



## **Rapporteren van patiëntervaringen ten behoeve van kwaliteitsverbetering**

**Inzichten uit het Maxima Medisch Centrum**

Dolf de Boer  
Chantal Zuizewind  
Jeanine Driesenaar  
Anne Marie Plass

ISBN 978-94-6122-370-8

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Patiëntervaringen als maat van kwaliteit van zorg</b>	<b>7</b>
1.1 Kwaliteit van zorg meten en verbeteren	7
1.2 Patiëntervaringen als bron van kwaliteitsinformatie	7
1.3 Patiëntervaringen beperkt bruikbaar voor kwaliteitsverbetering	7
<b>2 Onderzoek naar de bruikbaarheid van informatie</b>	<b>9</b>
2.1 De context: Patiëntervaringen in het Maxima Medisch Centrum	9
2.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen	9
2.3 Methode	9
<b>3 Kwaliteitsinformatie: ervaringen en voorkeuren</b>	<b>11</b>
3.1 Resultaten die beïnvloedbaar zijn hebben de voorkeur	11
3.2 Resultaten liefst in één oogopslag	11
3.3 Terugkoppeling op vraagniveau bruikbaarder dan samengestelde scores	11
3.4 Figuren, liefst in kleur, hebben de voorkeur boven tabellen	12
3.5 Percentages sluiten goed aan bij de belevingswereld van ziekenhuismedewerkers	12
3.6 Betrouwbaarheidsintervallen vaak niet gewenst, maar soms juist wel	13
3.7 Vergelijkingsmateriaal: normen, benchmarks en trends	13
3.8 Kwalitatieve informatie van grote waarde	14
3.9 Bruikbaarheid van informatie in relatie tot organisatiecultuur	15
<b>4 Discussie</b>	<b>17</b>
4.1 Kwaliteitsinformatie waardevol, maar terugkoppeling kan vaak beter	17
4.2 Simpel is beter voor intern kwaliteitsbeleid	17
4.3 Maatwerk gewenst	18
4.4 Nader onderzoek	18
4.5 Conclusie	18
<b>Referenties</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage A Interviewprotocol</b>	<b>21</b>



## Samenvatting

### ***Kwaliteitsinformatie waardevol, maar terugkoppeling kan vaak beter***

Vrijwel alle ziekenhuizen maken gebruik van informatie gebaseerd op metingen met patiëntervaringsvragenlijsten. In dit onderzoek geven medewerkers van het ziekenhuis Maxima Medisch Centrum aan dat zij informatie over patiëntervaringen heel waardevol vinden, maar met sommige manieren van terugkoppeling niet goed uit de voeten kunnen. Door met de manier van terugkoppeling goed aan te sluiten bij de belevingswereld van ziekenhuismedewerkers wordt de gepresenteerde informatie beter bruikbaar voor kwaliteitsbeleid.

### ***Deels een kwestie van presentatie***

Soms is dat simpelweg een kwestie van presentatie. Zo zien medewerkers liever geen gemiddelden over groepen van vragen, maar geven zij de voorkeur aan resultaten per vraag. Daarbij geven zij ook de voorkeur aan percentages gegeven antwoorden in plaats van gemiddelden. Ook blijkt het presenteren van betrouwbaarheidsintervallen voor veel ziekenhuismedewerkers eerder hinderlijk dan verhelderend.

### ***Vertaalslag gewenst naar de specifieke situatie bij het ziekenhuis***

Uit het onderzoek blijkt ook een behoefte aan nauwe aansluiting tussen de rapportage en de situatie in het ziekenhuis. Zo geven medewerkers aan dat zij wel eens worden geconfronteerd met resultaten waar zij weinig invloed op uit kunnen oefenen, zoals slechte ervaringen met een sterk verouderde wachtkamer. Medewerkers ervaren dergelijke resultaten als contraproductief en vinden dat die vooral moeten worden teruggekoppeld op het niveau waarop er wel iets aan kan worden gedaan. Tevens is er een sterke behoefte aan (streef-) normen vanuit de organisatie die haalbaar zijn, maar ook ambitieus mogen zijn. Tot slot blijkt er een behoefte te bestaan aan kwalitatieve informatie. Dit kan gebaseerd zijn op open vragen in een vragenlijst, maar ook spiegelgesprekken worden genoemd als een waardevolle bron van kwalitatieve informatie die helpt om te begrijpen waarom sommige patiënten heel positief of juist heel negatief antwoorden op vragen uit de vragenlijst.

### ***Concrete aanknopingspunten en implementatie***

De bevindingen uit dit onderzoek bieden concrete aanknopingspunten voor het maken van rapportages die aansluiten bij de belevingswereld van ziekenhuismedewerkers. De implementatie daarvan blijft niettemin een groot aandachtspunt omdat sommige bevindingen ook maatwerk per ziekenhuis of afdeling vereisen en dat is vaak arbeidsintensief. Daarnaast staat de behoefte aan eenvoudige informatie soms op gespannen voet met wetenschappelijke principes en is het van belang om hier een goed evenwicht in te vinden.

### ***Onderzoeksopzet***

Voor dit onderzoek zijn verschillende medewerkers van Maxima Medisch Centrum geïnterviewd die regelmatig te maken hebben met kwaliteitsinformatie zoals van zorggroepmanager, afdelingshoofd verpleegafdeling, tot lid van de raad van bestuur. In de interviews is gevraagd naar ervaringen met kwaliteitsinformatie voor interne verbetering in het algemeen én is gevraagd om een reactie op veel voorkomende presentatiewijzen van die informatie.



# 1 Patiëntervaringen als maat van kwaliteit van zorg

## 1.1 Kwaliteit van zorg meten en verbeteren

Het meten en transparant maken van kwaliteit van zorg is sinds de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006 enorm toegenomen. Het uiteindelijke doel daarvan is dat zorgaanbieders de kwaliteit van zorg permanent borgen en zo nodig verbeteren. Dit vereist dat gegevens over kwaliteit van zorg worden gepresenteerd op een manier die aansluit bij de belevingswereld van professionals binnen een zorginstelling en die kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagement ondersteunt.

## 1.2 Patiëntervaringen als bron van kwaliteitsinformatie

Een belangrijke bron van informatie over kwaliteit van zorg zijn de ervaringen van patiënten. Voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt is in 2006 de Consumer Quality Index (CQ-index) in Nederland geïntroduceerd. De informatie die voortkomt uit een CQ-index meting is bedoeld voor meerdere partijen, zoals patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders. Het idee is dat patiënten de informatie kunnen gebruiken bij de keuze voor een zorgaanbieder en dat verzekeraars de informatie kunnen gebruiken bij de zorginkoop. Maar het allerbelangrijkste doel is misschien wel dat zorgaanbieders de informatie kunnen gebruiken om de kwaliteit van zorg op peil te houden waar het goed gaat en te verbeteren waar dat wenselijk is.

## 1.3 Patiëntervaringen beperkt bruikbaar voor kwaliteitsverbetering

Uit het rapport 'Kennisvraag: Wat heeft 5 jaar CQ-index opgeleverd' blijkt dat het gebruik van CQI-informatie door zorgaanbieders varieert en de informatie niet altijd even goed begrepen of geïnterpreteerd wordt (Hopman et al., 2011). Onderzoek van Tranzo (Zuidgeest et al., 2012) laat daarnaast zien dat zorgaanbieders verschillen in mening over de bruikbaarheid van de CQ-index als bron voor kwaliteitsbeleid. Dat dit in 2015 nog niet is opgelost blijkt wel uit het feit dat ook de NFU druk bezig is met de ontwikkeling van dashboards met kwaliteitsinformatie voor het eigen kwaliteitsbeleid (NFU, 2014). Het is dus van groot belang om beter te begrijpen hoe de vormgeving van kwaliteitsinformatie het beste kan bijdragen aan interne kwaliteitsverbetering.





## 2 Onderzoek naar de bruikbaarheid van informatie

### 2.1 De context: Patiëntervaringen in het Maxima Medisch Centrum

Het Maxima Medisch Centrum heeft jarenlang een eigen patiënttevredenheidsonderzoek gedaan dat meer dan 10.000 ingevulde vragenlijsten per jaar opleverde. Op verzoek van de verzekeraar vonden daarnaast enkele kleinschalige metingen plaats met de CQ-Index. Teneinde de informatievoorziening zoveel mogelijk te stroomlijnen is het Maxima Medisch Centrum in 2014 volledig overgestapt op de CQ-Index zodat informatie voor het eigen kwaliteitsbeleid overeen komt met de informatie voor verzekeraars. In het verlengde daarvan kreeg het NIVEL de gelegenheid te onderzoeken hoe informatie gebaseerd op patiëntervaringen zo goed mogelijk kan worden teruggekoppeld aan medewerkers.

