelname aan het onderzoek geschiedt op vrijwillige basis. U heeft het recht om ten alle tijden te stoppen met het onderzoek.

Resultaten van het onderzoek

De resultaten van dit onderzoek zullen, zonder dat uw identiteit hieruit herleid kan worden, verwerkt worden in een afstudeeropdracht voor de opleiding Fysiotherapie. De mogelijkheid bestaat dat dit onderzoek gepubliceerd wordt.

Begeleiding

In het onderzoek worden wij begeleid door de volgende personen:

Kim van Vijven MSc, junior onderzoeker en docent, Zuyd Hogeschool

Drs. Anita Stevens, docent en onderzoeker, Zuyd Hogeschool

Drs. Loes Janssen, onderzoeker, Viecuri Medisch Centrum

Mevr. Coby Kovacs, afdelingsleider klinische fysiotherapie, Viecuri Medisch Centrum

Klachten of vragen

Voor informatie over het onderzoek of bij klachten kunt u zich wenden tot Kim van Vijven (email: kim.vanvijven@zuyd.nl of telefoonnummer: 045 400 6538).

Tot Slot

Het in kaart brengen van ervaringen rondom gewrichtsvervangende operaties zijn van groot belang voor het laten slagen van het onderzoek. Wij stellen uw deelname daarom bijzonder op prijs. Indien u goedkeuring geeft, verzoeken wij u om binnen een week de toestemmingsverklaring en de deelnemerverklaring Inzake Audiovisuele Producties te ondertekenen en deze mee te nemen naar het interview.

Wij zullen telefonisch contact met u opnemen om concrete afspraken te maken over de tijd, plaats en datum van het interview.

Met vriendelijke groet,
J.N. van Hek
Fysiotherapeut i.o., Zuyd Hogeschool
tel. 06-43992141
Email: 1214853Hek@Zuyd.nl

J. Luijten
Fysiotherapeut i.o., Zuyd Hogeschool
tel. 06-34480039
Email: 1200356@Zuyd.nl

Kim van Vijven
Junior onderzoeker Zuyd Hogeschool
Email: vijvenk@Zuyd.nl

Coby Kovács
Teamleider klinische fysiotherapie/ergotherapie/logopedie
Email: ckovacs@viecuri.nl

TOESTEMMINGSVERKLARING

voor deelname aan het onderzoek:

Better In – Better Out concept bij totale heup- of knieoperaties

een patiënttevredenheidsonderzoek naar het nieuwe zorgconcept

- Σ Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen en begrepen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Dit zal geen enkele invloed hebben op de verdere behandeling.
- Σ Ik geef uit vrije wil toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.
- Σ Ik wens wel/niet* te worden geïnformeerd over resultaten van het onderzoek, die middels publicaties openbaar gemaakt worden. **Doorhalen wat niet van toepassing is*
- Σ Ik ben geïnformeerd over het feit dat het interview wordt opgenomen met audio opname apparatuur en geef uit vrije wil toestemming hiervoor

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd en vragen van genoemde persoon naar beste weten beantwoord zijn..

Naam:

Functie:

Datum:

Handtekening:

Dit formulier is in tweevoud verstrekt. Een versie is bestemd voor de deelnemer. De andere versie is bestemd voor de onderzoeker.

Bijlage 9: Audio-visuele-verklaringsformulier

**ZU
YD**

PRODUCTIETITEL:

.....

ONDERGETEKENDE:

NAAM:

ADRES:

POSTCODE: WOONPLAATS:

GEBOREN: (datum) TE:

.....

VERKLAART HIERBIJ

1. Toestemming te verlenen tot het vervaardigen van audiovisueel materiaal betreffende zijn/haar persoon.
2. Door de voor deze productie verantwoordelijke functionaris volledig te zijn voorgelicht aangaande gebruiksdoel en nut van het vervaardigde materiaal.
3. Geen bezwaar te hebben tegen gebruikmaking van de productie en/of delen hiervan bij de hierna genoemde instellingen en/of doelgroepen:

** Aankruisen hetgeen van toepassing is*

- ☐ de opleiding fysiotherapie*
- ☐ de faculteit Gezondheid en Techniek (fysiotherapie en biometrie)*
- ☐ de hogeschool en de aan haar gelieerde instellingen*
- ☐ de opleidingen algemeen*
- ☐ gezondheidszorgopleidingen cq. instituten*
- ☐ algemeen informatief*

4. Dat voor vervaardiging en gebruik van het materiaal geen nadere vergoeding door de producent verschuldigd is.
5. Alle rechten met betrekking tot de productie toekomen aan de producent.

PLAATS:

HANDTEKENING:

DATUM:

VERANTWOORDELIJKE FUNCTIONARIS:

NAAM:

HANDTEKENING:

FUNCTIE:

Een kopie van dit document dient te allen tijde worden bewaard bij de informatiedrager

Bijlage 10: METC goedkeuring



Zuyd
Kim van Vijven
vijvenk@hszuyd.nl

Datum	Titel
18 december 2015	Better in – better out concept bij totale heup- of knieoperaties
Onderzoeker	Nummer
K. van Vijven	15-N-190

Geachte mevrouw Van Vijven,

Op uw verzoek van 14 december 2015 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. 14 december 2015
- Onderzoeksprotocol d.d. december 2015
- Met als bijlagen alle vereiste documenten

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:
mw. dr. B. van Acker
dr. C. van Deursen
mw. drs. L. Dielis
dr. J.W. Greve (voorzitter)
mw. mr. dr. R. ten Hoopen
dr. R. Janknegt
ir. drs. A. Kessels
dr. J. Kragten
dr. H. van der Kuy
mw. dr. A. Moser
mw. dr. B. Panis
dr. M. Reinders
drs. H. Rijksen
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

METC Z is de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Zuyderland en Zuyd Hogeschool. **METC Z** toetst -in het kader van de WMO- medisch-wetenschappelijk onderzoek, waaronder ook onderzoek in de eerste lijn, de care- en revalidatiesector. **METC Z** toetst conform de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), de Richtlijn Externe Toetsing (RET 12), ICH-GCP en andere (EU) wet- en regelgeving. **METC Z** is erkend door de CCMO.

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 VieCuri een kopie van deze brief.

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

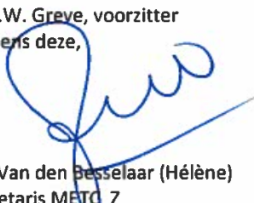
Bij beëindiging van de studie ontvangt de Commissie het eindverslag.

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 VieCuri MC, p/a ckovacs@viecuri.nl
Sandra.beurskens@zuyd.nl