

University of Groningen

Steun vanuit de zorginstelling

ter Heijne, R. E.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
ter Heijne, R. E. (2004). *Steun vanuit de zorginstelling*. Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, UMCG .

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Rijksuniversiteit Groningen

Wetenschapswinkel
Geneeskunde en Volksgezondheid

Faculteit der Psychologische,
Pedagogische en Sociologische
Wetenschappen
Disciplinegroep Sociologie

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Afdeling Chirurgie

RUG

€ \vec{E} t' & N_2
\$ © \mathcal{H} \triangle % Σ
ω ⊥ № [k] ë ∠ §

Steun vanuit de zorginstelling

Een onderzoek naar het verband tussen tevredenheid over sociale steun, gepercipieerde controle en steun vanuit de zorginstelling en de relatie tussen tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling op de totale zorgsatisfactie

R. E. ter Heijne
januari 2004

Colofon

Titel: **Steun vanuit de zorginstelling**
Een onderzoek naar het verband tussen tevredenheid over sociale steun, gepercipieerde controle en steun vanuit de zorginstelling en de relatie tussen tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling op de totale zorgsatisfactie

Door: **R.E. ter Heijne**
Begeleiding: **Prof. dr. Th.P.B.M. Suurmeijer PPSW/ Sociologie**
Dr. J. Bouma, FMW/coördinator Wetenschapswinkel
Geneeskunde en Volksgezondheid RuG,
Vraagindiener: **Cliëntenraad Wilhelmina Ziekenhuis Assen**
Uitgave: **Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid,**
Rijksuniversiteit Groningen

Adres: **Antonius Deusinglaan 1**
9713 AV Groningen

Telefoon: **050-3633174**
E-mail : **j.bouma@med.rug.nl**
Datum: **Januari 2004**

Inhoudsopgave

Figuren en tabellen lijst	5
Voorwoord	7
Samenvatting	8
Inleiding.....	12
Hoofdstuk 1 Achtergrond.....	13
1.1 Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.....	13
1.2 Relevante Theorie	13
1.2.1 Zorginstellinggerelateerde factoren.....	13
Publicaties	16
1.2.2 Patiëntgerelateerde factoren	17
1.2.2.1 Sociale steun.....	17
1.2.2.2 Gepercipieerde controle	18
1.3 Afbakening onderzoek	19
1.4 Onderzoeksmodel en probleemstelling	20
1.5 Opzet rapport.....	22
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet	23
2.1 Beschrijving meetinstrumenten.....	23
2.1.1 Het kwantitatieve gedeelte	23
2.1.2 Het kwalitatieve gedeelte	26
2.2 Verhouding kwantitatieve- en kwalitatieve gedeelte	27
2.3 Populatie, werkwijze en respons	27
2.4 Methoden voor dataverwerking en analyse.....	28
2.4.1 Kwantitatieve gedeelte	28
2.4.2 Kwalitatieve gedeelte	28
Hoofdstuk 3 Basisgegevens kwantitatieve onderzoek	29
3.1 Betrouwbaarheid meetschalen.....	29
3.2 Demografische gegevens onderzoeksgroep	29
3.3 Gegevens over de variabelen uit het onderzoeksmodel	30
3.3.1 Gepercipieerde controle	31
3.3.2 Tevredenheid met sociale steun	31
3.3.3 Steun vanuit de zorginstelling	33
3.3.4 Resultaat van de ingreep	36
3.3.5 Tevredenheid gehele behandeling.....	36
Hoofdstuk 4 Resultaten.....	37
4.1 Resultaten kwantitatieve onderzoek.....	37
4.1.1 Verband tevredenheid sociale steun en gehecht belang aan steun WZA en	37
hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA	
4.1.2 Verband gepercipieerde controle en gehecht belang aan steun vanuit WZA en.....	39
hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA	
4.1.3 Verband tevredenheid sociale steun, gepercipieerde controle en VIZ score	40

4.1.4 Verband gehecht belang, hoeveelheid ontvangen steun en de VIZ scores	39
en verband gehecht belang, hoeveelheid ontvangen steun en rapportcijfers	
4.1.5 Verband VIZ scores en rapportcijfers voor steun vanuit het WZA	44
4.1.6 Verband tevredenheid over steun en de tevredenheid over de gehele behandeling	45
4.1.7 Verband tevredenheid over het resultaat van de ingreep en tevredenheid over.....	46
gehele behandeling	
4.1.8 Samenhang van het onderzoeksmodel	47
4.1.9 Samenvatting kwantitatieve resultaten.....	48
4.2 Resultaten kwalitatieve onderzoek.....	49
Hoofdstuk 5 Conclusies.....	52
5.1 Conclusies kwantitatieve onderzoek	52
5.2 Conclusies kwalitatieve onderzoek	55
5.3 Eindconclusies en aanbevelingen.....	56
5.4 Discussie.....	58
Voetnoten:	59
<u>Literatuurlijst.....</u>	<u>58</u>

Bijlagen

- [1. Begeleidende brief bij de vragenlijst](#)
- [2. Herinneringsbrief bij de vragenlijst](#)
- [3. Vragenlijst](#)
- [4. Brief bij de interviews](#)
- [5. Checklist Interviews](#)
- [6. Brief bij de interviewverslagen](#)
- [7. Factoranalyses](#)
- [8. Regressieanalyse totale onderzoeksmodel](#)
- [9. Correlatietabel onderzoeksvariabelen](#)

Figuren en tabellen lijst

Figuur 1: Conceptuele model voor kwaliteit van zorgverlening.....	10
Figuur 2: Dimensies van kwaliteitszorg voor individuele patiënten volgens Campbell e.a.....	12
Figuur 3: Samenhang van de verschillende criteria van kwaliteit van zorg.....	12
Figuur 4: Onderzoeksmodel.....	17
Tabel 1: Operationalisering van de onderzoeksvariabelen.....	21
Tabel 2: De gebruikte meetschalen en bijbehorende Cronbach's alpha.....	25
Tabel 3: geslacht (n=68) en opleidingsniveau (n=66) van de onderzoeksgroep.....	26
Figuur 5: Leeftijdsverdeling van de onderzoeksgroep (n= 68).....	26
Figuur 6: Verdeling somscore controle over de aandoening (n=64).....	27
Figuur 7: Verdeling somscores tevredenheid met dagelijkse emotionele steun (n=67).....	28
Figuur 8: Verdeling somscores tevredenheid met probleemgerichte emotionele steun (n = 66)....	28
Figuur 9: Verdeling somscores tevredenheid sociale steun (n=64).....	29
Figuur 10: De hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA (n=73).....	29
Figuur 11: Het gemiddelde gehecht belang aan steun vanuit het WZA (n=47).....	30
Tabel 4: somscores van VIZ scores per onderdeel van steun vanuit de zorginstelling (n=47).....	31
Tabel 5: Gemiddelde cijfer voor steun vanuit het WZA (n=55).....	31
Tabel 6: tevredenheid met het resultaat van de ingreep (n=68).....	32
Tabel 7: Tevredenheid met de totale behandeling in het WZA (n=67).....	33
Figuur 12: Onderzoeksmodel.....	34
Tabel 8: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en gehecht belang aan steun.....	35
vanuit WZA (N=44), gecontroleerd voor geslacht leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 9: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en hoeveelheid ontvangen.....	36
steun vanuit WZA (N=64), gecontroleerd voor geslacht leeftijd en opleidingsniveau.	
Tabel 10: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en gehecht belang aan steun.....	36
vanuit WZA (n=43), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 11: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en hoeveelheid ontvangen steun.....	37
vanuit WZA (N= 65), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 12: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en VIZ scores per onderdeel.....	38
van steun (N= 55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 13: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en VIZ scores per onderdeel van.....	38
steun (N= 55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 14: Correlatiecoëfficiënten gehecht belang aan steun vanuit WZA en tevredenheid over... steun vanuit WZA (N=42), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	38
Tabel 15: Correlatiecoëfficiënten hoeveelheid ontvangen steun en tevredenheid over steun.....	39
vanuit WZA (N=55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 16: Regressiecoëfficiënten gehechte belang aan steun en ontvangen steun vanuit.....	39
WZA enerzijds, rapportcijfer voor deze steun vanuit WZA anderzijds (N=43)	
Tabel 17: Regressiecoëfficiënten gehechte belang aan steun en ontvangen steun.....	40
vanuit WZA enerzijds, VIZ score anderzijds (N=43)	
Tabel 18: Correlatiecoëfficiënten VIZ scores en rapportcijfers per onderdeel van steun.....	40
vanuit WZA (N=63), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 19: Correlatiecoëfficiënten rapportcijfer per onderdeel van steun en voor de totale.....	41
behandeling (N=52), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	

Tabel 20: Correlatiecoëfficiënten VIZ score per onderdeel van steun en rapportcijfer voor de....	
41	
totale behandeling (N=52), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 21: Correlatiecoëfficiënt tussen resultaat van de ingreep en tevredenheid over de totale....	
42	
behandeling (N=64), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau	
Tabel 22: Regressieanalyse totale onderzoeksmodel (N=43).....	
43	
Figuur 12: De sterkte van de relaties in het	
onderzoeksmodel.....	43

Voorwoord

Het onderzoek naar de zorgsatisfactie en factoren die daarop van invloed zijn, waaruit dit rapport is voortgekomen, vormt de afsluiting van mijn studie Sociologie. Tijdens het onderzoek en het schrijven van deze scriptie heeft een aantal mensen mij begeleid en gesteund, mede door hen is het onderzoek tot een goed einde gekomen. Hiervoor wil ik hen bij deze heel hartelijk bedanken.

Prof. Dr. Th.P.B.M. Suurmeijer van de faculteit PPSW, Sociologie
Dr. J. Bouma van de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid
Dr. C.W. Aakster, voorzitter Cliëntenraad Wilhelmina Ziekenhuis Assen
De heer M.J. van der Werff, directiesecretaris Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Mijn ouders, zus en vrienden

Samenvatting

De Nederlandse zorginstellingen kampen tegenwoordig vaak met lange wachtlijsten en hoge werkdruk. Ze reageren op deze problemen door te onderzoeken hoe efficiënter kan worden gewerkt en adequater kan worden ingespeeld op wensen en behoeften vanuit hun omgeving. Tevens proberen ze de kwaliteit van zorg en daarmee de zorgsatisfactie te verhogen. Over kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief bestaat veel literatuur. Uit de meeste literatuur komt een aantal gezamenlijke criteria naar voren. Het gaat dan vooral om toegankelijkheid, betrouwbaarheid, dienstverlening en vertrouwen en empathie. Op basis van deze criteria vormt de patiënt zich een oordeel over de kwaliteit van zorg, de zorgsatisfactie. Dit oordeel wordt tevens beïnvloed door de verhouding tussen de verwachte zorg en de ervaren zorg binnen de zorginstelling. De zorgsatisfactie zou daarnaast kunnen worden beïnvloed door andere factoren. Twee factoren die hierbij van belang zijn, zijn sociale steun en gepercipieerde controle. Zij zouden verband kunnen houden met de behoefte aan steun vanuit het ziekenhuis en de zorgsatisfactie indirect beïnvloeden omdat sneller of minder snel voldaan kan worden aan de behoeften van patiënten aan steun vanuit het ziekenhuis. Uit onderzoek onder patiënten blijkt dat zij steun vanuit de zorginstelling als kwaliteitsaspect van het criterium vertrouwen en empathie erg belangrijk vinden. De cliëntenraad van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA), waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, is ook geïnteresseerd in dit kwaliteitsaspect. Daarom is besloten het kwaliteitsaspect steun vanuit de zorginstelling in combinatie met sociale steun en gepercipieerde controle te onderzoeken. Het is niet duidelijk welke verband gepercipieerde controle en sociale steun houden met steun vanuit de zorginstelling. Onderzoek zal uitwijzen of deze patiëntgerelateerde factoren invloed uitoefenen op de steunbehoefte en indirect op de zorgsatisfactie. Om de tevredenheid van de patiënten over steun vanuit het WZA in kaart te brengen worden twee methoden gehanteerd. Als eerste zijn dit rapportcijfers per onderdeel van steun vanuit het WZA. Als tweede zijn combinatiescores gemaakt van gehecht belang aan bepaalde steun en de hoeveelheid ontvangen steun. Deze combinatiescores worden VIZ (Vervulling Interpersoonlijke Zorgbehoefte) scores genoemd. De probleemstelling en de bijbehorende deelvragen van het onderzoek luiden als volgt:

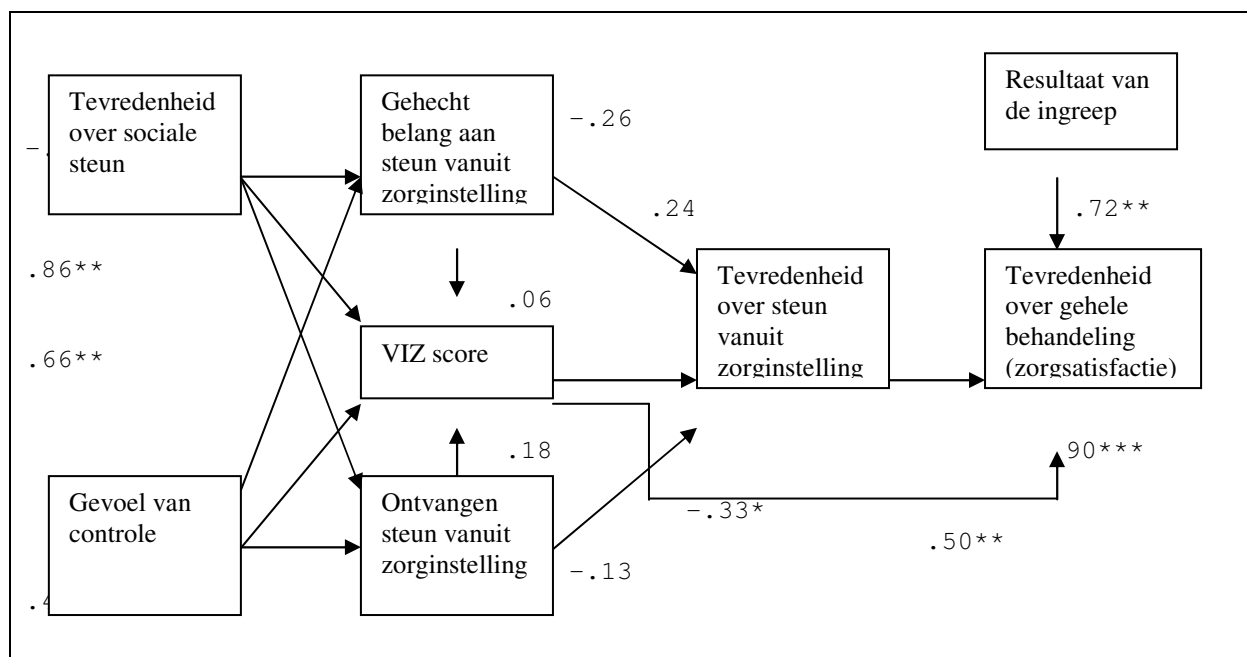
- **Wat is het verband tussen sociale steun, gepercipieerde controle en het belang dat men hecht aan steun vanuit de zorginstelling en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling, en wat is het verband tussen tevredenheid over deze steun, het resultaat van de ingreep en de zorgsatisfactie?**
1. **Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?**
 2. **Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?**
 3. **Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?**
 4. **Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?**
 5. **Wat is het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle enerzijds en de VIZ scores anderzijds?**
 6. **Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de VIZ score?**
 7. **Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en het rapportcijfer voor deze steun?**
 8. **Wat is het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA?**

9. Wat is het verband tussen het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA, de VIZ score voor steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA?
10. Wat is het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling?

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte. Hiervoor is een groep van 112 patiënten benaderd die in de periode van 1 juli 2002 tot en met 23 april 2003 is behandeld in het WZA op de afdeling chirurgie. Zij hebben allen een ingreep ondergaan die valt onder de categorie “grote buikoperaties”. Uiteindelijk hebben 73 patiënten een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. De respons komt hiermee op 65.2%. Voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek zijn uit deze groep 34 patiënten benaderd, 11 patiënten hiervan waren bereid tot een open interview. Dit is een response van 32.4 %. De gegevens uit het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek zijn verwerkt en geanalyseerd in SPSS.

Over het algemeen hechten de patiënten veel belang aan steun vanuit het WZA. De hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA is niet bij alle patiënten groot. Dit kan een oorzaak zijn van een lagere tevredenheid over steun vanuit het WZA en een lagere zorgsatisfactie. Het geeft de noodzaak aan voor de VIZ scores van gehecht belang aan steun en ontvangen steun als maat voor tevredenheid. Uit deze scores blijkt dat vooral bij de onderdelen steun bij het maken van keuzes en betrokkenheid bij de behandeling discrepanties bestaan tussen het gehechte belang aan deze steun en de hoeveelheid steun die men heeft ontvangen. Het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten hebben gegeven voor steun vanuit het WZA is 7.4, ruim driekwart van de patiënten is erg tevreden met de steun vanuit het WZA (score boven een 7). Ook ongeveer driekwart van de patiënten is tevreden over het resultaat van de ingreep in het WZA. Tenslotte geven de patiënten voor de gehele behandeling in het WZA gemiddeld een 8, bijna driekwart van de patiënten is erg tevreden over de behandeling (score boven een 7).

In onderstaand model staan de belangrijkste relaties in de vorm van correlatiecoëfficiënten weergegeven.



* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Het blijkt dat er geen verband bestaat tussen tevredenheid over sociale steun en het totaal gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA. Daarnaast blijkt dat er ook geen verband is tussen gepercipieerde controle en het totaal gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA. Dit geldt wel voor sommige onderdelen van steun vanuit het WZA. Patiënten die tevreden zijn over sociale steun vinden wel dat ze significant meer informatieve steun vanuit het WZA hebben ontvangen. Patiënten met een hoge gepercipieerde controle vinden dat ze significant minder informatieve steun vanuit het WZA hebben ontvangen en hechten significant meer belang aan betrokkenheid bij de behandeling. Patiënten die tevreden zijn over sociale steun hebben een significant hogere VIZ score voor informatieve steun vanuit het WZA. Mensen met een hoge gepercipieerde controle hebben een significant lagere VIZ score voor informatieve steun vanuit het WZA, zij hebben ook een significant lagere totale VIZ score. Hoe groter de hoeveelheid ontvangen steun, hoe tevredener men is over steun vanuit het WZA. Dit geldt zowel voor tevredenheid gemeten aan de hand van rapportcijfers als aan de hand van de VIZ scores. Het gehechte belang aan steun vanuit het WZA oefent bij een regressieanalyse een significant negatieve invloed uit op het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA. Er bestaat een positief verband tussen de VIZ scores van steun vanuit het WZA en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA. Verder leidt een grotere tevredenheid over steun vanuit het WZA (rapportcijfers en VIZ scores) tot een grotere tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA. Tenslotte hangt het resultaat van de ingreep ook sterk samen met de tevredenheid over de gehele behandeling. Deze laatste samenhang valt vrijwel geheel weg als het hele onderzoeksmodel in één keer wordt getoetst met een regressieanalyse. Het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA houdt als enige variabele sterk positief verband met de tevredenheid over de gehele behandeling. Het gaat dan vooral om het rapportcijfer voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens.

De gegevens die naar voren zijn gekomen uit het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek geven geen direct antwoord op de deelvragen. Zij dienen als verdieping van het cijfermateriaal uit het kwantitatieve gedeelte. Sociale steun blijkt door alle patiënten als positief te worden ervaren. Het verbetert vooral hun geestelijk welzijn maar soms ook hun lichamelijke welzijn als familie of vrienden de verpleging op bepaalde zaken attenderen. De relatie tussen sociale steun en steun vanuit het ziekenhuis is niet duidelijk. Een grote mate van gepercipieerde controle kan in de vorm van assertiviteit leiden tot het onttrekken van meer steun door de patiënt vanuit het ziekenhuis. Ontevredenheid van patiënten wordt veroorzaakt doordat de ervaren steun negatief afwijkt van de verwachte steun vanuit het ziekenhuis. Wanneer patiënten niet tevreden zijn over één van de steuncriteria leidt dit tot een lagere tevredenheid over de totale steun vanuit het ziekenhuis. Een lagere tevredenheid over deze steun leidt vervolgens tot een lagere tevredenheid over de gehele opname en een lagere zorgsatisfactie.

Uit het onderzoek blijkt dat tevredenheid over sociale steun positief verband houdt met de hoeveelheid ontvangen informatieve steun vanuit het WZA. Patiënten weten waarschijnlijk met behulp van mensen uit hun sociale netwerk meer informatieve steun vanuit het WZA te onttrekken. Hierdoor leidt tevredenheid over sociale steun ook tot tevredenheid over informatieve steun vanuit het WZA, omdat waarschijnlijk goed aan hun behoeften aan informatieve steun vanuit het WZA wordt voldaan. Patiënten met een grote gepercipieerde controle hechten meer belang aan betrokkenheid bij de behandeling. Zij vinden niet dat ze meer zijn betrokken bij de behandeling en ze vinden dat ze minder informatieve steun hebben ontvangen dan andere patiënten. Dit leidt ertoe dat patiënten met een grote gepercipieerde controle minder tevreden zijn over informatieve steun vanuit het WZA en ook minder tevreden zijn over steun totaal vanuit het WZA. Hieruit blijkt de noodzaak om rekening te houden met het gehechte belang van patiënten aan (bepaalde) steun. De VIZ scores laten zien dat het gehechte

belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun samen een belangrijke rol spelen bij de tevredenheid over steun en de tevredenheid over de gehele behandeling. De VIZ scores correleren positief met de rapportcijfers voor steun en zijn een betrouwbare maat voor tevredenheid over steun vanuit het WZA. Omdat ze rekening houden met het gehechte belang aan steun vanuit het WZA zijn zij een betere indicatie voor tevredenheid over steun vanuit het WZA dan de rapportcijfers. De steun die vanuit het WZA wordt gegeven moet worden afgestemd op het gehechte belang aan steun. Hierdoor komt de ervaren zorg beter overeen met de verwachte zorg. Tenslotte bepaalt tevredenheid over steun vanuit het WZA in de vorm van rapportcijfers in grote mate de tevredenheid over de gehele behandeling, de zorgsatisfactie. Het blijkt dan vooral te gaan om het rapportcijfer voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens. Dit komt overeen met het onderzoek van de NCPF waaruit blijkt dat patiënten bejegening en steun belangrijke aspecten vinden van de zorg. Wanneer het WZA streeft naar verhoging van de kwaliteit van zorg en de zorgsatisfactie is het belangrijk veel aandacht te besteden aan steun en bejegening. Belangrijk is daarnaast het in kaart brengen van het gehechte belang aan steun van patiënten. Hierdoor kan zorg op maat worden verleend, komt de ervaren zorg meer overeen met de verwachte zorg en kan de zorgsatisfactie worden vergroot.

Inleiding

De Nederlandse zorginstellingen zijn de laatste tijd vaak in het nieuws. Dit is vaak in negatieve zin. Berichten over lange wachtlijsten en hoge werkdruk zijn een bekend verschijnsel geworden. Zorginstellingen reageren op deze problemen door te onderzoeken hoe efficiënter gewerkt kan worden en adequater kan worden ingespeeld op wensen en behoeften vanuit hun omgeving. Deze omgeving bestaat uit de overheid, de zorgverzekeraars en natuurlijk de patiënten. Bij deze laatste groep speelt de zorgsatisfactie een grote rol. Zorgsatisfactie is de tevredenheid van de patiënt over de behandeling in de zorginstelling. Men streeft ernaar deze zorgsatisfactie zo hoog mogelijk te krijgen. Gegevens over zorgsatisfactie kunnen gebruikt worden om organisatorische verbeteringen in het zorgproces aan te brengenⁱ. Het bereiken van een grotere zorgsatisfactie kan men onder meer realiseren door meer rekening te houden met de wensen en behoeften van de patiënten. Een meer patiëntgerichte benadering is vooral een klantgerichte benadering. Het is van belang dat deskundigen de wensen van patiënten vertalen in eigenschappen van het productieproces.ⁱⁱ Het periodiek meten van de zorgsatisfactie van patiënten is een vorm van kwaliteitszorg. Deze kwaliteitszorg kan ook aanknopingspunten opleveren voor een meer efficiënte werkwijze binnen de zorginstelling.

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) streeft een dergelijke periodieke kwaliteitszorg na. Vanuit de cliëntenraad van het ziekenhuis is de wens geformuleerd de kwaliteit van zorg te onderzoeken waarbij, naast de feitelijke gang van zaken, de beleving van de zorg door de patiënt centraal staat. Daarnaast wil men een onderzoek naar externe factoren die van invloed zijn op de zorgbehoefte van patiënten en indirect op hun zorgsatisfactie. Met behulp van informatie die uit dit onderzoek naar voren komt kunnen eventuele knelpunten tussen de feitelijke zorg en gewenste zorg van de patiënt aangepakt worden. Men kan zo beter in de wensen en de behoefte van de individuele patiënt voorzien en zorg op maat leveren.

Dit onderzoek dient als een pilot. Werkwijze en meetinstrumenten kunnen in de toekomst worden gebruikt voor een terugkerende vorm van kwaliteitsonderzoek binnen het WZA.

Hoofdstuk 1 Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt in de eerste paragraaf een korte beschrijving van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen gegeven. In dit ziekenhuis heeft het onderzoek plaatsgevonden. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf een aantal theorieën en publicaties besproken die bij dit onderzoek van belang zijn. In paragraaf drie wordt het onderzoek afgebakend. De vierde paragraaf geeft het onderzoeksmodel en de daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen weer. In de laatste paragraaf wordt vooruit geblikt op de rest van het rapport.

1.1 Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen

Ruim 120.000 mensen in Assen en omgeving zijn wat betreft hun gezondheidszorg gericht op het Wilhelmina Ziekenhuis. In het WZA zijn bijna 1100 mensen werkzaam. Het WZA is hiermee de op twee na grootste werkgever in Assen en omtrek. Jaarlijks vinden ruim 5300 operaties, 10.500 opnames en 142.000 polikliniekbezoeken plaats binnen het WZA.ⁱⁱⁱ Ondanks deze aanzienlijke cijfers is het WZA landelijk gezien een relatief klein streekziekenhuis. Over het algemeen worden in het WZA eenvoudige medische ingrepen uitgevoerd. Voor complexe aandoeningen en ingrepen kunnen patiënten worden doorverwezen naar het Academisch Ziekenhuis in Groningen.

Het WZA heeft de beschikking over zeven verpleegafdelingen: een kinderafdeling, een kraamafdeling met verloskamers en gynaecologie, een afdeling voor interne geneeskunde, een afdeling voor pulmonologie en neurologie, een afdeling voor cardiologie en orthopedie, een afdeling urologie en chirurgie en de afdeling Dag/Week Opname. Daarnaast is er een afdeling Spoedeisende hulp en een Intensive Care/Coronary Care Unit.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het specialisme chirurgie van de afdeling urologie en chirurgie. Binnen het specialisme chirurgie zijn vijf specialisten verbonden, in 2002 hebben 1889 opnames plaatsgevonden. De gemiddelde verpleegduur van die opnames was 6.6 dagen. Binnen dit specialisme vinden vrij ingrijpende operaties plaats. Doordat de patiënten gemiddeld bijna een week in het WZA lagen, kregen ze de kans een goed beeld te vormen van het WZA. Dit was een overweging bij de keuze voor de afdeling chirurgie.

1.2 Relevante Theorie

Over factoren die van invloed zijn op de zorgsatisfactie van patiënten bestaat veel literatuur. Hieronder worden relevantie theorieën en publicaties kort besproken. Eerst worden zorginstellinggerelateerde factoren besproken. Het gaat hierbij om de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntenperspectief. Vervolgens worden patiëntgerichte factoren besproken. Dit zijn sociale steun en gepercipieerde controle.