### 2.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen

De insteek van het onderzoek was tweeledig. Enerzijds wilden we van verschillende voor de hand liggende en/of veelgebruikte presentatiewijzen weten in hoeverre deze aansluiten bij de belevingswereld van medewerkers in het ziekenhuis. Om echt goed te begrijpen hoe informatie landt bij medewerkers wilden we daarnaast weten wat hun ervaringen tot nu toe zijn met de terugkoppeling van kwaliteitsinformatie. Het doel daarbij was om inzichten te vergaren die ziekenhuizen en andere zorgaanbieders kan helpen om de terugkoppeling van informatie over patiëntervaringen aan de eigen medewerkers te optimaliseren. Hiertoe zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. *‘Wat zijn de ervaringen van verschillende ziekenhuismedewerkers met de terugkoppeling van patiëntervaringen ten behoeve van kwaliteitsverbetering?’*
2. *‘Welke voorkeuren voor verschillende vormen van terugrapportage van patiëntervaringen zijn er bij deze ziekenhuismedewerkers?’*

### 2.3 Methode

#### 2.3.1 Interviews onder medewerkers van het Maxima Medisch Centrum

In overleg met de afdeling kwaliteit van het ziekenhuis is een heterogene groep van negen medewerkers geselecteerd die met enige regelmaat in aanraking komen met kwaliteitsinformatie; van bedrijfsmanager, unithoofd verpleegafdeling, tot lid van de raad van bestuur. Voor veel interviewstudies is negen interviews voldoende en wordt daarna geen nieuwe informatie gevonden (Guest et al., 2006). De interviews duurden ongeveer een uur en zijn in september 2014 gehouden. Hiervoor werd een interviewprotocol opgesteld. Het interviewprotocol bestond uit vragen naar ervaringen en voorkeuren van de deelnemers met

betrekking tot de terugkoppeling van kwaliteitsinformatie. Daarnaast evalueerden de deelnemers diverse presentatiewijzen met fictieve data (zie interviewprotocol, Bijlage I).

### **2.3.2 Uiteenlopende vormen van informatie**

Voor de inhoud van het interviewprotocol is gebruik gemaakt van de kennis van de auteurs met betrekking tot veel voorkomende presentatiewijzen en verschillende centrale thema's bij het presenteren van kwaliteitsinformatie, zoals benchmarking, trendanalyse, betrouwbaarheid etc. De presentatiewijzen die werden voorgelegd in de interviews bevatten zeer uiteenlopende vormen van informatie. Van tabellen tot staafdiagrammen, van informatie over één vraag tot informatie over meerdere vragen in één figuur en van informatie over één afdeling tot informatie over alle afdelingen van het ziekenhuis in één figuur of tabel. De voorgelegde presentatiewijzen waren dan ook zeker niet beperkt tot de vormen die in het ziekenhuis al werden gebruikt. De insteek was juist om veel voorkomende en/of voor de hand liggende presentatiewijzen in algemene zin te onderzoeken, of die nu al in gebruik waren bij het ziekenhuis of niet.

### **2.3.3 Analyse van de interviews**

Alle interviews zijn woordelijk uitgetypt en geanalyseerd op terugkerende / overkoepelende thema's. Vervolgens zijn citaten geclusterd naar de verschillende thema's om tot een aantal kernbevindingen te komen. Alle auteurs hebben de uitgetypte interviews bestudeerd en de kernthema's en kernbevindingen zijn in onderling overleg tussen de auteurs geïdentificeerd. De resultaten worden thematisch gepresenteerd in paragrafen die steeds getiteld zijn met de hoofdconclusie van de auteurs.

## 3 Kwaliteitsinformatie: ervaringen en voorkeuren

### 3.1 Resultaten die beïnvloedbaar zijn hebben de voorkeur

Qua inhoud vindt men het belangrijk dat vooral resultaten die beïnvloedbaar zijn worden getoond: *“Wat ik belangrijk vind zijn delen waarop je goed aan kunt sturen. Bijvoorbeeld verpleegkundige zorg. Dat is wat wij daadwerkelijk leveren, en waar ik ook verantwoordelijk voor ben.”* En: *“Ik wil best resultaten meten, maar als ik die resultaten niet kan beïnvloeden omdat we er ziekenhuis breed toch niets mee doen. (...) Dat frustrereert alleen maar, ook voor mijn team.”* Vragenlijsten voor patiëntervaringen bestaan doorgaans uit vragen behorende bij een aantal thema's. Thema's zoals bejegening en informatievoorziening worden over het algemeen gezien als onderwerpen die (goed) te beïnvloeden zijn, en onder de verantwoordelijkheid van de zorgverleners valt. De geografische bereikbaarheid van het gehele ziekenhuis, parkeergelegenheid, sanitaire voorzieningen of de grootte van de wachtruimtes, dat zijn thema's waar minder goed op in te spelen valt. Met name voor zorgverleners die zich bezighouden met de praktijk in het ziekenhuis (i.p.v. directie of raad van bestuur): *“....., maar de toiletten, die zijn hier inmiddels verbouwd. Ze zijn ruim, voldoen aan de eisen van de tijd en mooi geschilderd. De scores (ed. op patiëntervaringen vragenlijsten) zijn hoger dan twee of drie jaar geleden. Toen waren het oude tegeltjes en oud sanitair. Er hing nog een gordijntje in plaats van een deur. Dat heeft allemaal met bouw te maken. Daar kan ik niets aan doen.”* Wat beïnvloedbaar is, hangt ook af van de doelgroep van de terugkoppeling. Zo kan informatie over de faciliteiten en bouw voor (hogere) managementlagen wellicht wel interessant en beïnvloedbaar zijn.

### 3.2 Resultaten liefst in één oogopslag

De boodschap van de terugkoppeling ziet men het liefst in één oogopslag. Dit vraagt om een simpele terugkoppeling. Hoe simpel, en welke details belangrijk of niet belangrijk zijn, hangt wederom af van de doelgroep van de terugkoppeling. Niet iedereen hoeft alle details teruggekoppeld te krijgen: *“Voor mijn functie wil ik in één oogopslag de stand van zaken van al de afdelingen kunnen zien. Ik hoef niet in details de analyse per afdeling te zien. Dat moet echt op afdelingsniveau.”* Het is daarom belangrijk om aan te sluiten bij de behoeften en vaardigheden van de doelgroep bij het presenteren van cijfers en data: *“Ik vind de tabelletjes zelf ook wel vaak heel leuk. Dat komt omdat ik mijn roots in de cijfers heb. Maar dat is toch wel wat meer voor de mensen die wat perfectionistischer zijn. De mensen die zich er echt in willen verdiepen. Wat is nou het probleem? Maar als je in één oogopslag wilt zien, is er een probleem... Dan is een figuur veel effectiever.”* *“Als je een werkoverleg hebt met 60 verpleegkundigen die allemaal niet zo geschoold zijn op die getalletjes, dan is een figuur veel effectiever volgens mij (...) Keep it simple”.*

### 3.3 Terugkoppeling op vraagniveau bruikbaar dan samengestelde scores

Het is bij vragenlijstonderzoek vrij gebruikelijk om vragen over eenzelfde thema samen te nemen in een gemiddelde over die vragen. Uit de interviews bleek echter dat verschillende medewerkers dit

juist helemaal niet prettig vinden. Over samengestelde scores werd bijvoorbeeld het volgende gezegd: *“De differentiatie is te groot. Men meet bijvoorbeeld accommodatie en faciliteiten. Wat meet ik nou? Of dat bed lekker ligt? Of dat als men zegt dat ze drinken willen, dat ze dat ook krijgen. Of meet ik dat die stoel oké zit?”*. De resultaten per vraag zijn dus vaak veel beter te interpreteren voor medewerkers dan gemiddelden over groepen vragen.

