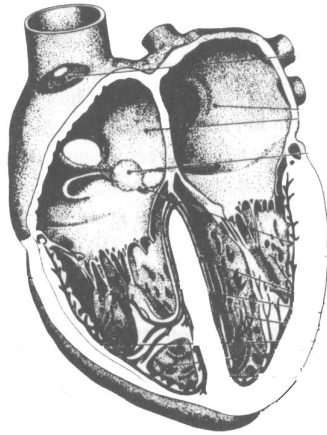


# Een tevreden hart?



Het ontwikkelen van een valide en betrouwbare patiënttevredenheidsenquête betreffende de hartrevalidatie op de afdeling paramedische dienst van het BoschMediCentrum te 's-Hertogenbosch.

**Auteurs:**

B. van Bokhoven  
J. Haaksman  
S. Swagemakers

**Begeleiders:**

A. Simons (MB)  
R. van Diesen (DB)  
M. Schillings (Coördinator)

Onderzoeksverslag Fontys hogescholen Eindhoven  
Studierichting FLP, opleiding Fysiotherapie  
Eindhoven, mei 2001

## Voorwoord

In 1996 zijn in 's-Hertogenbosch twee ziekenhuizen gefuseerd, namelijk het Willem Alexander Ziekenhuis (WAZ) en het Groot Zieken Gasthuis (GZG). Zo ontstond het BoschMediCentrum (BMC). Door de fusering heeft de paramedische dienst van beide ziekenhuizen, besloten om de beide hartrevalidatieprogramma's van beide ziekenhuizen eens naast elkaar te leggen, om te kijken wat de verschillen en de overeenkomsten zijn. Het uiteindelijke doel was het opstellen van een effectiever revalidatieprogramma voor hartpatiënten voor het BMC, op de locatie WAZ. Zo is het project "Hartrevalidatie nieuwe stijl" ontstaan. Een onderdeel van dit nieuwe project was het afnemen van een patiënttevredenheidsenquête.

Gaandeweg is men zich gaan afvragen of er in de afgelopen jaren verandering is opgetreden wat betreft de patiënttevredenheid met betrekking tot het hartrevalidatieprogramma. Om die patiënttevredenheid in beeld te brengen besloot men om opnieuw een enquête af te nemen.

Ons werd gevraagd of wij deze taak op ons wilden nemen en om tevens te onderzoeken of deze enquête wel valide en betrouwbaar is. Als dit niet het geval zou zijn, dan werd ons gevraagd of het mogelijk is een nieuwe enquête te ontwikkelen die wel valide en betrouwbaar is.

De relatie van dit project met het vak fysiotherapie kan als volgt omschreven worden; Het vak fysiotherapie zal steeds meer wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn. Dit omdat de gezondheidszorg steeds meer eisen stelt aan de behandelingen van de fysiotherapeut. Immers, hoe sneller de klachten van de patiënt zijn afgenomen of zijn verdwenen hoe beter het is voor de zorgsector. Daarbij is ook van groot belang dat de patiënt tevreden is en dit ook blijft. Een middel om de patiënttevredenheid te meten is een patiënttevredenheidsenquête. Daarnaast is het geven van hartrevalidatieprogramma's een taak van de fysiotherapeut.

Onze dank gaat uit naar:

Methodisch begeleider, Mevr. A. Simons,  
Docent begeleider, Dhr. R. van Diesen,  
Coördinator afstudeerprojecten, Mevr. M. Schillings,  
Harry Linsen, voor zijn kritische commentaar en  
Ed Fok, voor zijn hulp in drukke tijden.



## Samenvatting

In 1996 zijn in 's-Hertogenbosch twee ziekenhuizen gefuseerd, namelijk het Willem Alexander Ziekenhuis (WAZ) en het Groot Zieken Gasthuis (GZG). Zo ontstond het BoschMediCentrum (BMC). Door de fusering heeft de paramedische dienst van beide ziekenhuizen, besloten om de beide hartrevalidatieprogramma's van beide ziekenhuizen eens naast elkaar te leggen, om te kijken wat de verschillen en de overeenkomsten zijn. Het uiteindelijke doel was het opstellen van een effectiever revalidatieprogramma voor hartpatiënten voor het BMC, op de locatie WAZ. Zo is het project "Hartrevalidatie nieuwe stijl" ontstaan. Een onderdeel van dit nieuwe project was het afnemen van een patiënttevredenheidsenquête.