1.2.1 Zorginstellinggerelateerde factoren

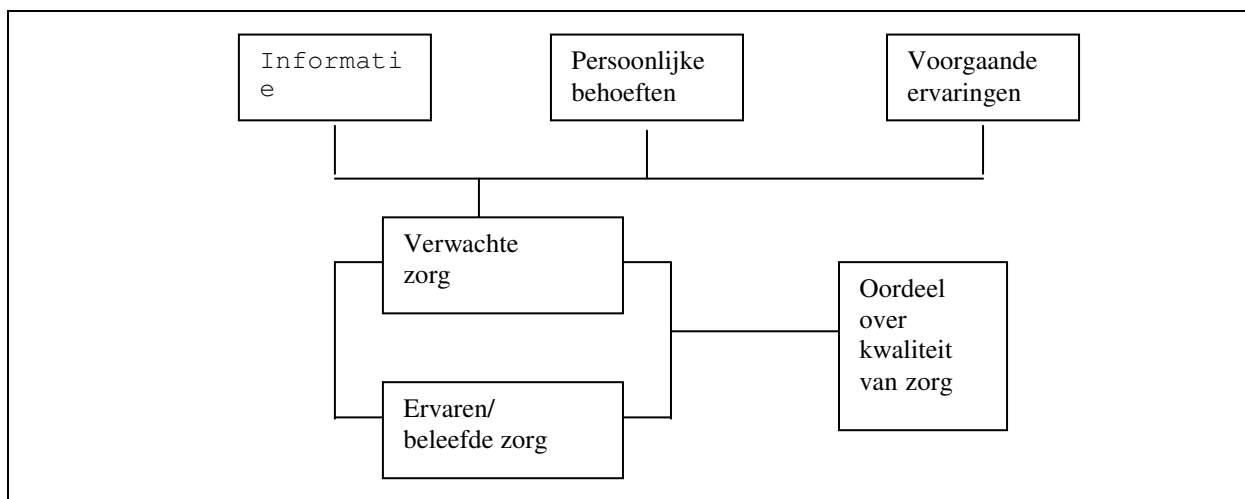
Bij zorginstellinggerelateerde factoren die van invloed zijn op de zorgsatisfactie van patiënten gaat het vooral om de kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief. Wanneer de kwaliteit van zorg hoog is zullen patiënten over het algemeen tevreden zijn over deze zorg en is hun zorgsatisfactie groot. Het is van belang te achterhalen waar kwaliteit van zorg uit bestaat. Het gaat erom welke aspecten van belang zijn bij de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. In deze subparagraaf worden drie publicaties over kwaliteit van zorg kort besproken. In deze publicaties worden telkens criteria gegeven aan de hand waarvan de kwaliteit van zorg kan worden beoordeeld.

Harteloh en Casparie

Volgens Harteloh en Casparie (1998) bestaan er grofweg twee benaderingen van kwaliteitszorg binnen zorginstellingen. Zij onderscheiden de zorginhoudelijke benadering en de bedrijfskundige benadering. Ze pleiten voor de integratie van deze twee benadering bij kwaliteitszorg^{iv}.

- Bij de zorginhoudelijke benadering staat het perspectief van de beroepsbeoefenaar centraal bij het evalueren van de kwaliteit van de geboden zorg. De belangrijkste methoden om de kwaliteit van deze zorg te evalueren zijn de medical audit en onderzoek van de medische status / dossierevaluatie. Een medical audit houdt een intercollegiale toetsing in van het behandeltraject van de patiënt. De evaluatie van de zorg is gebaseerd op een vergelijking van de geleverde zorg met impliciete of expliciete verwachtingen. Bij een evaluatie van de medische status en de dossierevaluatie wordt bekeken of de gestelde diagnose juist was en of daarvoor het juiste behandeltraject is gekozen.
- Bij de bedrijfskundige benadering staat het perspectief van de patiënt centraal. Deze benadering is een klantgerichte benadering waarbij het van belang is dat deskundigen de wensen van de klanten vertalen in eigenschappen van het productieproces (behandeltraject). Het is dus van belang om de wensen van de patiënten over de kwaliteit van zorg in kaart te brengen zodat de daadwerkelijke zorg daar (gedeeltelijk) op kan worden afgestemd.

Aan de bedrijfskundige benadering ontleen Harteloh en Casparie onderstaand model.



Figuur 1: Conceptuele model voor kwaliteit van zorgverlening^v

In dit conceptuele model voor kwaliteit van zorgverlening wordt duidelijk dat bij de bedrijfskundige benadering van kwaliteitszorg de relatie tussen de verwachte zorg en de ervaren / beleefde zorg door de patiënt centraal staat. De verhouding hiertussen is van invloed op het oordeel over de kwaliteit van zorg. Dit model moet dus geïntegreerd worden met de kwaliteitszorg vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaar met behulp van de medical audit en de medische status / dossierevaluatie.

Aan de hand van het Service Quality Model (SQM) heeft Parasuraman tien aspecten van dienstverlening genoemd die de kwaliteit beïnvloeden.^{vi} Deze tien aspecten worden later samengevoegd tot vijf dimensies. Uit onderzoek in de dienstverlenende sector van het bedrijfsleven blijkt dat ongeacht het type dienstverlening de klanten doorgaans dezelfde aspecten gebruiken om de kwaliteit van een dienst te evalueren. Harteloh en Casparie extrapoleren daarom de resultaten van het SQM naar de gezondheidszorg. Zij onderscheiden vijf objecten van kwaliteitszorg voor zorginstellingen. Dit zijn: toegankelijkheid, betrouwbaarheid, dienstverlening, vertrouwen en empathie.^{vii}

- Toegankelijkheid bestaat uit materiele toegankelijkheid (de geografische distributie van de zorgvoorziening) en financiële toegankelijkheid (het gemak waarmee een persoon zich door middel van een ziektekostenverzekering van toegang tot de gezondheidszorg kan voorzien).
- Betrouwbaarheid gaat over de veiligheid (het risico op schade dat de patiënt loopt bij het ondergaan van een medische behandeling) en het aantal medische ongevallen binnen de zorginstelling.

- Dienstverlening gaat over het resultaat van de interne coördinatie (het beheerst verlopen van het zorgproces) en de continuïteit van de contacten binnen de zorginstelling bij een behandeling.
- Bij vertrouwen en empathie gaat het over eigenschappen van de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Vertrouwen en empathie zijn van invloed op de medewerking van de patiënt met de voorgeschreven therapie.

De Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie

Ook de Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie (NPCF) heeft zich bezig gehouden met de kwaliteit van zorg. Zij is in 1996 begonnen met de uitgave van een serie studies over 'De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief'. Eén daarvan, 'Algemene Kwaliteitscriteria', beschrijft een aantal criteria dat volgens patiënten van belang is bij de kwaliteit van zorg. Deze criteria zijn: vakbekwaamheid; informatie; bejegening; steun; zelfstandigheid; organisatie; accommodatie en evaluatie.^{viii} Deze criteria hebben alleen betrekking op de verpleegkundigen binnen een zorginstelling. Ondanks dat ze niet op specialisten van toepassing zijn geven ze een beeld van wat de patiënt belangrijk vindt bij de verzorging in een zorginstelling. De criteria en hun inhoud zijn uit onderzoek onder patiënten naar voren gekomen.

- Bij vakbekwaamheid gaat het erom dat de verpleegkundige beschikt over de vereiste aard en het vereiste niveau van kennis en vaardigheden voor de uitoefening van haar specifieke beroep of functie.^{ix}
- Bij informatie gaat het erom dat de verpleegkundige, voorzover daartoe bekwaam en veelal ter aanvulling van de informatie van de behandelende arts, de patiënt informeert over alle relevante zaken in verband met zijn ziekte. Daarnaast verleent de verpleegkundige de patiënt alle relevante informatie over de voortgang van zijn ziekte en behandelproces, ten behoeve van het behoud van zijn zelfstandigheid.^x
- Bejegening houdt in dat de verpleegkundige de patiënt benadert als een medemens met normale aanspraken op respect, beleefdheid en vertrouwen. De verpleegkundige treedt de patiënt met een beroepsmatige houding tegemoet, uitgaande van een zo volledig mogelijk begrip voor diens specifieke problemen, behoeften en eigenheid.^{xi}
- Steun houdt in dat de verpleegkundige voorkomt dat de patiënt onnodige spanningen en belastingen ervaart of vermijdbare verliezen lijdt. De verpleegkundige biedt actieve steun aan de patiënt bij het verwerken van door de ziekte / behandeling opgeroepen problemen, ongemakken en spanningen.^{xii}
- Zelfstandigheid houdt in dat de verpleegkundige de patiënt in de gelegenheid stelt te participeren als een volwaardige partner in de besluitvorming en uitvoering rond zijn verpleging. Tijdens zijn verblijf in een instelling laat de verpleegkundige de persoonlijke sfeer van de patiënt zoveel mogelijk in tact.^{xiii}
- Bij organisatie draagt de verpleegkundige ertoe bij dat de organisatie van de hulp- en dienstverlening is afgestemd op de individuele patiënt. De verpleegkundige neemt doorzichtige regels en procedures in acht die zijn afgestemd op de wensen, behoeften en (on)mogelijkheden van de patiënt.^{xiv}
- Evaluatie houdt in dat de verpleegkundige de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief kent en zich hierop toetsbaar opstelt. De verpleegkundige heeft een open houding voor feedback van de kant van de patiënt en stelt zich open voor inspectie ten behoeve van evaluatie en bijsturing van zijn activiteitenplanning en dienstverlening.^{xv}

Campbell e.a.

Tenslotte onderscheiden Campbell e.a. een tweetal hoofddimensies bij kwaliteit van zorg voor individuele patiënten.^{xvi} Het gaat in de eerste plaats om de toegankelijkheid van de medische zorg. In de tweede plaats gaat het om de effectiviteit van de medische zorg. De effectiviteit van de zorg is verder op te delen in de effectiviteit van de klinische zorg en de effectiviteit van de interpersoonlijke zorg. Van belang hierbij zijn de structuur van het zorgsysteem, het zorgproces en de uitkomsten van de zorgingreep. In onderstaand figuur zijn deze zaken uiteengezet.

Kwaliteit		Zorg		
		structuur	proces	uitkomsten
	toegankelijkheid	Geografische en fysieke toegankelijkheid Bekostigbaar Beschikbaar	Bekostigbaar Beschikbaar	Gezondheidstoestand Gebruikersevaluatie
effectiviteit		Effectiviteit van de klinische zorg Effectiviteit van interpersoonlijke zorg	Gezondheidstoestand Gebruikersevaluatie	

Figuur 2: Dimensies van kwaliteitszorg voor individuele patiënten volgens Campbell e.a.^{xvii}

In bovenstaande figuur zijn de criteria van kwaliteit van zorg weergegeven volgens Campbell e.a.

Conclusie

De drie bovenstaande publicaties geven criteria voor de kwaliteit van zorg. Deze criteria overlappen elkaar gedeeltelijke en zijn gedeeltelijk verschillend. In onderstaand schema is weergegeven hoe de criteria van de verschillende publicaties samenhangen.

	Publicaties		
	Harteloh en Casparie	NPCF	Campbell e.a.
Kwaliteitsaspecten	Toegankelijkheid		Geografische en fysieke toegankelijkheid, bekostigbaar en beschikbaar
	Betrouwbaarheid	Vakbekwaamheid	Effectiviteit van de klinische zorg
	Dienstverlening	Organisatie	Effectiviteit van de klinische zorg
	Vertrouwen en empathie	Informatie Bejegening Steun Zelfstandigheid Evaluatie	Effectiviteit van interpersoonlijke zorg.

Figuur 3: Samenhang van de verschillende criteria van kwaliteit van zorg.

De termen voor kwaliteitsaspecten van zorg verschillen per publicatie. Uit bovenstaand model blijkt dat wat inhoud betreft veelal dezelfde onderdelen van kwaliteit van zorg worden onderscheiden. Wanneer aan deze criteria wordt voldaan zal de kwaliteit van zorg voor de patiënten hoog zijn. Dit kan leiden tot een grote mate van zorgsatisfactie. Het ziekenhuis wordt geacht zorg te dragen voor de kwaliteit van de verschillende onderdelen van de zorg. Hierdoor kan het doel, een grote zorgsatisfactie van patiënten, bereikt worden. Er moet worden onderzocht in welke mate patiënten bij het WZA tevreden zijn over (één of meerdere) van deze onderdelen en wat daar eventueel aan kan worden verbeterd.

Tenslotte kan volgens Hall e.a. de ernst van de ziekte invloed hebben op de interpersoonlijke relatie met de arts. Deze relatie beïnvloedt vervolgens de zorgsatisfactie. Naarmate de ziekte ernstiger is beperkt de arts zich in het contact met de patiënt meer tot relevante zakelijke communicatie. Dit kan ten koste gaan van de tevredenheid over deze relatie van de patiënt omdat de patiënt ook behoefte heeft aan aandacht voor het sociale domein.^{xviii} Er bestaat ook een relatie tussen de satisfactie over andere levensdomeinen van de patiënt en zijn zorgsatisfactie. De zorgsatisfactie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van zorg. De zorgsatisfactie kan ook afhankelijk zijn van andere, patiëntgerelateerde factoren. In de volgende subparagraaf wordt hierop nader ingegaan.

1.2.2 Patiëntgerelateerde factoren

Een ziekte en een ziekenhuisopname lijden vaak tot onzekerheid en angstige gevoelens. Dit resulteert in een bepaalde behoefte aan zorg. Het gaat dan vooral om een bepaalde behoefte aan interpersoonlijk contact met verpleegkundigen en specialisten om deze angst en onzekerheid tegen te gaan. Zoals in de vorige paragraaf beschreven hangt de kwaliteit van de geboden (interpersoonlijke) zorg samen met de zorgsatisfactie van de patiënt. Wanneer in voldoende mate aan de behoeften van de patiënt wordt voorzien zal de patiënt tevreden zijn over de geboden zorg en zal zijn zorgsatisfactie groot zijn. Het kan zijn dat patiëntgerelateerde factoren invloed uitoefenen op behoeften aan bepaalde (interpersoonlijke) zorg. Patiënten kunnen hierdoor sneller of minder snel bevredigd worden door de geboden zorg. Op deze manier kunnen patiëntgerelateerde factoren indirect invloed uitoefenen op de tevredenheid over de zorg en dus de zorgsatisfactie van de patiënten. Van speciaal belang hierbij zijn in dit verband de kwaliteit van de relaties die mensen met elkaar onderhouden en de sociale steun die ze daaruit ontvangen alsmede het gevoel van autonomie, de gepercipieerde controle die mensen hebben over de (in)richting van hun leven. Volgens de Ridder spelen bij het ziekteproces sociale relaties een belangrijke rol. Sociale steun kan worden gezien als een bron van coping waardoor patiënten beter met hun ziekte kunnen omgaan. Daarnaast zijn patiënten die menen dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun toestand meer geneigd ongewenste situaties actief te bestrijden, zij maken meer gebruik van confronterende copingstrategieën die in het algemeen als heilzamer worden aangemerkt. Dit kan verband houden met de zorgbehoefte van patiënten wat vervolgens de zorgsatisfactie kan beïnvloeden.^{xix} Over sociale steun en gepercipieerde controle en hun rol ten opzichte van patiënten bestaat veel literatuur. In deze paragraaf worden deze twee begrippen en hun invloed kort beschreven.

1.2.2.1 Sociale steun

Het sociale netwerk van mensen helpt hen bij het bereiken van doelen die zonder dat sociale netwerk niet of moeilijker bereikt kunnen worden (Tijhuis e.a. 1998). Een van de belangrijke zaken waarin sociale netwerken voorzien is sociale steun. Sociale steun kan worden gedefinieerd als de mate waarin iemands behoeften worden bevredigd door middel van interactie met anderen. Sociale steun wordt gezien als de uitwisseling van bronnen tussen een ontvanger en een gever met de bedoeling het welzijn van de ontvanger te vergroten (Suurmeijer, 1995). Het gaat daarbij naar verwachting niet primair om de uitwisselingstransacties zelf, maar de tevredenheid van de ontvanger daarover.

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen mensen op het punt van het kunnen mobiliseren van sociale steun. Deze verschillen hebben te maken met demografische kenmerken, met persoonlijkheids-eigenschappen, met sociale vaardigheden en met het vermogen om met stressvolle situaties om te gaan. Riley en Eckenrode (1986) wijzen op de betekenis van demografische eigenschappen als sekse, leeftijd en ras voor het ontvangen van sociale steun.^{xx}

Daarnaast zijn er verschillende onderverdelingen van sociale steun bekend (Moos & Mitchell, 1982; Wortman, 1984; House, 1981). Wanneer deze onderverdeling enigszins worden vereenvoudigen kunnen minstens onderscheiden worden: emotionele steun, informatieve steun en instrumentele steun. Wortman (1984) stelt vast dat het effect van sociale steun afhankelijk is van de steungever en van het soort steun. Ook volgens Tijhuis moet de soort sociale steun wel passen bij het soort stressvolle gebeurtenis en de soort behoefte.^{xxi} Volgens de Ridder bevat de meeste patiënten vooral emotionele en praktische steun goed tijdens hun opname en of ziekte.^{xxii}

In veel studies naar de invloed van sociale steun wordt geconcludeerd dat van sociale steun over het algemeen een positieve werking uitgaat op lichamelijke gezondheid en psychisch welzijn van mensen. In veel literatuur worden met betrekking tot de werking van sociale steun twee mechanismen onderscheiden: een hoofdeffect of directeffect en een buffereffect. (Thoits, 1982; Cohen & Wills, 1985).

Het buffereffect veronderstelt dat sociale steun in stressvolle omstandigheden gerelateerd is aan welzijn. Dit effect wordt buffereffect genoemd omdat sociale steun in deze benadering een verzachtende invloed uitoefent op de negatieve gevolgen van stressoren. Als het welzijn van mensen wordt bedreigd door stressvolle gebeurtenissen, bijvoorbeeld een ziekte, kunnen de consequenties

daarvan worden verminderd met behulp van hun sociale bronnen. Als mensen meer sociale bronnen hebben en deze beter kunnen mobiliseren zullen de gevolgen van stressvolle gebeurtenissen minder erg zijn en minder lang duren.^{xxiii} Bij een ziekenhuisopname is vaak sprake van stress. Dit uit zich in een bepaalde behoefte van patiënten aan steun. Het is niet duidelijk of de relatie tussen sociale steun en steun vanuit de zorginstelling complementair of supplementair is. Sociale steun kan bepaalde behoeften als gevolg van een ziekenhuisopname van patiënten bevredigen. Het is niet duidelijk of dit dezelfde behoeften zijn waarin steun vanuit de zorginstelling voorziet. Wanneer sociale steun en steun vanuit de zorginstelling beiden dezelfde behoeften kunnen bevredigen zijn ze complementair. Tevredenheid over sociale steun kan ertoe leiden dat de patiënt minder belang hecht aan steun vanuit de zorginstelling. Deze patiënten kunnen een grotere zorgsatisfactie hebben dan patiënten die niet tevreden zijn over de sociale steun die ze ontvangen omdat door de zorginstelling eerder kan worden voldaan aan hun geringere behoeften aan steun vanuit de zorginstelling. Het is echter niet duidelijk of sociale steun en steun vanuit de zorginstelling zich complementair of supplementair tot elkaar verhouden.

Het hoofdeffect of directe effect gaat ervan uit dat van sociale steun een positieve werking uitgaat op het sociale welzijn van mensen, ongeacht of een individu wel of geen stressor ervaart. Het zich geliefd en geaccepteerd weten is een vorm van sociale steun die direct bijdraagt aan het welbevinden, dit geldt zowel voor zieke als gezonde mensen.^{xxiv} Hoofd- of direct effect en buffereffect hoeven elkaar volgens de theorie niet uit te sluiten.^{xxv}

Conclusie

De meeste theorieën wijzen op een buffereffect van sociale steun bij stressvolle gebeurtenissen en op een hoofd-, of directeffect van sociale steun in het algemeen. Van belang hierbij is wel dat de sociale steun daadwerkelijk wordt onttrokken uit het sociale netwerk en dat de sociale steun past bij de steun behoefte op dat moment. Het is niet duidelijk in welke mate sociale steun behoeften van de patiënt aan (interpersoonlijke) zorg kan beïnvloeden. Dit zou invloed kunnen hebben op de zorgsatisfactie van de patiënt. De relatie tussen tevredenheid over sociale steun en behoefte / gehecht belang aan (interpersoonlijke) zorg is niet duidelijk en zal worden onderzocht.

1.2.2.2 Gepercipieerde controle

Mensen moeten een zekere mate van controle hebben over de omgeving en over hun eigen gedrag om doelstellingen te verwezenlijken. De controle over het eigen gedrag wordt meestal aangeduid met zelfregulerend vermogen, zelfbeheersing of interne controle. Interne controle is gericht op het eigen functioneren en op het in goede banen leiden van de relevante psychologische en fysiologische processen. De tweede vorm van beheersing, de externe controle, is gericht op het organiseren van de omgeving met als doel de eigen belangen zo goed mogelijk te realiseren. Over het algemeen is er een nauw verband tussen interne en externe controle. Mensen met veel zelfbeheersing zijn meestal ook goed in het organiseren van hun omgeving. Als iemand echter het gevoel heeft de situatie niet onder controle te hebben, zal hij onzeker worden en met angst reageren waardoor ook de interne controle aangetast wordt. Wanneer de gepercipieerde controle over een situatie afneemt of gering is, worden we angstig of richten we onze woede op de instantie die onze intenties blokkeert. Als men voortdurend het gevoel heeft dat de situatie oncontroleerbaar is en dat de problemen niet oplosbaar zijn, zal dit leiden tot verlies aan motivatie en op den duur tot depressie.^{xxvi}

Patiënten die leiden aan een aandoening of ziekte kunnen het gevoel hebben de controle hierover te verliezen. Het gaat hierbij om verlies van externe controle en verlies van interne controle doordat er bijvoorbeeld angst ontstaat. Ze zijn gedeeltelijk overgeleverd aan de vakbekwaamheid van artsen en de uitkomst van de medische interventie en kunnen hierop weinig invloed uitoefenen. Dit zou kunnen leiden tot depressieve gevoelens en gevoelens van onmacht. Een heel scala aan psychologische en sociale aspecten waaronder controle gevoelens en autonomie zijn van invloed op de gevolgen van een ziekte van een patiënt. Dit betekent dat gevoel van controle en autonomie van invloed zijn op de manier waarop de patiënt omgaat met zijn ziekte.^{xxvii} Het verwachte resultaat van de ingreep en de kans van slagen spelen een rol bij controle gevoelens. De moeilijkste situatie die zeer nadelig is voor iemands gezondheid, doet zich voor als veel mentale inspanning gevraagd wordt, maar de beloning

onzeker is.^{xxviii} Dit kan het geval zijn bij een opname van een patiënt waarbij de uitkomst van de ingreep onzeker is. Daarnaast kan dat ook nadelig zijn voor de arts-patiënt relatie. Bij ernstigere gevallen praten artsen minder met de patiënt over alledaagse zaken. Ze richten zich in hun communicatie vooral op de ziekte. Volgens Hall e.a. kan dit nadelige gevolgen hebben voor de zorgsatisfactie van de patiënt.^{xxix} Tenslotte bestaat er een relatie tussen sociale steun en gepercipieerde controle. Wanneer iemand voldoende van de juiste sociale steun krijgt kan dit de mate van gepercipieerde controle positief beïnvloeden.

Zoals hierboven genoemd kunnen een ziekte en een ziekenhuisopname tot spanningen en bepaalde behoeften aan (interpersoonlijke) zorg lijden. De mate waarin het ziekenhuis aan deze behoeften kan voldoen in de vorm van ondersteuning leidt tot een bepaalde tevredenheid van de patiënt en een bepaalde zorgsatisfactie. Gepercipieerde controle zou invloed kunnen uitoefenen op de behoefte aan (interpersoonlijke) zorg vanuit het ziekenhuis. Dit kan op twee manieren. Een patiënt kan door een grote gepercipieerde controle minder onzekerheid ervaren en daardoor minder behoefte hebben aan (interpersoonlijke) zorg vanuit de zorginstelling. Hierdoor kan hij eerder tevreden zijn met de steun vanuit het ziekenhuis omdat er eerder aan zijn behoefte aan deze steun wordt voldaan. Het kan ook zijn dat een patiënt met een grote gepercipieerde controle meer controle nastreeft en meer zorg vanuit het ziekenhuis onttrekt dan een patiënt met een lagere gepercipieerde controle. Als deze patiënt voldoende steun vanuit de zorginstelling weet te onttrekken zal hij hierover tevreden zijn. Wanneer hij niet in staat is voldoende steun vanuit de zorginstelling te onttrekken wordt er niet voldaan aan zijn (grote) behoeften en zal hij ontevreden over deze steun zijn. Specialisten of verpleegkundigen in het ziekenhuis kunnen door veel informatie en steun de gepercipieerde controle bij de patiënt ook bevorderen en daardoor een positieve invloed uitoefenen op de zorgsatisfactie. De relatie tussen bepaalde zorg en gepercipieerde controle van de patiënt kan dus ook andersom werken.

Conclusie

Gepercipieerde controle kan net als sociale steun als een buffer werken tegen de negatieve gevolgen van stressvolle situaties zoals een ziekenhuis opname. Hoe de relatie is tussen gepercipieerde controle en de behoefte aan (interpersoonlijke) zorg en daarmee op de zorgsatisfactie is niet duidelijk. De relatie hiertussen komt niet duidelijk uit de theorie naar voren en zal worden onderzocht.

1.3 Afbakening onderzoek

De NPCF heeft ook onderzoek gedaan naar het belang dat patiënten hechten aan de kwaliteitscriteria van zorg. Bejegening en steun worden door de patiënten in dit onderzoek belangrijke aspecten gevonden.^{xxx} Deze aspecten worden ook genoemd door Harteloh en Casparie en Campbell e.a. Bij Harteloh en Casparie vallen deze onder de dimensie “vertrouwen en empathie”. Bij Campbell e.a. vallen deze onder “effectiviteit van interpersoonlijke zorg”. Het is een taak voor het ziekenhuis om in deze vorm van zorg te voldoen. Tevredenheid over deze vorm van zorg kan leiden tot een grote zorgsatisfactie van de patiënt. De invloed van patiëntgerelateerde factoren sociale steun en gepercipieerde controle op de behoefte aan deze vormen van zorg vanuit het ziekenhuis is niet duidelijk en zal worden onderzocht. Tenslotte is de cliëntenraad van het WZA geïnteresseerd in “steun vanuit de zorginstelling”. De cliëntenraad wil graag weten hoe tevreden patiënten hierover zijn en of patiëntgerelateerde factoren hier invloed op uitoefenen. Daarom is besloten het kwaliteitsaspect “steun vanuit de zorginstelling” te onderzoeken. Het gaat om het in kaart brengen van het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling door patiënten en het verband met sociale steun en gepercipieerde controle. Daarnaast moet worden onderzocht hoe tevreden men over deze steun is en welke invloed dit heeft op de zorgsatisfactie. Hierbij wordt gekozen voor de beschrijving van dit kwaliteitsaspect door de NPCF omdat zij de inhoud van de criteria direct hebben ontleend aan meningen van patiënten. In paragraaf 1.2.1 is “steun” al kort omschreven. Hier volgt een meer uitgebreide beschrijving. Het gaat bij “steun” om het geruststellen, bemoedigen en informeren van de patiënt. Het ziekenhuis moet proberen hem te beschermen tegen onprettige ervaringen. Dat vraagt om een actieve benadering van de zorgverlener naast de zorg voor het fysieke welzijn van de patiënt.

Steuncriteria bestaan volgens de NPCF uit.^{xxxi}

- Ervoor zorgen dat de patiënt zich veilig voelt in de omgeving waarin hulp wordt geboden, zowel in lichamelijke als in sociale en emotionele zin, en dat hij zich in alledaagse zaken zo goed mogelijk kan redden en vertrouwde relaties kan blijven onderhouden.
- Voorkomen dat de patiënt te maken krijgt met belastende of confronterende situaties.
- De patiënt helpen bij het uiten van emoties en bezwaren en het verwerken van onzekerheden en angsten, alsmede bij het verwerken van de door ziekte en / of behandeling veroorzaakte ongemakken en problemen.
- Voorkomen dat de patiënt zich alleen gelaten voelt in levensbedreigende situaties.
- De weerbaarheid, de eigen verantwoordelijkheid en het welbevinden van de patiënt bevorderen.
- Zich richten op de mogelijkheden van de patiënt om maatschappelijke rollen (weer) op te pakken.
- Zo nodig ook de naasten van de patiënt in de zorg betrekken.