### 3.4 Figuren, liefst in kleur, hebben de voorkeur boven tabellen

Samenhangend met bovenstaande bevinding is de algemene voorkeur van de zorgverleners voor figuren in plaats van het gebruik van tabellen. Dit omdat figuren sneller leesbaar zijn: *“Bij de tabellen moet je getallen interpreteren. Hier [figuur] zie je in één oogopslag wat het meeste voorkomt. Ik vind dat het fijnst.”* Uiteraard bestaan er figuren in alle soorten en maten, en hebben we zorgverleners ook gevraagd naar wat voor soort figuur hun voorkeur uitgaat. Hiervoor bekeken zij onder andere (gestapelde) staaf-, lijn-, cirkeldiagrammen en radars (spidersplots) (zie Bijlage I), met steeds dezelfde fictieve data. Het algemeen advies van de geïnterviewden luidde wel; gebruik simpele, herkenbare en veelgebruikte figuren. Hoewel dat voor iedereen weer net even anders is, lijkt er een lichte voorkeur te zijn voor cirkeldiagrammen en (niet gestapelde) staafdiagrammen. Deze figuren voldoen volgens de meeste geïnterviewden aan behoeften als ‘simpel’, ‘duidelijk’, ‘to-the-point’ en ‘één oogopslag’. Daarnaast benadrukken de zorgverleners het belang van goed kleurgebruik om contrast aan te tonen. *“Kleurgebruik is vaak ongelofelijk verhelderend”*.

Interessant was dat de spinnenwebgrafiek door verschillende respondenten totaal niet als handig of inzichtelijk werd ervaren: *“Ik heb een ontzettende hekel aan de spinnengrafiek. Ik vind dat helemaal niks. Ik vind het al moeilijk om te zien wat de blauwe en de rode lijn is”*. *“Als je zegt ik wel even kijken hoe je in het spinnenweb staat, dat kan. Maar als je echt wil inzoomen van ik wil echt goed compleet zien wat dan echt de cijfers zijn, dan heb je iets anders nodig”*. Het overzicht dat een spinnenweb grafiek in één oogopslag tracht te bieden beantwoordt dus lang niet voor iedereen aan een behoefte.

### 3.5 Percentages sluiten goed aan bij de belevingswereld van ziekenhuismedewerkers

In de interviews is ook ingegaan op de mogelijkheid om resultaten te presenteren als gemiddelden per vraag, of als percentages gegeven antwoorden. Het merendeel van de geïnterviewden had een voorkeur voor de percentages: *“Ik vind dat gewoon helderder, duidelijker, ik heb dan meteen een beeld. Je bent er ook mee opgegroeid”*. En: *“Ik vind percentages dan wel makkelijker te interpreteren”*. En: *“... dan is het handig om percentages te krijgen [...] dan weet je hoeveel procent ergens ontevreden over is. Dat zegt dan ook wat meer”*. Eén van de geïnterviewden vond een prettige eigenschap van percentages dat het percentage negatieve ervaringen eigenlijk altijd nul zou moeten zijn: *“Percentages zeggen volgens mij wat sneller iets. Want je weet gewoon, als je over percentages praat is honderd procent altijd de norm. De norm van iets wat goed is. Dus zeg je van veertien procent, die relateer je altijd hoe ver dat van de 100 zit. Ik denk dat heel veel mensen ook zo denken.”*

### 3.6 Betrouwbaarheidsintervallen vaak niet gewenst, maar soms juist wel

Gemiddelden worden vaak voorzien van een betrouwbaarheidsinterval dat aangeeft hoeveel onzekerheid er is over dat gemiddelde (hoe groter het interval, hoe meer onzekerheid). Veel respondenten vonden betrouwbaarheidsintervallen eerder hinderlijk dan informatief. *“Hoe groter de errorbalk hoe minder betrouwbaar de score. Nou de meeste zullen dat al niet snappen, die zullen dat nog een keer moeten lezen. Omdat het gewoon taal is waar ze helemaal niet in zitten.”* En *“Ik weet niet of ik die informatie [betrouwbaarheidsintervallen] zo van toegevoegde waarde vind”*. Hoewel de meeste respondenten weinig tot geen toegevoegde waarde zagen van betrouwbaarheidsintervallen benadrukte één respondent juist de meerwaarde, met name voor de communicatie met medisch specialisten: *“Die [informatie over betrouwbaarheid] is heel relevant. Ja, sowieso qua interpretatie, maar ook qua terugkoppeling aan medische specialisten. Dat is precies wat zij natuurlijk willen weten. Anders ben ik nergens”*.

### 3.7 Vergelijkingsmateriaal: normen, benchmarks en trends

#### 3.7.1 Normen van belang voor interpretatie en motivatie

In een aantal interviews werd genoemd dat het hebben van een norm belangrijk is voor de interpretatie van de resultaten. Als er geen norm is, is het voor veel medewerkers onduidelijk of een afdeling het goed doet en of er verbeteracties plaats moeten vinden. Zonder norm zouden er verkeerde conclusies getrokken kunnen worden. *“Aan informatie alleen heb je niets. .... je moet er iets mee gaan doen. Je moet het kunnen beoordelen, ten opzichte van de norm. Dan is de vraag, wat is de norm?”*. De norm moet dus helpen om de resultaten te kunnen beoordelen. Een norm mag ook best prikkelend en uitdagend zijn. Het bepalen van de norm zou dan door het ziekenhuis zelf kunnen gebeuren, waarbij het niet alleen belangrijk is om reële normen te stellen, maar ook prikkelende normen die uitdagen tot verbetering. Voorts werd een duidelijk verschil gezien tussen een norm en een ziekenhuisbreed of landelijk gemiddelde. Een gemiddelde werd niet gezien als een goede norm omdat het over het algemeen niet prikkelt tot verbetering, én omdat als iedereen iets slecht doet het gemiddelde dus ook slecht is en niet iets om je als organisatie op te richten. *“Want hier zie je dat gemiddelde dan ‘soms’ is [dat wil zeggen dat iets “soms” goed gaat (red.)]. Dat mag ik niet hopen. Ik mag hopen dat de norm hoger ligt”*.

#### 3.7.2 Benchmarking: enerzijds heel nuttig, anderzijds risico op vergelijken van appels en peren

Naast het afzetten van eigen resultaten tegen een gestelde norm, kun je deze ook afzetten tegen een benchmark. Er zijn verschillende meningen over benchmarken op zich, en ook waar die benchmark op gebaseerd moet zijn. In verschillende interviews kwam de vergelijkbaarheid van gegevens aan de orde. Zo hadden verschillende respondenten bedenkingen bij het vergelijken van verschillende afdelingen binnen een ziekenhuis: *“Mijn afdeling vergelijken met een andere afdeling is eigenlijk appels en peren vergelijken, vind ik. Zou je het goed willen vergelijken, dan zou je eigenlijk moeten benchmarken met een ander ziekenhuis die ook een dagbehandeling heeft”*; *“Nou je doet altijd vergelijken of mensen zeg maar tevreden zijn over de geleverde zorg, maar in die zin is dat op een klinische afdeling, als je dat vergelijkt met de dagbehandeling niet helemaal eerlijk, vind ik”*.

Vergelijkingen maken tussen afdelingen binnen een ziekenhuis wordt dus door verschillende respondenten met enige scepsis ontvangen. Dat geldt echter ook wel een beetje voor vergelijkingen tussen ziekenhuizen. *“Als je in Amsterdam een ziekenhuis hebt dan heb je wellicht kritischere patiënten dan hier”*. Tegelijkertijd werd ook benoemd dat benchmarken van grote waarde kan zijn: *“Ik vind benchmarking sowieso uitermate nuttig. Op allerlei facetten.”* En: *“In die benchmark kan je gewoon zien dat alle centra van goed tot slecht, dat ze allemaal een 8 scoren. Dat moet je dus ook wel op de een of andere manier aan mensen duidelijk maken. Niet dat ze zeggen: ‘O, ik heb een acht, lekker achterover leunen ik ben klaar’. Nee, heeft iedereen een acht dan wordt het pas goed als het een 9 is”*. Uiteraard is interpretatie daarbij wel van belang; één van de respondenten benoemde daarbij de grote waarde van zijn contacten met professionals in andere ziekenhuizen die hij/zij kon bellen of sprak op congressen. Op die manier werd duidelijk hoe andere ziekenhuizen hun processen hadden vormgegeven.

### **3.7.3 Trendanalyse: zeer van toegevoegde waarde**

Twee respondenten noemen dat ze het fijn zouden vinden om bij terugkoppeling van resultaten ook een resultaten van de periode(s) ervoor te krijgen. Niet alleen de eigen afdeling vergelijken met andere afdelingen of een benchmark. *“Als je het dan helemaal zou willen doen, dan zou je eigenlijk de grafiek van de vorige keer eronder moeten zetten. Want dan is het helemaal ideaal”*. En: *“...om een trend te kunnen laten zien. Want we vinden dat wel heel belangrijk. Dus dat laten we altijd wel zelf zien. Dat vind ik zelf heel prettig.”* Of trendanalyse meer of minder waarde had dan benchmarken met andere afdelingen of ziekenhuizen werd uit de interviews niet duidelijk.

