



Handleiding patiëntenenquêtes

*Aan de slag met schriftelijke of elektronische
patiëntenenquêtes binnen uw zorginstelling*

Inhoudsopgave

Inleiding	3	
1. Waarom naar de mening van patiënten vragen?	4	
2. Wanneer gebruikt u een schriftelijke patiëntenenquête?	4	
3. Voorbereiding	5	
4. Vragenlijst samenstellen	5	
4.1 Soorten vragen	5	
4.2 Gebruiksvriendelijke vragenlijst	7	
4.3 Bestaande vragenlijsten	8	
5. Doelgroep en steekproef vaststellen	9	
6. Beoordeling van de respons	9	
7. Verwerking en conclusies	10	
8. Rapportage	11	
9. Herhaling van de meting	11	
Bijlagen		
Bijlage 1	Basisregels voor schriftelijke patiëntenquêtes CBO	13
Bijlage 2	Checklist organisatie patiëntenquêtes	15
Bijlage 3.	Aselecte steekproef trekken met excel	18
Bijlage 4.	Conclusies trekken	19
Bijlage 5.	Literatuurlijst	20

Inleiding

In de gezondheidszorg staat de patiënt centraal. Steeds meer wordt erkend dat patiënten bij kunnen dragen aan het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Op de vraag hoe dat het beste kan, zijn verschillende antwoorden mogelijk. In deze handleiding concentreren wij ons op de schriftelijke enquête als instrument om ervaringen van de gebruikers van de zorg te meten. Er bestaan nog veel meer methoden en instrumenten om patiënten te betrekken bij de zorg. Hierover leest u meer op de website www.cbo.nl onder het thema patiëntgerichtheid. U vindt daar onder meer het handboek 'Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis', CBO, 2006.

Deze handleiding gaat in op het moment van inzetten van een schriftelijke patiëntenenquête, de voor- en nadelen en de plek die dit instrument kan innemen in het kwaliteitsbeleid. De verschillende fasen van de enquête komen aan bod: van voorbereiding via uitvoering, verwerking en evaluatie tot de invoering van verbeteringen en daarna het opnieuw meten van patiëntervaringen.

Uitgangspunt voor het schrijven van de handleiding zijn de *Basisregels voor de schriftelijke patiëntenenquêtes*, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Deze basisregels zijn opgenomen in bijlage 1. In de bijlagen vindt u tevens een checklist voor organisatie van patiëntenenquêtes, achtergrond informatie over het trekken van conclusies, hoe u een aselecte steekproef trekt in Excel en een literatuurlijst.

De handleiding is bedoeld voor een ieder die schriftelijke patiëntenenquêtes wil inzetten om patiëntervaringen te meten in de zorg.

Daar waar 'schriftelijk' staat kunt u ook 'elektronisch' lezen.

Deze handleiding wil een levend instrument zijn en blijven. Op basis van de opgedane ervaringen stelt het CBO dit document regelmatig bij. Ook uw opmerkingen zijn welkom. Wij stellen het op prijs als u uw reactie mailt naar j.vanherk@cbo.nl of j.vandervloed@cbo.nl.

1. Waarom naar de mening van patiënten vragen?

Iedereen probeert de zorg steeds meer op de patiënt af te stemmen. Maar hoe weet je nu als instelling wat de patiënt precies wil? Hoe ervaart de patiënt de zorg? En wordt de patiënt hier echt beter van? Door de patiënt te raadplegen kun je antwoorden krijgen op deze vragen. Patiëntenraadpleging kan verschillende doelen hebben:

- Inventarisatie van de bestaande situatie (zogenaamde nulmeting), van waaruit knelpunten en verbeterpunten kunnen worden vastgesteld.
- Meten in hoeverre in gang gezette maatregelen daadwerkelijk leiden tot verbetering vanuit patiëntenperspectief (zogenaamde effectmeting). Efficiënter werken kan bijvoorbeeld leiden tot minder individuele aandacht voor de patiënt.
- Inzicht krijgen in wensen en behoeften van patiënten.

Daarnaast is patiëntenraadpleging goed voor de PR: men laat de patiënt merken dat hij serieus genomen wordt en dat de bereidheid bestaat iets met zijn beoordelingen te doen.

2. Wanneer gebruikt u een schriftelijke patiëntenenquête?

Schriftelijke enquêtes zijn geschikt om van een groot aantal patiënten een indruk te krijgen van hun mening over één of meerdere aspecten van de zorgverlening. U kunt punten opsporen voor verbetering en effecten van veranderingen meten. Enquêtes kunnen op papier worden uitgereikt, maar ook via internet worden aangeboden. In de meeste gevallen gaat het om een vragenset met voorgestructureerde antwoorden.