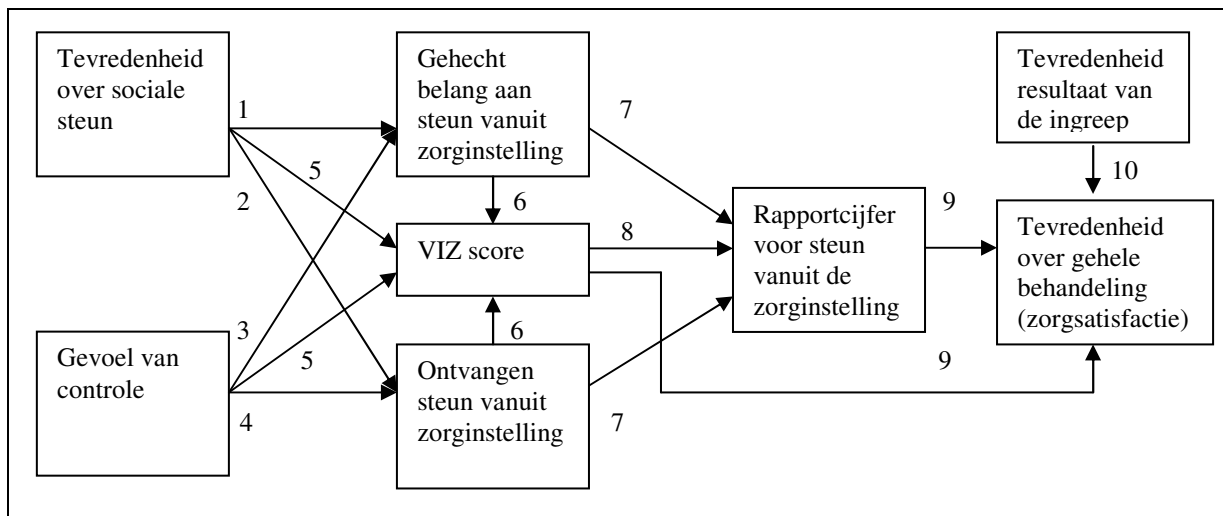
Steun in de vorm van informatie lijkt ook een belangrijk punt bij dit kwaliteitsaspect. Harteloh en Casparie noemen informatieve steun als onderdeel van de dimensie “vertrouwen en empathie”, bij Campbell e.a. wordt dit genoemd bij “effectiviteit van interpersoonlijke relaties”. De NPCF noemt informatie als apart kwaliteitsaspect, het wordt niet genoemd bij kwaliteitsaspect “steun”. Vanwege het belang van informatieve steun is ervoor gekozen informatie mee te nemen in dit onderzoek als onderdeel van het kwaliteitsaspect “steun”. Het gaat bij informatieve steun om het geven van voldoende en begrijpelijke uitleg aan de patiënt, beschikbaarheid bij vragen van patiënten en goede interne communicatie in het ziekenhuis ten behoeve van de patiënt.

Het is niet bekend in welke mate tevredenheid over sociale steun invloed uitoefent op de behoefte aan steun vanuit de zorginstelling en daarmee op de zorgsatisfactie. Deze twee vormen van steun kunnen complementair of supplementair zijn. Met het doel beter in te spelen op de individuele wensen en behoeften van patiënten en om de zorgsatisfactie te verhogen wordt deze relatie onderzocht. Naast sociale steun kan de gepercipieerde controle van de patiënt invloed uitoefenen op de behoefte aan steun vanuit de zorginstelling en de zorgsatisfactie. In welke mate gepercipieerde controle verband houdt met de behoefte aan steun vanuit het ziekenhuis is niet duidelijk. Het kan zijn dat patiënten met meer controle meer assertief zijn, meer steun vragen en meer steun ontvangen. Het kan ook zo zijn dat ze minder behoefte hebben aan steun als gevolg van de grote mate van gepercipieerde controle. Onderzoek naar deze relatie kan wederom meer zorg op maat en een grotere zorgsatisfactie mogelijk maken. Los van dit geheel staat de tevredenheid met het resultaat van de ingreep. De verwachting is dat dit een grote invloed zal hebben op de tevredenheid over de behandeling en dus de zorgsatisfactie. Daarom is ook deze variabele in het onderzoek opgenomen.

1.4 Onderzoeksmodel en probleemstelling

Het WZA wil zoveel mogelijk rekening houden met de individuele wensen en behoeften van de patiënt en de verschillende steunbehoefte om een zo hoog mogelijke zorgsatisfactie te bereiken. Hiertoe wordt in kaart gebracht hoeveel belang patiënten hechten aan steun vanuit de zorginstelling, hoeveel van deze steun zij hebben ontvangen en wat het verband is tussen tevredenheid over deze steun en de zorgsatisfactie. Verder wordt onderzocht wat het verband is tussen sociale steun en gepercipieerde controle en steun vanuit het ziekenhuis. Om de tevredenheid van de patiënten over steun vanuit het WZA in kaart te brengen worden twee methoden gehanteerd. Als eerste zijn dit rapportcijfers per onderdeel van steun vanuit het WZA. Als tweede zijn combinatiescores gemaakt van geheel belang aan bepaalde steun en de hoeveelheid ontvangen steun. Deze combinatiescores worden Vervulling Interpersoonlijke Zorgbehoefte (VIZ) scores genoemd. Het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle en deze VIZ scores wordt onderzocht, evenals het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit de zorginstelling. Tenslotte wordt het verband tussen het resultaat van de ingreep en de zorgsatisfactie onderzocht. In onderstaand

onderzoeksmodel zijn de verschillende betrokken variabelen ten opzichte van elkaar gevisualiseerd. De relaties tussen de variabelen zijn genummerd.



Figuur 4: Onderzoeksmodel

Op basis van dit onderzoeksmodel is de volgende probleemstelling geformuleerd:

- **Wat is het verband tussen sociale steun, gepercipieerde controle en het belang dat men hecht aan steun vanuit de zorginstelling en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling, en wat is het verband tussen tevredenheid over deze steun en het resultaat van de ingreep en de zorgsatisfactie?**

Uit deze probleemstelling zijn een aantal specifiekere deelvragen afgeleid:

1. **Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA? (relatie 1)**
2. **Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA? (relatie 2)**
3. **Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA? (relatie 3)**
4. **Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA? (relatie 4)**
5. **Wat is het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle enerzijds en de VIZ scores anderzijds? (relaties 5)**
6. **Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de VIZ score? (relaties 6)**
7. **Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en het rapportcijfer voor deze steun? (relaties 7)**
8. **Wat is het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA? (relatie 8)**
9. **Wat is het verband tussen het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA, de VIZ score voor steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA? (relaties 9)**
10. **Wat is het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling? (relatie 10)**

Deze deelvragen zullen worden gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Het kan zijn dat één van deze variabelen invloed uitoefent op één of meerdere van de relaties uit het onderzoeksmodel.

Verwachting

Er is geen duidelijke verwachting over de relatie tussen tevredenheid over sociale steun en steun vanuit de zorginstelling. De relatie tussen gepercipieerde controle en steun vanuit de zorginstelling is ook niet duidelijk. De theorie geeft hier geen uitsluitsel over. Sociale steun en gepercipieerde controle zouden verband kunnen houden met de behoefte aan steun vanuit het ziekenhuis. Dit zou vervolgens verband kunnen houden met de tevredenheid over deze steun en de tevredenheid over de gehele behandeling, de zorgsatisfactie. Dit onderzoek zal uitwijzen of er verbanden zijn en welke richting deze verbanden hebben.

Aangezien “steun vanuit zorginstelling” volgens patiënten een belangrijk criterium is voor de kwaliteit van zorg is de verwachting dat tevredenheid hierover een sterke invloed heeft op de tevredenheid over de gehele behandeling. Verder wordt verwacht dat tevredenheid over het resultaat van de behandeling eveneens positieve invloed zal uitoefenen op de tevredenheid over de gehele behandeling.

1.5 Opzet rapport

In het vervolg van dit rapport komt in hoofdstuk 2 de onderzoeksopzet aan bod. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de onderzoeksgroep, de gebruikte onderzoeksinstrumenten, de respons en de methoden voor dataverwerking en analyse. In hoofdstuk 3 worden enkele basisgegevens beschreven. Het gaat hierbij om demografische gegevens van de onderzoeksgroep, hun scores op de variabelen uit het onderzoeksmodel en de betrouwbaarheid van de meetschalen. In hoofdstuk 4 wordt per deelvraag nagegaan wat het resultaat is van het onderzoek. Het vijfde en laatste hoofdstuk bestaat uit conclusies, aanbevelingen en een discussie paragraaf. Een aantal relevante zaken is in de bijlage van dit rapport opgenomen.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de opzet van het onderzoek. In paragraaf 2.1 worden de gebruikte meetinstrumenten beschreven. In paragraaf 2.2 volgt een beschrijving over de verhouding tussen het kwantitatieve-, en het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek. Paragraaf 2.3 behandelt de populatie, werkwijze en respons. Tenslotte behandelt paragraaf 2.4 de methoden voor dataverwerking en analyse.

2.1 Beschrijving meetinstrumenten

Het onderzoek om de deelvragen, vermeld in het vorige hoofdstuk, te beantwoorden bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte.

2.1.1 Het kwantitatieve gedeelte

Het meetinstrument van het kwantitatieve onderzoek bestaat uit een vragenlijst die de variabelen uit het onderzoeksmodel meet. In deze vragenlijst zijn de volgende onderdelen opgenomen.

Steun vanuit de zorginstelling

Het gedeelte “steun vanuit de zorginstelling” is in vijf aspecten opgesplitst. Deze indeling is gebaseerd op de criteria bij “steun vanuit de zorginstelling” van de NPCF. Deze vijf aspecten zijn achtereenvolgens: uiten en verwerken gevoelens, maken van keuzes, betrokkenheid bij de behandeling, opvang bieden, informatie verstrekken. De eerste vier zijn de criteria van “steun vanuit de zorginstelling” zoals die geformuleerd zijn door een groep patiënten. Informatie verstrekken is hieraan toegevoegd. Dit onderdeel is meegenomen omdat dit ook een vorm van (informatieve) steun is (zie paragraaf 1.3).

Er zijn geen bestaande vragenlijsten gevonden die specifiek deze onderwerpen behandelen, hiernaar is uitgebreid gezocht. Om deze verschillende aspecten van “steun vanuit de zorginstelling” te meten is per aspect een aantal stellingen gemaakt. De antwoordcategorieën bij de stellingen zijn ja (1), nee (2) en niet van toepassing (3). Per aspect kan zo worden bekeken in welke mate patiënten deze vorm van steun hebben ontvangen tijdens hun opname in het WZA. Tevens wordt bij iedere stelling gevraagd hoeveel belang men aan deze vorm van steun hecht. De antwoordcategorieën bestaan uit heel veel belang (3) niet zo veel belang (2) en geen belang (1). Tenslotte is aan het eind van ieder onderdeel gevraagd een rapportcijfer te geven voor dat aspect van “steun vanuit de zorginstelling”. Zo wordt achterhaald hoe tevreden men hierover is. De vragen 1 t/m 47 uit de vragenlijst zijn hierop van toepassing (zie bijlage 3). De relaties één, twee, drie, vier en vijf, zes, zeven en acht uit het onderzoeksmodel in paragraaf 1.4 worden mede hiermee onderzocht.

Sociale steun

Vervolgens zijn een aantal vragen opgenomen over de sociale steun die de patiënten ontvangen vanuit hun eigen omgeving. Dit gaat over de sociale steun die patiënten ontvangen van hun vrienden, familie, collega's etc. Met behulp van de Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT) en de Social Support Questionnaire for Satisfaction (SSQS)^{xxxiii} wordt deze mate van sociale steun gemeten. Telkens worden twee vragen gesteld. Eerst wordt gevraagd in welke mate men bepaalde sociale steun ontvangt. Vervolgens wordt gevraagd of men hier tevreden over is. De eerste groep vragen vormt de SSQT. De antwoordcategorieën van de SSQT zijn: zelden of nooit (1), nu en dan (2), regelmatig (3) en vaak (4). Een hoge score betekent dat men veel sociale steun ontvangt. De tweede groep vragen vormt de SSQS. De antwoordcategorieën zijn: veel minder dan ik prettig vind (1), minder dan ik prettig vind (2) en precies dat wat ik prettig vind (3). Een hoge score betekent dat men tevreden is met de hoeveelheid sociale steun die men ontvangt. De SSQT en SSQS bestaan uit vijf subschalen. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van twee subschalen: de “Daily Emotional Support” (DES) en de “Problem-oriented Emotional Support” (PES). De subschaal DES meet de hoeveelheid dagelijkse emotionele steun die mensen ontvangen en hun tevredenheid hierover. Ze bestaat uit vijf SSQT items (min/max 5/20) en vijf SSQS items (min/max 5/15). Dit zijn de vragen 48 t/m 52 uit de vragenlijst. De subschaal PES meet de hoeveelheid probleem gerichte steun die mensen ontvangen en hun

tevredenheid hierover. Ze bestaat uit zes SSQT items (min/max 6/24) en zes SSQS items (min/max 6/18). Dit zijn de vragen 53 t/m 58 uit de vragenlijst. Dit onderdeel onderzoekt relatie drie, vier en vijf uit het onderzoeksmodel.

Gepercipieerde controle

Daarnaast zijn een aantal vragen opgenomen die de controle van de patiënten over hun dagelijkse leven meten. Het gaat hierbij om de mate van gepercipieerde controle. De 'Mastery Scale' (MAS) meet de mate van gepercipieerde controle die individuen over hun handelen hebben. De schaal telt zeven items en heeft vier antwoordcategorieën uiteenlopend van helemaal mee eens (1), mee eens (2), niet mee eens (3) en helemaal niet mee eens (4). Twee negatief geformuleerde items zijn omgecodeerd (min/max: 7/ 28). Een hoge score betekent dat men een groot gevoel van controle over het leven heeft. Een lage score betekent dat men weinig gevoel van controle ervaart. De vragen 59 t/m 65 uit de vragenlijst omvatten de Mastery Scale. Dit onderdeel onderzoekt relatie één, twee en vijf uit het onderzoeksmodel.

Opname

Tevens is een aantal algemene vragen opgenomen die gaan over de opname van de patiënt (de behandeling, het resultaat en de tevredenheid van de patiënt hierover). Dit zijn de vragen 66 t/m 70 uit de vragenlijst. Gevraagd wordt wanneer de patiënt is opgenomen in het WZA en waar de behandeling uit bestond. Verder wordt gevraagd of de klacht of aandoening na de behandeling is verholpen, de antwoordcategorieën zijn: geheel verholpen (1), gedeeltelijk verholpen (2), gelijk gebleven (3), erger geworden (4). Verder wordt gevraagd of men tevreden is met het resultaat van de ingreep, de antwoordcategorieën: zijn heel tevreden (1), redelijk tevreden (2), gaat wel (3), niet zo tevreden (4), ontevreden (5). Tenslotte wordt gevraagd voor de gehele behandeling een cijfer tussen 1 en 10 te geven. Dit onderdeel van de vragenlijst onderzoekt relatie negen en tien uit het onderzoeksmodel.

Demografische gegevens

Tenslotte is een aantal items opgenomen die vragen naar het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau. De antwoordcategorieën van deze laatste vraag zijn: lager algemeen onderwijs (1), lager beroepsonderwijs (2), middelbaar algemeen onderwijs (3), middelbaar beroepsonderwijs (4), voortgezet algemeen onderwijs (5), hoger beroepsonderwijs (6), wetenschappelijk onderwijs (7)) van de patiënt. Dit zijn de vragen 71, 72 en 73 uit de vragenlijst. Dit onderdeel van de vragenlijst wordt gebruikt om te kijken of er significante verschillen bestaan tussen patiënten van verschillend geslacht, leeftijd of opleidingsniveau en hun score op de variabelen uit het onderzoeksmodel. Dit onderdeel heeft betrekking op alle relaties uit het onderzoeksmodel omdat de verbanden worden gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Om het bovenstaande wat meer overzichtelijk te maken is Tabel 1 ingevoegd waarin de belangrijkste gegevens van elk onderdeel uit de vragenlijst zijn genoemd.

Tabel 1 Operationalisering van de onderzoeksvariabelen

variabele	operationalisering	vragen	min / max score	relatie
Steun vanuit de Zorginstelling	Uiten en verwerken gevoelens	1 t/m 8	A-vragen 9/18 B-vragen 9/27	1 t/m 8
		10 t/m 16	A-vragen 8/16 B-vragen 8/24	1 t/m 8
	Betrokkenheid bij de behandeling	18 t/m 26	A-vragen 10/20 B-vragen 10/30	1 t/m 8
		28 t/m 36	A-vragen 10/20 B-vragen 10/30	1 t/m 8
	Opvang bieden	38 t/m 46	A-vragen 10/20	1 t/m 8
			B-vragen 10/30	1 t/m 8
Cijfer voor de steun vanuit de zorginstelling	Rapportcijfer uiten en verwerken gevoelens	9	1 / 10	8, 9
	Rapportcijfer maken van keuzes	17	1 / 10	8, 9
	Rapportcijfer betrokkenheid bij de behandeling	27	1 / 10	8, 9
	Rapportcijfer opvang bieden	37	1 / 10	8, 9
	Rapportcijfer informatieve steun	47	1 / 10	8, 9
	Sociale steun	DES schaal	48 t/m 52	A-vragen 5/20 B-vragen 5/15
PES schaal		53 t/m 58	A-vragen 6/24 B-vragen 6/18	3, 4, 5
Controle	MAS schaal	59 t/m 65	7/28	1, 2, 5
Opname	Datum en behandeling	66, 67	n.v.t. (open vragen)	9, 10
	Resultaat van de ingreep	68	1 / 4	9, 10
	Tevredenheid resultaat	69	1 / 5	9, 10
	Totale tevredenheid	70	1 / 10	9, 10
Persoonlijke kenmerken	Geslacht	71	1 / 2	1 t/m 10
	Leeftijd	72	n.v.t. (open vraag)	1 t/m 10
	Opleidingsniveau	73	1 / 7	1 t/m 10

Met de vijf onderdelen van steun vanuit de zorginstelling is een factoranalyse gedaan. Voor het gehechte belang aan steun is per onderdeel van steun een somscore gemaakt. Met deze vijf somscores is een factoranalyse gedaan. Hieruit blijkt dat deze onderdelen redelijk met elkaar samenhangen, de correlatie varieert van .28 tot .55. Er is duidelijk sprake van één component (waarde 2.76), de vijf onderdelen meten allemaal hetzelfde begrip. Ook voor hoeveelheid ontvangen steun is per onderdeel van steun een somscore gemaakt. Hiermee is wederom een factoranalyse uitgevoerd. Deze onderdelen hangen redelijk met elkaar samen, de correlatie varieert van .11 tot .50. Ook hier is duidelijk sprake van één component (eigenwaarde 2.30). Een compleet overzicht van de correlaties en componenten van deze factoranalyses staat in bijlage 7. Steun vanuit de zorginstelling kan gemeten worden aan de hand van deze vijf onderdelen afzonderlijk. Daarnaast kan zij onderzocht worden aan de hand van deze vijf onderdelen samen, als steun totaal.

Ook voor de somscores van de twee onderdelen van sociale steun, de DES schaal en de PES schaal is onderzocht in hoeverre zij samenhangen. Tussen deze onderdelen bestaat een correlatie van .69. Uit de factoranalyse blijkt dat er duidelijk sprake is van één component (eigenwaarde 1.7). Sociale steun kan

dus door de DES en de PES schaal afzonderlijk en gezamenlijk als sociale steun totaal worden onderzocht. Een overzicht van deze factoranalyse staat eveneens in bijlage 7.

Verder is met de rapportcijfers voor steun vanuit de zorginstelling een factoranalyse gedaan. Hieruit blijkt dat de correlatie tussen deze vijf items heel hoog is, de correlatie varieert van .72 tot .95. Er is wederom sprake van één component (eigenwaarde 4.4). Een compleet overzicht van de correlaties en de componenten staat eveneens in bijlage 7. Zowel de afzonderlijke rapportcijfers voor de vijf onderdelen van steun als een gemiddeld rapportcijfer van deze vijf cijfers, als cijfer steun totaal, voor de totale steun vanuit de zorginstelling kunnen dus worden gebruikt in het onderzoek. De vijf rapportcijfers meten allemaal hetzelfde begrip, tevredenheid met de steun vanuit de zorginstelling. Ze zouden daardoor gebruikt kunnen worden als een verkorte vragenlijst die de tevredenheid van patiënten over “steun vanuit de zorginstelling” meet.

Tenslotte is een factoranalyse gedaan met de VIZ scores van het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun. Dit is naast de rapportcijfers een maat voor tevredenheid over de steun vanuit het ziekenhuis. Per item van steun vanuit de zorginstelling is de score van gehecht belang aan deze steun vermenigvuldigd met de score op hoeveelheid ontvangen steun. Bij gehecht belang aan steun zijn de antwoordcategorieën, geen belang (1), niet zo veel belang (2) en heel veel belang (3). Bij hoeveelheid ontvangen steun zijn de antwoord categorieën omgecodeerd naar ja (1), nee (-1) en niet van toepassing (0). De uitkomsten van de combinatiescores variëren hiermee van -3 tot 3. Bij score -3 hecht de patiënt heel veel belang aan de steun vanuit het WZA maar heeft deze niet gekregen. Bij score 3 hecht de patiënt veel belang aan de steun vanuit het WZA en heeft deze steun ook ontvangen. Per onderdeel van steun vanuit de zorginstelling is een somscore van de combinatiescores gemaakt. Met deze vijf somscores van de vijf onderdelen van steun vanuit de zorginstelling is een factoranalyse gedaan. Hieruit blijkt dat de vijf onderdelen vrij sterk met elkaar correleren. De correlaties variëren van .16 tot .63. Er is duidelijk sprake van één component met een eigenwaarde van 2.7. Deze somscores kunnen daarom afzonderlijk en gezamenlijk worden gebruikt. De gezamenlijke totale score wordt de totale VIZ score genoemd. Een compleet overzicht van de correlaties en componenten van deze factoranalyses staat wederom in bijlage 7.

In Bijlage 9 is een correlatietabel opgenomen waarin de correlaties tussen alle variabelen uit het onderzoek zijn vermeldt.

2.1.2 Het kwalitatieve gedeelte

Naast het kwantitatieve gedeelte zijn elf interviews met patiënten gehouden. Dit was een specifieke wens vanuit de cliëntenraad van het WZA. Zij wilde graag dat er ongeveer tien interviews werden gevoerd zodat dieper kon worden ingegaan op de behandeling van de patiënten in het WZA. Naast het kwantitatieve deel kan dit kwalitatieve gedeelte van het onderzoek aanknopingspunten bieden voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De interviews dienen als ‘verdieping’ van de cijfers die uit de vragenlijsten naar voren komen.

Bij deze interviews stond de beleving van de patiënt en zijn gang door het ziekenhuis centraal. Tijdens de interviews zijn de volgende vier aspecten behandeld:

- De gang van de patiënt door het systeem ziekenhuis.
- De belevingskant van de patiënt bij die gang door het ziekenhuis.
- De context van het probleem van de patiënt.
- De eigen activiteiten van de patiënt ten behoeve van een zo goed en snel mogelijk herstel na de behandeling en / of de ziekte.

Tijdens de interviews is ook gevraagd naar de hoeveelheid steun die patiënten hebben ontvangen en hun tevredenheid hierover. De resultaten over dit onderdeel zullen in dit rapport vermeldt worden omdat zij aanvullende informatie bevatten met betrekking tot de beantwoording van de deelvragen. Voor het afnemen van de interviews is een zogenaamde checklist ontwikkeld waarin bovenstaande

onderdelen zijn uitgewerkt (zie bijlage 5). Deze onderdelen zijn tijdens de interviews behandeld. In de checklist zijn alleen de onderdelen opgenomen die gedurende het gesprek behandeld moesten worden, er zijn geen specifieke vragen geformuleerd. Het ontwikkelen van de checklist is samen met een studente psychologie uitgevoerd. Zij heeft ook een tiental patiënten geïnterviewd voor een aanverwant onderzoek. Haar onderzoek had betrekking op een zodanig andere onderzoekspopulatie dat resultaten van haar interviews voor dit onderzoek niet relevant zijn.

De checklist is een instrument dat in de toekomst gebruikt kan worden bij soortgelijke interviews. Het WZA wil in de toekomst periodiek kwalitatief onderzoek doen waarbij dergelijke interviews naast enquêtes naar de kwaliteit van de zorg een rol kunnen spelen.

2.2 Verhouding kwantitatieve- en kwalitatieve gedeelte

Relevante bevindingen die uit de interviews naar voren zijn gekomen worden in dit rapport vermeld. Zij geven naast de resultaten uit de vragenlijst een beeld van de ervaringen van de patiënten met steun vanuit de zorginstelling. Gegevens uit de interviews kunnen oorzaken en gevolgen van ontevredenheid van patiënten over steun vanuit het WZA of over de gehele behandeling in het WZA weergeven. Daarnaast kunnen knelpunten of verbeterpunten worden geconstateerd. Deze kunnen door het WZA worden gebruikt om de zorg beter af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënten en zo de zorgsatisfactie te vergroten.

2.3 Populatie, werkwijze en respons

Populatie

Voor dit onderzoek is een groep van 112 patiënten benaderd die in de periode van 1 juli 2002 tot en met 23 april 2003 is behandeld in het WZA op de afdeling chirurgie. Zij hebben allen een ingreep ondergaan die valt onder de categorie “grote buikoperaties”. De soort behandeling van de patiënten verschilt onderling. Aandoeningen die deze mensen hebben zijn vooral problemen met de aorta die door de buik loopt. Het gaat dan om aortaverwijdingen of aortavernauwingen. Daarnaast zijn er veel gevallen met tumoren in de dikke-, dunne- of endeldarm. Beide typen aandoeningen vereisen ingrijpende operaties. Hierbij zijn zaken als sociale steun en gepercipieerde controle van belang. Daarnaast waren zij gemiddeld 6.6 dagen in het WZA opgenomen waardoor ze een goed beeld hebben kunnen vormen van de verzorging.

Omdat het ging om patiënten die waren ontslagen uit het WZA is er sprake van een retrospectief onderzoek. Alle patiënten die in de genoemde periode uit het WZA zijn ontslagen van de betreffende afdeling in de categorie “grote buikoperaties” zijn aangeschreven. Er zijn geen verdere inclusie criteria gehanteerd.

Werkwijze en respons

Voor het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek is deze 112 patiënten een vragenlijst toegestuurd. In eerste instantie werden er ongeveer 30 ingevulde vragenlijsten teruggestuurd. Toen is besloten een herinneringsbrief te sturen. Hierna kwamen opnieuw ongeveer 30 ingevulde enquêtes binnen. Om de uiteindelijke respons zo hoog mogelijk te krijgen is besloten nogmaals een herinneringsbrief te versturen. Doordat de vragenlijst in de zomerperiode is verstuurd was de kans groot dat mensen op vakantie waren. De derde herinneringsbrief leverde ongeveer 13 ingevulde enquêtes op. Uiteindelijk zijn er in totaal 73 ingevulde vragenlijsten teruggestuurd. Dit is een responspercentage van 65.2 %. Vergelijkend met andere vragenlijstsonderzoeken is dit een redelijk percentage.

Wat betreft het kwalitatieve deel van het onderzoek is in drie ronden een groep patiënten uit de onderzoeksgroep benaderd. Telkens werden ongeveer tien brieven verstuurd met het verzoek om mee te werken aan een interview. Binnen een week na ontvangst door de geadresseerden werd gebeld of men daadwerkelijk mee wilde doen aan een interview. In de eerste ronde zijn 12 brieven verstuurd, 3 mensen waren bereid tot een interview. In de tweede ronde zijn opnieuw 12 brieven verstuurd, 5 mensen waren bereid tot een interview. In de derde ronde zijn 10 brieven verstuurd, waarvan 4 mensen

bereid waren tot een interview. Het responspercentage komt hiermee op 32,4 %. Dit percentage is niet hoog. De resultaten van het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek moeten dan ook met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

2.4 Methoden voor dataverwerking en analyse

In deze paragraaf wordt kort uiteengezet hoe de informatie uit de vragenlijsten en de interviews is verwerkt.