## **3.8 Kwalitatieve informatie van grote waarde**

Naast de terugkoppeling en interpretatie van kwantitatieve informatie uit de vragenlijst, blijkt dat kwalitatieve informatie van patiënten ook als waardevol wordt gezien. Respondenten zeggen dat beide methoden belangrijk zijn. Hierbij worden de gesloten vragen gezien als een eerste stap, en is de kwalitatieve informatie is een aanvulling of verdieping. Ook spiegelgesprekken blijken daarbij een waardevolle bron van informatie te zijn.

### **3.8.1 Een open vraag in de vragenlijst: contactgegevens voor follow-up van groot belang**

In de vragenlijst die bij het Maxima Medisch Centrum wordt ingezet zit een open vraag waarin patiënten opmerkingen, complimenten en verbeterpunten achterlaten. Patiënten die daar prijs op stellen kunnen ook hun contactgegevens daarbij achterlaten en worden dan teruggebeld door het ziekenhuis. Dit wordt door het ziekenhuis als buitengewoon waardevol ervaren omdat dit de mogelijkheid biedt om met patiënten die verbeterpunten rapporteren in gesprek te gaan en daarvan te leren: *“En dan denk ik, gemiddeld doen we het dus kei goed, maar waarom zegt die patiënt nou, weet je ik vind het echt een 9, wat maakt het dan die 9, en waarom zegt iemand, ik vond het echt een 4. En misschien wil je dat soort dingen... en dat zit echt in die open vragen, vaak.”* Een andere medewerker gaf aan: *“Ik ben veel meer geïnteresseerd in het verhaal achter het cijfer. [...] Losse opmerkingen vertellen veel meer. Daar komt het werkelijke verhaal meer tot uiting.”* Ook is het voor het ziekenhuis erg prettig om patiënten die dat wensen op te kunnen bellen, als manier om een goede relatie met de patiënten te kunnen behouden: *“Als patiënten aan de hand van die patiëntenenquête graag met het unithoofd spraken...dan ging ik die patiënten bellen. En dan kon ik*

*die geruststellen of ik kon uitleggen waarom we iets deden zo, of waarom we het niet deden, of dat we het hadden nagelaten”.*

### **3.8.2 Spiegelgesprekken complementair met vragenlijstonderzoek**

In verschillende interviews kwam aan de orde dat er ook spiegelgesprekken plaats vinden die een waardevolle bron van informatie vormen die niet uit de vragenlijsten te halen is:

*“Afgelopen bijeenkomst hebben we een patiënt uitgenodigd, en die patiënt kwam vertellen, en dat was niet intervisie, maar hoe heeft ie dat nou ervaren. ....Ik vind het toch altijd als een patiënt iets vertelt, dan blijft dat beter hangen dan als je het op papier ziet.” En: “Ik geloof zelf ook heel erg in spiegelgesprekken. Dat is ook een heel mooi instrument om informatie boven tafel te krijgen, mits je dat op de goede manier doet.”* Daarbij kwam geen duidelijke voorkeur naar voren voor spiegelgesprekken of vragenlijstmetingen: *“Nee, ik denk dat de balans van beide heel goed is. Ik denk dat je sowieso in die grote bulk ook wil weten hoe patiënten het ervaren zeg maar. En dat kun je het ook echt alleen maar doen door heel gericht te meten wat je wilt meten. Dus echt meer het kwantitatieve stuk”* En: *“Nee dat [een patiënttevredenheidsmeting] is niet genoeg. Het is een instrument. Dat moet je goed benutten. Daarnaast zijn spiegelgesprekken ook belangrijk”.*

## **3.9 Bruikbaarheid van informatie in relatie tot organisatiecultuur**

In verschillende interviews kwam de context aan de orde waarin de resultaten van patiëntervaringsmetingen gebruikt worden. Eén respondent noemde het belang van een aanspreekcultuur: *“Dat moet gewoon breed in huis, moet je die aanspreekcultuur creëren. Zodat mensen elkaar gaan aanspreken op dat wat we hebben afgesproken. Dáár komt de kwaliteitsverbetering uit voor. Niet uit het tabelletje zelf.”* Tevens kwam het belang van integraal beleid voor het vertalen van resultaten van patiëntervaringsmetingen naar kwaliteitsverbetering aan de orde. Het is dus van belang dat de resultaten van metingen van patiëntervaringen goed worden ingebed in processen voor kwaliteitsborging en verbetering.





## 4 Discussie

### 4.1 Kwaliteitsinformatie waardevol, maar terugkoppeling kan vaak beter

Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat ziekenhuismedewerkers veel waarden hechten aan kwaliteitsinformatie gebaseerd op patiëntervaringen, maar dat de terugkoppeling vaak beter kan. Zo blijkt dat verschillende gebruikelijke wijzen van terugkoppelen van informatie over patiëntervaringen, het gebruik van die informatie voor kwaliteitsverbetering niet bevordert. De veelgebruikte spinnenwebgrafiek sluit bijvoorbeeld niet goed aan bij de belevingswereld van (een groot deel van) ziekenhuismedewerkers. Daarnaast hebben veel medewerkers behoefte aan (streef-) normen vanuit de organisatie om resultaten tegen te kunnen afzetten, terwijl in rapportages vaak landelijke gemiddelden worden getoond als referentie. Ook vonden medewerkers gemiddelden over groepen van vragen niet goed interpreteerbaar en gaven zij de voorkeur aan resultaten per vraag. Voorts gaven medewerkers van het ziekenhuis herhaaldelijk aan dat zij vooral geïnteresseerd zijn in resultaten die zij kunnen beïnvloeden, maar vaak ook geconfronteerd worden met resultaten die zij helemaal niet kunnen beïnvloeden. Ook blijkt het presenteren van betrouwbaarheidsintervallen voor veel ziekenhuismedewerkers eerder hinderlijk dan verhelderend. Deze en verschillende andere observaties uit dit onderzoek laten zien dat bestaande strategieën voor het presenteren van patiëntervaringen vaak ver af staan van de medewerkers die kwaliteit van zorg moeten borgen of bevorderen.

### 4.2 Simpler is beter voor intern kwaliteitsbeleid

Een belangrijk algemene implicatie van dit onderzoek is de behoefte aan informatie die zo eenvoudig en “plat” mogelijk is. Percentages gegeven antwoorden per vraag zijn in dit verband gewenst. Betrouwbaarheidsintervallen, die vanuit wetenschappelijk oogpunt onontbeerlijk zijn, sluiten duidelijk niet goed aan bij de belevingswereld van veel medewerkers van een ziekenhuis. In dit licht zou het interessant zijn om informatie gelaagd aan te bieden door rapportages van patiëntervaringen te beginnen met een platte weergave van de resultaten en allerlei wetenschappelijke/statistische nuances naar achteren te plaatsen, bijvoorbeeld in tabellen in een bijlage.

Het gegeven dat simpeler beter is, betekent ook dat rapportages voor intern kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders er idealiter anders uit zullen zien dan rapportages voor externe verantwoording aan verzekeraars. Bij verzekeraars geldt namelijk dat zij de informatie gebruiken voor zorginkoop en dat kan ingrijpende consequenties hebben voor contracten met zorgaanbieders. Dit gebruik vereist verschillende wetenschappelijke onderbouwde methoden voor analyse en presentatie, waaronder bijvoorbeeld het gebruik van betrouwbaarheidsintervallen. Dat dit hinderend lijkt te werken bij het gebruik van informatie voor intern kwaliteitsbeleid illustreert dat verschillende gebruiksdoelen van informatie verschillende wijzen van presentatie vereisen.

### 4.3 Maatwerk gewenst

De bevindingen dat medewerkers behoefte hebben streefnormen en aan informatie over aspecten van de zorg die zij kunnen beïnvloeden, kan betekenen dat voor iedere zorgaanbieder een aparte vertaalslag gewenst is van data over patiëntervaringen naar verbeterinformatie voor die zorgaanbieder. Dit komt bijvoorbeeld omdat resultaten die bij de ene zorgaanbieder beïnvloedbaar zijn, bij een andere zorgaanbieder misschien wel helemaal niet beïnvloedbaar zijn. Ook de (streef-)normen die gewenst zijn kunnen verschillen per organisatie. In een ideale wereld ziet een rapportage voor interne verbetering er voor iedere zorgaanbieder dus net iets anders uit.