Nu, enkele jaren later, vraagt men zich af, hoe het met de patiënttevredenheid staat.

Zo kwam men op de volgende probleemstelling:

- 1- Is het mogelijk om de resultaten van een 1-meting, van de enquête uit 1996 afgenomen in 2001 te verwerken volgens het protocol van de 0-meting, van de enquête uit 1996, afgenomen in 1996?
- 2- Is het mogelijk om een valide en betrouwbare patiënttevredenheidsenquête te ontwikkelen, waarmee een nieuwe 0-meting gedaan kan worden waardoor de patiënttevredenheid in beeld gebracht kan worden?

Het bleek dat de enquête uit 1996 niet valide en betrouwbaar was, maar tevens bleek ook dat deze enquête niet de tevredenheid van de patiënten meet, maar meer op de resultaten van het hartrevalidatieprogramma was gericht.

Vervolgens is er een nieuwe enquête ontwikkeld die, volgens de literatuur, wel valide en betrouwbaar is. Deze laatst genoemde enquête is gericht op de resultaten van het hartrevalidatieprogramma, maar ook gericht op de patiënttevredenheid van het revalidatieprogramma en de patiënttevredenheid van de afdeling Paramedische dienst.

Vervolgens is deze enquête door verschillende critici beoordeeld en aangepast. Daarna is de enquête bij zes patiënten getest; zij konden hun oordeel en mening over de enquête geven en zij hebben aangegeven wat zij in de enquête miste en wat zij overbodig vonden. Uiteindelijk is daaruit een definitieve enquête gekomen.

De enquête is afgenomen bij 26 hartrevalidatie patiënten in het BMC. Na het analyseren van de enquête is duidelijk geworden dat de tevredenheid over het programma erg hoog ligt. Tevens zijn de resultaten van het programma ook erg goed; veel patiënten hebben geen angst meer voor nieuwe hartklachten, en bij de meeste is de conditie verbeterd. Op de afdeling Paramedische dienst, kunnen echter enkele dingen verbeterd worden.

## Summary

In 1996 two hospitals in 's-Hertogenbosch (The Netherlands) were merged together: the Willem Alexander Ziekenhuis (WAZ) and the Groot Zieken Gasthuis (GZG). So the BoschMediCentrum (BMC) was realised. Because of this merging the Paramedical services of both hospitals decided to study their heart rehabilitation programs to see what the differences and resemblance's were. The final goal was to make a more effective rehabilitation program for heart patients of the BMC on the location WAZ.

This way the project "Hartrevalidatie nieuwe stijl" was a fact.

Part of this new program was to inquiry patients whether they were content about the program. Now, several years later one wonders if the patients are still satisfied with this program.

So the following definition of the problem was made:

-Is it possible to analyse the results of the inquiry made by the BMC, hold in 2001, the same way as the results of the same inquiry, hold in 1996.

-Is it possible to make a valid and trustworthy patient satisfaction inquiry, with which a new measurement can be realised, so the patient satisfaction can be seen?

Apparently the inquiry from 1996 was not valid and trustworthy, with respect to the results of several books and articles. The inquiry showed no patient satisfaction, but it showed the results of the rehabilitation program.

This is why a new inquiry has been developed which deserves to be mentioned valid and trustworthy. This inquiry gives answers regarding the satisfaction of the patient and the results of the rehabilitation program. The inquiry has been checked and corrected by critics. After that the inquiry was tested with six patients to see what were the problems and if the inquiry could be improved. Finally this led to a new inquiry.

The inquiry has been hold with 25 heart patients who followed the whole rehabilitation program at the BMC. After analysing, it appeared to be a program, which scored highly.

The results of the program are good, a lot of patients have lost their fear of getting new heart complains and most of the patients have a better condition now.