Voordelen van een schriftelijke enquête:

- geschikt voor grote groepen patiënten
- patiënten kunnen de lijsten invullen op een tijd en plaats die hen uitkomt
- het is makkelijker om anoniem te blijven, hetgeen drempelverlagend werkt en betrouwbaardere antwoorden oplevert
- ook geschikt voor gevoelige onderwerpen
- het is overzichtelijk en makkelijk in te vullen door vaste antwoordcategorieën
- de gegevens zijn makkelijker te verwerken en daardoor ook beter met elkaar te vergelijken
- het is relatief weinig arbeidsintensief en dus goedkoper en minder belastend voor de instelling
- makkelijk uit te besteden
- mogelijkheden via internet

Nadelen van een schriftelijke enquête:

- afwachten of de patiënt de lijst ook werkelijk (volledig) invult; de respons kan laag uitvallen zonder dat de oorzaak bekend is
- onzeker of de patiënt zelf de vragenlijst invult of (samen met) anderen, wat de betrouwbaarheid kan verminderen
- de ondervraagden kunnen een schriftelijke vragenlijst als onpersoonlijk ervaren of geïrriteerd raken door het gesloten karakter ervan
- het is eenrichtingsverkeer, het levert de patiënt niet direct iets op.

Het is van belang te beseffen dat de uitkomsten van een enquête vaak nieuwe vragen oproepen. Dat kan juist een belangrijke functie zijn: inzicht in een bepaald onderwerp krijgen en dat vervolgens uitdiepen. Hiervoor zijn dan andere methoden¹ te overwegen bijvoorbeeld interviews, spiegelgesprekken, focusgroepen etc.

¹ Deze en andere methoden staan beschreven in het handboek 'Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis', CBO, 2006.

3. Voorbereiding

Draagvlak creëren

Het is van belang dat zowel het management als de medewerkers het nut van patiënten-enquêtes inzien. Betrek vooral medewerkers die later ook iets met de resultaten moeten gaan doen. Betrek hen vanaf het begin bij het “project” het ontwikkelen van de enquêtes en geef hen op bepaalde momenten inspraak. Hierbij kunt u denken aan het bespreken van:

- doelstelling
- centrale vragen
- taakverdeling en verantwoordelijkheden
- planning
- welke resultaten openbaar worden en welke niet

Plan van tevoren in op welke momenten en hoe je de medewerkers op de hoogte stelt van vorderingen en resultaten. Motiverend is:

- je eigen enthousiasme uitstralen
- persoonlijke benadering
- duidelijk maken dat het niet gaat om controle, maar om leren en verbeteren
- het combineren van verschillende methoden om medewerkers op de hoogte te stellen (in vergadering over vertellen, e-mail sturen enz)

Om bij het ontwikkelen van een patiënten-enquête het patiëntenperspectief goed mee te nemen is het belangrijk om (tijdig) een patiëntenvertegenwoordiger te betrekken.

Planning en organisatie

Maak van tevoren een planning, die haalbaar is voor alle betrokkenen. Maak de periodes niet te lang om te voorkomen dat de belangstelling verslapt. Hoe eerder er resultaten zijn, hoe sneller je verbeteringen kan doorvoeren. Dit motiveert.

Zorg voor duidelijke taakomschrijvingen en spreek af wie voor wat verantwoordelijk is. Je kunt hiervoor een draaiboek maken, waarin je ook de te volgen procedures opneemt. In bijlage 2 is een voorbeeld opgenomen van een checklist.

4. Vragenlijst samenstellen

4.1 Soorten vragen

Kwaliteitswinst

In het algemeen kan gesteld worden dat er kwaliteitswinst te behalen is met de toetsing van de mening van patiënten, omdat:

- veel feedbackinformatie aan hulpverleners niet gaat over zaken waar hulpverleners zelf om hebben gevraagd en/of niet over zaken die patiënten belangrijk vinden.
- het niveau van gegevensverzameling vaak op managementniveau is, waardoor de feedback geen adequate informatie bevat voor degenen die de verbeteringen ook daadwerkelijk moeten doorvoeren. Zij voelen zich daardoor ook niet aangesproken om verbeteringen in de zorg aan te brengen.
- inhoudelijk aan veel van de gebruikte vragenlijsten, veel te verbeteren is: onder meer door te vragen naar concrete en recente ervaringen van de patiënt (i.p.v. tevredenheid), door vragen voldoende eenduidig en gevoelig te maken, en door alleen te vragen naar die onderwerpen waarop je wilt verbeteren.

Vragen naar ervaringen versus tevredenheid

In veel onderzoeken onder patiënten wordt gevraagd naar tevredenheid. Dit levert vaak weinig informatie op. Enerzijds blijken mensen de neiging te hebben om positief te antwoorden. Gemiddeld is 80% tevreden. Anderzijds geeft tevredenheid weinig inzicht en biedt weinig aan-

grijpingspunten voor verbetering. Het is niet duidelijk waarop een score op gebaseerd is. Tevredenheid is namelijk een samenspel tussen:

- wensen en behoeften (ik wil meteen geholpen worden)
- verwachtingen (er zijn nu eenmaal wachtlijsten, dus als ik over een week terecht kan ben ik al blij)
- feitelijke ervaringen (ik moest twee weken wachten)

Om met antwoorden iets te kunnen is het daarom zinvol hier onderscheid in te maken bij het formuleren van vragen.