Of het realistisch is om voor iedere zorgaanbieder een specifieke rapportage te genereren hangt af van de mogelijkheden voor implementatie van zorgaanbiederspecifieke rapportages. Wanneer een medewerker bij een zorgaanbieder specifieke rapportages moet opstellen met een selectie van beïnvloedbare resultaten met bijbehorende streefnormen, dan is dat arbeidsintensief en in veel gevallen niet haalbaar. Bij veel kwaliteitsmetingen geldt echter dat deze op grote schaal (landelijk) worden toegepast. In dat geval zullen er één of meer centrale plaatsen zijn waar data worden verzameld en waar rapportages worden gemaakt. Dit biedt de mogelijkheid voor interactieve rapportage tools waarbij een medewerker van een zorgaanbieder de gewenste streefnormen invult en een selectie van de resultaten maakt. Of en hoe maatwerk per organisatie bereikt kan worden hangt dus zeer af van de opzet van kwaliteitsmetingen.

### 4.4 Nader onderzoek

De bruikbaarheid van informatie voor kwaliteitsverbetering is een belangrijk onderwerp voor toekomstig onderzoek. Mogelijk is dit onderwerp ook wat onderbelicht gebleven gezien de urgentie van goede en wetenschappelijk onderbouwde informatie voor andere gebruiksdoelen zoals patiëntkeuze en zorginkoop (de Boer et al., 2014). Daarbij geldt dat wetenschappers de neiging hebben om resultaten wetenschappelijk dicht te timmeren met behulp van betrouwbaarheidsintervallen, significantietoetsen, casemixcorrectie etc., terwijl dit nu juist dingen zijn die de aansluiting bij medewerkers van ziekenhuizen bemoeilijkt en gebruik voor interne kwaliteitsverbetering niet ten goede komen. Een belangrijke vraag is dan ook hoe te komen tot een goed evenwicht waarbij informatie goed bruikbaar is, zonder al teveel concessies te doen aan relevante wetenschappelijke principes. Daarnaast is nader onderzoek van belang om te bekijken in hoeverre de bevindingen uit dit onderzoek ook gelden voor andere ziekenhuizen en/of zorgaanbieders. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat uitgebreider onderzoek onder meer verschillende zorgaanbieders met bijvoorbeeld ook aandacht voor verschillen tussen functiegroepen, andere inzichten oplevert.

### 4.5 Conclusie

Dit onderzoek heeft laten zien dat de bruikbaarheid van informatie over patiëntervaringen voor het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders de nodige aandacht verdient. Dit is belangrijk omdat er veel presentatiewijzen in omloop zijn die niet aansluiten bij de belevingswereld van medewerkers van zorgorganisaties. Maar het is vooral ook belangrijk omdat medewerkers van zorgorganisaties uiteindelijk degenen zijn die er iets aan kunnen doen als de kwaliteit van zorg niet optimaal is.

## Referenties

- Actiz. Van Visie naar Actie: Strategisch beleidsplan 2013-2015. Utrecht: ActiZ, 2012
- Boer D de, Rademakers J, Berg M van den. Transparantie van Kwaliteit van Zorg. Zorgbalans 2014. Bilthoven: RIVM, 2014
- Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 2006; 18(1):59–82
- Hopman P, Boer D de, Rademakers J. Kennisvraag: wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd? Utrecht: NIVEL, 2011
- NFU Consortium Kwaliteit van Zorg. Kwaliteitsregistraties met toekomst. Drukkerij Badoux: Houten, 2014
- Zuidegeest M, Strating M, Luijkx KG, Westert GP, Delnoij DMJ. Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 2012; 24(3):224-229
- Zuidegeest M, Delnoij DMJ, Luijkx KG, Boer D de, Westert GP. Patients' experiences of quality of long-term care among the elderly: Comparing scores over time. *BMC Health Services Research*, 2012; 12:26



## Bijlage A Interviewprotocol

### Interviewprotocol visuele presentatie kwaliteitsinformatie

#### A. INLEIDING

---

##### Voorstellen

Ik ben <naam>, <functie>. Voordat we beginnen met het interview zal ik even kort wat algemene informatie geven over het onderzoek en vertellen waar het interview voor dient.

Het NIVEL doet onderzoek naar de visuele presentatie van kwaliteitsinformatie aan medische professionals. Op welke manier kan kwaliteitsinformatie het beste gepresenteerd worden aan professionals in de zorg, als het gaat om duidelijkheid, volledigheid, gebruiksvriendelijkheid en de effectiviteit in het bewerkstelligen van kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen? Het NIVEL assisteert de afdeling kwaliteit en veiligheid momenteel in de overgang van het gebruik van de huidige patiënt tevredenheidsvragenlijst naar gebruik van de CQ-index Ziekenhuiszorg. Binnen deze samenwerking voert het NIVEL een kleinschalig, exploratief onderzoek uit naar de zienswijze van medewerkers binnen het MMC, wat betreft de interne terugkoppeling van kwaliteitsinformatie. Met de resultaten uit het onderzoek hopen wij aanknopingspunten te vinden in de wijze waarop kwaliteitsinformatie het beste teruggekoppeld kan worden aan professionals in de zorg. Dat is voor het NIVEL interessant, omdat wij veel spiegelrapportages genereren aan ziekenhuizen op basis van patiënttevredenheid vragenlijsten. Het onderzoek resulteert daarnaast in een algemeen vrijblijvend advies over de terugkoppeling van kwaliteitsinformatie aan de afdeling kwaliteit en veiligheid van Máxima Medisch Centrum.

##### Procedure

Het doel van het onderzoek is om de wensen, voorkeuren van professionals in de zorg te inventariseren over de manier waarop kwaliteitsinformatie het beste teruggekoppeld kan worden. Om daarachter te komen ga ik u een aantal presentatiewijzen voorleggen. Ik ben daarbij geïnteresseerd in alles wat er bij u opkomt (is de informatie duidelijk, mist u informatie, wat schetst het voor beeld over de kwaliteit etc.). En, ik zal u wat aanvullende vragen stellen over de figuren. Voelt u zich vooral vrij om alles te zeggen wat u denkt, ook negatieve dingen.

##### Vertrouwelijkheid / opname

Om uw antwoorden zo goed mogelijk te verwerken wil ik u vragen of ik dit gesprek op mag nemen met een opnamerecorder. Deze opname blijft vertrouwelijk en zal enkel door mij, en evt. een ander collega betrokken bij dit project, teruggeluisterd worden.

##### → Informed consent laten tekenen!

Zijn er nog vragen voor we beginnen?

## B. ALGEMENE VRAGEN

---

1. Naam
2. Functie
3. Op welke manier komt u in uw dagelijkse werkzaamheden in aanraking met kwaliteitsinformatie van MMC?
  - o pto?
  - o hospital standardized mortality ratio?
  - o andere indicatoren / verplichting tov IGZ?

## C. EVALUATIE PRESENTATIEWIJZEN

---

Ik ga u nu informatie voorleggen over verschillende afdelingen binnen Maxima Medisch Centrum. Ter concretisering gebruiken we hiervoor de informatie uit het patiënttevredenheidsonderzoek van MMC, van 2013. Het gaat dus om de ervaringen van patiënten met de afdelingen binnen MMC. Ik hoor graag hoe u over de presentatiewijzen denkt (denk aan duidelijkheid, volledigheid, bruikbaarheid etc.) Om de presentatiewijzen zo goed mogelijk te evalueren, wil ik u vragen in te denken dat het gaat om resultaten van uw eigen afdeling. Deze afdeling noemen we vanaf nu afdeling A.

<p><b>CASUS 1</b> (gemiddelde scores: bijlage 1)</p> <p>Stel u wilt weten hoe uw afdeling presteert als het gaat om <u>de informatievoorziening over bijwerkingen van medicijnen</u>. U bekijkt daarvoor de terugkoppeling van de volgende vraag uit het pto: <b>“Hoe vaak, bent u bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen van deze geneesmiddelen?”</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wat vindt u dan van de volgende presentatiewijzen? (ruimte open respons)</li><li>2. Algemene indruk (elk plaatje apart bespreken)</li><li>3. Figuren vs. tabellen -&gt; voorkeur?</li><li>4. Wel / geen onzekerheidsinformatie (errorbalken) -&gt; voorkeur?</li><li>5. Welk het duidelijkst / bruikbaarst?<ol style="list-style-type: none"><li>a) als het gaat om het vergelijken van verschillende afdelingen met elkaar?</li><li>b) als het gaat om het vergelijken van uw eigen afdeling met de resultaten van vorig jaar?</li></ol></li><li>6. Voorkeur?</li></ol>	<p>(aantekeningen)</p>
--	------------------------