2.4.1 Kwantitatieve gedeelte

De resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijsten zijn ingevoerd in SPSS. Allereerst zijn de meetschalen die zijn gebruikt om de benodigde variabelen te meten aan een betrouwbaarheidsanalyse onderworpen. Hieruit blijkt of deze meetschalen betrouwbaar genoeg zijn om mee te werken en of op basis van deze meetschalen betrouwbare conclusies getrokken kunnen worden. De betrouwbaarheid wordt gemeten met de Cronbach's Alpha. Wanneer deze onder de .65 komt is dit een reden om met behulp van een factoranalyse de meetschaal nader te bekijken. Eventueel kunnen een aantal items uit de meetschaal verwijderd worden zodat deze een hogere Cronbach's Alpha krijgt.

Vervolgens is per meetschaal een somscore berekend. Deze score geeft aan hoe de respondenten scoren op de variabelen uit het onderzoeksmodel. Op basis hiervan kunnen de laagste, de hoogste en de gemiddelde waarde van de respondenten op de variabelen weergegeven worden. Daarnaast kan worden bekeken hoe de verdeling van de scores op een variabele is.

Bij een aantal vragen uit de vragenlijst werden veel ontbrekende waarden geconstateerd. Het ging vooral om de B-vragen bij het onderdeel "maken van keuzes" en "betrokkenheid bij de behandeling" van het onderdeel "steun vanuit de zorginstelling". Op veel respondenten waren deze onderdelen niet van toepassing omdat zij met spoed werden geopereerd. Hierdoor was er vaak geen sprake van "steun bij het maken van keuzes" betreffende de medische ingreep of "betrokkenheid bij de behandeling". Veel respondenten die aangaven dat deze vorm van steun niet op hen van toepassing is gingen er, ten onrechte, van uit dat ze niet hoefde aan te geven hoeveel belang zij aan dit soort steun in het algemeen hechten (de B-vragen). Het aantal respondenten met een somscore op deze onderdelen werd hierdoor slechts 38, ongeveer de helft van het totale aantal respondenten. Er is besloten de gemiddelde score te nemen van de overige B-vragen uit de meetschaal voor de niet ingevulde items. Het maximale aantal ontbrekende waarden op de B-vragen is gesteld op twee per meetschaal. Wanneer een respondent meer dan twee ontbrekende waarden had per meetschaal is hij wat dit onderdeel betreft niet meegenomen in het onderzoek. Het aantal respondenten met een somscore werd door deze werkwijze 47.

Tenslotte is met behulp van correlatieanalyse en regressieanalyse onderzocht of er significante verbanden bestaan tussen de verschillende variabelen uit het onderzoeksmodel. Hiermee zijn de relaties uit het onderzoeksmodel onderzocht en de deelvragen van het onderzoek beantwoord. Tevens is nagegaan of geslacht, leeftijd of opleidingsniveau significante invloed uitoefenen op deze verbanden.

2.4.2 Kwalitatieve gedeelte

De interviews zijn opgenomen en uitgewerkt met behulp van een bandrecorder. Van ieder gevoerd interview is een verslag gemaakt dat ter goedkeuring is teruggestuurd naar de ondervraagde patiënt. Wanneer hij / zij akkoord was met de inhoud van het verslag is het verslag meegenomen in het eindrapport van de interviews. Alle elf interviewverslagen zijn in dit eindrapport verwerkt. Hierin zijn de individuele verslagen niet meer herkenbaar. In dit eindrapport staan de belangrijkste resultaten uit de interviews gerapporteerd. De bevindingen over steun vanuit het WZA zijn in dit rapport gebruikt om dieper op de deelvragen van het onderzoek in te gaan. Zij vormen een aanvulling op het cijfermateriaal uit het kwantitatieve gedeelte.

Hoofdstuk 3 Basisgegevens kwantitatieve onderzoek

In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd die zijn verkregen door middel van de vragenlijst. Paragraaf 3.1 geeft de betrouwbaarheid weer van de gebruikte meetschalen aan de hand van de Cronbach's alpha. In paragraaf 3.2 zijn de demografische gegevens van de onderzoeksgroep weergegeven. Paragraaf 3.3 beschrijft de scores van de respondenten op de variabelen gepercipieerde controle, sociale steun, steun vanuit het ziekenhuis en tevredenheid over de gehele behandeling.

3.1 Betrouwbaarheid meetschalen

De betrouwbaarheid van de gebruikte meetschalen staat in de vorm van de Cronbach's Alpha in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 2: De gebruikte meetschalen en bijbehorende Cronbach's alpha

Meetschaal	Cronbach's alpha
DES schaal ontvangen sociale steun	.83
DES schaal tevredenheid over sociale steun	.87
PES schaal ontvangen sociale steun	.78
PES schaal tevredenheid over sociale steun	.87
DES en PES schaal ontvangen sociale steun	.83
DES en PES schaal tevredenheid over sociale steun	.91
Mastery schaal controlegevoelens	.73
Ontvangen steun m.b.t. uiten en verwerken van gevoelens	.71
Gehecht belang aan steun m.b.t. uiten en verwerken van gevoelens	.76
Ontvangen steun m.b.t. het maken van keuzes	.90
Gehecht belang aan steun m.b.t. het maken van keuzes	.90
Mate van betrokkenheid bij de behandeling	.78
Gehecht belang aan betrokkenheid bij de behandeling	.84
Ontvangen opvang	.66
Gehecht belang aan opvang	.66
Ontvangen informatieve steun	.75
Gehecht belang aan informatieve steun	.68
Cijfer steun totaal (vijf rapportcijfers)	.96
VIZ score uiten en verwerken van gevoelens	.74
VIZ score maken van keuzes	.87
VIZ score betrokkenheid bij de behandeling	.71
VIZ score opvang	.68
VIZ score informatieve steun	.79
Totale VIZ score (vijf somscores VIZ scores)	.78

De oorspronkelijke Cronbach's alpha van de meetschaal over het gehechte belang aan informatieve steun was .58. Dit is vrij laag. Uit de factoranalyse bleek dat één item niet goed in deze schaal past. Dit was item 43 ("hoeveel belang hecht u aan de informatieoverdracht van de ene aan de andere afdeling binnen het ziekenhuis"). Na verwijderen van dit item werd de Cronbach's alpha .68.

De Cronbach's alpha's van de meetschalen zijn voldoende hoog om mee te werken. In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk staan gegevens over de variabelen uit het onderzoek weergegeven die op basis van deze meetschalen zijn samengesteld.

3.2 Demografische gegevens onderzoeksgroep

In deze paragraaf worden demografische gegevens van de onderzoeksgroep weergegeven. Het gaat hierbij om geslacht, opleidingsniveau en leeftijd van de onderzoeksgroep.

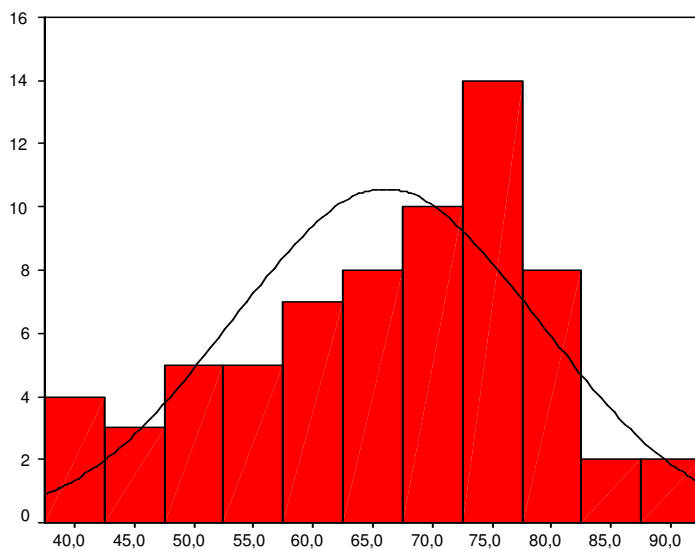
In Tabel 3 staan de gegevens over de geslachtsverdeling en het opleidingsniveau van de onderzoeksgroep weergegeven.

Tabel 3: geslacht (n=68) en opleidingsniveau (n=66) van de onderzoeksgroep

Variabele	antwoordcategorieën	aantal	percentage
Geslacht	man	36	52.9
	vrouw	32	47.1
	ontbrekende waarden	5	
Opleidingsniveau	lager algemeen onderwijs	22	33.3
	lager beroepsonderwijs	14	21.2
	middelbaar algemeen onderwijs	10	15.2
	middelbaar beroepsonderwijs	8	12.1
	voortgezet algemeen onderwijs	3	4.5
	hoger beroepsonderwijs	9	13.6
	wetenschappelijk onderwijs	0	
ontbrekende waarden	7		

De verhouding mannen en vrouwen in de onderzoeksgroep is bijna gelijk. Het opleidingsniveau van de respondenten is niet evenwichtig verdeeld. Er is een vrij grote groep mensen die een laag opleidingsniveau heeft. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de relatief hoge leeftijd van de onderzoeksgroep. Geen enkele respondent heeft aangegeven een wetenschappelijke studie te hebben afgerond.

De leeftijdsverdeling van de respondenten uit de onderzoeksgroep is in figuur 4 weergegeven.



Figuur 5: Leeftijdsverdeling van de onderzoeksgroep (n= 68)

Uit figuur 4 blijkt dat er relatief meer mensen met een leeftijd boven het gemiddelde zijn dan mensen met een leeftijd onder het gemiddelde. Een uitschieter is de leeftijdsgroep van 72.5 tot 77.5 jaar. De gemiddelde leeftijd is 66 jaar. De laagste leeftijd is 38 jaar, de hoogste leeftijd is 90 jaar. De standaarddeviatie is 12.8

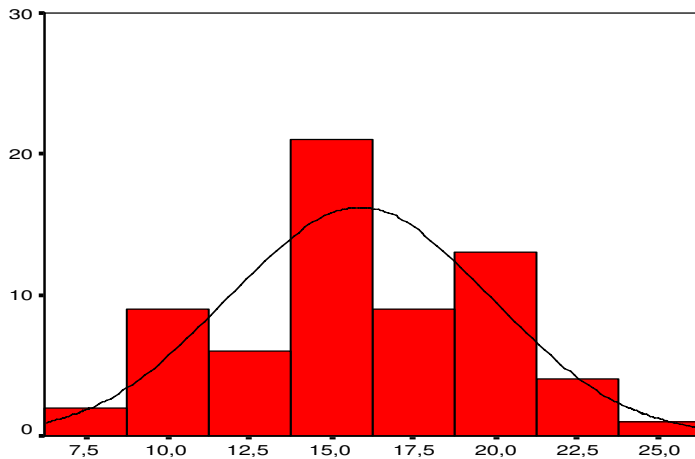
3.3 Gegevens over de variabelen uit het onderzoeksmodel

In deze paragraaf worden de scores van de respondenten op de variabelen uit het onderzoeksmodel weergegeven. Dit zijn de scores op gepercipieerde controle en tevredenheid over sociale steun (DES

en PES afzonderlijk en gezamenlijk). Verder zijn dit de scores op de verschillende aspecten onderscheiden aan steun vanuit de zorginstelling. Het gaat hierbij om het gehechte belang aan deze steun en de hoeveelheid ontvangen steun. Daarnaast worden de scores op de tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling in de vorm van rapportcijfers en VIZ scores weergegeven. Tenslotte wordt de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling behandeld.

3.3.1 Gepercipieerde controle

De gevoelens van controle die de patiënten hebben is, zoals eerder vermeld, gemeten met de Mastery Scale. De somscores van de respondenten op deze schaal staan in figuur 5.

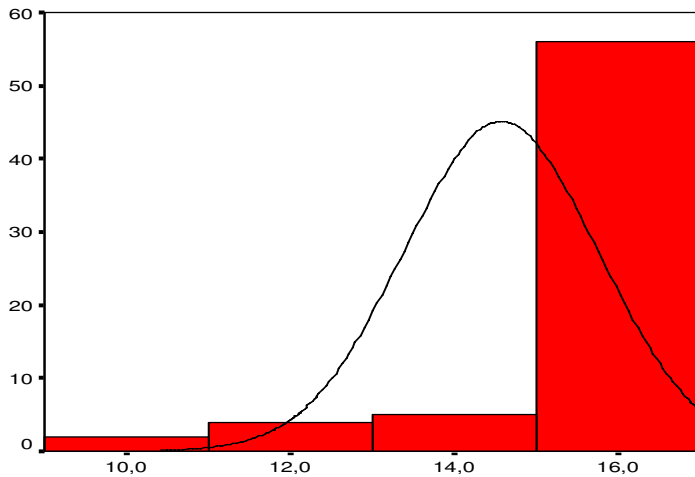


Figuur 6: Verdeling somscore controle over de aandoening (n=64)

De verdeling van de somscores op de Mastery schaal is redelijk evenwichtig. Dat wil zeggen dat er respondenten zijn die vrij veel controle over hun leven menen te hebben en dat er ook respondenten zijn die vrij weinig controle over hun leven denken te hebben. De gemiddelde somscore is 15.90. De gemiddelde somscore op de Mastery schaal bij een onderzoek onder mensen met Epilepsie was 20.33 (Suurmeijer et al.,1998). Hiermee vergeleken valt deze somscore een stuk lager uit. De standaarddeviatie is 4.0

3.3.2 Tevredenheid met sociale steun

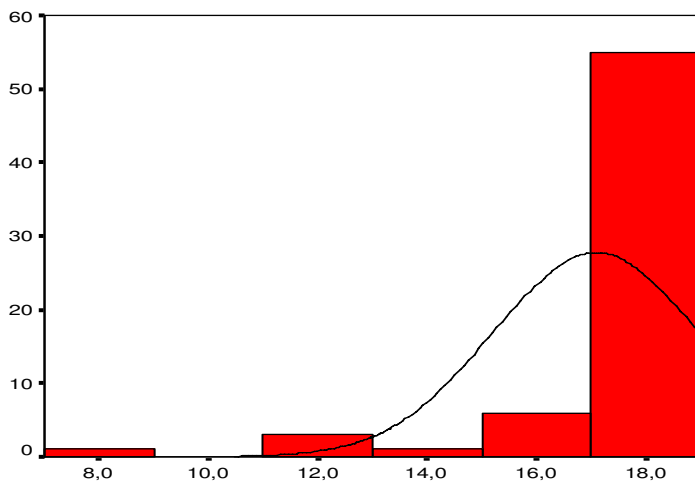
In dit onderzoek wordt met sociale steun alle informele steun bedoeld die de patiënten uit hun omgeving ontvangen, dus niet steun vanuit het ziekenhuis. De B-vragen van de Daily Emotional Support (DES) en de Problemoriented Emotional Support (PES) meetschaal onderzoeken de tevredenheid over de ontvangen sociale steun. In figuur 6 staan de somscores van de B-vragen van de DES schaal weergegeven.



Figuur 7: Verdeling somscores tevredenheid met dagelijkse emotionele steun (n=67)

De meeste respondenten scoren hoog op de tevredenheid over dagelijkse emotionele steun. De verdeling van de somscores is scheef naar rechts. Dit betekent dat de meeste patiënten tevreden zijn met de dagelijkse emotionele steun die ze ontvangen. De gemiddelde somscore is 14.6, de standaarddeviatie is 1.2

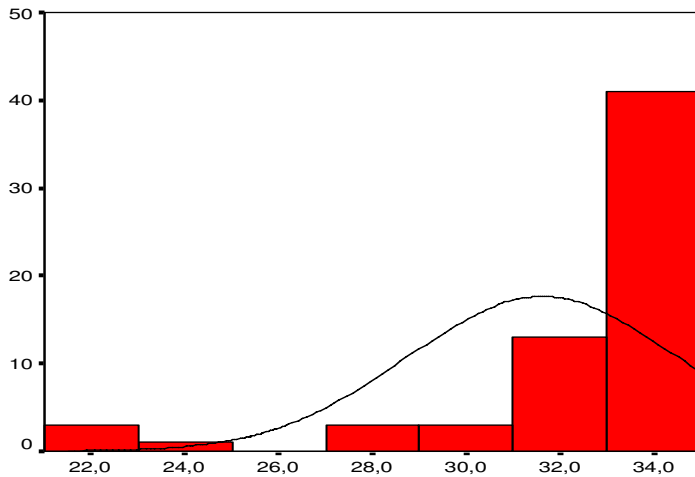
In figuur 7 zijn de somscores van de B-vragen uit de PES schaal opgenomen.



Figuur 8: Verdeling somscores tevredenheid met probleemgerichte emotionele steun (n = 66)

Ook deze verdeling is scheef naar rechts. Dit betekent dat de meeste patiënten erg tevreden zijn met de probleemgerichte emotionele steun die ze ontvangen. De gemiddelde somscore is 17.1, de standaarddeviatie is 1.9

Tenslotte staan in figuur 8 de somscores van de B-vragen van de DES en de PES schaal samen. Dit geeft een oordeel over de tevredenheid van de patiënten over de totale sociale steun die ze ontvangen.



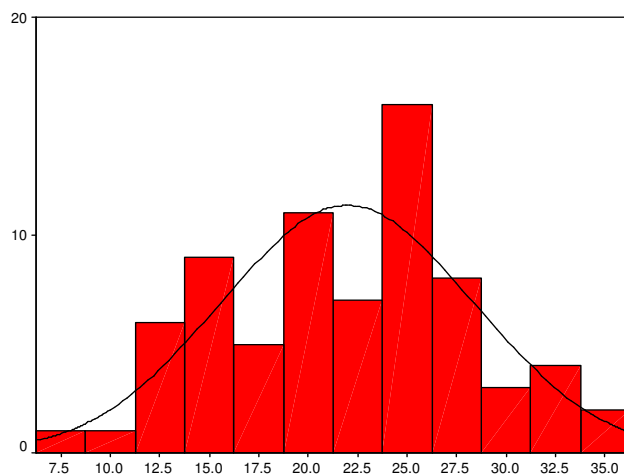
Figuur 9: Verdeling somscores tevredenheid sociale steun (n=64)

De verdeling van deze variabele is ook niet gelijkmatig. De meeste respondenten hebben een hoge score en zijn dus erg tevreden met de sociale steun die ze ontvangen. Een kleine groep is hier minder tevreden over, zij scoren een stuk lager. De gemiddelde somscore is 31.6, de standaarddeviatie 2.9

3.3.3 Steun vanuit de zorginstelling

In deze paragraaf zijn de scores op hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling, gehecht belang aan steun vanuit de zorginstelling en tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling weergegeven.

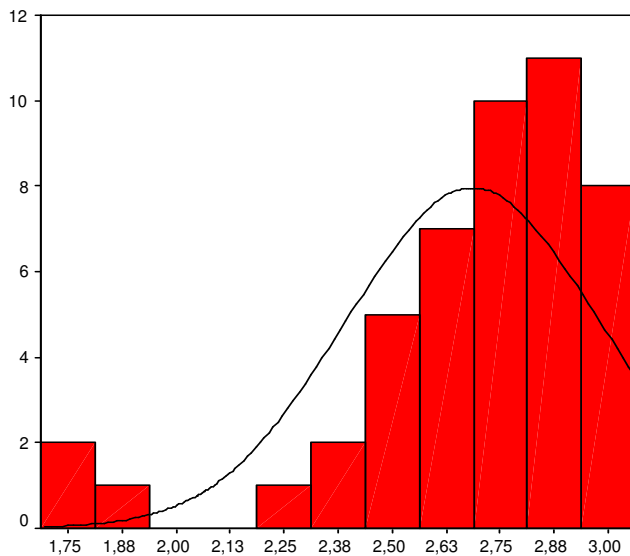
In figuur 9 staan allereerst de scores op hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling weergegeven. Dit zijn somscores van het aantal keren dat de respondent heeft aangegeven bepaalde steun te hebben ontvangen vanuit het WZA tijdens zijn opname.



Figuur 10: De hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA (n=73)

Deze verdeling is vrij evenwichtig. De laagste score is 7 en de hoogste score is 36. De standaarddeviatie is 6.4, de gemiddelde score is 22.0. Dat wil zeggen dat de meeste respondenten vrij veel steun hebben ontvangen. Gemiddeld hebben zij ongeveer twee derde van de soorten steun uit de vragenlijst ontvangen.

Vervolgens staat in figuur 10 het belang dat de respondenten hechten aan steun vanuit het WZA weergegeven. Dit is een gemiddelde score, hoe hoger de score, hoe meer belang men



hecht aan steun vanuit de zorginstelling.

Figuur 11: Het gemiddelde gehecht belang aan steun vanuit het WZA (n=47)

De verdeling van de gemiddelde scores van “gehecht belang aan steun vanuit de zorginstelling” is niet evenwichtig. De gemiddelde score kan variëren van 1.00 (geen belang) tot 3.00 (heel veel belang). De meeste respondenten hechten vrij veel belang aan deze steun. De standaarddeviatie is .3, de gemiddelde score is 2.69. Opvallend is dat er veel “missing values” zijn bij deze variabele. De groep respondenten die geen score hebben ingevuld zijn onderzocht op afwijkende demografische gegevens. Dit was niet het geval. Ondanks het lage aantal respondenten dat alle betrokken vragen heeft beantwoord wordt deze variabele wel gebruikt omdat ze van groot belang is in dit onderzoek.

Uit deze paragraaf blijkt dat vrijwel alle patiënten veel belang hechten aan steun vanuit het ziekenhuis. De hoeveelheid ontvangen steun is echter vrij evenwichtig verdeeld. Dit betekent dat een aantal patiënten veel belang aan steun hechten maar weinig steun hebben ontvangen. Dit geeft de noodzaak aan voor de VIZ scores waarbij de scores op gehecht belang aan bepaalde steun worden vermenigvuldigd met de scores op de hoeveelheid ontvangen steun. Deze VIZ scores kunnen worden gezien als een maat voor tevredenheid. Van deze VIZ scores is per deelaspect van steun een somscore gemaakt. Dit is naast de rapportcijfers alternatieve manier om de tevredenheid van de patiënten in kaart te brengen. Tevredenheid meten aan de hand van een rapportcijfer is per onderdeel van steun is vrij algemeen. Met behulp van deze VIZ scores kan inzicht worden verkregen in specifieke gevallen waar de patiënt erg tevreden of ontevreden is. Met behulp hiervan kunnen oorzaken van tevredenheid of ontevredenheid worden achterhaald. Daarnaast is de spreiding van de somscores van de VIZ scores groter dan de spreiding van de rapportcijfers. Dit geeft meer informatie over extreme gevallen. Tenslotte kan meer inzicht worden verkregen in de betrouwbaarheid van de gemeten tevredenheid door dit zelfde begrip op verschillende manieren in kaart te brengen. In Tabel 4 staan de belangrijkste gegevens van de somscores van de VIZ scores per onderdeel van steun vanuit de zorginstelling weergegeven. Daarnaast staan, ter vergelijking, de gemiddelde rapportcijfers per onderdeel van steun vermeld.

Tabel 4: Somscores van VIZ scores per onderdeel van steun vanuit de zorginstelling (47)

Aspecten van steun vanuit het WZA	Somscore VIZ scores			Gemiddelde rapportcijfer
	gemiddelde somscore	min / max score somscore	aantal negatieve somscores	
Uiten en verwerken gevoelens	11.6	-18 / 21	4	7.4
Maken van keuzes	5.1	-18 / 18	10	7.4
Betrokkenheid bij de behandeling	4.6	-19 / 24	15	7.5
Opvang bieden	17.1	-3 / 27	1	7.7
Informatieve steun	16.8	-18 / 24	4	7.6

Uit tabel 4 blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de vijf onderdelen van steun vanuit de zorginstelling. De gemiddelde somscore voor het maken van keuzes en betrokkenheid bij de behandeling is aanzienlijk lager dan bij de andere drie onderdelen. Dit komt gedeeltelijk doordat bij die onderdelen vaak “niet van toepassing” is ingevuld. De VIZ score per item kan variëren van +3 tot -3. Bij een score van -3 hecht de patiënt veel belang aan de steun maar heeft deze niet gekregen. Deze VIZ scores voor de items zijn per onderdeel van steun opgeteld. Wanneer deze somscore negatief is geeft dat aan dat de patiënt bij veel items van dat onderdeel wel veel belang hechtte aan die steun maar die steun niet heeft ontvangen. Het grote aantal negatieve somscores voor steun bij het maken van keuzes en voor betrokkenheid bij de behandeling geeft aan dat hier vaker sprake is van een discrepantie tussen gehecht belang aan steun en hoeveelheid ontvangen steun. Dit duidt op een lagere tevredenheid over deze onderdelen van steun. De gemiddelde rapportcijfers zijn voor ieder onderdeel van steun vanuit het WZA vrijwel hetzelfde. Ze lijken weinig verband te houden met de somscores van de VIZ scores en geven meer een algemene tevredenheid weer. In het volgende hoofdstuk wordt de relatie tussen combinatiescore en rapportcijfer verder onderzocht.

In Tabel 5 is het gemiddelde cijfer weergegeven van de afzonderlijke rapportcijfers die de respondenten voor ieder onderdeel van steun vanuit de zorginstelling hebben gegeven. Dit gemiddelde cijfer geeft de tevredenheid met de totale steun vanuit het WZA weer.

Tabel 5: Gemiddelde cijfer voor steun vanuit het WZA (n=55)

Cijfer	aantal	percentage
0 – 2	2	3.6
2 – 4	1	1.8
4 – 6	3	5.6
6 – 8	24	43.2
8 – 10	25	45.0
Ontbrekende waarden	18	

Afgemeten aan deze rapportcijfers kan worden gesteld dat de patiënten zeer tevreden zijn met de steun vanuit het WZA. Wanneer patiënten boven een zeven scoren geeft dat aan dat ze (erg) tevreden zijn. Wanneer patiënten onder een zeven scoren zijn er waarschijnlijk toch een aantal zaken niet helemaal naar wens verlopen, ondanks dat ze een voldoende geven. Van de respondenten geeft 45 procent een cijfer tussen de 8 en de 10, bijna 90 procent geeft een voldoende voor de steun vanuit het WZA. Een enkeling is zeer ontevreden. De gemiddelde score is 7.4, de standaarddeviatie is 1.7

3.3.4 Resultaat van de ingreep

In deze paragraaf volgt de score van de respondenten op de vraag naar het resultaat van de ingreep. Er werd gevraagd hoe tevreden men is met het resultaat van de ingreep. De antwoordcategorieën waren; heel tevreden, redelijk tevreden, gaat wel, niet zo tevreden en ontevreden. In Tabel 6 staan de resultaten weergegeven.

Tabel 6: tevredenheid met het resultaat van de ingreep (n=68)

Antwoordcategorie	aantal	percentage
Heel tevreden	54	78.3
Redelijk tevreden	10	14.5
Gaat wel	2	2.9
Niet zo tevreden	1	1.4
Ontevreden	2	2.9
Ontbrekende waarden	4	

Ruim driekwart van de patiënten is heel tevreden met het resultaat van de ingreep in het WZA.

3.3.5 Tevredenheid gehele behandeling

In deze paragraaf volgt tenslotte de score van de respondenten op “tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA”. Men kon een cijfer van 1 tot 10 hiervoor geven. In Tabel 7 staan de bevindingen weergegeven.