Vragen naar behoefte versus verwachtingen

Het verschil tussen de behoefte en de verwachting is dat een behoefte uitgaat van wat men echt zou willen (bijv. 0 minuten wachten), terwijl de verwachting meer wordt ingegeven door de realiteit en eerdere ervaringen. Wanneer men patiëntenmeningen wil gebruiken voor concrete verbeteringen, kan men het beste zo veel mogelijk naar de feitelijke zorgverlening vragen. Het heeft ook zin om naar verwachtingen of behoeften te vragen, wanneer men bijvoorbeeld het verschil tussen verwachtingen en feitelijk ontvangen zorg in kaart wil brengen. Verder is het bij de interpretatie van metingen noodzakelijk om ze te kunnen vergelijken met andere metingen. Dit kan door meerdere punten in de tijd te meten of door ze naast andere afdelingen, organisaties, etc. te zetten.

Verschillende soorten vragen

Vaak worden bij een onderzoek verschillende soorten vragen onderscheiden:

- Zijsvragen:
Bent u geïnformeerd over de klachtenregeling?
Heeft u de folder ontvangen?
- Gebruiksvragen:
Heeft u wel eens gebruik gemaakt van de klachtenregeling?
Heeft u de folder gelezen?
- Belangrijkheidsvragen:
Hoe belangrijk vindt u dat er een klachtenregeling is?
Hoe belangrijk vindt u een folder?
- Opinie vragen:
Wat vindt u van de klachtenregeling?
Wat vindt u van de folder?
- Verbeteringsvragen:
Welke verbeteringen stelt u voor in onze klachtenregeling?
Heeft u suggesties ter verbetering van onze folder?

Bovenstaande vragen kennen een onderlinge hiërarchie, waardoor ze én als checklist én als filter gebruikt kunnen worden. Een negatief antwoord op een zijns- of gebruiksvraag betekent dat je niet door hoeft te vragen.

De belangrijkheidsvraag helpt om de antwoorden op de opinie vragen te wegen: hoe belangrijker men iets vindt, hoe zwaarder de mate van tevredenheid weegt. Deze gaat dus vooraf aan de opinie vraag.

Verbeteringsvragen geven de patiënt de mogelijkheid om concrete suggesties te formuleren. Dit kan de invuller in verlegenheid brengen, maar levert wel veel informatie op.

Naast inhoudelijke vragen kunnen algemene gegevens nodig zijn, bijvoorbeeld persoonskenmerken van de invuller of hoe lang hij onder behandeling is. Criterium voor het opnemen van dit soort vragen is of ze nodig zijn om de gegeven antwoorden juist te kunnen interpreteren. Wees echter terughoudend, omdat het gevaar bestaat dat de antwoorden herleidbaar zijn tot de invuller, waardoor de privacy in het gedrang komt en dus ook de bereidheid tot invullen en de betrouwbaarheid van de antwoorden. Daarnaast zijn dit soort gegevens als het goed is uit het (ziekenhuis)informatiesysteem te halen.

“Slechte” vragen:

- Lange vragen
wanneer de vragen uit meer dan tien woorden per zin bestaan haken veel patiënten af
- Negatief geformuleerde vragen
niet: heeft u niet gemist dat er geen parkeergelegenheid is in de buurt van het ziekenhuis? beter: kon u uw auto parkeren bij het ziekenhuis?
- Sturende/suggestieve vragen
u bent zeker wel tevreden over...
- Vragen die leiden tot sociaal wenselijke antwoorden
moet het gebouw toegankelijk zijn voor rolstoelen?
- Antwoordcategorieën in de vraag zelf
heeft u 1 of 2 keer gebruik gemaakt van....
- Sponswaarden
woorden die breed of smal geïnterpreteerd kunnen worden, zoals ‘teveel’ of ‘de laatste tijd’.
- Dweilwoorden
woorden waarbij iedereen zich iets anders kan voorstellen, bijvoorbeeld ‘bejegening’.

“Goede” vragen:

- Eén gedachte per vraag
Niet: heeft de arts u geïnformeerd over het gebruik en het doel van de medicatie? Beter: heeft de arts u geïnformeerd over het gebruik van de medicatie? En: heeft de arts u geïnformeerd over het doel van de medicatie?
- Woordgebruik aanpassen aan beleving van de patiënt
geen jargon of afkortingen
- Zo concreet en eenvoudig mogelijke termen
- Volledige zinnen
- Waar mogelijk dezelfde antwoordcategorieën gebruiken, zodat de invuller zich niet steeds op de antwoorden hoeft te concentreren
- Vragen naar feitelijke ervaringen en verwachtingen

In bijlage 1 staan de Basisregels voor schriftelijke patiënten-enquêtes van het CBO met onder andere tips voor het maken van ‘goede’ vragen.

4.2 Gebruiksvriendelijke vragenlijst

De grootste garantie dat de patiënt de vragenlijst daadwerkelijk invult, is gebruiksvriendelijkheid. Maak het de invuller zo makkelijk mogelijk.

Voorwaarde is dat de vragenlijst er aantrekkelijk uitziet:

- overzichtelijk
- verzorgd
- niet te lang
- logische volgorde
- heldere lay-out
- goed leesbare letter

Uit onderzoek is gebleken dat gebruik van geel of roze papier de hoogste respons oplevert.