<p><b>CASUS 2</b> (percentages gegeven antwoorden: bijlage 2)</p> <p>Stel u wilt weten hoe uw afdeling presteert als het gaat om <u>hoe adequaat artsen, verpleegkundigen reageren wanneer patiënten om pijnstillers vragen</u>. U bekijkt daarvoor de terugkoppeling van de volgende vraag uit het pto: <b>“Hoe adequaat reageerden artsen, verpleegkundigen wanneer u om een pijnstiller vroeg?”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat vindt u dan van de volgende presentatiewijzen? (ruimte voor eigen open respons laten)</li> <li>2. Algemene indruk (elk plaatje apart bespreken)</li> <li>3. Figuur vs. tabel vs. cirkeldiagram → voorkeur?</li> <li>4. Welk het duidelijkst / bruikbaarst?       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) als het gaat om het vergelijken van verschillende afdelingen met elkaar?</li> <li>b) als het gaat om het vergelijken van uw eigen afdeling met de resultaten van vorig jaar?</li> </ol> </li> <li>5. Voorkeur?</li> <li>6. Gemiddelden (casus1) versus percentages (casus 2)       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Voorkeur voor terugkoppeling in percentages of gemiddelden?</li> <li>b) Is deze voorkeur afhankelijk van het doel? Vergelijking van afdelingen, over tijd, enkel met eigen afdeling? Waarom wel/niet?</li> </ol> </li> </ol>	<p>(aantekeningen)</p>
---	------------------------

<p><b>CASUS 3</b> (totaaloverzichten: bijlage 3)</p> <p>Stel u wilt een totaaloverzicht van de resultaten van uw afdeling in het patiënttevredenheidsonderzoek.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat vindt u dan van de volgende presentatiewijzen?</li> <li>2. Algemene indruk (elk plaatje apart bespreken)</li> <li>3. Welke het duidelijkst?       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) volledigheid vs. vereenvoudiging</li> </ol> </li> <li>4. Welke het bruikbaarst?</li> <li>5. Voorkeur?</li> </ol>	<p>(aantekeningen)</p>
--	------------------------

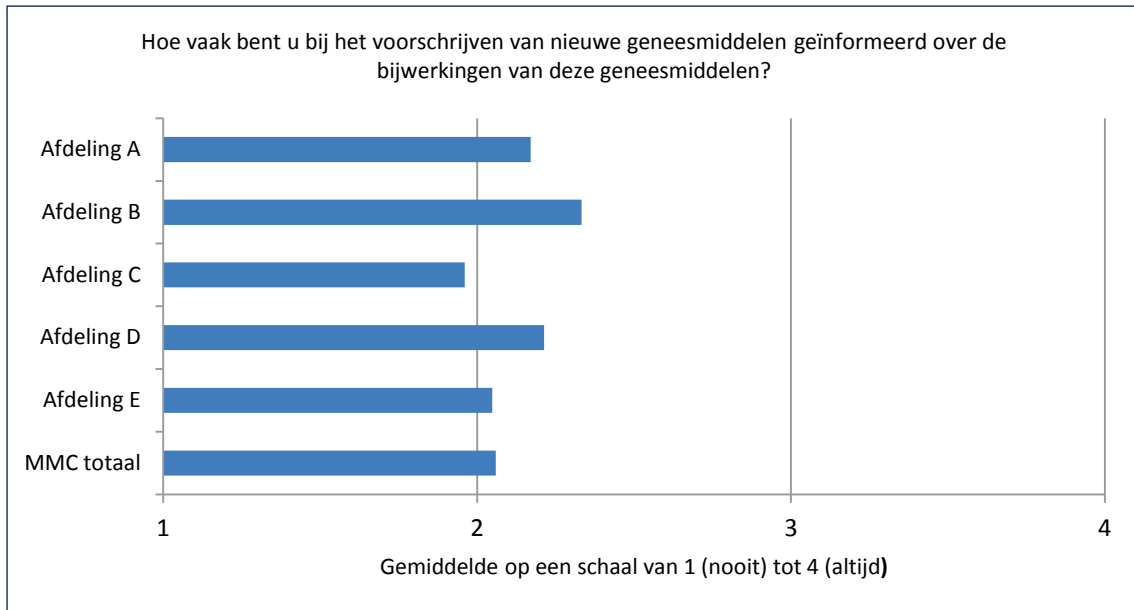
#### D. AANVULLENDE VRAGEN

Eerder vroeg ik u naar de kwaliteitsinformatie waar u momenteel mee in aanraking komt binnen MMC / die gebruikt wordt binnen MMC. Ik wil u hierover nog wat aanvullende vragen stellen.

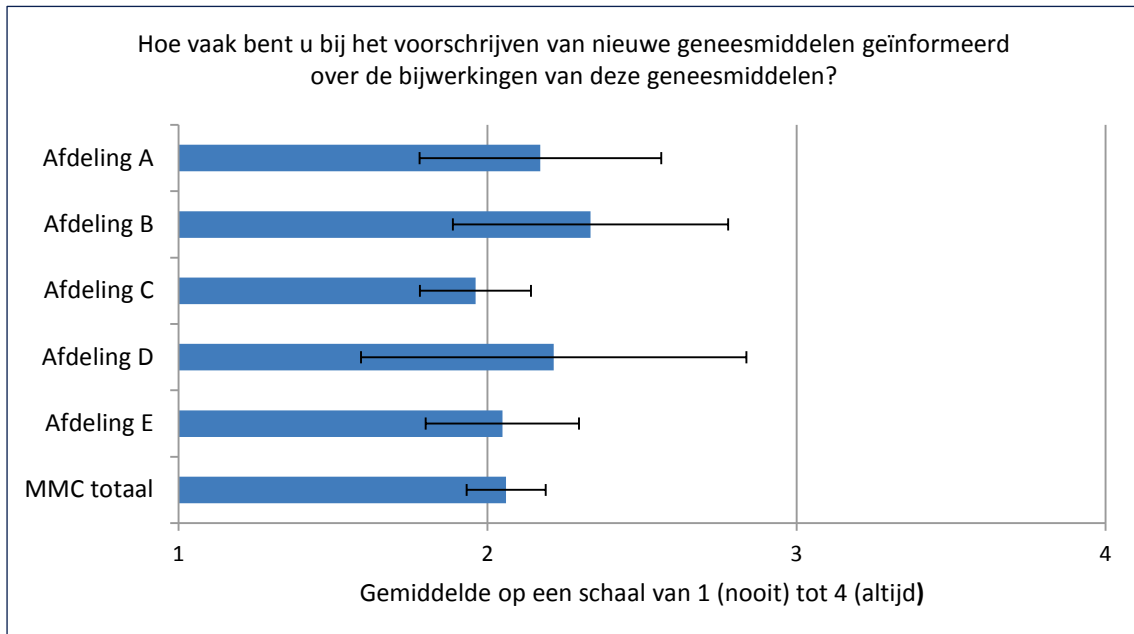
<p>1. Zijn er, op basis van kwaliteitsinformatie, veranderingen doorgevoerd in het beleid van MMC/ of actie ondernomen?</p> <p><b>a)</b> Zo ja, welke elementen van de informatie zijn daarbij bepalend geweest?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (denk aan kwalitatief vs. kwantitatief)</li></ul> <p><b>b)</b> Zo nee, wat voor kwaliteitsinformatie is nodig om beleid te evalueren/ verbetering te bewerkstelligen?</p> <p><b>a)</b> (denk aan kwalitatief vs. kwantitatief)</p> <p><b>b)</b></p>	<p>(aantekeningen)</p>
<p>2. Momenteel wordt veel aandacht besteed aan benchmarking in de zorg. Het gaat dan om het vergelijken van verschillende ziekenhuizen of afdelingen met elkaar om kwaliteit vast te stellen. Dit gebeurt met name voor de externe verantwoording, aan bv zorgverzekeraars. Wat vindt u van deze methode om kwaliteit te evalueren?</p> <p><b>a)</b> zinvolle methode voor de ziekenhuizen zelf, als het gaat om interne kwaliteitsverbetering?</p> <p><b>b)</b> eerlijk / betrouwbaar?</p>	<p>(aantekeningen)</p>
<p>3. Als het gaat om betrouwbaarheid van de benchmarking, stelt men dat het vergelijken van verschillende ziekenhuizen of afdelingen niet realistisch is. Dit omdat de patiëntengroepen binnen ziekenhuizen/afdelingen van elkaar kunnen verschillen. Deze verschillen in patiëntengroepen kunnen invloed hebben op de onderlinge vergelijkingen (zo kan je verwachten dat patiënten met een relatief zware ingreep mogelijk kritischer zijn over de zorg die zij krijgen dan patiënten die enkel voor een kleine ingreep behandeld worden, dit zie je terug in scores op een pto).</p> <p><b>a.</b> Er zijn manieren om statistisch te corrigeren voor deze 'patiëntinvloeden', dit noemen we casemixcorrectie. Wat vindt u van deze correctiemethodes voor vergelijkingen? Nuttig, nodig, of liever de cijfers spreken voor zichzelf?</p> <p><b>b.</b> Vraag is; methodologisch beter, maar ook bruikbaar voor ziekenhuizen zelf als het gaat om interne kwaliteitsverbeteringen?</p>	<p>(aantekeningen)</p>



*Figuur A.1 De mate waarin patiënten vinden dat zij geïnformeerd zijn over de bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven*



*Figuur A.2 De mate waarin patiënten vinden dat zij geïnformeerd zijn over de mogelijke bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven*



De errorbalken in figuur A.2 geven weer hoe betrouwbaar de meting van een bepaalde afdeling is. Hoe groter de errorbalk hoe kleiner het aantal patiënten waarop de gemiddelde score is gebaseerd.