Tabel 7: Tevredenheid met de totale behandeling in het WZA (n=67)

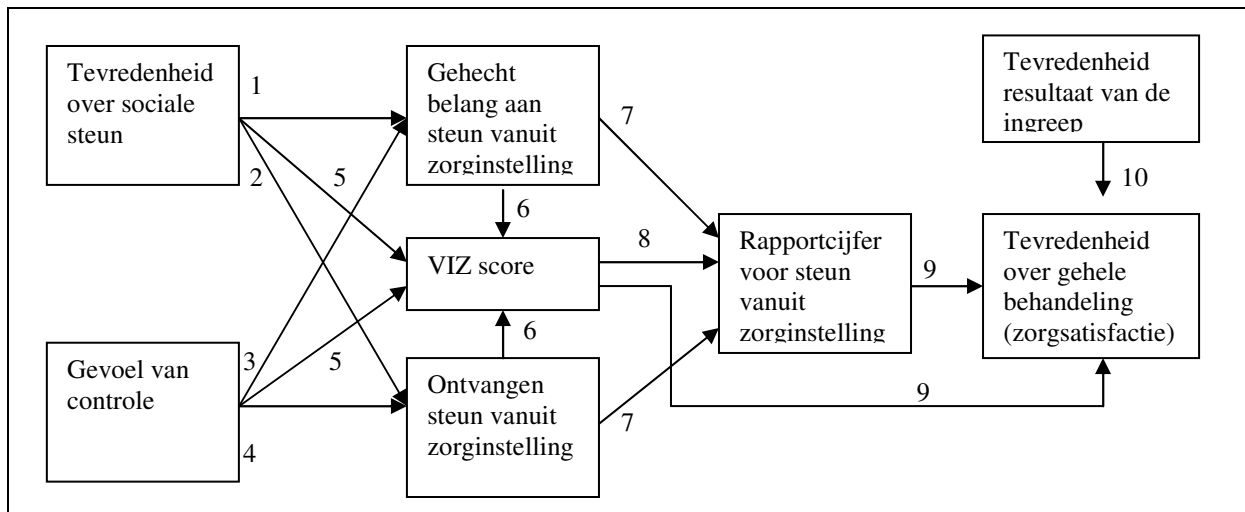
Cijfer	aantal	percentage
1	2	3.0
2	0	0.0
3	0	0.0
4	0	0.0
5	1	1.5
6	1	1.5
7	10	14.9
8	31	46.3
9	12	17.9
10	10	14.9
Ontbrekende waarden	6	

Over het algemeen is men erg tevreden met de totale behandeling in het WZA, de gemiddelde score is 8.0. Ruim een derde van de patiënten geeft boven een acht voor de totale behandeling, bijna driekwart van de patiënten geeft boven de zeven voor de totale behandeling. Er zijn wel een paar mensen met een extreem lage score maar dit zijn uitzonderingen. Wederom om lijkt een cijfer onder de zeven erop te duiden dat men niet helemaal tevreden is over de gehele behandeling. Dit is dus maar een kleine groep mensen. De standaarddeviatie is 1.6.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In het vorige hoofdstuk zijn basisgegevens weergegeven die uit de vragenlijst naar voren zijn gekomen. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In paragraaf 4.1 worden de deelvragen van het onderzoek beantwoord met behulp van correlatie- en regressieanalyses op basis van de kwantitatieve gegevens uit de vragenlijst. Daarnaast worden in paragraaf 4.2 relevante gegevens beschreven uit de interviews, het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek. Deze gegevens kunnen vanuit een ander perspectief bijdragen aan de beantwoording van de deelvragen.

Hieronder wordt in Figuur 11 het onderzoeksmodel uit paragraaf 1.4 herhaald. In dit hoofdstuk wordt de sterkte en de richting van de genummerde verbanden onderzocht.



Figuur 12: Onderzoeksmodel

4.1 Resultaten kwantitatieve onderzoek

Paragraaf 4.1.1 behandelt het verband tussen tevredenheid over sociale steun en het gehechte belang aan steun vanuit het WZA (relatie 1) en tevredenheid over sociale steun en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA (relatie 2). Paragraaf 4.1.2 behandelt het verband tussen gepercipieerde controle en gehechte belang aan steun vanuit het WZA (relatie 3) en het verband tussen gepercipieerde controle en hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA (relatie 4). Paragraaf 4.1.3 beschrijft het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle enerzijds en de VIZ score anderzijds (relaties 5). In paragraaf 4.1.4 wordt het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de VIZ scores weergegeven (relaties 6). Tevens wordt het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA behandeld (relaties 7). Paragraaf 4.1.5 behandelt het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA (relatie 8). Paragraaf 4.1.6 behandelt het verband tussen de VIZ scores, de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA (relaties 9). Paragraaf 4.1.7 behandelt het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de behandeling en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA. In paragraaf 4.1.8 wordt de samenhang van het hele onderzoeksmodel onderzocht. In paragraaf 4.1.9 worden tenslotte de kwantitatieve resultaten samengevat.

4.1.1 Verband tevredenheid sociale steun en gehecht belang aan steun WZA en hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA

In deze paragraaf worden de eerste twee deelvragen van het onderzoek beantwoord. Het gaat hierbij om relatie 1 en 2 uit het onderzoeksmodel. Deze eerste deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?

De tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt is gemeten met de DES schaal (Daily Emotional Support) en de PES schaal (Problem-oriented Emotional Support). Omdat deze twee schalen sterk met elkaar correleren (.69, $p < .001$) zijn ze niet alleen apart van elkaar onderzocht maar ook als totaalschaal gebruikt bij de analyses. Gehecht belang aan steun vanuit het WZA is gemeten aan de hand van de vijf onderdelen van steun vanuit de zorginstelling. Deze onderdelen zijn “uiten en verwerken van gevoelens”, “maken van keuzes”, “betrokkenheid bij de behandeling”, “opvang bieden” en “informatieve steun”. Uit een factoranalyse bleek dat bij deze vijf onderdelen sprake is van één duidelijke component (zie paragraaf 2.1.1). Daarom is de correlatie ook berekend voor “steun totaal” waarbij deze vijf onderdelen zijn samengenomen. Vervolgens zijn Pearson correlatiecoëfficiënten berekend. De resultaten staan in Tabel 8

Tabel 8: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en gehecht belang aan steun vanuit WZA (N=44), gecontroleerd voor geslacht leeftijd en opleidingsniveau

Aspecten gehecht belang aan steun vanuit het WZA	Correlatie tevredenheid Daily Emotional Support (DES)	Correlatie tevredenheid Problem-orientated Emotional Support (PES)	Correlatie tevredenheid totale sociale steun (DES en PES)
Uiten en verwerken gevoelens	-.11	-.22	-.18
Maken van keuzes	-.21	-.21	-.23
Betrokkenheid bij de behandeling	-.24	-.22	-.26
Opvang bieden	-.02	-.02	-.02
Informatieve steun	.00	-.08	-.05
Steun totaal	-.22	-.25	-.26

Uit de resultaten in Tabel 8 blijkt dat er geen significante verbanden bestaan tussen tevredenheid met sociale steun en het gehechte belang aan steun vanuit het WZA. Bijna alle verbanden zijn negatief. Tevredenheid over sociale steun leidt er dus niet toe dat er minder belang wordt gehecht aan steun vanuit het WZA.

De tweede deelvraag van dit onderzoek gaat over relatie 2 uit het onderzoeksmodel. De deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?

Tevredenheid over sociale steun bestaat wederom uit de DES schaal en uit de PES schaal. Ook steun vanuit het WZA bestaat uit dezelfde vijf onderdelen als bij de eerste deelvraag. Het gaat hier echter niet om het gehechte belang aan deze steun maar om de hoeveelheid steun die men heeft ontvangen vanuit het WZA. Ook voor dit gedeelte van steun vanuit de zorginstelling bleek dat er duidelijk sprake is van één component. De vijf onderdelen van steun vanuit de zorginstelling zijn dus wederom afzonderlijk en gezamenlijk onderzocht. De resultaten van de correlatieanalyses zijn in tabel 9 weergegeven.

Tabel 9: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en hoeveelheid ontvangen steun vanuit WZA (N=64), gecontroleerd voor geslacht leeftijd en opleidingsniveau.

Aspecten hoeveelheid ontvangen steun vanuit WZA	Correlatie tevredenheid Daily Emotional Support (DES)	Correlatie tevredenheid Problem-orientated Emotional Support (PES)	Correlatie tevredenheid totale sociale steun (DES en PES)
Uiten en verwerken gevoelens	-.03	-.01	-.01
Maken van keuzes	-.05	-.01	-.02
Betrokkenheid bij de behandeling	-.14	-.07	-.11
Opvang bieden	.05	.13	.10
Informatieve steun	.24*	.26*	.28*
Steun totaal	.13	.09	.06

* $p < 0.05$ (tweezijdig)

De sterkte van de gevonden verbanden is gering. De richting van de verbanden zijn overwegend negatief. Alleen de verbanden tussen tevredenheid met sociale steun (voor DES en PES afzonderlijk en gezamenlijk) en de hoeveelheid ontvangen informatieve steun zijn positief significant. Dit betekent dat hoe tevredener de patiënten zijn over de sociale steun die ze ontvangen hoe meer informatieve steun ze vanuit het WZA hebben ontvangen. Tussen de andere aspecten van steun vanuit de zorginstelling bestaan geen significante verbanden. Over het algemeen houdt tevredenheid over sociale steun dus weinig verband met de hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling.

4.1.2 Verband gepercipieerde controle en gehecht belang aan steun vanuit WZA en hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA

Deze paragraaf behandelt deelvragen 3 en 4 van het onderzoek. De derde deelvraag gaat over het verband tussen de gepercipieerde controle van de patiënt en het gehechte belang aan steun vanuit het WZA, dit is relatie 3 uit het onderzoeksmodel. Deze deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?

Bij gepercipieerde controle gaat het om het gevoel van controle dat de patiënt heeft over zijn dagelijkse handelingen. Dit gevoel van controle is gemeten aan de hand van de Mastery schaal (MAS). Het gehechte belang aan steun vanuit het WZA bestaat wederom uit dezelfde vijf onderdelen als bij de eerste twee deelvragen. In onderstaande tabel is het resultaat van de Pearson correlatieanalyse weergegeven.

Tabel 10: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en gehecht belang aan steun vanuit WZA (n=43), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Aspecten gehecht belang aan steun vanuit het WZA	Correlatie gepercipieerde controle (MAS)
Uiten en verwerken gevoelens	.13
Maken van keuzes	.08
Betrokkenheid bij de behandeling	.30*
Opvang bieden	.08
Informatieve steun	-.01
Steun totaal	.18

* $p < 0.05$ (tweezijdig)

De verbanden uit tabel 10 zijn op één na allemaal positief. Alleen het verband tussen gepercipieerde controle en het gehechte belang aan betrokkenheid bij de behandeling is significant. Dit betekent dat

hoe groter het gevoel van controle van de patiënt is, hoe meer belang hij hecht aan betrokkenheid bij de behandeling vanuit het WZA. Deze relatie kan ook andersom gelden. Een grotere betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling kan ook leiden tot een grotere gepercipieerde controle bij de patiënt. Het verband kan dus twee kanten op werken.

De vierde deelvraag van het onderzoek gaat over de gepercipieerde controle en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA. Deze deelvraag gaat over relatie 4 uit het onderzoeksmodel en luidt als volgt:

Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?

De gepercipieerde controle is wederom gemeten met de Mastery schaal (MAS). De hoeveelheid ontvangen steun bestaat uit dezelfde vijf onderdelen als bij de vorige deelvragen. De resultaten van de correlatieanalyse staan in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 11: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en hoeveelheid ontvangen steun vanuit WZA (N= 65), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Aspecten hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA	Correlatie gepercipieerde controle (MAS)
Uiten en verwerken gevoelens	-.07
Maken van keuzes	-.08
Betrokkenheid bij de behandeling	.09
Opvang bieden	.04
Informatieve steun	-.42**
Steun totaal	-.13

** p< 0.01 (tweezijdig)

Alleen het verband tussen gepercipieerde controle en hoeveelheid ontvangen informatieve steun is significant negatief. Dit betekent dat hoe groter het gevoel van controle is dat patiënten hebben, hoe minder informatieve steun zij vinden dat ze hebben ontvangen gedurende hun opname in het WZA. De andere verbanden zijn allemaal niet significant. Dat betekent dus dat het gevoel van controle dat de patiënt heeft verder geen verband houdt met de totale hoeveelheid steun die hij heeft ontvangen vanuit het WZA. Het is opvallend dat tevredenheid over sociale steun ook alleen significant verband houdt met de hoeveelheid ontvangen informatieve steun. De richting van dat verband is echter positief.

4.1.3 Verband tevredenheid sociale steun, gepercipieerde controle en VIZ score

Deze paragraaf gaat over deelvraag vijf van het onderzoek. Deze deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle enerzijds en de VIZ scores anderzijds?

Tevredenheid over sociale steun bestaat wederom uit de DES schaal en uit de PES schaal. Bij gepercipieerde controle gaat het om het gevoel van controle dat de patiënt heeft over zijn dagelijkse handelingen. Dit gevoel van controle is gemeten aan de hand van de Mastery schaal (MAS). Voor de VIZ scores zijn per item de score op gehecht belang aan steun en hoeveelheid ontvangen steun met elkaar vermenigvuldigd. Deze scores zijn een maat voor tevredenheid over steun vanuit het WZA. Per onderdeel van steun vanuit het WZA zijn de VIZ scores opgeteld tot een VIZ score per onderdeel van steun vanuit het WZA. In de onderstaande tabel zijn de verbanden tussen tevredenheid over sociale steun en deze VIZ scores per onderdeel van steun vanuit het WZA weergegeven.

Tabel 12: Correlatiecoëfficiënten tevredenheid sociale steun en VIZ scores per onderdeel van steun vanuit het WZA (N= 55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

VIZ score per onderdeel van steun vanuit WZA	Correlatie tevredenheid Daily Emotional Support (DES)	Correlatie tevredenheid Problem-orientated Emotional Support (PES)	Correlatie tevredenheid totale sociale steun (DES en PES)
Uiten en verwerken gevoelens	.04	.07	.07
Maken van keuzes	.08	.22	.18
Betrokkenheid bij de behandeling	.02	.20	.14
Opvang bieden	.03	.10	.08
Informatieve steun	.35**	.42**	.42**
VIZ score totaal	.13	.28*	.24

* p< 0.05 (tweezijdig)

** p< 0.01 (tweezijdig)

Uit Tabel 12 blijkt dat het verband tussen DES, PES en Des en PES samen significant verband houden met de VIZ score voor het onderdeel informatieve steun vanuit het WZA. Dat betekent dat patiënten die tevreden zijn over de sociale steun die ze ontvangen, een hogere VIZ score voor informatieve steun hebben en hierover dus tevredener zijn. Tevredenheid over probleemgerichte emotionele steun gaat gepaard met meer tevredenheid over de totale steun vanuit het WZA. Er bestaan geen verbanden tussen tevredenheid over sociale steun en tevredenheid over andere vormen van steun vanuit het WZA.

In Tabel 13 zijn de resultaten van de correlatieanalyse tussen gepercipieerde controle en VIZ scores per onderdeel van steun vanuit het WZA weergegeven.

Tabel 13: Correlatiecoëfficiënten gepercipieerde controle en VIZ scores per onderdeel van steun vanuit het WZA (N= 55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

VIZ score per onderdeel Van steun vanuit WZA	Correlatie gepercipieerde controle (MAS)
Uiten en verwerken gevoelens	-.15
Maken van keuzes	-.23
Betrokkenheid bij de behandeling	-.17
Opvang bieden	-.03
Informatieve steun	-.49**
VIZ score totaal	-.33*

* p< 0.05 (tweezijdig)

** p< 0.01 (tweezijdig)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er een negatief verband bestaat tussen gepercipieerde controle en de VIZ score voor informatieve steun vanuit het WZA. Dit betekent dat patiënten met een hogere gepercipieerde controle minder tevreden zijn over de informatieve steun die ze hebben ontvangen vanuit het WZA. Ook het verband tussen gepercipieerde controle en de VIZ score voor steun totaal is significant negatief. Hoe groter de gepercipieerde controle, hoe minder tevreden men is over steun vanuit het WZA.

4.1.4 Verband gehecht belang aan steun, hoeveelheid ontvangen steun en de VIZ scores en verband gehecht belang aan steun, hoeveelheid ontvangen steun en rapportcijfers

De VIZ scores en de rapportcijfers voor de vijf onderdelen van steun vanuit het WZA geven beide de tevredenheid over deze onderdelen aan. In deze paragraaf wordt onderzocht of er een verband is tussen

het gehechte belang aan steun, de hoeveelheid ontvangen steun en de tevredenheid over deze steun (gemeten aan de hand van VIZ scores en rapportcijfers). Dit heeft betrekking op de deelvragen zes en zeven. Deelvraag zes en zeven luiden als volgt:

Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de VIZ score?

Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en het rapportcijfer voor deze steun?

Bij het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun gaat het allebei om de vijf onderdelen van steun vanuit het WZA. Ook wordt de invloed van het totale gehechte belang aan steun en de totale ontvangen steun op de tevredenheid over ieder onderdeel van steun en de tevredenheid over de totale steun onderzocht. Voor de totale tevredenheid over steun vanuit het WZA is het gemiddelde cijfer van de vijf rapportcijfers genomen en zijn de vijf VIZ scores per onderdeel van steun opgeteld tot VIZ score totaal.

In tabel 14 staan allereerst de resultaten van de correlatieanalyse tussen het gehechte belang aan steun vanuit het WZA per onderdeel en de tevredenheid over deze steun per onderdeel weergegeven.

Tabel 14: Correlatiecoëfficiënten gehecht belang aan steun vanuit WZA en tevredenheid over steun vanuit WZA
(N=42), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Aspecten gehecht belang aan steun vanuit het WZA	Correlatie met rapportcijfer voor dit onderdeel van steun	Correlatie met VIZ score voor dit onderdeel van steun
Uiten en verwerken gevoelens	-.05	.33**
Maken van keuzes	-.14	.33**
Betrokkenheid bij de behandeling	-.08	.21
Opvang bieden	-.06	.34**
Informatieve steun	.10	.12
Steun totaal	-.15	.10

** p< 0.01

De verbanden tussen het gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA zijn allemaal niet significant. Het gehechte belang aan steun bij het uiten en verwerken van gevoelens, het maken van keuzes en het bieden van opvang is wel positief significant met de bij dat onderdeel horende VIZ scores. Dit betekent dat het gehechte belang aan steun vanuit het WZA wat betreft die onderdelen positief verband houdt met de tevredenheid over die onderdelen van steun. De correlaties tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA en de VIZ scores zijn logischer wijs hoger doordat de score op gehecht belang aan steun onderdeel is van de VIZ score.

In tabel 15 staan de resultaten van de correlatieanalyse tussen de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA per onderdeel en de tevredenheid over deze steun per onderdeel weergegeven.

Tabel 15: Correlatiecoëfficiënten hoeveelheid ontvangen steun vanuit WZA en tevredenheid over steun vanuit WZA (N=55), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA	Correlatie met rapportcijfer voor dit onderdeel van steun	Correlatie met VIZ score voor dit onderdeel van steun
Uiten en verwerken gevoelens	.36**	.92***
Maken van keuzes	.04	.90***
Betrokkenheid bij de behandeling	.19	.83***
Opvang bieden	.47***	.87***
Informatieve steun	.52***	.94***
Steun totaal	.40***	.90***

** p<0.01

*** p<0.001

De hoeveelheid ontvangen steun met betrekking tot het uiten en verwerken van gevoelens, opvang bieden en informatieve steun houden significant positief verband met het rapportcijfer voor deze onderdelen van steun vanuit het WZA. Deze verbanden zijn positief, dat wil zeggen dat hoe meer steun van deze onderdelen men ontvangen heeft, hoe hoger het rapportcijfer voor deze steun vanuit het WZA is. Daarnaast hangt de totale hoeveelheid ontvangen steun significant samen met het gemiddelde cijfer voor de totale steun vanuit het WZA. Het gehechte belang aan ieder onderdeel van steun vanuit het WZA hangt sterk samen met de VIZ scores van de patiënten voor elke onderdeel van steun. Dit geeft opnieuw aan dat hoe meer steun men vanuit het WZA heeft ontvangen hoe tevredener men over steun is. De hoeveelheid ontvangen steun draagt meer bij aan de VIZ scores dan het gehechte belang aan steun. Deze correlaties zijn wederom hoger doordat de scores op hoeveelheid ontvangen steun onderdeel zijn van de VIZ scores.

De invloed van het totale gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA op de tevredenheid over de totale steun vanuit het WZA kan ook worden onderzocht met behulp van een regressieanalyse. Allereerst is dit gedaan voor de tevredenheid aan de hand van de rapportcijfers. De resultaten staan in Tabel 16.

Tabel 16: Regressiecoëfficiënten gehechte belang aan steun en ontvangen steun vanuit WZA enerzijds, rapportcijfer voor deze steun vanuit WZA anderzijds (N=43)

Steun vanuit WZA	Bèta Rapportcijfer voor steun vanuit het WZA
Gehecht belang aan steun	-.36**
Hoeveelheid ontvangen steun	.66***

** p< 0.01 (tweezijdig)

*** p< 0.001 (tweezijdig)

Beide verbanden zijn significant. De verbanden zijn sterker dan bij voorgaande correlatieanalyses. Dit komt door verschillende aantallen respondenten en doordat beide onafhankelijke variabelen gelijktijdig worden onderzocht. Hierdoor kunnen versterkende effecten optreden.

Het verband tussen het gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de tevredenheid over deze steun is negatief. Dat wil zeggen dat hoe meer belang men aan steun vanuit het WZA hecht, hoe minder tevreden men hierover is. Er is dan waarschijnlijk minder zorgbehoefte vervulling. Het verband tussen de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de tevredenheid over deze steun is positief. Dit betekent dat hoe meer steun men heeft ontvangen vanuit het WZA, hoe tevredener men over steun vanuit het WZA is.

Vervolgens is een regressieanalyse gedaan voor de invloed van het totale gehechte belang aan steun vanuit het WZA, de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de totale steun vanuit het WZA aan de hand van de VIZ scores. De resultaten staan in Tabel 17.

Tabel 17: Regressiecoëfficiënten gehechte belang aan steun en ontvangen steun vanuit WZA enerzijds, VIZ score anderzijds (N=43)

Steun vanuit WZA	Bèta VIZ score voor steun vanuit het WZA
Gehecht belang aan steun	.05
Hoeveelheid ontvangen steun	.97***

*** p< 0.001 (tweezijdig)

Uit Tabel 17 blijkt dat de score op de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA heel sterk positief verband houdt met de totale VIZ score voor steun vanuit het WZA. Dit betekent dat hoe meer steun men heeft ontvangen, hoe tevredener men hierover is. Het gehechte belang aan steun vanuit het WZA houdt geen negatief verband met de VIZ score zoals bij de rapportcijfers voor steun. Dit geeft aan dat de VIZ scores meer een maat zijn voor tevredenheid in de zin van behoeftevervulling dan de rapportcijfers.

4.1.5 Verband VIZ scores en rapportcijfers voor steun vanuit het WZA

In deze paragraaf wordt het verband tussen de twee manieren voor het meten van de tevredenheid over steun vanuit het WZA onderzocht, de rapportcijfers en de VIZ scores. Dit heeft betrekking op deelvraag acht van het onderzoek, deze deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA?

Om deze deelvraag te beantwoorden is een correlatieanalyse uitgevoerd tussen de rapportcijfers per onderdeel van steun en de VIZ scores per onderdeel van steun. In Tabel 18 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 18: Correlatiecoëfficiënten VIZ scores en rapportcijfers per onderdeel van steun vanuit WZA (N=63), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

VIZ scores per onderdeel van steun vanuit het WZA	Correlatie met rapportcijfer per onderdeel van steun vanuit het WZA
Uiten en verwerken gevoelens	.52***
Maken van keuzes	.22
Betrokkenheid bij de behandeling	.48***
Opvang bieden	.50***
Informatieve steun	.69***
Totale VIZ score	.66**

** p<0.01

*** p<0.001

Behalve voor het onderdeel steun bij het maken van keuzes correleren de somscores van de onderdelen van steun significant met de rapportcijfers voor deze onderdelen. Beide methoden voor het meten van tevredenheid over steun vanuit het WZA meten dus deels hetzelfde begrip.

4.1.6 Verband tevredenheid over steun en de tevredenheid over de gehele behandeling

De negende deelvraag uit het onderzoek gaat over het verband tussen de tevredenheid over de steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA. Deze deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA, de VIZ score voor steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA?

Tevredenheid over steun vanuit het WZA is gemeten door een rapportcijfer per onderdeel van steun en een VIZ score per onderdeel van steun. Van de rapportcijfers is een gemiddeld cijfer genomen voor tevredenheid over steun totaal. Van de VIZ scores is een totale somscore gemaakt voor tevredenheid over steun totaal. De tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA door patiënten is gemeten met behulp van een rapportcijfer. O deelvragen negen van het onderzoek te beantwoorden is allereerst een correlatieanalyse uitgevoerd tussen de rapportcijfers voor steun en het rapportcijfer voor de gehele behandeling. De resultaten van deze correlatieanalyse zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 19: Correlatiecoëfficiënten rapportcijfer per onderdeel van steun en cijfer voor de totale behandeling in het WZA (N=52), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Onderdelen van steun vanuit het WZA voor de	Correlatie rapportcijfer totale behandeling in het WZA
Rapportcijfer voor steun bij uiten en verwerken van gevoelens	.73***
Rapportcijfer voor steun bij het maken van keuzes	.81***
Rapportcijfer voor de betrokkenheid bij de behandeling	.81***
Rapportcijfer voor de geboden opvang	.81***
Rapportcijfer voor informatieve steun	.79***
Gemiddeld cijfer voor steun totaal	.86***

*** $p < 0.001$ (eenzijdig)

De verbanden tussen de rapportcijfers voor de vijf steunaspecten en het rapportcijfer voor de gehele behandeling in het WZA zijn allemaal sterk positief. Wanneer de vijf steunaspecten worden samengenomen blijft het sterke verband gehandhaafd, de r is .86. Dit betekent dat hoe tevredener men is over de steun die men heeft ontvangen tijdens de opname in het WZA, hoe tevredener men is over de gehele opname in het WZA. Tevredenheid over steun is dus een goede indicator voor tevredenheid over de gehele behandeling. Dit geeft ook aan dat steun vanuit de zorginstelling een belangrijk aspect is van de opname in het WZA. Tevredenheid hierover bepaalt voor een groot deel de tevredenheid over de gehele behandeling.

In Tabel 20 staan de resultaten van de correlatie analyse tussen de VIZ scores per onderdeel van steun, de Totale VIZ score en het rapportcijfer voor de gehele behandeling in het WZA.

Tabel 20: Correlatiecoëfficiënten VIZ score per onderdeel van steun en rapportcijfer voor de totale behandeling in het WZA (N=52), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Onderdelen van steun vanuit het WZA rapportcijfer voor	Correlatie totale behandeling in het WZA
VIZ score voor steun bij uiten en verwerken van gevoelens	.39**
VIZ score voor steun bij het maken van keuzes	.22*
VIZ score voor de betrokkenheid bij de behandeling	.39**
VIZ score voor de geboden opvang	.29*
VIZ score voor informatieve steun	.48**
Totale VIZ score	.50**

* $p < 0.05$ (eenzijdig)

** $p < 0.01$ (eenzijdig)

Ook voor de somscores van de VIZ scores geldt dat ze positief samenhangen met het rapportcijfer voor de totale behandeling in het WZA. Dit toont wederom aan dat de tevredenheid over de steun vanuit het WZA invloed uitoefent op de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA, de r is .50.

4.1.7 Verband tevredenheid over het resultaat van de ingreep en tevredenheid over gehele behandeling

De laatste deelvraag gaat over het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling. Deze deelvraag luidt als volgt:

Wat is het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling?

De tevredenheid over de gehele behandeling is, zoals hierboven al gemeld, gemeten aan de hand van een rapportcijfer. De tevredenheid over het resultaat van de ingreep is gemeten aan de hand van de vraag, "Bent u tevreden met het eindresultaat van de ingreep?" De antwoordcategorieën variëren van heel tevreden (1) tot ontevreden (5). Deze deelvraag is wederom getoetst met een correlatieanalyse. In Tabel 21 staan de resultaten van de correlatieanalyse weergegeven.

Tabel 21: Correlatiecoëfficiënt tussen resultaat van de ingreep en tevredenheid over de totale behandeling In het WZA (N=64), gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Onafhankelijke variabele	Correlatie tevredenheid over totale behandeling in het WZA
Tevredenheid over het resultaat van de ingreep in het WZA	.72***

*** $p < 0.001$ (eenzijdig)

De correlatie tussen deze variabelen is sterk significant en positief. Dat betekent dat hoe tevredener de patiënt is met het resultaat van de ingreep, hoe tevredener hij is met de gehele behandeling in het WZA. Naast tevredenheid over de steun vanuit het WZA is dit dus ook een belangrijke indicator voor de tevredenheid over de gehele behandeling.