Richtlijnen voor de indeling van de vragenlijst:

- Begin met makkelijke vragen
- Onderwerpen, die bij elkaar horen, in blokken zetten
- Elke bladzijde een afgeronde eenheid
- Zorg ervoor dat vragen elkaar niet onbedoeld beïnvloeden door de volgorde waarin ze gesteld zijn

- Een nieuw onderwerp inleiden met een toelichting, begin met eventuele algemene vragen en spits daarna toe
- Geef voldoende ruimte voor de toelichting van de invuller
- Zet eventuele gevoelige vragen en demografische vragen (gegevens over de invuller) achteraan.
- Eindig met een samenvattende/concluderende vraag (bijvoorbeeld: zou u een bekende aanraden bij dit ziekenhuis in behandeling te gaan?)
- Geef aan het eind ook de ruimte voor opmerkingen over de enquête zelf of over zaken die niet in de enquête aan de orde zijn gekomen. Dit levert vaak extra informatie op.
- Indien er geen specifieke verbeteringsvragen in staan kan aan het eind ook ruimte gegeven worden voor eventuele tips
- Dankwoord aan het eind

Daarnaast is een goede introductie belangrijk. Maak duidelijk aan de invullers:

- achtergrond van de enquête: wie heeft het initiatief genomen en waarom, wie gaat er met de resultaten aan de slag en wat voor soort maatregelen vallen er te verwachten (indien al aan te geven)
- belang voor de patiënt om mee te doen
- uiterste inleverdatum
- waar inleveren
- hoe anonimiteit gewaarborgd is
- hoeveel tijd het kost om het formulier in te vullen
- inhoudelijke invulinstructies
- waar kan aanvullende informatie worden ingewonnen
- krijgen de invullers iets te horen over de resultaten
- bij voorbaat bedanken voor de medewerking

Het is handig om aan te geven dat het niet de bedoeling is concrete klachten over een bepaalde zorgverlener of behandeling aanhangig te maken: dat gaat via de klachtenregeling. Geef ook aan waar en hoe een patiënt een klacht kan indienen.

Het is sterk aan te bevelen eerst een pilot te doen om de vragenlijst te testen bij de doelgroep.

4.3. Bestaande vragenlijsten

Het is niet nodig het wiel zelf uit te vinden, er bestaan al verschillende vragenlijsten die gevalideerd zijn. Als het gaat om patiëntenervaringen zijn dat:

Nationaal

- CQ-Index; CQ staat voor Consumer Quality Index en is een verzameling meetinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit het perspectief van gebruikers van zorg. De vragenlijsten meten concrete ervaringen van patiënten/cliënten met de zorg. De systematiek is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Zie www.centrumklantervaringzorg.nl.
- CAHPS; CAHPS staat voor Consumer Assessment of Health Plan Survey en is ontwikkeld in de Verenigde Staten. CAHPS richt zich op het verzamelen van data van ervaringen van gebruikers met de gezondheidszorg en het rapporteren van de resultaten op een manier die betekenisvol is voor consumenten. De intentie van CAHPS is om mensen te helpen bij het nemen van beslissingen voor betere gezondheidszorg en betere gezondheid. Zie www.cahps.ahrq.gov.
- QUOTE; QUOTE staat voor QQuality Of care Through the patient's Eyes (kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief) en is ontwikkeld door het NIVEL. De QUOTE-vragenlijsten zijn een middel om meningen, ideeën, wensen en ervaringen van cliënten te meten op het gebied van de gezondheidszorg. Zie www.nivel.nl.
- NFU; de Nederlandse Federatie van Universiteiten heeft voor alle UMC's een vragenlijst ontwikkeld om tevredenheid te meten bij alle UMC's in Nederland.

- Patientervaring.nl. Het CBO beschikt over het elektronische feedbacksysteem. Dit is een webbased instrument waarmee continue feedback van patiënten kan worden gevraagd. Er wordt gevraagd naar feiten en ervaringen. Op basis hiervan kunnen verbeteracties worden ingevoerd. De vragenbibliotheek bevat diverse vragen waarmee vragenlijsten kunnen worden samengesteld. Zie www.patientervaring.nl/ziekenhuis.

Internationaal

- Picker Institute; Het Picker Institute is een onderzoeksinstituut in Engeland en doet kwalitatief onderzoek om te bepalen welke aspecten van zorg volgens patiënten belangrijk zijn. Het Picker Institute heeft een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten ontwikkeld om de kwaliteit van zorg en bepaalde domeinen te meten. Zie www.pickereurope.org.
- EUROPEP; EUROPEP is een meetinstrument dat de waardering van patiënten over de huisartsenzorg meet. Dit instrument is in acht Europese landen uitgetest.
- WHO; WHO staat voor World Health Organisation. Deze organisatie brengt met het WHO-meetinstrument in kaart wat er gebeurt in de interactie tussen (gezondheids) zorgsystemen en hun klanten/patiënten. De onderzoeksinstrumenten richten zich op het verkrijgen van resultaten van gedrag, gebeurtenissen of initiatieven/handelingen ("actions") van het (gezondheids)zorgsysteem. Zie www.who.int.

Meer informatie over bovengenoemde vragenlijsten zijn deels terug te vinden in het rapport 'Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid' van het NIVEL.