Tabel A.1 De mate waarin patiënten vinden dat zij geïnformeerd zijn over de bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven

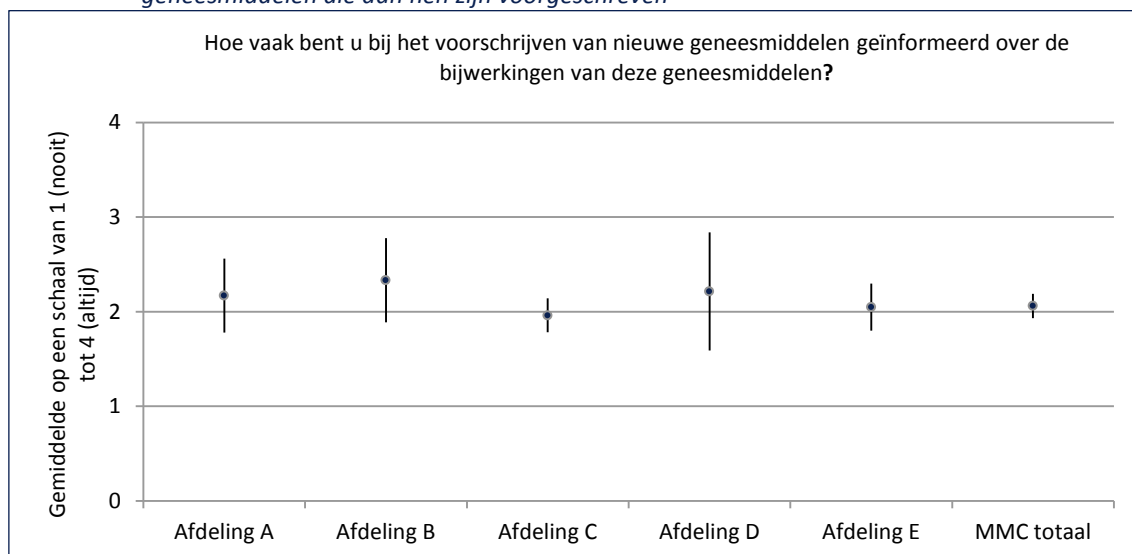
Hoe vaak bent u bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen geïnformeerd over de bijwerkingen van deze geneesmiddelen?	
Afdeling	Gemiddelde op een schaal van 1 (nooit) tot 4 (altijd)
Afdeling A	2,17
Afdeling B	2,33
Afdeling C	1,96
Afdeling D	2,21
Afdeling E	2,05
MMC totaal	2,06

Tabel A.2 De mate waarin patiënten vinden dat zij geïnformeerd zijn over de bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven

Hoe vaak bent u bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen geïnformeerd over de bijwerkingen van deze geneesmiddelen?		
Afdeling	Gemiddelde op een schaal van 1 (nooit) tot 4 (altijd)	Betrouwbaarheidsinterval*
Afdeling A	2,17	1,78 – 2,56
Afdeling B	2,33	1,89 – 2,78
Afdeling C	1,96	1,78 – 2,14
Afdeling D	2,21	1,59 – 2,84
Afdeling E	2,05	1,79 – 2,30
MMC totaal	2,06	1,93 – 2,19

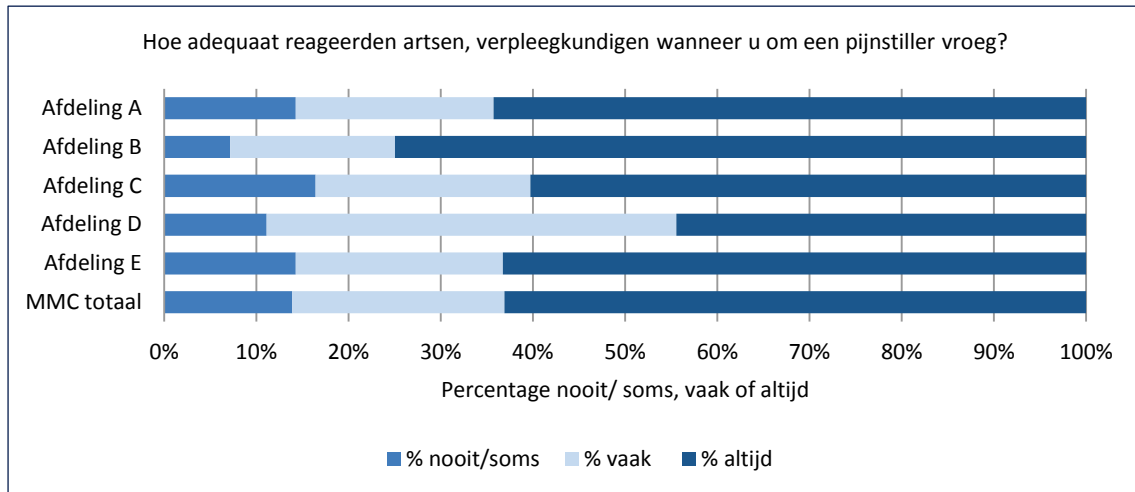
\* Het betrouwbaarheidsinterval in tabel A.4 geeft weer hoe betrouwbaar de meting van een bepaalde afdeling is. Hoe groter het betrouwbaarheidsinterval hoe kleiner het aantal patiënten waarop de gemiddelde score is gebaseerd.

Figuur A.3 De mate waarin patiënten vinden dat zij geïnformeerd zijn over de bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven

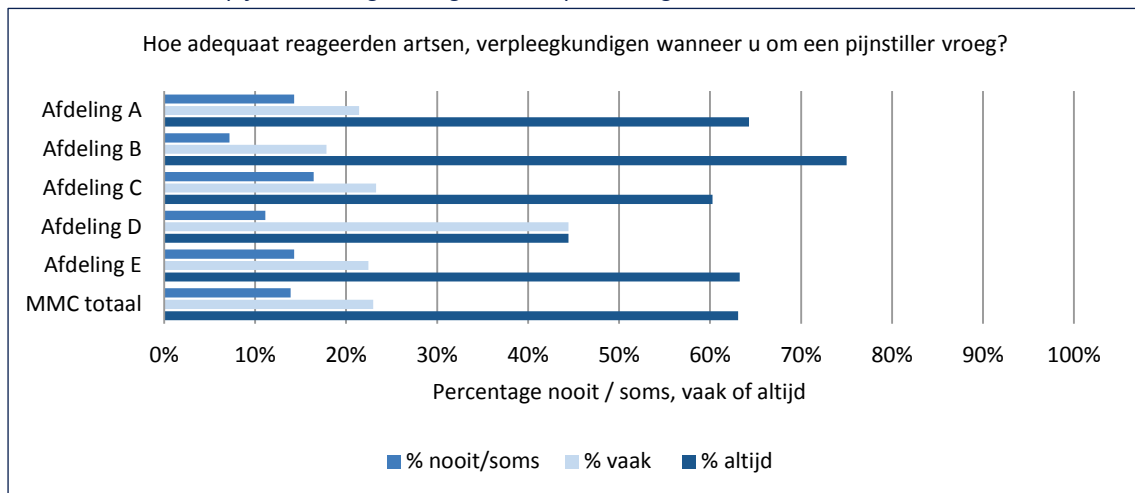


De errorbalken in figuur A.3 geven weer hoe betrouwbaar de meting van een bepaalde afdeling is. Hoe groter de errorbalk hoe kleiner het aantal patiënten waarop de gemiddelde score is gebaseerd.