Some points of improvement are; the hygiene of the equipment, the fitness and training room, and the toilets. The privacy and size of the dressing room, was found less acceptable.



## Inhoudsopgave

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Inleiding</b>                                                         | 6  |
| <b>Hoofdstuk 1 Literatuurstudie</b>                                      | 8  |
| §1 Patiënttevredenheid                                                   | 8  |
| §2 Vragenlijsten in het algemeen                                         | 14 |
| <b>Hoofdstuk 2 Opzet en methode</b>                                      | 22 |
| <b>Hoofdstuk 3 Metingen met de enquête van het BMC</b>                   | 24 |
| §1 Methode van de meting                                                 | 24 |
| §2 Resultaten van de meting                                              | 24 |
| §3 Conclusie van de meting                                               | 29 |
| <b>Hoofdstuk 4 Analyse van de enquête van het BMC</b>                    | 30 |
| §1 De lijsten met criteria                                               | 30 |
| §2 De vergelijking van de lijsten met criteria en de enquête van het BMC | 31 |
| §3 Conclusie over de enquête van het BMC en concrete verbeterpunten      | 35 |
| <b>Hoofdstuk 5 Ontwikkeling van de nieuwe enquête</b>                    | 36 |
| §1 Methode voor het opzetten van de nieuwe enquête                       | 36 |
| §2 Resultaten voor het opzetten van de nieuwe enquête                    | 38 |
| <b>Hoofdstuk 6 Meting met de nieuwe enquête</b>                          | 40 |
| §1 Methode                                                               | 40 |
| §2 Resultaten van de enquête                                             | 40 |
| §3 Conclusie                                                             | 47 |
| <b>Hoofdstuk 7 Discussie en conclusie</b>                                | 48 |
| <b>Literatuur</b>                                                        | 50 |
| <b>Bijlagen</b>                                                          | 52 |

## Inleiding

Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van het afstudeerproject in het vierde studiejaar van de opleiding fysiotherapie. Deze opleiding vindt plaats op de Fontys Hogeschool in Eindhoven.

In 1996 zijn in 's-Hertogenbosch twee ziekenhuizen gefuseerd, namelijk het Willem Alexander Ziekenhuis (WAZ) en het Groot Zieken Gasthuis (GZG). Zo ontstond het BoschMediCentrum (BMC). Door de fusering heeft de paramedische dienst van beide ziekenhuizen, besloten om de beide hartrevalidatieprogramma's van beide ziekenhuizen eens naast elkaar te leggen, om te kijken wat de verschillen en de overeenkomsten zijn. Het uiteindelijke doel was het opstellen van een effectiever revalidatieprogramma voor hartpatiënten voor het BMC, op de locatie WAZ. Zo is het project “Hartrevalidatie nieuwe stijl” ontstaan.

Een onderdeel van dit project was het afnemen van een patiënttevredenheidsenquête. Deze enquête is afgenomen in 1996 en men wil weten of er in de afgelopen jaren veranderingen zijn opgetreden betreffende de patiënttevredenheid met betrekking tot het hartrevalidatieprogramma.

De opdrachtgever vraagt zich echter af of deze ontwikkelde enquête wel valide en betrouwbaar is. Indien dit namelijk niet het geval is kan er geen vergelijking worden gedaan tussen verschillende metingen met dezelfde enquête. Op deze manier kan er niets gezegd worden over de verandering van de tevredenheid gedurende de afgelopen jaren.

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden is er gekozen voor de volgende opzet. Allereerst wordt er door middel van een literatuuronderzoek gekeken naar de eisen die gesteld worden aan een enquête in het algemeen en naar eisen die gesteld worden aan een enquête over patiënttevredenheid in het bijzonder. Er wordt gekeken of de enquête, gemaakt door het BMC, voldoet aan de eisen. Als dit niet het geval is wordt er een nieuwe enquête ontwikkeld. Na overleg met de opdrachtgever is besloten dat zowel de patiënttevredenheid als de resultaten van het programma onder de loep genomen worden.