4.1.8 Samenhang van het onderzoeksmodel

Tenslotte is het hele onderzoeksmodel getoetst met behulp van een regressieanalyse. Hierbij zijn alle variabelen uit het onderzoeksmodel in één regressieanalyse als onafhankelijke variabelen ingevoegd. Alleen de tevredenheid over de gehele behandeling is de afhankelijke variabelen. Per variabele uit het onderzoeksmodel is onderzocht in hoeverre zij invloed uitoefenen op tevredenheid over de gehele behandeling. Zowel tevredenheid over steun vanuit het WZA als tevredenheid over het resultaat van de ingreep oefenen een grote invloed uit op tevredenheid over de gehele behandeling. Het kan zijn dat deze twee variabelen hetzelfde begrip meten en dat er sprake is van collineariteit. Om dit te onderzoeken is een correlatie tussen deze twee variabelen uitgevoerd. De correlatie tussen tevredenheid over steun vanuit het WZA en tevredenheid over het resultaat van de ingreep is .64 Er is sprake van collineariteit bij een correlatie van .80 of hoger. Dit is hier niet het geval. Daarom kunnen tevredenheid over steun vanuit het WZA en tevredenheid over het resultaat van de ingreep tegelijkertijd in een regressieanalyse worden onderzocht. In Tabel 19 staan de resultaten weergegeven.

Tabel 22: Regressieanalyse totale onderzoeksmodel (N=43)

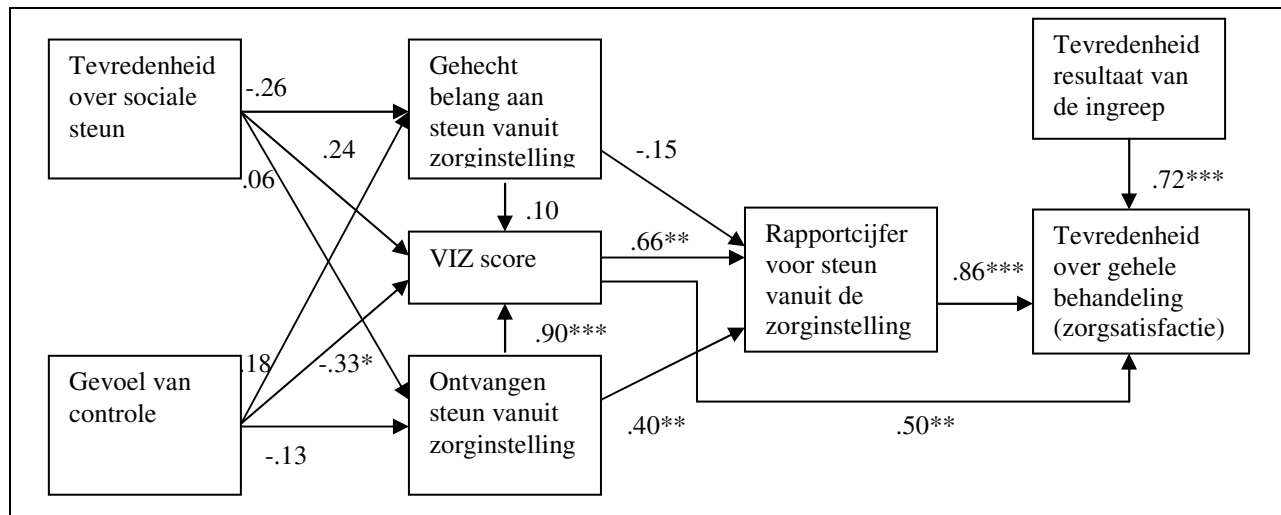
Onafhankelijke variabele	Bèta tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA	R ²
Tevredenheid met sociale steun	.03	
Gepercipieerde controle	.05	
Gehecht belang aan steun vanuit WZA	.02	
Ontvangen steun vanuit WZA	-.01	
VIZ score voor steun vanuit het WZA	-.08	
Rapportcijfer voor steun vanuit WZA	.92***	
Tevredenheid met het resultaat van de ingreep	.16	
Totaal		.91

*** p< 0.001 (eenzijdig)

Alleen tevredenheid over steun vanuit het WZA in de vorm van rapportcijfers oefent een significante invloed uit op de afhankelijke variabele in het onderzoeksmodel, de tevredenheid over de gehele behandeling. De tevredenheid met het resultaat van de ingreep en de VIZ scores spelen geen rol meer. Ook de andere onafhankelijke variabelen houden geen verband met de tevredenheid over de gehele behandeling. In totaal wordt 91% van de variantie van tevredenheid over de gehele behandeling bepaald door de onafhankelijke variabelen, dat is heel veel. Dit is dus vrijwel geheel toe te schrijven aan de tevredenheid over steun vanuit het WZA. Om nog meer inzicht te krijgen in variabelen die invloed uitoefenen op tevredenheid over de gehele behandeling is ook een regressieanalyse gedaan waarbij tevredenheid met sociale steun en tevredenheid over steun vanuit het WZA zijn opgesplitst in hun afzonderlijke onderdelen. De resultaten zijn in bijlage 8 opgenomen. Hieruit blijkt dat alleen het rapportcijfer voor steun m.b.t. het uiten en verwerken van gevoelens sterk samenhangt met de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA.

4.1.9 Samenvatting kwantitatieve resultaten

In voorgaande subparagrafen zijn alle deelvragen van het onderzoek met behulp van de kwantitatieve gegevens beantwoord. Van een groot aantal beoogde verbanden is de sterkte onderzocht. Ter verduidelijking zijn de resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven in figuur 12. In dit model zijn alleen de totale correlatiecoëfficiënten weergegeven, de correlatiecoëfficiënten per deelaspect van steun vanuit het WZA worden niet weergegeven.



* p,0.05

** p< 0.01, *** p<0.001

Figuur 12: De sterkte van de relaties in het onderzoeksmodel.

Het blijkt dat er geen verband bestaat tussen tevredenheid over sociale steun en het totaal gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA. Daarnaast blijkt dat er ook geen verband is tussen gepercipieerde controle en het totaal gehechte belang aan steun vanuit het WZA en de totale hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA. Patiënten die tevreden zijn over sociale steun vinden wel dat ze significant meer informatieve steun vanuit het WZA hebben ontvangen. Patiënten met een hoge gepercipieerde controle vinden dat ze significant minder informatieve steun vanuit het WZA hebben ontvangen en hechten significant meer belang aan betrokkenheid bij de behandeling. Patiënten die tevreden zijn over sociale steun hebben een significant hogere VIZ score voor informatieve steun vanuit het WZA. Mensen met een hoge gepercipieerde controle hebben een significant lagere VIZ score voor informatieve steun vanuit het WZA, zij hebben ook een significant lagere totale VIZ score en zijn dus minder tevreden over steun vanuit het WZA. Hoe groter de hoeveelheid ontvangen steun, hoe tevredener men is over steun vanuit het WZA. Dit geldt zowel voor tevredenheid gemeten aan de hand van rapportcijfers als aan de hand van de VIZ scores. Zoals uit paragraaf 4.1.6 bleek oefent het gehechte belang aan steun vanuit het WZA bij een regressieanalyse een significant negatieve invloed uit op het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA. Er bestaat een positief verband tussen de VIZ scores van steun vanuit het WZA en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA. Verder leidt een grotere tevredenheid over steun vanuit het WZA (rapportcijfers en VIZ scores) tot een grotere tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA. Tenslotte hangt het resultaat van de ingreep ook sterk samen met de tevredenheid over de gehele behandeling. Uit paragraaf 4.1.8 bleek dat deze laatste samenhang vrijwel geheel wegvalt als het hele onderzoeksmodel in één keer wordt getoetst met een regressieanalyse. Het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA houdt als enige variabele sterk positief verband met de tevredenheid over de gehele behandeling. Het gaat dan vooral om het rapportcijfer voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens. In bijlage 9 is een correlatietabel opgenomen van alle variabele uit het onderzoek.

4.2 Resultaten kwalitatieve onderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten van de elf open interviews met patiënten kort besproken. De onderdelen “organisatie” en “bejegening en steun vanuit de zorginstelling” en “sociale steun” worden, zoals deze door patiënten zijn ervaren, beschreven. De kwalitatieve resultaten geven geen direct antwoord op één van de deelvragen van dit onderzoek. Ze belichten steun vanuit het WZA vanuit een ander perspectief. Hierdoor kunnen ze enige nuances en achtergrond geven aan de kwantitatieve gegevens uit paragraaf 4.1 Het gaat vooral om gebeurtenissen of ontwikkelingen die leidden tot een lagere hoeveelheid ontvangen steun of een lagere tevredenheid over steun vanuit het WZA. Daarnaast wordt (on)tevredenheid van patiënten in kaart gebracht aan de hand van discrepanties (gaps) uit het model voor de kwaliteit van zorgverlening van Parasuraman.^{xxxiii} Deze paragraaf wordt afgesloten met een aantal knelpunten / verbeterpunten die door patiënten werden genoemd.

Organisatie

Alle patiënten waren tevreden over de coördinatie en organisatie van de vooronderzoeken die plaatsvonden voorafgaande aan de operatie. Men kreeg daarbij voldoende steun en uitleg. Tijdens deze vooronderzoeken werd voldaan aan de vijf zorgaspecten, “uiten en verwerken van gevoelens”, “maken van keuzes”, “betrokkenheid bij de behandeling”, “opvang bieden” en “informatie”. De verwachte zorg kwam voor deze groep patiënten grotendeels overeen met de ervaren zorg. Ze hebben geen op- of aanmerking en zijn tevreden over het verloop van de vooronderzoeken.

Ongeveer de helft van de patiënten was erg tevreden met het zorgproces en de coördinatie binnen het ziekenhuis. Zij hebben een goede ervaring gehad. Dit betekent dat ze vinden dat ze voldoende steun hebben ontvangen vanuit het WZA, ze konden met hun vragen terecht bij verpleegkundigen en artsen, kregen voldoende aandacht en verzorging ze werden goed opgevangen en betrokken bij de behandeling in het WZA. Daarnaast werden ze voldoende begeleidt bij het maken van keuzes en bij het uiten en verwerken van gevoelens en hebben ze geen klachten. Het betekent dat voor deze groep patiënten de verwachte zorg overeen kwam met de ervaren zorg. Er waren geen grote gaps aanwezig binnen het zorgproces zoals die zijn geformuleerd in het model voor kwaliteit van zorgverlening door Parasuraman (1985).

Drie patiënten waren niet helemaal tevreden over de communicatie tussen verpleging en specialisten enerzijds en de patiënt anderzijds. Doordat er veel verschillende contacten waren was er verminderde vertrouwdsheid tussen patiënt en verpleegkundige. Dit leidde ertoe dat verpleegkundigen soms weinig kennis van de toestand van de patiënt hadden. Hierdoor waren er minder mogelijkheden om de patiënt te steunen bij het uiten en verwerken van gevoelens en het betrekken van de patiënt bij de behandeling. Daarnaast kwam het een aantal keer voor dat de verpleegkundige verkeerde informatie over de patiënt had, niet goed op de hoogte was van zijn toestand of veronderstelde dat hij dingen kon die nog niet mogelijk waren. Ook kwam het voor dat iemand van verschillende verpleegkundigen / artsen tegengestelde adviezen kreeg. Dit leverde onzekerheid op bij de patiënt. Deze ontwikkelingen gingen ten koste van de informatieve ondersteuning vanuit het WZA. Bij deze patiënten bestond er een gap tussen de verwachte en de beleefde zorg en een gap tussen de zorgverlening en de externe communicatie met de patiënt vanuit het WZA. Zij waren dan ook minder tevreden over de verpleging en de specialisten wat betreft de contactuele gedeelten. Dit ging ten koste van hun tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA.

Twee patiënten vonden dat ze geen duidelijk aanspreekpunt hadden waar ze terecht konden met problemen. Dit ging wederom ten koste van de ervaren informatieve steun. Ook dit is een oorzaak voor ontevredenheid over steun vanuit het WZA, de ervaren steun week negatief af van de verwachte steun.

Over de communicatie tussen de verpleegkundigen en specialisten of tussen verschillende afdelingen was men ook niet altijd tevreden. Drie keer werd genoemd dat de afdelingen afzonderlijke eilandjes

zijn waartussen geen goede communicatie bestaat. Ook ging de communicatie tussen de patiënt en de specialist (via verpleegkundige en zaalarts) over veel schijven. De interne informatievoorziening binnen het WZA werkte in de praktijk dus niet altijd optimaal. Er was hier sprake van een gap tussen de vertaling van waargenomen verwachtingen in maatstaven en richtlijnen voor zorgverlening en de daadwerkelijke zorgverlening. Dit zorgde soms voor problemen. Dit zijn wederom oorzaken voor het ontbreken van, of het niet tevreden zijn over steun vanuit het WZA. Ook bij deze patiënten leidde dit tot een negatiever oordeel over de gehele opname in het WZA.

Bejegening en steun

Het grootste deel van de patiënten was erg tevreden over de bejegening en steun vanuit het WZA en het contact met de verpleegkundige en de specialist. Men vond de verpleegkundigen erg vriendelijk en behulpzaam hoewel er individuele verschillen zaten tussen de verpleegkundigen en specialisten. Veel patiënten gaven aan dat er grote verschillen zitten tussen verpleegkundigen en specialisten wat betreft het verlenen van steun. De ene verpleegkundige geeft veel steun bij het uiten en verwerken van emoties, beantwoordt alle vragen en geeft de patiënt veel aandacht terwijl een andere verpleegkundige alles te veel is. Dit gaat vooral ten koste van de steunaspecten “uiten en verwerken van gevoelens”, “opvang bieden” en “informatie”. Hierbij bestond er een gap tussen de ervaren zorg en de verwachte zorg en een gap tussen de zorgverlening en de communicatie met de patiënt vanuit het WZA. Dit beïnvloedde de tevredenheid van een aantal patiënten over de gehele behandeling in het WZA negatief. Verschillen tussen verpleegkundigen en artsen is een aspect dat niet in de vragenlijst is gemeten. In de vragenlijst werd in algemene zin gevraagd naar de contacten tussen patiënt en verpleging. Er was geen mogelijkheid om aan te geven dat er verschillen zaten tussen verpleegkundigen of specialisten.

Over het algemeen kreeg men voldoende steun van de verpleging in de zin van de vijf steunaspecten. Het contact met de specialist vonden de meeste patiënten prettig. Ondanks dat het vaak om korte contacten ging kreeg men meestal voldoende informatie van de specialist en was er gelegenheid tot het stellen van vragen.

Een patiënt gaf aan dat je soms assertief moet zijn om je vragen door de specialist beantwoord te krijgen. Assertiviteit kan verband houden met het gevoel van controle dat de patiënt heeft. Voor patiënten die een gering gevoel van controle hebben en weinig assertief zijn kan dit ten koste gaan van de steun en informatie die ze onttrekken aan de verpleegkundigen of specialisten. Er zou dus een relatie kunnen bestaan tussen gevoel van controle en hoeveelheid ontvangen steun.

Drie patiënten waren minder tevreden over de verpleging. Ze vinden dat ze niet goed in de gaten werden gehouden of dat de verpleging niet adequaat op hen reageerden. Ze kregen onvoldoende steun bij eigen initiatieven of werden teveel aan hun lot overgelaten. Het contact tussen hen en de verpleging verliep niet goed, ze voelde zich niet altijd serieus genomen. Deze patiënten ervoeren weinig steun bij het uiten en verwerken van gevoelens en weinig opvang vanuit het WZA. Hierdoor werden ze soms enigszins onzeker. Ook dit ging ten koste van de hoeveelheid steun die men heeft gekregen en de tevredenheid hierover. Dit zijn oorzaken die ontevredenheid over steun vanuit het WZA kunnen verklaren.

Het oordeel over steun vanuit het WZA hangt sterk af van de verhouding tussen de verwachte steun en de ervaren steun tijdens de opname in het WZA. Vervolgens lijkt er een duidelijke relatie te bestaan tussen tevredenheid over de ervaren steun vanuit het WZA en het oordeel van de patiënten over de gehele opname.

Sociale steun

De meeste patiënten vonden sociale steun van familie of vrienden erg prettig tijdens hun opname in het WZA. Ze voelden zich vooral mentaal beter als gevolg van sociale steun. Meestal kwam deze sociale steun van familie of vrienden die tijdens het bezoek langskwamen. Naast emotionele steun waardoor de patiënt zich mentaal beter voelde regelde familie of vrienden soms zaken in het WZA voor de patiënt of kaartten zij zaken aan bij de verpleging. Dit zijn vormen van instrumentele- of informatieve sociale steun. Dit leidde in sommige gevallen ook tot een hoger fysiek welzijn van de patiënt door andere medicijnen of doordat ze meer te drinken kregen. Sociale steun vanuit de

omgeving van de patiënt kan ook negatief werken, zo bleek uit één geval. Familie van een patiënt bereidde hem geestelijk voor op een heel zwaar vooronderzoek dat heel pijnlijk zou zijn. De patiënt werd hierdoor erg bang en onzeker, terwijl het onderzoek hem achteraf ontzettend meeviel. Over het algemeen gaat er wel een positieve werking uit van sociale steun op het welzijn van de patiënt. De relatie tussen sociale steun en gehecht belang aan steun vanuit WZA en hoeveelheid ontvangen steun vanuit WZA is niet duidelijk.

Knelpunten / aanbevelingen

Tijdens de interviews met de patiënten is ook gevraagd naar eventuele knelpunten of verbeterpunten tijdens hun opname in het WZA. Deze knelpunten geven aan op welke gebieden de beleefde zorg afweek van de verwachte zorg. Deze punten kunnen worden gezien als kansen voor het WZA om de zorg verder te optimaliseren en nog beter in te spelen op de wensen en de behoeften van de patiënten zodat de zorgsatisfactie kan worden vergroot. Hieronder volgen de punten die door patiënten zijn genoemd.

- Er zouden betere communicatielijnen tussen de verpleging en de anesthesie moeten zijn. Een anesthesist zou bijvoorbeeld een spoedpieper kunnen krijgen zodat hij bij patiënten met pijn snel kan worden opgeroepen. Zo kunnen deze patiënten veel sneller worden geholpen dan dat dit in praktijk via de verpleging gaat.
- Patiënten geven aan dat ze het belangrijk vinden op welke zaal men in het ziekenhuis ligt. Het gaat vooral om de andere patiënten op die zaal. Het lijkt de meeste patiënten heel vervelend als je met patiënten ligt die de hele dag zitten te zeuren of te klagen of met mensen die eigenlijk niet binnen die groep passen die op die zaal ligt. Men geeft aan dat dit een belangrijke factor is bij de tevredenheid over de opname in het ziekenhuis. Volgens hen kan hier een taak liggen voor het ziekenhuis. Gelijkgestemden of leeftijdsgenoten zouden bij elkaar op de zaal kunnen worden gelegd. Men erkent wel dat dit niet gemakkelijk te realiseren is.
- De communicatie tussen de verschillende afdelingen binnen het WZA en tussen de verpleegkundigen onderling verliep niet altijd goed is. De verschillende afdelingen zijn allemaal “eilandjes met hun eigen specialisme”. Dit leverde soms problemen op met betrekking tot de overdracht van patiënten tussen verschillende verpleegkundigen of het leidde tot tegenstrijdige adviezen richting de patiënt. Deze ontwikkelingen zorgden voor onzekerheid bij de patiënten, het kwam niet ten goede aan hun psychische en lichamelijke welzijn en beïnvloedde de zorgsatisfactie negatief.
- Het bezoekuur vindt plaats op een onhandige tijd. Het liefst zouden patiënten het bezoekuur iets eerder of iets later willen. Het is vooral lastig voor het bezoek zelf in verband met het avondeten.
- De verpleging constateerde bij patiënten niet altijd dat het niet goed met hen ging. Het herstel vorderde niet en de verpleging reageerde hier volgens twee patiënten niet adequaat op.
- Er waren veel invalkrachten en men kreeg veel verschillende verpleegkundigen aan het bed. Die wisten niet altijd precies wat de situatie van de patiënten was. De overdracht van patiënten tussen verpleegkundigen kan beter.

Hoofdstuk 5 Conclusies

Dit laatste hoofdstuk geeft conclusies weer ten aanzien van de resultaten in hoofdstuk 4. Hiermee worden de deelvragen van het onderzoek, en daarmee de probleemstelling, beantwoord. In paragraaf 5.1 worden deze deelvragen achtereenvolgend behandeld op basis van het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek. Paragraaf 5.2 geeft conclusies ten aanzien van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek. Het gaat dan vooral om oorzaken die ontevredenheid over steun verklaren en welke invloed dit heeft. In paragraaf 5.3 zijn puntsgewijs de belangrijkste eindconclusies en aanbevelingen geformuleerd. Tenslotte zijn in paragraaf 5.4 een aantal discussiepunten opgenomen.

5.1 Conclusies kwantitatieve onderzoek

In deze paragraaf worden conclusies getrokken naar aanleiding van de deelvragen van het onderzoek op basis van de kwantitatieve gegevens. Per deelvraag worden de belangrijkste conclusies gegeven.

Deelvraag 1:

Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?

Er was geen duidelijke verwachting over de richting van het verband tussen tevredenheid over sociale steun en het gehechte belang aan steun vanuit het WZA. In de theorie uit hoofdstuk 1 wordt niet duidelijk of de relatie tussen sociale steun en steun vanuit het ziekenhuis complementair of supplementair is. Uit de resultaten blijkt dat er geen enkel significant verband bestaat tussen tevredenheid over sociale steun en onderdelen van steun vanuit het WZA. Het gehechte belang aan steun vanuit het ziekenhuis als gevolg van een ziekte en een ziekenhuisopname hangt niet samen met tevredenheid over sociale steun. De relatie tussen sociale steun en steun vanuit het ziekenhuis is niet complementair. Beide vormen van steun vervullen blijkbaar verschillende behoeften van de patiënt en zijn niet inwisselbaar. Als een patiënt veel sociale steun krijgt en hier tevreden over is zegt dit dus niet veel over zijn gehechte belang aan steun vanuit de zorginstelling. Hij kan hieraan net zo veel belang hechten als een patiënt die niet tevreden is over de sociale steun die hij ontvangt. Mogelijk beperken beide soorten steun verschillende negatieve gevolgen van de ziekenhuisopname, ze vervullen verschillende behoeften.

Deelvraag 2:

Wat is het verband tussen de tevredenheid van de patiënt over de sociale steun die hij ontvangt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?

Er bestaat alleen een positief verband tussen tevredenheid over sociale steun en hoeveelheid ontvangen informatieve steun vanuit het WZA. Uit de kwalitatieve gegevens bleek dat het sociale netwerk van patiënten soms zaken regelden bij verpleegkundigen of hen dingen vroegen voor de patiënt. Hierdoor kunnen patiënten met een hoge tevredenheid over sociale steun meer informatieve steun hebben ontvangen. Sociale steun is wat betreft de informatieve steunbehoefte niet complementair met steun vanuit het WZA. Door middel van mensen uit hun sociale netwerk weten patiënten echter meer informatieve steun vanuit het WZA te onttrekken. Er bestaat geen significant verband tussen tevredenheid over sociale steun en de hoeveelheid andere ontvangen vormen van steun. Opvallend is dat tevredenheid over sociale steun niet leidt tot een groter gehecht belang aan informatieve steun maar dus wel tot een significant grotere hoeveelheid ontvangen informatieve steun. Om de zorgsatisfactie zo hoog mogelijk te krijgen moet de zorg zo goed mogelijk worden afgestemd op de zorgbehoefte. Bij de tevredenheid over steun vanuit het WZA is dan niet alleen de hoeveelheid ontvangen steun van belang maar ook de combinatie met het gehechte belang aan deze steun.

Deelvraag 3:

Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en het belang dat hij hecht aan steun vanuit het WZA?

Er was geen verwachting over de richting van het mogelijke verband tussen deze variabelen. Uit de correlatieanalyse blijkt dat er alleen een positief verband bestaat tussen gepercipieerde controle en betrokkenheid bij de behandeling. Hoe groter het gevoel van controle is, hoe meer belang de patiënt hecht aan betrokkenheid bij de behandeling door verpleegkundigen en specialisten. De patiënten met een grote gepercipieerde controle hechten waarschijnlijk veel belang aan controle. Zij willen deze grote mate van gepercipieerde controle niet verliezen, ze willen weten wat er met hen gebeurt en een actieve rol vervullen bij de behandeling. Doordat deze patiënten in een grote mate worden betrokken bij de behandeling kan hun gevoel van controle ook verhoogd worden. De relatie kan dus ook omgekeerd zijn.

Deelvraag 4:

Wat is het verband tussen het gevoel van controle van de patiënt en de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA?

Ook over deze deelvraag is geen verwachting geformuleerd over de richting van het verband. Uit de correlatieanalyse blijkt dat er een negatief verband bestaat tussen gepercipieerde controle en de hoeveelheid ontvangen informatieve steun. Patiënten met een grote mate van gepercipieerde controle vinden dus dat zij minder informatieve steun hebben ontvangen. Een verklaring ligt misschien in een hoger verwachtingspatroon omtrent informatieve steun bij patiënten met een hoge gepercipieerde controle. Het gehechte belang aan informatieve steun, zo blijkt uit het antwoord op de deelvraag drie, is bij patiënten met een hoge gepercipieerde controle even hoog als bij de andere patiënten. Zij vinden dus echter wel dat ze minder informatieve steun hebben ontvangen vanuit het WZA dan andere patiënten. Hierdoor wordt niet aan de wensen en behoeften van deze patiënten voldaan. Dit kan een negatieve invloed hebben op de tevredenheid over steun vanuit het WZA en de zorgsatisfactie. Hieruit blijkt dat het gehechte belang aan steun vanuit het WZA een belangrijke rol kan spelen bij de tevredenheid over deze steun. Uit het antwoord op deelvraag drie bleek dat hoe groter het gevoel van controle is, hoe meer belang men hecht aan betrokkenheid bij de behandeling door verpleegkundigen en specialisten. Patiënten met een grote mate van gepercipieerde controle vinden echter niet dat ze meer zijn betrokken bij de behandeling. Dit kan wederom leiden tot een lagere tevredenheid. Hieruit blijkt opnieuw het belang van de hoeveelheid ontvangen steun en gehecht belang aan steun vanuit het WZA voor de tevredenheid over deze steun. In deze gevallen wijkt de ervaren zorg negatief af van de verwachte zorg. Zoals uit het conceptuele model voor de kwaliteit van de zorgverlening in paragraaf 1.2.1 blijkt kan het oordeel over de zorg hierdoor negatief worden beïnvloed.

Deelvraag 5:

Wat is het verband tussen tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle enerzijds en de VIZ scores anderzijds?

De VIZ scores zijn een belangrijke maat voor tevredenheid over steun omdat hierin de scores voor gehecht belang aan steun en hoeveelheid ontvangen steun zijn meegenomen. Uit de correlatieanalyse blijkt dat tevredenheid over sociale steun leidt tot een grote tevredenheid over informatieve steun vanuit het WZA. Patiënten die tevreden zijn over sociale steun vinden ook dat ze meer informatieve steun hebben ontvangen. Hierdoor wordt de behoefte aan informatieve steun vanuit het WZA goed bevredigd en zijn ze hierover tevreden.

Patiënten met een hoge mate van gepercipieerde controle zijn minder tevreden over de informatieve steun vanuit het WZA. Dit is te verklaren doordat ze vinden dat ze minder informatieve steun hebben ontvangen waardoor niet aan hun behoefte aan informatieve steun vanuit het WZA is voldaan. Zij zijn ook minder tevreden over de totale steun vanuit het WZA. Waarschijnlijk hebben patiënten met een

grote gepercipieerde controle een grote behoefte aan steun vanuit het WZA om deze grote mate van gepercipieerde controle in stand te houden. Deze grote behoefte kan minder snel worden bevredigd waardoor deze patiënten eerder ontevreden zijn over steun vanuit het WZA.

Deelvraag 6:

Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en de VIZ score?

Uit de correlatieanalyse blijkt dat het gehechte belang aan steun bij het uiten en verwerken van gevoelens, het maken van keuzes en opvang vanuit het WZA leidt tot een hogere VIZ score voor deze onderdelen van steun. Dit verband is begrijpelijk aangezien de scores op het gehechte belang aan steun deel uitmaken van de VIZ scores. Doordat deze patiënten veel belang hechten aan deze vormen van steun doen ze misschien hun best om deze vormen van steun te onttrekken vanuit het WZA. Hierdoor kan worden voldaan aan de behoefte wat de tevredenheid over deze steun verklaart. Verder blijkt dat hoe meer steun men heeft ontvangen vanuit het WZA hoe hoger de VIZ score voor deze steun. Dit verband is nog sterker dan het verband tussen het gehechte belang aan steun en de VIZ scores. Dit heeft mogelijk te maken met de behoefte vervulling. Wanneer veel steun wordt ontvangen wordt beter voldaan aan de behoefte aan deze steun en is men tevredener hierover. Uit een regressieanalyse met gehecht belang aan steun en hoeveelheid ontvangen steun blijkt dat alleen deze laatste positief verband houdt met de VIZ score voor steun. Dit is dus de belangrijkste voorspeller voor de VIZ score.