5. Doelgroep en steekproef vaststellen

Doelgroep bepalen

Bedenk van te voren welke patiënten de enquête moeten invullen. Je kunt op verschillende manieren de doelgroep bepalen:

- Patiënten die op dat moment in behandeling zijn of (ook) ex-patiënten.
Patiënten die nog in behandeling zijn, zijn 'afhankelijk' en daardoor wellicht wat minder kritisch. Dit is enigszins te ondervangen door de anonimiteit van de geënquêteerden te waarborgen: de resultaten mogen niet herleidbaar zijn naar personen.
Bij ex-patiënten blijkt het meest gunstige tijdstip van invullen ongeveer 3 weken na het beëindigen van de behandeling. Dan is de herinnering nog niet teveel vervaagd.
- Patiënten die korter of langer van de zorg gebruik maken kunnen verschillende ervaringen hebben.
Het kan in dat geval handig zijn verschillende vragenlijsten te maken.
- Alle typen patiënten of mensen met bepaalde ziekte/ klachten/ kenmerken.
- Op basis van leeftijd of relatie met de patiënt, zoals volwassenen, kinderen, ouders van kinderen, naasten, mantelzorger.

Steekproef bepalen

Bij een grote groep patiënten kan een steekproef getrokken worden. Het trekken van een goede steekproef vereist goede kennis van statistiek en moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Meer informatie is onder andere te vinden in het boek Quality Management in Health Care van P. Plsek (zie bijlage 5 literatuurlijst).

Hoe u een aselechte steekproef in Excel kunt trekken staat in bijlage 3.

6. Beoordeling van de respons

100% van de formulieren terugkrijgen is niet haalbaar: een goede respons is 60-70%. Maar om een indruk te krijgen van wat er leeft onder patiënten kan een lagere respons vaak al voldoende informatie opleveren. Dit geeft dan niet een wetenschappelijk onderbouwd beeld, maar kan wel aanleiding zijn om veranderingen in te zetten. Al is er maar één patiënt die signaleert dat het stopcontact kapot is, dan moet het worden gemaakt.

Belangrijk is om ook naar de absolute aantallen van de respons te kijken. De aantallen zijn sterk afhankelijk van de grootte van de afdeling en de hoeveelheid patiënten.

Er zijn verschillende manieren om de respons te verhogen:

- Is de enquête opgestuurd en komt er te weinig terug, dan kan een herinneringsbrief de respons verhogen. Een herinneringsbrief kan het beste ongeveer een week na de uiterste inzenddatum verstuurd worden. Hieronder staan een aantal tips voor de herinneringsbrief.
- Je kunt ook bij een nabelronde voor controle of tijdens de nacontrole de patiënt vragen of hij de enquête heeft ingevuld.
- De enquête met enthousiasme uitreiken en bij de patiënt het belang aangeven van het invullen van de enquête.
- Aandacht geven aan het invullen van de enquête d.m.v. bijvoorbeeld posters, folders, informatie op de website.
- Laten zien aan patiënten dat je iets met de resultaten doet d.m.v. bijvoorbeeld posters, folders, informatie op de website.
- De patiënt ter plaatse te laten invullen. Bijvoorbeeld in de wachtkamer, direct na een poli-bezoek etc. Nadeel hiervan is dat je sociaal wenselijke antwoorden kan krijgen.

Aandachtspunten voor de herinneringsbrief:

- het doel van de enquête
- het belang van de mening van de patiënt
- een nieuwe uiterste inzenddatum
- een nieuw exemplaar van de vragenlijst

Uitgaande van anonieme inzending gaat de herinneringsbrief naar alle patiënten, met een verontschuldiging aan degenen die hem al ingeleverd hebben.

7. Verwerking en conclusies

Verwerking uitkomsten

Bij kleine afdelingen/instellingen kan de verwerking van de uitkomsten handmatig plaatsvinden door de totaalscores op een leeg vragenformulier in te vullen. Een relatief eenvoudige wijze van automatiseren is een database in Excel.

Het kan zijn dat bij de verwerking blijkt dat vragen toch nog verkeerd gegrepen zijn of antwoordcategorieën aanpassing behoeven. Maak hier apart notitie van.

Vervolgens kan men gaan ordenen:

- Sorteren
Voorzie verschillende groepen van een (kleur)code voor je ze gaat verwerken. Vervolgens kunt u makkelijker alle vragen over bijvoorbeeld informatievoorziening bij elkaar zetten.
- Turven
Cijfermatig antwoorden tellen. Noteer niet alleen de cijfermatige scores, maar ook de toelichtingen. Daar is over het algemeen veel informatie uit te halen. Open vragen vertonen vaak een overeenkomst; kunnen dan ook gesorteerd en geturfd worden.
Gemiddelden
Per zorgverlener of afdeling of per vraag. Bij beperkte aantallen kan een rekenmachine voldoen.
- Benchmarken (vergelijken).
Dat wil zeggen: een cijfer om andere cijfers tegen af te zetten. Dit kunnen gemiddelden zijn, maar ook de hoogste scores op een vraag. Een zorgverlener/ instelling /afdeling die lager scoort, weet dan dat hij daar iets aan moet doen. Iemand die hoog scoort, kan als inspirerend voorbeeld dienen voor de anderen.