Om te weten of de patiënten die het hartrevalidatieprogramma gevolgd hebben tevreden zijn, wordt gebruik gemaakt van een enquête. Deze enquête die na literatuurstudie is samengesteld, wordt afgenomen bij een geselecteerde groep patiënten. Op deze manier ontstaat een 0-meting betreffende de tevredenheid over het hartrevalidatie programma. Door een protocol te ontwikkelen voor de afname en de verwerking van deze ontwikkelde enquête wordt het voor het BMC mogelijk om op ieder gewenst moment een 1-meting te doen onder de patiënten. Hierdoor kan een vergelijking worden gemaakt met de 0-meting die eerder al is uitgevoerd, en word het dus inzichtelijk hoe het verloop van de patiënttevredenheid is gedurende een aantal jaren.

Dit onderzoeksverslag is verdeeld in zeven hoofdstukken, gevolgd door de bijlagen. Het eerste hoofdstuk bevat de literatuurstudie over patiënttevredenheid en over de enquête in het algemeen. Dit hoofdstuk wordt gevolgd door een hoofdstuk over de opzet en de methode van het onderzoek. Het derde hoofdstuk bevat de uitkomsten van de enquête uit 1996, die afgenomen is in 2001, met daarbij de conclusie over de gevonden resultaten. Hoofdstuk vier bevat de criteria, wat betreft patiënttevredenheid en enquêtes in het algemeen, die gevonden zijn in de literatuur. Tevens wordt de enquête uit 1996 vergeleken met deze criteria en worden er hier conclusies getrokken over de validiteit en de betrouwbaarheid van

deze enquête. Hoofdstuk vijf bevat een beschrijving van de ontwikkeling van een nieuwe enquête die voldoet aan de eisen die gesteld worden.

Hoofdstuk zes bevat de resultaten van de nieuw ontwikkelde enquête, inclusief de conclusie van deze resultaten.

In het laatste hoofdstuk is ruimte voor de conclusie en discussie, over het gehele project. Hier word terug gekomen op de vraagstellingen, en zal bekeken worden of deze beantwoord zijn.

# Hoofdstuk 1 Literatuurstudie

Dit hoofdstuk bestaat uit de verslaglegging van de literatuur studie die is verricht. De literatuur studie is opgesplitst in twee aandachtspunten. Er wordt gekeken naar wat een patiënttevredenheidsonderzoek nou eigenlijk is en waaruit het bestaat. Vervolgens wordt er studie verricht naar het opstellen van enquêtes.

## §1 Patiënttevredenheid

Deze paragraaf is gebaseerd op de literatuurstudie die is gedaan over patiënttevredenheid. Allereerst wordt de kwaliteitszorg nader beschreven, waarna er een gedeelte volgt over de beoordeling door de patiënt betreffende de aangeboden zorg. Hierop volgend zal onder meer het doel en de inhoud van een patiënttevredenheidsonderzoek beschreven worden met de daaraan gekoppelde eisen. Verder wordt de methode van het patiënttevredenheidsonderzoek beschreven met de problemen die daarbij kunnen ontstaan.

### 1.1 Tevredenheid en kwaliteitszorg

Al enige tijd houdt men zich in de gezondheidszorg bezig met kwaliteitszorg. Deze kwaliteitszorg heeft met name betrekking op het medisch-technisch handelen. Met medisch-technisch handelen worden de verrichtingen bedoeld, die een arts of hulpverlener moet uitvoeren om de patiënt te genezen, dit wordt ook wel ‘cure’ genoemd. De laatste jaren gaat de aandacht in de gezondheidszorg echter ook steeds meer uit naar de kwaliteit van de niet-medisch-technische dienstverlening oftewel de dienstverlening die de patiënt krijgt om zich bijvoorbeeld op zijn gemak te voelen en de verzorging om de patiënt heen, dit wordt ook wel ‘care’ genoemd. Patiënten hechten belang aan zowel cure als care en organisatorische aspecten van de dienstverlening wanneer zij zich uitspreken over de kwaliteit van de dienstverlening.<sup>(5c)</sup>