Deelvraag 7:

Wat is het verband tussen gehecht belang aan steun vanuit het WZA, de hoeveelheid ontvangen steun vanuit het WZA en het rapportcijfer voor deze steun?

Om deze vraag te beantwoorden zijn correlatie-, en regressieanalyses uitgevoerd. De resultaten zijn opmerkelijk. Tussen gehecht belang aan steun en het cijfer voor steun bestaat een negatief significante regressiecoëfficiënt. Dat wil zeggen dat hoe meer belang de patiënt hecht aan steun vanuit de zorginstelling, hoe minder tevreden hij over deze steun is. Dit negatieve verband heeft waarschijnlijk te maken met de verwachtingen of de behoeften van de patiënt met betrekking tot steun vanuit de zorginstelling. Wanneer de patiënt daar veel belang aan hecht, of veel behoefte aan heeft, verwacht hij daarom waarschijnlijk ook veel steun vanuit de zorginstelling. Hoe hoger de verwachting, hoe groter de kans dat de ervaren steun hiervan negatief afwijkt. Dit leidt tot een lagere tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling. Er is geen significante correlatiecoëfficiënt tussen het gehechte belang aan steun en de tevredenheid over steun vanuit het WZA. Tussen hoeveelheid ontvangen steun en tevredenheid over deze steun bestaat een significant positief verband. Dus hoe meer steun de patiënt heeft ontvangen vanuit het WZA hoe tevredener hij hierover is. Dit verband gaat over de kwantiteit en niet over de kwaliteit van steun. Hoe groter de hoeveelheid ontvangen steun, hoe eerder dit overeenkomt met de verwachte hoeveelheid steun. Wanneer de verwachtingen over steun vanuit het WZA laag waren zal meer steun dan verwacht al snel leiden tot tevredenheid over steun.

Deelvraag 8:

Wat is het verband tussen de VIZ scores en de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA

De VIZ scores voor steun vanuit het WZA houden positief verband met de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA. Van belang bij de tevredenheid over steun vanuit het ziekenhuis is dus zowel het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun. Dit is een belangrijke conclusie waarmee in het ziekenhuis rekening moet worden gehouden.

Deelvraag 9:

Wat is het verband tussen het rapportcijfer voor steun vanuit het WZA, de VIZ score voor steun vanuit het WZA en de tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA?

Zowel de VIZ scores als de rapportcijfers voor steun vanuit het WZA houden sterk positief verband met de tevredenheid over de gehele behandeling. De correlaties tussen de rapportcijfers en de tevredenheid over de gehele behandeling zijn het sterkst. Hieruit blijkt dat tevredenheid over steun dus erg belangrijk is voor het totale oordeel over de behandeling in het WZA. Tevredenheid over steun vanuit de zorginstelling bepaalt dus in grote mate de totale zorgsatisfactie. Dit komt overeen met de uitkomsten van het onderzoek van de NPCF waaruit blijkt dat steun en bejegening door patiënten belangrijke onderdelen van de zorg worden gevonden. Daarnaast is dit ook overeenkomstig de vooraf geformuleerde verwachting dat tevredenheid over steun vanuit het WZA verband houdt met tevredenheid over de gehele behandeling omdat steun vanuit het WZA door patiënten belangrijk wordt gevonden. Wanneer zorginstellingen een hoge zorgsatisfactie door patiënten willen bereiken is het dus belangrijk om voldoende (aandacht aan) steun te geven. Uit een regressieanalyse van het hele onderzoeksmodel blijkt dat vooral het rapportcijfer voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens sterk positief verband houdt met de tevredenheid over de totale behandeling. Deze vorm van steun vinden patiënten dus belangrijk. Het rapportcijfer hiervoor is een goede voorspeller voor tevredenheid over de gehele behandeling. Wanneer het hele onderzoeksmodel wordt getoetst blijkt dat de VIZ scores geen significant verband houden met de tevredenheid over de gehele behandeling.

Deelvraag 10:

Wat is het verband tussen de tevredenheid over het resultaat van de ingreep en de tevredenheid over de gehele behandeling?

Ook tussen tevredenheid met het resultaat van de ingreep en totale zorgsatisfactie bestaat een sterk positief verband. Buiten alle omstandigheden rond het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis speelt de uitkomst van de ingreep en de tevredenheid daarmee dus een belangrijke rol bij de totale zorgsatisfactie. Dit valt onder het kwaliteitsaspect “vakbekwaamheid” van de NPCF. Wanneer het hele onderzoeksmodel wordt getoetst met een regressieanalyse valt het verband tussen tevredenheid over het resultaat van de ingreep en tevredenheid over de gehele behandeling vrijwel geheel weg. De rapportcijfers voor steun vanuit het WZA (en dan vooral de rapportcijfers voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens en steun bij het maken van keuzes) blijken dan als enige onafhankelijke variabele van grote invloed op tevredenheid over de gehele behandeling, de zorgsatisfactie.

5.2 Conclusies kwalitatieve onderzoek

Over het algemeen vond men de verpleging goed en het contact met hen en de specialist prettig. Dit kwam doordat men voldoende antwoorden kreeg op vragen en voldoende informatie ontving.

Daarnaast was men tevreden over de andere steunaspecten, “uiten en verwerken van gevoelens”, “opvang bieden”, “maken van keuzes”, en “betrokkenheid bij de behandeling”. Bij een aantal patiënten waren deze laatste steunaspecten niet van toepassing omdat zij geen keuzes hadden omtrent hun behandeling of omdat zij niet bij de behandeling betrokken konden worden. De meeste patiënten vinden dat ze niets te klagen hebben en dat ze voldoende aandacht kregen.

Het tijdstip van het bezoek vond een aantal ongelukkig. Men was wel positief gestemd over de flexibele omgang vanuit het WZA met bezoektijden als dat nodig was.

Een viertal patiënten is over een aantal zaken minder tevreden. Het gaat hierbij vooral om het verblijf in het WZA na de operatie. Deze patiënten zijn niet zo tevreden over de informatieve steun en over de opvang die zij vanuit het WZA ervoeren. Ze vonden dat er te veel verschillende verpleegkundigen waren. Hierdoor waren er verpleegsters die soms niet wisten wat er aan de hand was met de patiënt. Een enkeling kreeg tegenstrijdige adviezen. Dit maakte de patiënten onzeker. Twee vonden dat de verzorging slordig was en dat ze niet goed in de gaten werden gehouden hoewel de verpleegster hun best deden. Hierdoor ging het een tijdje niet goed met deze patiënten en werd hun herstel vertraagd.

Het gaat vooral om discrepanties tussen de zorgverlening en de externe communicatie met de patiënt en discrepanties tussen vertaling van waargenomen verwachtingen in maatstaven en richtlijnen voor zorgverlening en de daadwerkelijke zorgverlening. Hierdoor week de ervaren zorg bij deze patiënten negatief af van de verwachte zorg en waren zij niet zo tevreden over de steun vanuit het WZA. Dit leidde vervolgens tot een lagere zorgsatisfactie. Vrijwel alle patiënten geven aan dat ze steun vanuit het WZA erg belangrijk vinden en dat dit een belangrijke rol speelt bij de zorgsatisfactie.

Volgens een patiënt loopt de communicatie binnen het WZA over te veel schakels. Van verpleegster, naar zaalarts, naar specialist, weer terug naar zaalarts en naar verpleging die het aan de patiënt doorgeeft. Dit was volgens hem een reden voor problemen. Dit zijn organisatorische kenmerken waardoor de zorgverlening en de steun vanuit het WZA verminderd wordt.

Sociale steun blijkt vooral ten goede te komen aan het mentale welzijn van de patiënt. Er is geen duidelijke relatie tussen tevredenheid over sociale steun en steun vanuit het WZA. Volgens een patiënt bestaat er een relatie tussen assertiviteit en de hoeveelheid ontvangen informatie. Assertiviteit kan samenhangen met gepercipieerde controle. Uit de kwantitatieve gegevens blijkt echter dat patiënten met een hogere gepercipieerde controle vinden dat ze significant minder informatie hebben ontvangen. De relatie tussen gepercipieerde controle en steun vanuit de zorginstelling blijft onduidelijk.

5.3 Eindconclusies en aanbevelingen

In deze paragraaf worden puntsgewijs de belangrijkste conclusies uit het onderzoek weergegeven. Daarnaast worden twee aanbevelingen geformuleerd.

Eindconclusies

- Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over steun vanuit het WZA en over de gehele behandeling in het WZA. Voor steun vanuit het WZA geven de patiënten gemiddeld een 7,4, voor de gehele behandeling geven patiënten gemiddeld een 8. De meeste patiënten hechten veel belang aan steun vanuit het WZA. Niet alle patiënten vinden dat ze veel steun vanuit het WZA hebben ontvangen. Hierdoor kan het voorkomen dat patiënten die veel belang hechten aan steun vanuit het WZA weinig steun vanuit het WZA hebben ontvangen en niet tevreden zijn over steun vanuit het WZA.
- Uit het onderzoek blijkt dat het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun een belangrijke rol spelen bij de tevredenheid over deze steun. Dit geldt zowel voor tevredenheid in de zin van rapportcijfers als in de zin van de VIZ scores. Wanneer aan het gehechte belang aan steun, de behoefte aan steun en de verwachting omtrent steun vanuit het WZA wordt voldaan zijn de patiënten tevreden over de steun vanuit het WZA. Het verband tussen hoeveelheid ontvangen steun en tevredenheid over steun vanuit het WZA is het sterkst. Hoe groter de hoeveelheid ontvangen steun, hoe tevredener de patiënten over steun vanuit het WZA zijn.
- Bepaalde onderdelen van steun vanuit het WZA houden verband met tevredenheid over sociale steun. Tevredenheid over sociale steun blijkt positief verband te houden met de hoeveelheid ontvangen informatieve steun vanuit het WZA. Patiënten weten waarschijnlijk met behulp van mensen uit hun sociale netwerk meer informatieve steun vanuit het WZA te onttrekken. Hierdoor leidt tevredenheid over sociale steun ook tot tevredenheid over informatieve steun vanuit het WZA omdat goed aan hun behoeften aan informatieve steun vanuit het WZA wordt voldaan. Ondanks dat sociale steun weinig verband houdt met andere vormen van steun vanuit het WZA blijkt uit de kwalitatieve gegevens dat patiënten sociale steun tijdens hun opname wel erg prettig vinden. Sociale steun voldoet blijkbaar aan andere belangrijke behoeften dan waaraan steun vanuit het WZA (kan) voldoen.

- Ook gepercipieerde controle houdt verband met bepaalde onderdelen van steun vanuit het WZA. Patiënten met een grote gepercipieerde controle hechten meer belang aan betrokkenheid bij de behandeling, waarschijnlijk om zij deze grote mate van gepercipieerde controle willen handhaven. Zij vinden niet dat ze meer zijn betrokken bij de behandeling en ze vinden dat ze minder informatieve steun hebben ontvangen dan andere patiënten. Dit leidt ertoe dat patiënten met een grote gepercipieerde controle minder tevreden zijn over informatieve steun vanuit het WZA en ook minder tevreden zijn over steun totaal vanuit het WZA. Zij worden niet in hun behoeften aan deze vormen van steun vanuit het WZA bevredigd.
- Uit de voorgaande punten blijkt de noodzaak rekening te houden met het gehechte belang / de behoefte van patiënten aan steun en de daadwerkelijk verleende steun. De steun die vanuit het WZA wordt gegeven moet worden afgestemd op het gehechte belang aan steun. Hierdoor komt de ervaren zorg beter overeen met de verwachte zorg. Dit kan leiden tot een grotere zorgsatisfactie. De VIZ scores zijn wat dat betreft een betere maat voor tevredenheid over steun dan de rapportcijfers. Ondanks dat de cijfers voor steun vrij hoog zijn is het moeilijk aan te geven wanneer patiënten echt tevreden zijn met steun vanuit het WZA. Hoewel een 7 wijst op tevredenheid is er klaarblijkelijk toch niet helemaal voldaan aan de behoefte aan steun vanuit het WZA. De VIZ scores zijn opgebouwd uit het gehechte belang aan steun en de hoeveelheid ontvangen steun en geven daarom een beter beeld van de feitelijke situatie en de tevredenheid van de patiënten.
- Ondanks dat blijkt de tevredenheid over steun vanuit het WZA in de vorm van rapportcijfers sterk verband te houden met de tevredenheid over de gehele behandeling, de zorgsatisfactie. Rapportcijfers zijn vrij algemeen. Wanneer patiënten lager dan een acht geven zijn er blijkbaar toch een aantal zaken niet naar wens verlopen. Hiermee moet rekening worden gehouden. Vooral het rapportcijfer voor steun bij het uiten en verwerken van gevoelens houdt verband met de zorgsatisfactie. Dit komt overeen met het onderzoek van de NCPF waaruit blijkt dat patiënten bejegening en steun belangrijke aspecten vinden van de zorg. Wanneer het WZA streeft naar verhoging van de kwaliteit van zorg en de zorgsatisfactie is het belangrijk veel aandacht te besteden aan steun en bejegening. Het is daarnaast belangrijk om het gehechte belang aan steun van patiënten en de daadwerkelijk verleende steun in kaart te brengen. Wanneer men op de hoogte is van het gehechte belang aan steun van de patiënt kan beter zorg op maat worden verleend. Hierdoor komt de ervaren zorg beter overeen met de verwachte zorg en de behoefte aan zorg en kan de zorgsatisfactie worden vergroot. Dit wordt onderstreept door de kwalitatieve resultaten. Hieruit blijkt eveneens dat de mate waarin wordt voldaan aan de behoefte aan steun en de verwachte steun bepalend is voor de tevredenheid over deze steun.

Aanbevelingen

- In paragraaf 4.2 zijn een aantal knelpunten / verbeterpunten genoemd die door de geïnterviewde patiënten bij het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek zijn geformuleerd. Uit het onderzoek blijkt dat sociale steun en gepercipieerde controle verband houden met sommige vormen van steun vanuit het WZA. De tevredenheid over steun vanuit het WZA wordt vooral bepaald door de mate waarin de zorgbehoefte van de patiënt wordt bevredigd, in welke mate de ervaren steun overeen komt met de verwachte steun. Het is dus van groot belang het gehechte belang van patiënten aan steun vanuit het ziekenhuis in kaart te brengen. Wanneer een patiënt wordt opgenomen zou men in een gesprek met een verpleegkundige kunnen informeren naar diens situatie en vragen aan welke steun vanuit het WZA deze patiënt behoefte heeft. Er zou eventueel een patiëntenstatus kunnen worden gemaakt van de steunbehoefte. Op deze manier kan gericht steun vanuit het WZA gegeven worden en beter worden

ingespeeld op de wensen en behoeften van de patiënten. Dit draagt bij aan zorg op maat waardoor efficiënter gewerkt kan worden en de zorgsatisfactie kan worden vergroot.

- Daarnaast wordt aanbevolen meer rekening te houden met individuele persoonskenmerken zoals tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle van patiënten, waardoor het gehechte belang aan bepaalde steun vanuit het WZA wordt beïnvloed. Ook dit leidt tot zorg op maat waardoor efficiënter kan worden gewerkt en de zorgsatisfactie kan worden vergroot.

5.4 Discussie

In deze paragraaf worden een aantal kanttekeningen en discussiepunten bij het onderzoek geformuleerd. Om pragmatische redenen zijn een aantal concessies gedaan die de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek negatief kunnen hebben beïnvloed.

Als eerste is het aantal respondenten bij het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek vrij klein. Hierdoor moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Daarnaast betreft het een populatie van één afdeling binnen het WZA waardoor de verkregen resultaten en conclusies niet automatisch kunnen worden gegeneraliseerd naar het gehele WZA of naar andere zorginstellingen. Binnen de onderzochte populatie zijn patiënten met verschillende aandoeningen ondervraagd. Ook dit kan de generaliseerbaarheid en de validiteit negatief beïnvloeden.

Tevens zijn de patiënten uit de onderzoeksgroep tot ruim een jaar geleden ontslagen uit het WZA. Er zit dus geruime tijd tussen de daadwerkelijke opname en de vragenlijst die over deze opname gaat. Hierdoor zouden er vertekeningen kunnen optreden of zouden ex-patiënten zich bepaalde zaken niet meer goed kunnen herinneren. Hierdoor moeten de resultaten en conclusies wederom voorzichtig behandeld worden. Bij kleine aantallen respondenten gebeurt het wel eens dat men de overschrijdingskans vergroot van .05 naar .10. Wanneer dit bij dit onderzoek zou zijn gedaan zouden er meer significante verbanden zijn aangetroffen. Dit had enigszins andere resultaten en conclusies tot gevolg gehad. Het responspercentage van de patiënten die zijn geïnterviewd is laag. Ongeveer tweederde van de benaderde patiënten heeft niet aan een interview meegewerkt. Hierdoor moeten de resultaten wederom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tenslotte wordt aanbevolen verder onderzoek te doen naar de invloed van tevredenheid over sociale steun en gepercipieerde controle op steun vanuit de zorginstelling. Onderzoek onder patiënten groepen van andere samenstelling of achtergrond zouden nieuwe inzichten in deze relatie kunnen geven. Bij de wens efficiënter te werken en beter in te spelen op de individuele wensen en behoeften van patiënten is het van belang meer inzicht te krijgen in de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en behoeften van patiënten. Met behulp van onderzoek naar andere patiëntgerelateerde factoren kunnen inzichten ontstaan die meer zorg op maat mogelijk maken waardoor de zorgsatisfactie verder kan worden vergroot.

Voetnoten:

- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 82
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 81
- ¹ www.wza.nl, 23 september 2003
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 117
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 85
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 91
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 92 e.v.
- ¹ Algemene kwaliteitscriteria, De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, blz. 6
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 12
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 14
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 15
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 15, 16
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 16, 17, 18
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 18, 19
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 20
- ¹ Campbell e.a. Defining quality of care, Social Science & Medicine 51 (2000) 1611
- ¹ Campbell e.a. Defining quality of care, Social Science & Medicine 51 (2000) 1615
- ¹ Hall e.a. Why are sicker patients less satisfied with their medical care?
- ¹ Aakster en Groothoff, Medische Sociologie, blz 67
- ¹ Ros, Sociale steun bij kankerpatiënten, blz. 19, 20
- ¹ Tjhuis, Social networks and health, blz. 98
- ¹ Aakster en Groothoff, Medische Sociologie, blz 69
- ¹ Tjhuis, Social networks and health, blz. 97
- ¹ Aakster en Groothoff, Medische Sociologie, blz 69
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief blz. 14, 15, 16
- ¹ Gaillard, Stress, Productiviteit en Gezondheid, blz. 22
- ¹ Aakster en Groothoff, Medische Sociologie, blz 77
- ¹ Gaillard, Stress, Productiviteit en Gezondheid, blz. 22, 23
- ¹ Hall e.a. Why are sicker patients less satisfied with their medical care?
- ¹ Stüssgen, Kwaliteit van verpleging / verzorging vanuit patiëntenperspectief, blz. 24
- ¹ Algemene kwaliteitscriteria, De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, blz. 19-21
- ¹ Suurmeijer et al.,1995, Doeglas et al.,1996
- ¹ Harteloh en Casparie, Kwaliteit van zorg, blz. 87

Literatuurlijst

- Aakster, C.W. en Groothoff, J.W., *Medische Sociologie*, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg, zesde druk, Wolters-Noordhoff Groningen / Houten, 2003
- Campbell, S.M., Roland, M.O., *Defining quality of care*, Social Science & Medicine 51, blz.1611-1625, 2000
- Casparie, A.F., *Onderzoek Kwaliteit van Zorg*, Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntperspectief VCC, handleiding en vragenlijsten, 1998.
- Clark, M.S., Smith, D.S., *Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke*, International Journal of Rehabilitation Research 21, blz.143-154, 1998
- De Jong-Gierveld, J., Van der Zouwen, J., *De vragenlijst in het sociaal onderzoek*, Een confrontatie van onderzoekspraktijk en –methodiek, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987
- Gaillard, Anthony W.K. Stress, *Productiviteit en Gezondheid*, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, 1996
- Hall, Judith A. e.a., *Why are sicker Patients less satisfied with their medical care?* Test of two explanatory models, Health Psychology, vol.17, No.1, 70-75, 1998
- Harteloh, P.P.M. *Kwaliteit van zorg, concepten en methoden*, Een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
- Harteloh, P.P.M., Casparie, A.F., *Kwaliteit van Zorg*, van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak; Beleid en Management gezondheidszorg, Maarssen, Elsevier / De Tijdstroom, 1998
- Huizingh, E., *Inleiding SPSS 9.0 voor Windows en data-entry*, Schoonhoven : Academic Service, economie en bedrijfskunde, 1999.
- Kane, Robert L. e.a. *The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes*, Medical Care, volume 35, number 7, pagina 714 – 730, Lippincott – Raven Publishers, 1997
- Liukku, A. en Rosenberg E., *De scriptie als (neembare) hindernis*, Erasmus Magazine, 14 januari 1999
- Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie, *Algemene Kwaliteitscriteria*, de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, Utrecht, 1996.
- Ros, Wynand, J.G. , *Sociale steun bij kankerpatiënten*, Thesis Publischers, Amsterdam 1990.
- Schneider, M.J. e.a. *Continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief: een nieuw meetinstrument*, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2000, blz.101-107
- Suurmeijer, Th. P.B.M., *Kwaliteit van zorg*, percepties en prioriteiten, Epilepsie Bulletin, nr.1, maart 1992

Tijhuis, M.A.R., *Social networks and health*, Nederlands Instituut voor onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht, 1994

Waal, van der, M.A.E. e.a., *Patiëntenraadpleging bij twee gezondheidscentra in Rotterdam*, Onderzoek in opdracht van Stichting Wijkgezondheidscentrum Ommoord en Stichting Gezondheidscentrum Zevenkamp, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

Bijlage 1 Begeleidende brief bij de vragenlijst

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Postbus 30001
9400 RA ASSEN

Geachte heer, mevrouw,

De Cliëntenraad van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen behartigt de belangen van patiënten van het ziekenhuis. Daarnaast doet de Cliëntenraad ook regelmatig onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Dergelijke onderzoeken zijn een goed hulpmiddel om de zorg (nog) beter af te stemmen op de wensen en behoeften van patiënten.

Op dit moment loopt er ook een onderzoek van de Cliëntenraad in het WZA. Het is erop gericht om de beleving van patiënten gedurende de behandeling in het ziekenhuis in kaart te brengen. Het gaat hierbij om zaken als:

- * hoe waren de contacten tussen de patiënt en de hulpverlener(s)?
- * hoe heeft de patiënt de behandeling ervaren?
- * hoe is het verloop van de aandoening gedurende de behandeling geweest?

Met de antwoorden op deze vragen kunnen behandelaars vervolgens beter inspelen op de wensen en behoeften van patiënten.

Volgens onze gegevens bent u onlangs behandeld in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, op de **afdeling chirurgie (polikliniek interne geneeskunde bij GT)**. Bij deze brief treft u een vragenlijst aan. Deze vragenlijst gaat over uw opname en de behandeling. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer een half uur duren.

U kunt ervan verzekerd zijn dat de gegevens die uit de vragenlijst naar voren komen, geheel anoniem worden behandeld. Dat wil zeggen dat u niet herkenbaar zal zijn in de eindrapportage. Voor het terugsturen van de vragenlijst kunt u gebruik maken van de bijgevoegde retourenvelop (een postzegel plakken is niet nodig). Wanneer u er prijs op stelt, kunt u te zijner tijd een samenvatting krijgen van het eindrapport. Hiervoor kunt u aan het eind van de vragenlijst op een aparte pagina uw naam en adres invullen.

Voor vragen kunt u contact opnemen met Remco ter Heijne (onderzoeker) 06 471 462 54

Wij willen u echter bij voorbaat danken voor het invullen (en terugsturen) van de vragenlijst. Daarmee draagt u namelijk een belangrijk steentje bij aan de verbetering van de zorg in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

Met vriendelijke groet,

Namens de Cliëntenraad,
Remco ter Heijne (onderzoeker)

Bijlage 2 Herinneringsbrief bij de vragenlijst

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Postbus 30001
9400 RA ASSEN

Groningen, 1 juli 2003

Geachte heer / mevrouw,

Zo'n anderhalve week geleden is er vanuit het Wilhelmina Ziekenhuis Assen een vragenlijst naar u verstuurd waarin gevraagd werd naar uw ervaringen met uw opname in dat ziekenhuis.

Indien u deze vragenlijst reeds heeft ingevuld en opgestuurd naar de onderzoekers, dan wil ik u vriendelijk danken voor uw medewerking. U krijgt t.z.t., indien u dat heeft aangegeven, een samenvatting van de uitkomsten toegestuurd.

Als het invullen en terugsturen er, om wat voor reden dan ook, nog niet van is gekomen, dan zou ik u vriendelijk willen vragen dat alsnog te doen. Om een goed beeld te krijgen van de situatie is het van belang dat zoveel mogelijk mensen meedoen aan het onderzoek. Bij voorbaat dank voor uw medewerking. Indien er nog vragen zijn, dan kunt u contact opnemen met Remco ter Heijne (onderzoeker) op: 06 471 462 54.

Intussen is de vakantieperiode aangebroken. Mocht deze brief gedurende uw afwezigheid zijn bezorgd, dan is het misschien goed om te weten dat vragenlijsten die voor 1 augustus binnenkomen, nog aan het onderzoek mee kunnen doen.

Met vriendelijke groet,

Namens de Cliëntenraad,
Remco ter Heijne (onderzoeker)

Vragenlijst ‘Steun vanuit de zorginstelling’

*Een onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de behoefte van
patiënten aan steun vanuit de zorginstelling en hun tevredenheid over
deze steun*

Een onderzoek in opdracht van de Cliëntenraad van het Wilhelmina Ziekenhuis
Assen, onder begeleiding van het Noordelijk Centrum voor
Gezondheidsvraagstukken, Rijks Universiteit Groningen.

Toelichting op de vragenlijst

In dit onderzoek willen we graag achterhalen welke factoren invloed hebben op de behoefte aan steun vanuit het ziekenhuis bij een ingrijpende operatie. Daarnaast willen we in kaart brengen hoeveel steun de patiënten gekregen hebben en of ze hier tevreden over zijn. Met deze gegevens kan het Wilhelmina Ziekenhuis Assen de zorg beter afstemmen op de wensen en behoeften van de patiënt.

Alle antwoorden die u geeft zullen vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de onderzoeker kan de vragenlijst inzien en de gegevens uit de vragenlijst zullen anoniem verwerkt worden.

Wilt u voor het invullen van de vragenlijst onderstaande punten goed doorlezen?

- Deze vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen. Elk onderdeel begint met een inleiding waarin staat wat de bedoeling is van de vragen en hoe u deze kunt beantwoorden.
- Begint u vooraan en werk de vragen één voor één door tot u klaar bent. Het is voor ons erg belangrijk dat u alle vragen invult.
- Vul de vragenlijst op uw gemak in. Denkt u rustig na en neemt u alstublieft voldoende tijd voor het invullen van de vragenlijst. Het zal ongeveer een half uurtje duren.
- Bij het beantwoorden van de vragen moet u een kruisje zetten in het vakje bij het door u gekozen antwoord. Wanneer een situatie niet van toepassing is kunt u het hokje n.v.t. (niet van toepassing) aankruisen. Het getal bij elk hokje heeft voor u verder geen betekenis, dit is alleen nodig voor de technische verwerking van de gegevens.
- De ingevulde vragenlijst kunt u terugsturen in bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel plakken is hierbij niet nodig. Wij stellen het op prijs als u dit binnen één week na ontvangst doet.

Mocht u nog vragen hebben over de vragenlijst of over het onderzoek zelf, dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker of de projectleider. Veel succes bij het invullen van de vragenlijst en hartelijk dank voor uw medewerking.