Er bestaan verschillende elektronische systemen waarin de verwerking van gegevens digitaal gaat. Dit betekent dat de instelling niet meer hoeft in te voeren en te rekenen met bijv. Excel. Een ander voordeel is dat de gegevens (bijna) direct na het invullen door de patiënt terug te zien zijn door de instelling. Een voorbeeld van zo'n elektronisch systeem is Patientervaring.nl. Meer informatie hierover vindt u op www.patientervaring.nl/ziekenhuis.

Conclusies trekken

Bij het trekken van conclusies komt in grote onderzoeken een statistische regel kijken. Informatie hierover staat in bijlage 4.

Houdt er rekening mee dat respondenten bij enquêtes de neiging hebben om hoog te scoren omdat ze sociaal wenselijke antwoorden willen geven. Daarom zijn niet alleen de absolute scores belangrijk, maar ook de relatieve. Aspecten die verhoudingsgewijs laag scoren komen in aanmerking voor verbetering.

8. Rapportage

Wie krijgt er een verslag:

- de afdeling/zorgverlener
- het management
- de patiënten via bijv. cliëntenraad

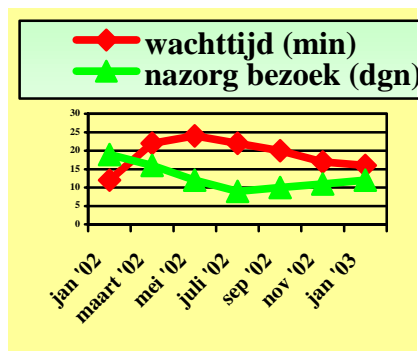
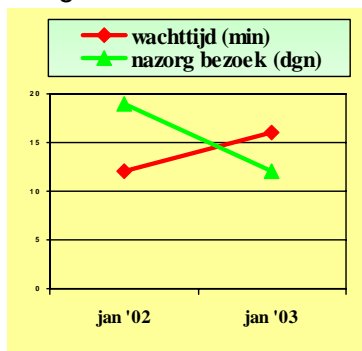
Wat komt erin?

- samenvatting van de cijfermatige gegevens
- typering van de toelichtingen, zo mogelijk in categorieën
- eventueel wat illustratieve uitspraken
- de suggesties en tips die de patiënten gegeven hebben
- conclusies: zijn eventuele achterliggende normen gehaald? Waar zitten verbeterpunten?
- evaluatie van het instrument. Heeft de enquête goed gewerkt? Kwam eruit wat men weten wilde? Zijn de antwoorden bruikbaar? Moeten er vragen of antwoordcategorieën worden bijgesteld?
- een verbeterplan met een SMART² doel, taakverdeling en planning

Zorg er voor dat het rapport prettig leesbaar en uitnodigend is. Vraag of de betrokken zorgverleners zich er in herkennen. Vraag ook suggesties van hun kant voor verbetering van geconstateerde knelpunten. Hoe groter het draagvlak, hoe meer succes.

9. Herhaling van de meting

Herhalen van de meting geeft inzicht in de mate waarin acties die naar aanleiding van de uitkomsten zijn ondernomen, ook inderdaad verbeteringen blijken. Hier geldt: hoe vaker je meet, hoe betrouwbaarder de conclusie. Nog beter: continue meten. In onderstaande grafieken is dat goed te zien.



² SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Ambitieuw, Resultaatgericht, Tijdgebonden.

Uit de eerste grafiek zou je opmaken dat de wachttijd in een jaar tijd flink gestegen is en dat actie dus geboden is. Uit de tweede kun je echter zien dat de stijging beperkt is gebleven tot de maanden mei-juli en dat daarna een daling ingezet is. Dan kun je ook nagaan of er in die tijd iets gebeurd is wat de daling heeft veroorzaakt. En de conclusie is dan dat er blijkbaar al verbetering is, dus geen actie ondernomen hoeft te worden.