Patiënten worden echter niet deskundig geacht om een oordeel te vellen over de kwaliteit van het cure gedeelte van de zorg. Over het care gedeelte van de ondergane zorg kunnen zij dit echter wel degelijk, het gaat hier immers om de mening van de patiënt.<sup>(5c)</sup>

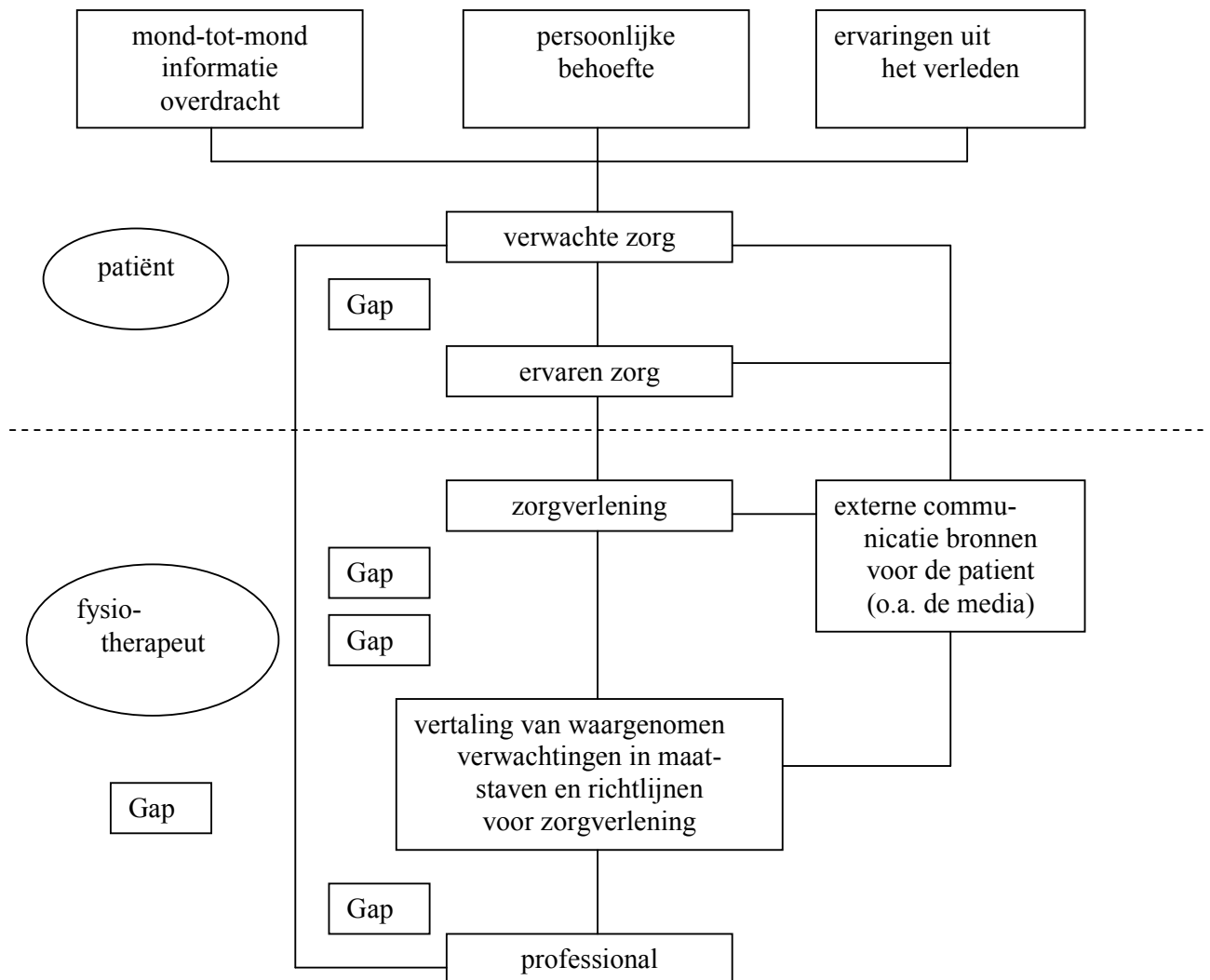
De gezondheidszorg wordt steeds meer markt- en patiëntgericht. Een oorzaak hiervan is de noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg in bedwang te houden, maar ook de toenemende eisen die de patiënt stelt aan de gezondheidszorg. In Nederland bestaan al vele jaren activiteiten die gericht zijn op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg.