Remco ter Heijne (onderzoeker)
Tel. 06 - 471 462 54
E-mail. remcoterheijne@hotmail.com

Rijks Universiteit Groningen
Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Dr.J. Bouma (projectleider)
Tel. 050 - 3633109
E-mail. j.bouma@med.rug.nl

Deel 1 Steun vanuit de zorginstelling

In dit eerste gedeelte van de vragenlijst staan stellingen en vragen over de steun die u vanuit het ziekenhuis ontving gedurende uw opname. Telkens wordt gevraagd of een bepaalde situatie voorkwam en vervolgens hoeveel belang u hecht aan een dergelijke situatie.

Deelaspect 1 “Uiten en verwerken gevoelens”

Een ziekte, aandoening of behandeling kan allerlei onzekerheden en emoties met zich mee brengen. Ervaarde u steun bij het uiten en verwerken van emoties en spanningen?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| 1a. De specialist had tijd voor mij en gaf hulp bij onzekerheid en spanning | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 1b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |
| 2a. De verpleegkundige had tijd voor mij en gaf hulp bij onzekerheid en spanning. | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 2b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |
| 3a. De specialist hielp mij bij het begrijpen van informatie over mijn aandoening | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 3b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |
| 4a. De specialist luisterde naar mij en gaf advies bij problemen en zorgen in de thuissituatie. | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 4b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |
| 5a. De verpleegkundige luisterde naar mij en gaf advies bij problemen en zorgen in de thuissituatie. | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 5b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |
| 6a. Ik kreeg geestelijke verzorging door de dominee, pastoor of humanistische raadvrouw als ik daar behoefte aan had. | <input type="checkbox"/> 1 ja | <input type="checkbox"/> 2 nee | <input type="checkbox"/> 3 n.v.t. |
| 6b. Hoeveel belang hecht u hieraan? | <input type="checkbox"/> 1 heel veel belang | <input type="checkbox"/> 2 niet zo veel belang | <input type="checkbox"/> 3 geen belang |

7a. Er was tijd en gelegenheid om mijn gevoelens of zorgen over mijn ziekte met de specialist te bespreken. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

7b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

8. Zijn er nog zaken met betrekking tot het uiten en verwerken van gevoelens die u belangrijk vindt en die u heeft gemist tijdens uw opname in het WZA?

.....
.....
.....

9. Als u een cijfer zou moeten geven voor de begeleiding die u vanuit het ziekenhuis heeft gehad bij het uiten en verwerken van gevoelens, welk cijfer zou u dan geven?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deelaspect 2 “Maken van keuzes”

In het hele proces van zorgverlening zijn veel momenten dat er keuzes gemaakt moeten worden. Kreeg u tijdens uw behandeling steun bij het maken van keuzes?

10a. De specialist besprak met mij welke keuzes ik met betrekking tot de behandeling had en hij/zij wilde weten waar mijn voorkeur naar uitging. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

10b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

11a. De specialist moedigde mij aan om vragen die ik had over deze keuzemogelijkheden met hem/haar te bespreken. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

11b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

12a. De specialist liet mij, zo mogelijk meebeslissen over de behandeling of hulp die ik kreeg. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

12b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

13a. De specialist gaf uitleg over verschillende keuzemogelijkheden en zette de voor- en nadelen ervan op een rijtje. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

13b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

14a. De specialist nam mij serieus als ik zelf met ideeën omtrent mijn behandeling kwam. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

14b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

15a. De specialist gaf relevante informatie over de verschillende mogelijkheden die er waren met betrekking tot mijn behandeling. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

15b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

16. Zijn er nog zaken met betrekking tot het maken van keuzes die u belangrijk vindt en die u heeft gemist tijdens uw opname in het WZA?

.....
.....
.....

17. Als u een cijfer zou moeten geven voor de begeleiding die u vanuit het ziekenhuis heeft gehad bij het maken van keuzes, welk cijfer zou u dan geven?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deelaspect 3 “Betrokkenheid bij de behandeling”

Graag zouden wij uw mening willen weten over in hoeverre u werd betrokken bij de behandeling in het WZA en in hoeverre de specialisten en verpleegkundigen uw betrokkenheid stimuleerden.

18a. Ik kreeg advies van de specialist over hoe ik mijn aandoening kan vermijden en gezond kan blijven. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

18b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

19a. De specialist deed zijn/haar best om ervoor te zorgen dat ik mij niet ongerust maakte. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

19b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

20a. De verpleegkundige deed zijn/haar best om ervoor te zorgen dat ik mij niet ongerust maakte. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

20b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

21a. Ik werd door de specialist gestimuleert om activiteiten binnen het ziekenhuis te ondernemen. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

21b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

22a. Ik werd door de verpleegkundige gestimuleerd om activiteiten binnen het ziekenhuis te ondernemen. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

22b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

23a. De specialist liet mij zelf keuzes maken m.b.t. mijn medicijnen, als dat mogelijk was. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

23b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

24a. De verpleegkundige liet mij zelf keuzes maken m.b.t. mijn medicijnen, als dat mogelijk was. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

24b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

25a. Ik werd door de verpleegkundige en de specialist gestimuleerd zoveel mogelijk zelf te doen. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

25b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

26. Zijn er nog zaken met betrekking tot de mate waarin u werd betrokken bij de behandeling die u belangrijk vindt en die u heeft gemist tijdens uw opname in het WZA?

.....
.....
.....

27. Als u een cijfer zou moeten geven voor de mate waarin het ziekenhuis u betrok bij uw behandeling, welk cijfer zou u dan geven?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Deelaspect 4 “Opvang bieden”

De hulpverlener kan de patiënt steunen door hem / haar op te vangen en te beschermen tegen vervelende situaties. Wij willen graag uw mening over deze opvang tijdens uw behandeling in het WZA.

28a. Bij binnenkomst in het ziekenhuis werd ik goed opgevangen. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

28b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

29a. Bij binnenkomst op de verpleegafdeling werd ik goed opgevangen. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

29b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

30a. De specialist had aandacht en tijd voor mij en stelde mij op mijn gemak. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

30b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

31a. De verpleegkundige had aandacht en tijd voor mij en stelde mij op mijn gemak. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

31b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

32a. De specialist toonde begrip bij het vertellen van bezwaren of klachten tegen de voorgenomen behandeling. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

32b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

33a. De specialist zorgde voor voldoende privacy bij onderzoek en behandeling. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

33b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

34a. De verpleegkundige zorgde voor voldoende privacy bij onderzoek en behandeling. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

34b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

35a. Er werd gezorgd voor rust op de zaal wanneer ik daar behoefte aan had. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

35b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

36. Zijn er nog zaken met betrekking tot het bieden van opvang die u belangrijk vindt en die u heeft gemist tijdens uw opname in het WZA?

.....
.....
.....

37. Als u een cijfer zou moeten geven voor de opvang en bescherming die u vanuit het ziekenhuis heeft gekregen bij vervelende situaties, welk cijfer zou u dan geven?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deelaspect 5 “Informatie”

De hulpverlener kan de patiënt steun bieden door voldoende en duidelijke informatie te geven en deze zonodig verder toe te lichten. In hoeverre kreeg u voldoende en begrijpelijke informatie van de hulpverleners?

38a. De hoeveelheid informatie die ik kreeg in het ziekenhuis was compleet en begrijpelijk. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

38b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

39a. De informatie die de specialisten mij gaven was duidelijk. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

39b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

40a. De informatie die de verpleegkundigen mij gaven was duidelijk. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

40b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

41a. U kreeg inlichtingen over de dagindeling, de regels op de afdeling, het opnameboekje, enz. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

41b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

42a. De informatieoverdracht tussen de verpleegkundigen was goed. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

42b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

43a. De informatieoverdracht van de ene aan de andere afdeling binnen het ziekenhuis was goed. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

43b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

44a. Als u iets wilde vragen kon u gemakkelijk bij een verpleegkundige terecht. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

44b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

45a. De specialist gaf informatie over de kans op een goede afloop van de behandeling. 1 ja 2 nee 3 n.v.t.

45b. Hoeveel belang hecht u hieraan? 1 heel veel belang 2 niet zo veel belang 3 geen belang

46. Zijn er nog zaken met betrekking tot de informatie die u gekregen heeft in het ziekenhuis die u belangrijk vindt en die u heeft gemist tijdens uw opname?

.....
.....
.....

47. Als u een cijfer zou moeten geven voor de kwaliteit van de informatie die u vanuit het ziekenhuis heeft gekregen, welk cijfer zou u dan geven?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deel 2 Sociale steun uit uw omgeving

De vragen in dit tweede gedeelte hebben betrekking op sociale steun die u krijgt uit uw omgeving. Het gaat dus om emotionele steun die u ontvangt vanuit uw gezin, uw familie, vrienden, collega's enzovoort. Er wordt telkens gevraagd hoe vaak een bepaalde situatie voorkomt. Vervolgens wordt gevraagd in hoeverre dit overeenkomt met wat u prettig vindt.

48a. Gebeurt het wel eens dat u warmte en genegenheid ondervindt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

48b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

49a. Gebeurt het wel eens dat men vriendelijk tegen u is?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

49b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

50a. Gebeurt het wel eens dat men met u meevoelt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

50b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

51a. Gebeurt het wel eens dat men begrip voor u toont?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

51b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

52a. Gebeurt het wel eens dat men u een luisterend oor biedt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

52b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

53a. Gebeurt het wel eens dat men u op uw gemak stelt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

53b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

54a. Gebeurt het wel eens dat men u een duwtje in de goede richting geeft?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

54b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

55a. Gebeurt het wel eens dat men u opmontert of opvrolijkt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

55b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

56a. Gebeurt het wel eens dat men u geruststelt?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

56b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

57a. Gebeurt het wel eens dat men tegen u zegt de moed niet op te geven?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

57b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

58a. Gebeurt het wel eens dat u op andere mensen kunt vertrouwen?

- 1 zelden of nooit 2 nu en dan 3 regelmatig 4 vaak

58b. Komt dit overeen met dat wat u prettig vindt?

- 1 veel minder dan ik prettig vind 2 minder dan ik prettig vind 3 precies wat ik prettig vind

Deel 3 Gevoelens als gevolg van uw aandoening

In dit derde gedeelte van de vragenlijst staat een aantal vragen dat gaat over gevoelens die u misschien heeft gehad **met betrekking tot uw ziekte**. Het gaat hierbij om gevoelens **voorafgaande** aan uw opname. Er wordt telkens gevraagd of u bepaalde gevoelens had, of niet.

59. Sommige van de problemen waarvoor ik stond kon ik met geen mogelijkheid oplossen.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

60. Soms voelde ik dat er met me gesold werd.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

61. Ik had maar weinig controle over de dingen die met me gebeurden.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

62. Ik kon nagenoeg alles doen wat ik me voorgenomen had.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

63. Ik voelde me vaak hulpeloos in het omgaan met de problemen van het dagelijkse leven.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

64. Wat er met de toekomst gebeurde, hing grotendeels van mezelf af.

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

65. Er was weinig dat ik zelf kon doen in het veranderen van belangrijke dingen in mijn leven

- 1 helemaal niet mee eens 2 niet mee eens 3 mee eens 4 helemaal mee eens

Deel 4 Algemene vragen

In dit gedeelte staan algemene vragen over uw behandeling en het resultaat ervan.

66. Wanneer bent u opgenomen in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen voor uw (buik)operatie?

.....

67. Waar bestond de behandeling precies uit?

.....

.....

68. Is de klacht of aandoening na de behandeling in het WZA verholpen?

- 1 geheel verholpen
 2 gedeeltelijk verholpen
 3 gelijk gebleven
 4 erger geworden

69. Bent u tevreden met het eindresultaat van de ingreep?

- 1 heel tevreden
 2 redelijk tevreden
 3 gaat wel
 4 niet zo tevreden
 5 ontevreden

70. Als u één totaalcijfer zou moeten geven voor de **gehele behandeling** die u in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen heeft ondergaan, welk cijfer zou u dan geven?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deel 5 Persoonlijke vragen

In dit laatste gedeelte van de vragenlijst staat een aantal vragen dat gaat over uw geslacht, leeftijd en hoogste genoten opleiding.

71. Wat is uw geslacht?

- 1 man
 2 vrouw

72. Wat is uw leeftijd in jaren?

.....jaar

73. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- 1 Lager algemeen onderwijs, basisonderwijs, of een gedeelte hiervan
 2 Lager beroepsonderwijs; LTS, LHNO, LEAO, detailhandels (vak)- school, enzovoort
 3 Middelbaar algemeen onderwijs; ULO, MULO, MAVO, Middenschool, enzovoort
 4 Middelbaar beroepsonderwijs; MTS, UTS, MBA, MEAO, enzovoort
 5 Voortgezet algemeen onderwijs; HBS, gymnasium, lyceum, HAVO, enzovoort
 6 Hoger beroepsonderwijs; HTS, HEAO, HBO, enzovoort
 7 Wetenschappelijk onderwijs

Op- of aanmerkingen.

De ruimte hieronder kunt u gebruiken voor eventuele op- of aanmerkingen over zaken die u van belang vindt.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het invullen.

Op het volgende blad kunt u uw naam en adres invullen indien u een samenvatting van het eindrapport wilt ontvangen.

Indien u op dit blad uw naam en adres invult krijgt u een samenvatting van het eindrapport toegezonden.

Naam:

.....

Adres:

.....
.....
.....

Bijlage 4 Interviewbrief

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Postbus 30001
9400 RA ASSEN

Geachte heer, mevrouw,

De Cliëntenraad van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen behartigt de belangen van patiënten van het ziekenhuis. Daarnaast doet de Cliëntenraad ook regelmatig onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Dergelijke onderzoeken zijn een goed hulpmiddel om de zorg (nog) beter af te stemmen op de wensen en behoeften van patiënten.

Op dit moment loopt er ook een onderzoek van de Cliëntenraad in het WZA. Het is erop gericht om de beleving van patiënten gedurende de behandeling in het ziekenhuis in kaart te brengen. Het gaat hierbij om zaken als:

- * hoe waren de contacten tussen de patiënt en de hulpverlener(s)?
- * hoe heeft de patiënt de behandeling ervaren?
- * hoe is het verloop van de aandoening gedurende de behandeling geweest?

Door patiënten van het WZA te interviewen wordt geprobeerd een antwoord te vinden op deze vragen. Met deze antwoorden kunnen behandelaars vervolgens beter inspelen op de wensen en behoeften van patiënten.

Volgens onze gegevens bent u onlangs behandeld in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen bij het **specialisme Interne geneeskunde / chirurgie**. Wij willen u bij deze dan ook vriendelijke verzoeken om mee te werken aan een interview. U gaat dan het gesprek aan met een student van de Rijks Universiteit Groningen. Het afnemen van de interviews en het inventariseren van de uitkomsten vormt een gedeelte van hun afstudeeronderzoek.

U kunt ervan verzekerd zijn dat de gegevens die uit de interviews naar voren komen, geheel anoniem worden behandeld. Dat wil zeggen dat uw naam niet genoemd wordt en dat u niet herkenbaar zal zijn in de eindrapportage die van alle interviews gemaakt wordt. Van ieder interview wordt tevens een apart verslag gemaakt. Dit verslag krijgt u ter inzage thuis gestuurd. Pas nadat u met het verslag akkoord gaat, wordt het verwerkt in het eindrapport van alle interviews.

Wij zullen binnen een week telefonisch contact met u opnemen om u te vragen of u mee wilt werken aan een interview. Als u nog vragen heeft, kunt u die tijdens het telefoongesprek gewoon stellen. Wij hopen dat u bereid bent een steentje bij te dragen aan de verbetering van de zorg in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

Met vriendelijke groet,

Namens de Cliëntenraad,
Remco ter Heijne (onderzoeker)

Bijlage 5 Checklist interviews

1. Voorgeschiedenis

Codenummer patiënt	
Problematiek	Wat ging er vooraf aan de behandeling in het ziekenhuis?(wanneer diende de verschijnselen van de klacht of ziekte zich aan? Hoe reageerde de patiënt daarop? Welke invloed had dit op zijn functioneren binnen zijn gezin / werk? Stimuleerden gezinsleden / collega's de patiënt om hulp te zoeken? Hoe ernstig is de aandoening? Welke stappen zijn toen ondernomen om hier iets aan te doen?)
Behandelingen	Met welke hulpverleners is contact geweest voorafgaande aan de behandeling in het ziekenhuis? (Is hij eerst naar een huisarts geweest? Hoe lang heeft de patiënt gewacht tot hij naar de huisarts ging? Volgde daarna een doorverwijzing? Hoe lang was de wachttijd hiervoor?)
Ziekteontwikkeling	Hoe ontwikkelde het probleem zich vervolgens? (welke stappen zijn ondernomen voordat de patiënt naar het ziekenhuis ging?)
Verwachtingen	Wanneer en met welke verwachtingen is de patiënt vervolgens naar het ziekenhuis gegaan? (Welk resultaat van de behandeling verwachtte de patiënt? Hoe lang verwachtte de patiënt dat het duurde voordat hij genezen was? Hoe lang dacht hij in het ziekenhuis te liggen?)

2. Gang door het ziekenhuis

2.1 <i>Gebeurtenis op datum</i>	<p>Chronologische volgorde van contacten met het ziekenhuis (Hoeveel consulten hebben er plaatsgevonden? wanneer intake gesprek? Wanneer behandelingen? Ontslaggesprek? Controles? Contacten tussen patiënt en arts en patiënt en verplegend personeel?)</p> <p>Per consult: Wat is er gebeurt tijdens dat consult wat betreft onderzoek en behandeling? (Welk onderzoek heeft plaatsgevonden op die datum en welke behandeling. Wat is daarbij gezegd of als instructie gegeven? Had de patiënt de vrijheid om te kiezen tussen alternatieven? Welke medicatie is er gegeven? Kreeg de patiënt voldoende en begrijpelijke informatie over en gedurende de behandeling? Welke mensen hierbij aanwezig? Heeft de patiënt hinder of pijn gehad als gevolg van de behandeling?)</p> <p>Tussen de consulten: Wat gebeurde er tussen de consulten? Hoe ontwikkelde de aandoening zich in deze periode? Hoe lang heeft die periode geduurd en wat heeft de patiënt in die periode gedaan ten aanzien van zijn ziekte en herstel? Welk effect had de medicatie? Heeft hij last gehad van bijwerkingen?</p> <p><i>Bevindingen naar voren komend uit dit eerste onderdeel worden geverifieerd aan de hand van het patiëntdossier van de patiënt. Eventuele discrepanties worden gerapporteerd.</i></p>
------------------------------------	---

<p>2.2 <i>Beleving op datum</i></p>	<p>Per consult: Wat vindt de patiënt van het consult? (Hoe ervaarde de patiënt de communicatie met het medische personeel? Kreeg hij voldoende aandacht, vertrouwen, duidelijkheid over behandeling, alternatieven te zoeken? Ervaarde men voldoende ruimte tot het stellen van vragen of het formuleren van klachten? Werd er naar de patiënt geluisterd? Is de patiënt met respect behandeld? Wat vindt de patiënt van de medicatie en adviezen? Vindt hij ze nuttig? Wat had anders gemoeten?)</p> <p>Tussen de consulten: Welk effect had het consult op hoe men zich voelde? Hoe voelde de patiënt zich na het consult? Was hij er tevreden over? Voelde hij zich beter? Wat vond men van de tijdsduur tussen de consulten? Heeft hij zich aan de medicatie / adviezen gehouden? Vindt hij het moeilijk om zich eraan te houden? Wil hij zich in de toekomst er aan houden?</p>
---	--

<p>2.3 <i>Context op datum</i></p>	<p>Algemeen tijdens het behandelingsproces: In hoeverre speelden mensen uit de naaste en bredere omgeving een rol bij de ontwikkeling van de ziekte en de behandeling in het ziekenhuis? Hoe hebben de naasten gereageerd op de ziekte / behandeling? Wat hebben de huisgenoten gedaan of gezegd? Hoe reageerden ze tijdens het proces van aandoening, diagnose, behandeling, genezing? Heeft de patiënt steun gekregen van mensen uit de naaste omgeving en / of van mensen uit een bredere omgeving, bijvoorbeeld uw collega's?</p> <p>Wat vinden deze mensen van de behandeling en het resultaat? (Was de patiënt goed geholpen?)</p>
--	---

<p>2.4 <i>Eigen activiteit / natraject op datum</i></p>	<p>Tussen of na de consulten: Heeft de patiënt zelf zaken gedaan ten behoeve van herstel van de kwaal / ziekte? (Homeopathische middelen gebruikt? Alternatieve geneeswijzen geprobeerd? Andere zaken?) Waren er omstandigheden die het herstel belemmerden?</p>
---	---

<p>3. Algemeen / evaluatie</p>

	<p>Hoe is het verloop van de ziekte tijdens het hele traject geweest? Welke invloed heeft de behandeling gehad op ziekte / aandoening? Hoe is de gezondheidstoestand / gezondheidsbeleving veranderd? Hoe is het functieniveau veranderd gedurende en na de behandeling?) Is de patiënt door verschillende artsen behandeld? Hoe was de continuïteit van de zorg? Sloten de behandeling op elkaar aan? Was de communicatie tussen de artsen goed volgens de patiënt? Is men tevreden over het resultaat?</p>
--	--

Bijlage 6 Brief bij individuele interviewverslagen

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Postbus 30001
9400 RA ASSEN

Beste meneer / mevrouw.....,

Bij deze zend ik u het verslag dat ik gemaakt heb van het interview dat ik met u gehouden heb. Ik stel voor dat, wanneer u op- of aanmerkingen op dit verslag heeft, u mij binnen een week hierover benadert zodat ik het verslag daarop kan aanpassen. Als ik na een week niets van u gehoord heb ga ik er van uit dat het verslag zoals het nu is uw goedkeuring heeft.

De individuele verslagen van de interviews worden samengevoegd tot één verslag waar alleen de algemene bevindingen uit de interviews in staan en waarin u niet herkenbaar zal zijn.

Wanneer u mij wilt benaderen voor opmerkingen op basis van het verslag kunt u mij op de volgende manieren bereiken

- telefoon: 06 471 462 54
- e-mail: remcoterheijne@hotmail.com
- post: Remco ter Heijne
Parkweg 127
9727 HA Groningen

Bedankt voor uw medewerking. Met vriendelijke groet,

Namens de Cliëntenraad,
Remco ter Heijne (onderzoeker)

Bijlage 7 Factoranalyses

Somscores gehecht belang aan steun vanuit de zorginstelling

	gehecht belang aan steun onderdeel 1	gehecht belang aan steun onderdeel 2	gehecht belang aan steun onderdeel 3	gehecht belang aan steun onderdeel 4	gehecht belang aan steun onderdeel 5
gehecht belang aan steun onderdeel 1	-				
gehecht belang aan steun onderdeel 2	.40	-			
gehecht belang aan steun onderdeel 3	.47	.55	-		
gehecht belang aan steun onderdeel 4	.30	.54	.53	-	
gehecht belang aan steun onderdeel 5	.28	.35	.52	.41	-

Factorladingen

gehecht belang aan steun onderdeel 1	.41
gehecht belang aan steun onderdeel 2	.61
gehecht belang aan steun onderdeel 3	.71
gehecht belang aan steun onderdeel 4	.57
gehecht belang aan steun onderdeel 5	.46
totale eigenwaarde	2.80
totale verklaarde variantie	55.1%

Somscores hoeveelheid ontvangen steun vanuit de zorginstelling

	ontvangen steun onderdeel 1	ontvangen steun onderdeel 2	ontvangen steun onderdeel 3	ontvangen steun onderdeel 4	ontvangen steun onderdeel 5
ontvangen steun onderdeel 1	-				
ontvangen steun onderdeel 2	.25	-			
ontvangen steun onderdeel 3	.37	.41	-		
ontvangen steun onderdeel 4	.18	.11	.50	-	
ontvangen steun onderdeel 5	.24	.26	.38	.47	-

Factorladingen

ontvangen steun onderdeel 1	.33
ontvangen steun onderdeel 2	.32
ontvangen steun onderdeel 3	.67
ontvangen steun onderdeel 4	.48
ontvangen steun onderdeel 5	.50
totale eigenwaarde	2.30
totale verklaarde variantie	46.00%

Somscores DES en PES schaal

	tevredenheid met dagelijkse emotionele steun	tevredenheid met probleemgeoriënteerde emotionele steun
tevredenheid met dagelijkse emotionele steun	-	
tevredenheid met probleemgeoriënteerde emotionele steun	.69	-

Factorladingen

tevredenheid met dagelijkse emotionele steun	.85
tevredenheid met probleemgeoriënteerde emotionele steun	.85
totale eigenwaarde	1.70
totale verklaarde variantie	84.60%

Rapportcijfers voor de onderdelen van steun vanuit de zorginstelling

	Cijfer voor ontvangen steun bij uiten en verwerken gevoelens	Cijfer voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	Cijfer voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	cijfer voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	Cijfer voor de informatie voorziening in het WZA
Cijfer voor ontvangen steun bij uiten en verwerken gevoelens	-				
Cijfer voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	.84	-			
Cijfer voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	.72	.77	-		
Cijfer voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	.83	.91	.82	-	
Cijfer voor de informatie voorziening in het WZA	.83	.95	.77	.91	-

Factorladingen

Cijfer voor ontvangen steun bij uiten en verwerken gevoelens	.82
Cijfer voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	.92
Cijfer voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	.76
Cijfer voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	.92
Cijfer voor de informatie voorziening in Het WZA	.92
Totale eigenwaarde	4.35
Totale verklaarde variantie	86.92%

Somscores van de VIZ scores van de onderdelen van steun vanuit de zorginstelling

	VIZ score voor steun bij uiten en verwerken gevoelens	VIZ score voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	VIZ score voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	VIZ score voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	VIZ score voor de informatievoorziening in het WZA
VIZ score voor steun bij uiten en verwerken gevoelens	-				
VIZ score voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	.39	-			
VIZ score voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	.49	.42	-		
VIZ score voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	.21	.16	.57	-	
VIZ score voor de informatievoorziening in het WZA	.37	.40	.63	.48	-

Factorladingen

VIZ score voor steun bij uiten en verwerken gevoelens	.44
VIZ score voor begeleiding m.b.t. het maken van keuzes	-
VIZ score voor de mate waarin het WZA u betrok bij de behandeling	.76
VIZ score voor de opvang en bescherming vanuit het WZA	.45
VIZ score voor de informatievoorziening in het WZA	.65
Totale eigenwaarde	2.69
Totale verklaarde variantie	53.75%

Bijlage 8 Regressieanalyse totale onderzoeksmodel

Regressieanalyse totale onderzoeksmodel (N=43)

Onafhankelijke variabele	Bèta tevredenheid over de gehele behandeling in het WZA	R ²
Tevredenheid met Dagelijkse Emotionele Steun	-.12	
Tevredenheid met Probleemgeoriënteerde emotionele steun	.10	
Gepercipieerde controle	-.03	
Gehecht belang aan steun vanuit WZA	.05	
Ontvangen steun vanuit WZA	.65	
Rapportcijfer voor steun m.b.t. uiten en verwerken van gevoelens	.53**	
Rapportcijfer voor steun m.b.t. maken van keuzes	.62	
Rapportcijfer voor betrokkenheid bij de behandeling	-.39	
Rapportcijfer voor opvang	.18	
Rapportcijfer voor informatieve steun	-.04	
VIZ score uiten en verwerken van gevoelens	-.26	
VIZ score maken van keuzes	-.26	
VIZ score betrokkenheid bij de behandeling	-.07	
VIZ score opvang	-.11	
VIZ score informatieve steun	-.35	
Tevredenheid met het resultaat van de ingreep	.17	
Totaal		.95

** p< 0.01 (tweezijdig)

Bijlage 9 Correlatietabel onderzoeksvariabelen

	tevr. sociale steun	geperc. controle	gehecht belang steun WZA	hoeveelheid ontvangen steun WZA	VIZ score totaal	cijfer steun WZA	cijfer behandeling WZA	tevredenheid resultaat ingreep
tevr. sociale steun	-							
geperc. controle	-.35**	-						
gehecht belang steun WZA	-.26	.18	-					
hoeveelheid ontvangen steun WZA	.06	-.13	.36*	-				
VIZ score totaal	.24	-.33*	.10	.90***	-			
cijfer steun WZA	.16	-.39**	-.15	.40**	.66**	-		
Cijfer behandeling WZA	.22	-.43**	-.22	.21	.50	.86**	-	
Tevredenheid resultaat ingreep	.13	-.24	-.23	.13	.39**	.64**	.72**	-

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