BIJLAGE 1. BASISREGELS VOOR SCHRIFTELIJKE PATIËNTENENQUÊTES CBO

1. *Vraag alleen naar die onderwerpen waarop je wilt verbeteren*
 - Geeft duidelijk aan waar naar toe wordt gewerkt.
 - Zorgt voor zekerheid dat er iets met de resultaten wordt gedaan.
2. *Niet vragen naar de bekende weg*
 - Vraag alleen naar persoonlijke, concrete en recente ervaringen van de patiënt.
 - Vraag alleen naar zaken die niet op een andere manier zijn te meten. Vraag bijvoorbeeld niet naar de ervaren wachttijd of de temperatuur van het eten, maar meet dit direct.
3. *De vragenlijst is in te vullen in 'één minuut'*
 - Patiënten niet onnodig belasten met een uitgebreide vragenlijst.
 - Het vergt weinig inspanning van de patiënt wat een hoge respons ten goede komt.
 - Een korte lijst voorkomt overbodige vragen en helpt te focussen.
 - Biedt de mogelijkheid om dezelfde lijst meerdere malen aan dezelfde persoon voor te leggen.
 - Weinig verwerkingstijd.
4. *De vragenlijst bestaat uit gesloten vragen met daarbij ruimte voor toelichting en suggesties*
 - Gesloten vragen zorgen voor eenduidige beantwoording.
 - Uit toelichting en suggesties kunnen nieuwe verbeterideeën komen.
 - Ruimte voor toelichting en suggesties voorkomt dat belangrijke informatie wordt gemist.
 - Door ruimte voor toelichting en suggesties kan patiënt ook het eigen verhaal kwijt.
5. *De vragen zijn voldoende gevoelig en onderscheidend*
 - De vragen moeten voldoende gevoelig zijn: als er iets verandert in het proces moet dit tot uiting komen in de uitkomsten van de vragenlijst.
 - De beoordelingsschaal moet onderscheid maken: de antwoordcategorieën moeten verschil opleveren. Als een vraag door iedereen hetzelfde wordt beantwoord levert de vraag geen informatie op.
 - Meer antwoordcategorieën levert meer variatie op (suggestie: minimaal 4-punts- of 5-puntsschalen gebruiken).
6. *Regelmatig beoordelen van de vragenlijst*
 - Blijf in principe zo lang mogelijk gebruik maken van dezelfde vragenlijst, dit in verband met de vergelijkbaarheid van de uitkomsten van de vragenlijst over de tijd.
 - Maar verwijder een vraag uit de vragenlijst als blijkt dat je niets meer met de uitkomsten doet.
 - En voeg een nieuwe vraag toe aan de vragenlijst als je op dat onderwerp wilt gaan verbeteren.
 - Test de vragenlijst vooraf bij een aantal patiënten uit de steekproef.
7. *Gegevens zo frequent mogelijk verzamelen en blijven meten*
 - Door continu te meten kan er inzicht worden verkregen in het verloop van de processen en het effect van veranderingen in het proces.
 - Frequent meten vergroot het aantal metingen waardoor effecten sneller statistisch aantoonbaar zijn. Hierdoor is het ook sneller mogelijk om nieuwe verbeteringen uit te testen.
 - Probeer de meting in te bouwen in een natuurlijk moment op de dag, of laat het onderdeel zijn van een vaste procedure.

8. *De vragenlijst wordt afgenomen onder een zo homogeen mogelijk samengestelde groep en steeds op dezelfde wijze (datum, tijd, moment).*
- Sociale wenselijkheid kan bij het afnemen van vragenlijsten nooit helemaal voorkomen worden. De variatie in sociale wenselijkheid kan worden beperkt door de groep zo homogeen mogelijk samen te stellen.
 - Wisselende tijdstippen of verschillende manieren van laten invullen van de vragenlijsten vermindert de betrouwbaarheid van de vragenlijst.
 - De vragen zoveel mogelijk specificeren.

BIJLAGE 2. CHECKLIST ORGANISATIE PATIËNTENENQUÊTES

Vorbereiding	
Welke medewerkers moeten betrokken worden bij het opstellen en implementeren van de vragenlijst?	
Afbakening begin en einde van het proces waarover de vragen gaan	
Over welke onderwerpen vragen (= waarop wil je verbeteringen doorvoeren)	
Hoe betrek je patiënten bij het opstellen van de vragenlijst en wie heb daarvoor nodig? (bijv. cliëntenraad, patiëntenvereniging)	
Wie stelt vragenlijst samen?	
Hoe lang wordt dezelfde lijst gebruikt?	
Planning van alle werkzaamheden (wie doet wat op welk moment)	

Uitvoering	
Welke patiënten(groepen) gaan de vragenlijsten beantwoorden?	
Welke mogelijkheden krijgt patiënt om lijst in te vullen? (schriftelijk, internet, e-mail, telefonisch, onder begeleiding ter plekke, speciale aandacht voor anderstaligen en gehandicapten)	

Welke informatie krijgt de patiënt dan mee? <ul style="list-style-type: none"> - brief met code (bij invullen via internet) - brief met uitdraai vragenlijst - patiënt geeft emailadres op - welke mondelinge info 	
Op welk moment krijgen patiënten de code en/ of vragenlijst?	
Wie zorgt dat de patiënt informatie meekrijgt?	
Andere opties om veel patiënten te laten invullen? (bijv. herinneringsbrief, nabellen, call-center inschakelen, informatie in folders, link op website, posters, nieuwsbrieven)	
Hoe lang na bezoek/ opname mogen lijsten worden ingevuld?	

Verwerking	
Wie verzamelt papieren ingevulde vragenlijsten en voert ze in?	
Wie haalt de gegevens uit het systeem?	
Hoe vaak?	
Hoe wordt de respons bewaakt?	
Met wie worden de gegevens besproken? (denk hierbij ook aan patientenvertegenwoordigers)	
Worden de resultaten medegedeeld aan patiënten? (bijv. website, regionale dagbladen, posters etc.)	

Verbetering	
Welke medewerkers worden betrokken bij het verbetertraject?	
Hoe betrek je patiënten bij verbetertrajecten en wie heb daarvoor nodig? (bijv. cliëntenraad, patiëntenvereniging)	

BIJLAGE 3. ASELECTE STEEKPROEF TREKKEN MET EXCEL

Met behulp van onderstaande stappen kunt u een aselecte steekproef trekken met Excel.