Instellingen en activiteiten, die voor kwaliteitsbewaking of kwaliteitsverbetering zorgdragen, zijn onder meer: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Ziektenkostenverzekeraars, Registratie en Re-examinering etc.

De toenemende aandacht voor de kwaliteit van de dienstverlening die de patiënt krijgt gaat gepaard met een toenemend belang van onderzoek daarnaar. Het gebruik van patiënttevredenheidsenquêtes als methode om de kwaliteit van de dienstverlening te meten neemt toe. Men is geïnteresseerd in de mate van tevredenheid omdat deze een indicatie vormt voor de kwaliteit. Immers, de mate van waardering voor de service van de zorgverlening (tevredenheid) bepaalt in de ogen van de patiënt de kwaliteit van die zorgverlening.<sup>(5c)</sup>



*Figuur:1 Service Quality-model*



Bron: Parasuraman volgens deHaan <sup>(4)</sup>

## 1.2 Hoe wordt de aangeboden zorg beoordeeld door de patiënt

Parasuraman <sup>(4)</sup> heeft een marktonderzoek gedaan naar de manier waarop de 'consument' de 'service' beoordeelt. Aan de hand hiervan heeft hij tien punten (determinanten genoemd) opgesteld die in de ogen van de 'consument', de kwaliteit van de 'service' bepalen. De determinanten bestaan uit basis criteria voor de evaluatie van service. Daarnaast zal de 'consument' ook de 'service' van de 'verkoper' beoordelen.

De patiënt (consument) zal de verleende zorg beoordelen op verschillende materiële aspecten, zoals de toestand van de praktijk en op immateriële aspecten, zoals het handelen van de therapeut. Deze twee samen vormen het 'product'. De Haan <sup>(4)</sup> heeft de determinanten van Parasuraman voor de fysiotherapie vertaald. Door de determinanten te operationaliseren met behulp van vragen, ontstaat een beeld van hoe patiënten de service van de verleende zorg (het product) kwalificeren. De determinanten zijn: toegankelijkheid, communicatie, beleefdheid, bereidheid, begrijpen/kennen klant, betrouwbaarheid, competentie, fysieke aspecten, veiligheid en geloofwaardigheid (deze begrippen worden later in dit hoofdstuk verder toegelicht).

De beoordeling van de service door patiënten hangt af van twee factoren: de ervaren zorg en de verwachte zorg. Wat een patiënt verwacht hangt van meerdere factoren af. Om dit inzichtelijk te maken hebben Parasuraman <sup>(4)</sup> en anderen het 'Service quality-model' opgesteld. De figuur beschrijft welke factoren invloed hebben op het oordeel van de patiënt. De fysiotherapeut en de overheid bepalen ook enkele factoren. Tussen bepaalde factoren zijn zogenaamde 'gap's' aangegeven. Deze geven tegenstrijdigheden aan die tussen de factoren kunnen ontstaan. De figuur staat weergegeven op de voorgaande pagina (Figuur 1).

Gap 1: het mogelijke verschil tussen de zorg die de patiënt verwacht en de waarneming van deze verwachting door de fysiotherapeut.

Gap 2: de fysiotherapeut wil graag aan de verwachtingen van de patiënt voldoen, maar dit is niet mogelijk vanwege toeleveringsproblemen en marktcondities.

Gap 3: het verschil tussen hetgeen wat zou moeten gebeuren en hetgeen wat daadwerkelijk in de praktijk gebeurt.

Gap 4: discrepantie tussen het beeld van de patiënt en datgene wat de fysiotherapeut daadwerkelijk kan bieden. Hierdoor zal de patiënt zijn verwachtingen moeten bijstellen.