*Figuur A.4 Mate waarin patiënten vinden dat artsen, verpleegkundigen adequaat reageren wanneer zij om een pijnstiller vragen, uitgedrukt in percentages*



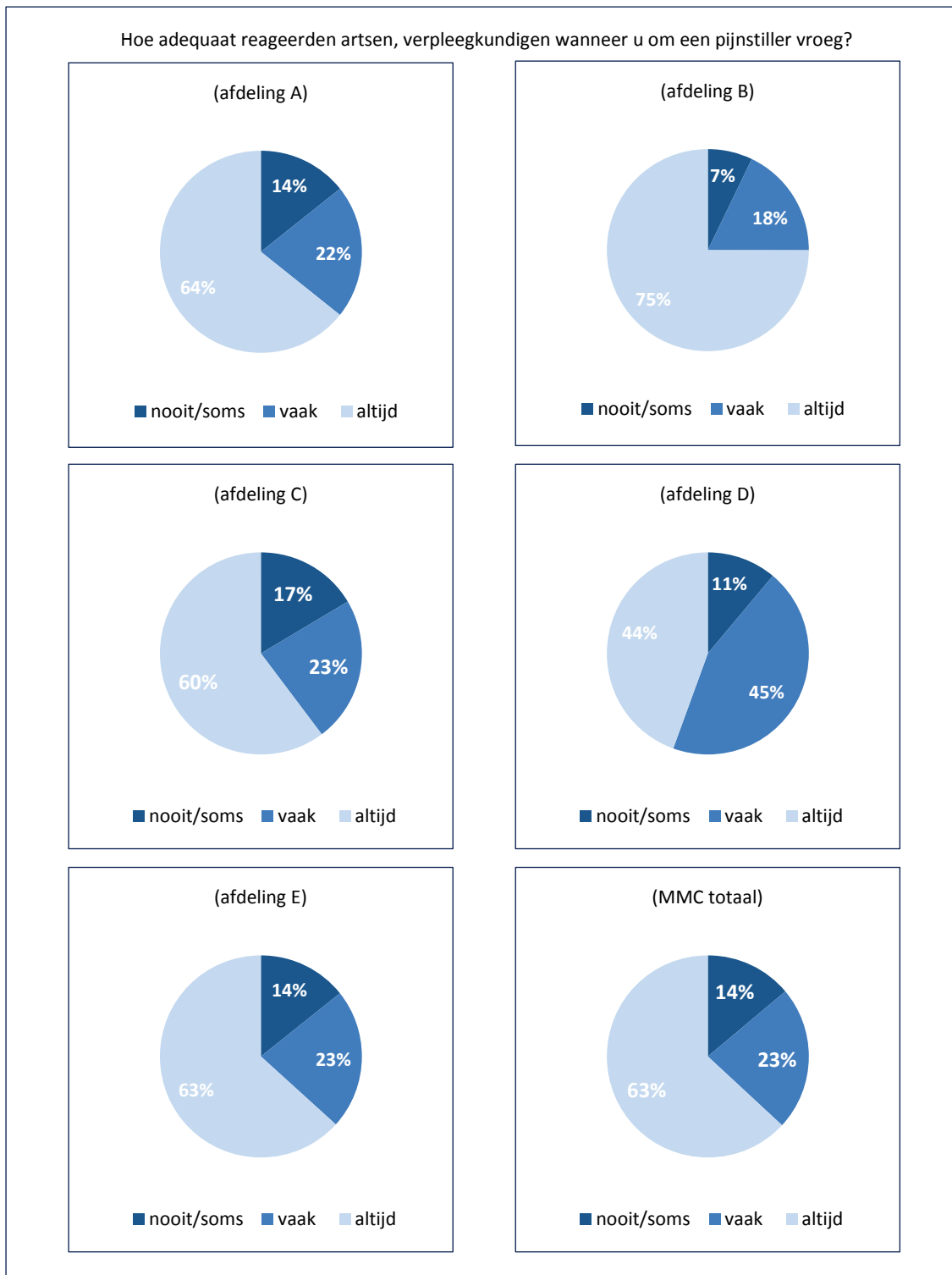
*Figuur A.5 Mate waarin patiënten vinden dat artsen, verpleegkundigen adequaat reageren wanneer zij om een pijnstiller vragen, uitgedrukt in percentages*



*Tabel A.3 Mate waarin patiënten vinden dat artsen, verpleegkundigen adequaat reageren wanneer zij om een pijnstiller vragen, uitgedrukt in percentages*

Hoe adequaat reageerden artsen, verpleegkundigen wanneer u om een pijnstiller vroeg?						
	Percentage nooit / soms, vaak of altijd					
	MMC Totaal	Afdeling A	Afdeling B	Afdeling C	Afdeling D	Afdeling E
nooit/soms	14,0%	14,3%	7,2%	16,4%	11,1%	14,3%
vaak	23,0%	21,4%	17,9%	23,3%	44,4%	22,5%
altijd	63,1%	64,3%	75,0%	60,3%	44,4%	63,3%

*Figuur A.6 Mate waarin patiënten vinden dat artsen, verpleegkundigen adequaat reageren wanneer zij om een pijnstiller vragen, uitgedrukt in percentages*

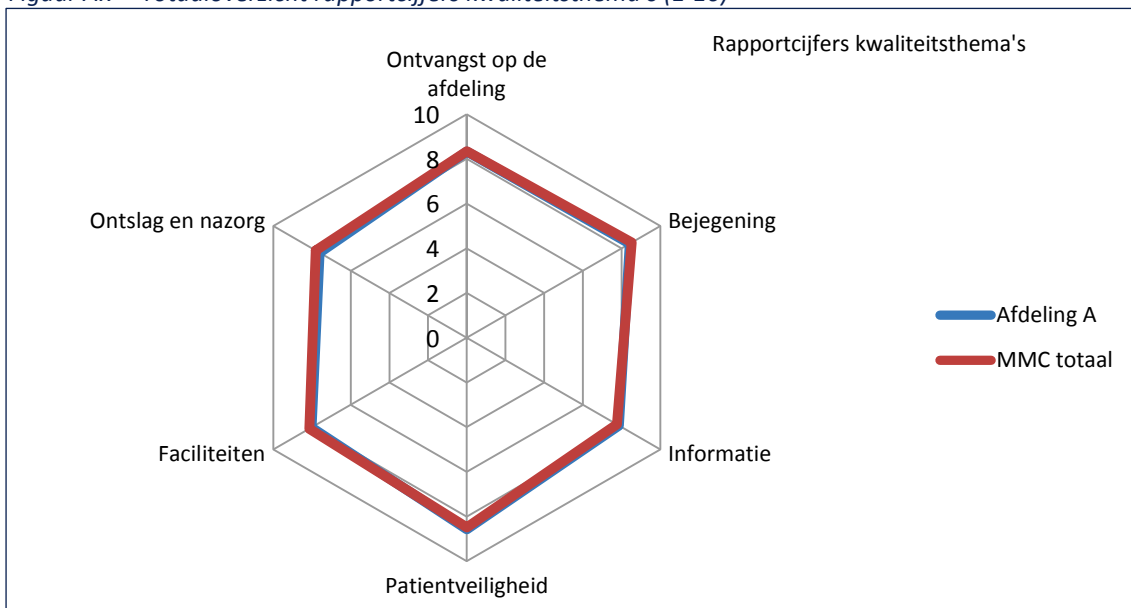


## Totaaloverzichten

Tabel A.4 Totaaloverzicht rapportcijfers kwaliteitsthema's (1 – 10)

Vraag / schaal	Afdeling					
	A	B	C	D	E	MMC Totaal
Ontvangst verpleegafdeling	8,3	8,5	8,5	8,1	8,2	8,3
Bejegening zorgverleners	8,4	8,6	8,6	8,4	8,4	8,5
Informatievoorziening	7,9	8,1	8,1	7,4	7,2	7,7
Patiëntveiligheid	8,6	8,5	8,6	8,3	8,3	8,5
Accommodatie en faciliteiten	8	8,1	8,4	7,9	8	8,1
Ontslag en nazorg	7,6	8,1	7,8	7,6	7,7	7,8
Totale verblijf	8,2	8,4	8,4	8,1	8,2	8,3
Aanbevelen MMC- % beslist wel	62,2%	67,3%	70,8%	43,5%	62,4%	61,2%
Aanbevelen MMC- % waarschijnlijk wel	33,3%	30,6%	28%	52,2%	33,9%	35,6%
Weer kiezen voor MMC - % beslist wel	68,9%	65,9%	72,4%	59,1%	71,3%	67,5%
Weer kiezen voor MMC - % waarschijnlijk wel	31,1%	29,9%	24,1%	36,4%	25,0%	29,3%

Figuur A.7 Totaaloverzicht rapportcijfers kwaliteitsthema's (1-10)



Figuur A.8 Totaaloverzicht rapportcijfers kwaliteitsthema's (1-10)