- Ga naar een nieuwe lege map:
- Ga naar functies (= fx)
- Kies functiecategorie "alles"
- Kies functienaam "aselect"
- Druk op OK
- Druk nogmaals op OK
- In vak A1 komt het toevalsgetal tevoorschijn.
- Dit toevalsgetal in kolom A kopiëren naar beneden. (het aantal is afhankelijk van de grootte van de steekproef. Voor 100 respondenten is iets meer bijv. 125 aan te raden)
- In vak B1 zet je de formule: $B1=A1*100$ (als het voor een totale populatie van hooguit 100 personen gaat. Gaat het bijvoorbeeld om 800 personen dan in de formule * 1000).
- In vak C1 zet je de formule: $C1=geheel(B1+0,5)$. Hierdoor ontstaan in kolom C gehele getallen. Door + 0,5 is de afronding correct en krijgt persoon 1 ook een kans.
- Vervolgens kopieer je B1 en C1 gezamenlijk naar beneden in kolom B en C tot hetzelfde aantal als in kolom A.
- Kopieer Kolom C via "plakken speciaal" => waarden, naar kolom D.
- Druk nu op Escape.
- Kolommen A, B en C kun je nu via "verwijderen" weghalen.

Je hebt nu de toevalsgetallen tussen 0 en 100 over voor een steekproef van bijv. 25 personen. Zet in vak B1 een 1 en in vak B2 een 2.

- Kopieer B1 en B2 te samen naar beneden in kolom B tot een gelijk aantal in kolom A.
- Data sorteren: Kolom A: aflopend.

Wanneer de totale populatie bestaat uit 89 personen, haal je de getallen > 89 uit de lijst. Hiervoor moest je het toevalsgetal kopiëren naar een iets groter aantal dan de steekproef.

- Data sorteren: Kolom B: oplopend.

Nu staan de getallen weer in oorspronkelijke volgorde voor het trekken van de personen voor de steekproef. Dit gebeurt in oorspronkelijke volgorde. De a-selecte steekproef kan nu samengesteld worden aan de hand van deze getallen.

BIJLAGE 4. CONCLUSIES TREKKEN

Bij het trekken van conclusies komt in grote onderzoeken een statistische regel kijken. Stel, 20% blijkt ergens tevreden over te zijn. Als die 20% bepaald is uit 50 enquêtes (dus in 10 van de 50 enquêtes was het hokje 'tevreden' aangekruist) dan schommelt het werkelijke percentage tevreden patiënten tussen 9% en 31%. Is een jaar geleden een grote enquête gedaan waaruit bleek dat 9% tevreden was en toen een verbeteractie gelanceerd, dan mag men nu niet concluderen dat het verbeterd is van 9% naar 20%. Want het werkelijke percentage tevreden patiënten is geen 20%, maar schommelt rond de 20% en kan zowel 9% als 31% zijn, als een waarde er tussenin.

Is de 20% echter bepaald uit:

- 100 enquêtes, dan zit het werkelijke percentage tussen 12% en 28%.
- 500 enquêtes, dan zit het werkelijke percentage tussen 16% en 24%.
- 20% uit 1000 enquêtes, dan zit het werkelijke percentage tussen 18% en 22%.
- 5000 enquêtes, dan zit het werkelijke percentage tussen 19% en 21%.

Hoe groter de steekproef, hoe betrouwbaarder dus het resultaat.

BIJLAGE 5. LITERATUURLIJST

J.F. Bartelds e.a.: Enquête-adviesboek, een handleiding voor het verzorgen van schriftelijke enquêtes, Centrum voor Onderzoek van het Wetenschappelijk Onderwijs, Wolters- Noordhoff, Groningen, z. j.

J. Brinkman: De vragenlijst, Wolters-Noordhoff 2000

CBO, Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief, fysiotherapie, i.s.m. KNGF, 2001

CBO, PP/CP en NPCF, Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis, een handboek, Utrecht, 2006

CBO en Orde van Medisch Specialisten (OMS), De patiëntenenquête, hoofdstuk in Handboek Actualisatie visitatiekader, Utrecht, 2005.

R. Grol en M. Wensing: Patients evaluate general/family practice, the EUROPEP instrument, 2000

NIVEL, Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid, Utrecht, 2004, zie www.nivel.nl

NPCF: Patiëntenoordelen: meten en verbeteren. Een overzicht van 15 methoden. September 2002

National Health Service Modernisation Agency (NHS): Involving patients and carers, improvement leaders' guide, Engeland 2002

Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg (NVKZ), M. van Driel e.a.: Beoordeling door cliënten, handreiking voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten in zorginstellingen, Utrecht, 1998

Opleiding Kwaliteitsfunctionarissen (OKF); De patiëntenraadpleging, hoe komen we er achter wat de patiënt echt wil?, symposium De patiënt centraal. Opleiding Kwaliteitsfunctionarissen, maart 2002

P. Plsek: Tutorial: planning for Data Collection, part III, sample size. Quality Management in Health Care, 1994, 3(1), 78-92

The Health Boards Executive et al. Measurement of patient satisfaction Guidelines, health strategy implementation project 2003, Ierland

www.patiëntervaring.nl/ziekenhuis