Gap 5: het verschil tussen de verwachte en de ervaren zorg bepaalt de mate van tevredenheid van de patiënt.

De ervaren zorg en de verwachte zorg vormen de kern van het Service quality-model. Het verschil tussen de verwachte zorg en de ervaren zorg bepaalt de mate van tevredenheid van de patiënt. Tevredenheid wordt dus gevormd door een vergelijking te maken van de ervaren zorg (perceptie) en de verwachte zorg; **KWALITEIT = PERCEPTIE - VERWACHTING**.

Daarnaast zijn er nog enkele verbanden tussen tevredenheid en kwaliteit. Ten eerste kan de fysiotherapeut de tevredenheid van de patiënt aanwenden om de goede kwaliteit van de zorg te realiseren. Een tevreden patiënt zal eerder adviezen opvolgen en zo in een positieve zin bijdragen aan de zorgverlening. Ten tweede kan de fysiotherapeut door middel van kwalitatief goede zorg een poging doen patiënten tevreden te stellen. Zijn er veel patiënten tevreden, dan kan men zeggen dat de zorgverlening van goede kwaliteit is. De tevredenheid valt dan als indicator voor kwaliteit te gebruiken. <sup>(4)</sup>

### **1.3 Doel van het onderzoek**

Verreweg de meeste patiënttevredenheidsonderzoeken worden uitgevoerd door het betrokken ziekenhuis zelf. Ze hebben als doelstelling het evalueren en op basis daarvan verbeteren van de kwaliteit van het care gedeelte van de aangeboden zorg van het ziekenhuis. Deze doelstelling wordt lang niet altijd gerealiseerd. Een reden hiervoor is dat patiënttevredenheidsonderzoek vaak erg op zichzelf staat in het ziekenhuis. Dit heeft tot gevolg dat onderzoeksresultaten niet in beleid omgezet worden, maar in de archiefkast verdwijnen. Dit pleit er dan ook voor om patiëntenonderzoek als een onderdeel van een proces van kwaliteitszorg te zien. Patiëntenraadpleging als instrument voor kwaliteitszorg in het ziekenhuis heeft vooral zin als het patiëntenonderzoek niet op zichzelf staat maar een deel uitmaakt van een systematisch proces. <sup>(5c)</sup>

### **1.4 Onderzoeksgroep**

De meeste patiënttevredenheidsonderzoek worden gehouden onder volwassen patiënten. Uit onderzoek blijkt dat patiënttevredenheid samenhangt met sociaal-economische status en leeftijd. Patiënten die jonger zijn en een hogere sociaal-economische status hebben zijn ontevredener dan oudere, lager opgeleide patiënten. Mannen oordelen kritischer over informatieverstrekking en recreatiemogelijkheden dan vrouwen. <sup>(5c)</sup>

### **1.5 Onderwerp en inhoud van het onderzoek**

Ten aanzien van de inhoud van patiënttevredenheidsonderzoek kan gesteld worden dat de meest voorkomende aspecten van het care gedeelte in patiënttevredenheidsonderzoeken betrekking hebben op: contact met en houding van artsen en verpleegkundigen; communicatie en voorlichting over opname, behandeling, ziekte en onderzoek; voeding; begeleiding door artsen en verpleegkundigen.

De keuze van aspecten als kwaliteitsindicatoren binnen het bovengenoemde patiënttevredenheidsonderzoek wordt in de eerste plaats bepaald door beoordeelbaarheid: het cure gedeelte valt buiten het bereik van het patiënttevredenheidsonderzoek omdat patiënten daar in beginsel geen oordeel over kunnen vellen.

In de tweede plaats wordt de keuze van aspecten bij de meeste patiënttevredenheidsonderzoeken, beïnvloed door de opvatting dat tevredenheid vele dimensies kent en dat deze veelzijdigheid zijn weerslag moet vinden in de keuze van aspecten die representatief zijn voor het ziekenhuis. Het is daarbij veelal zo dat de onderzoeker bepaalt welke aspecten representatief zijn voor het ziekenhuis en niet de patiënt of de patiëntenorganisaties. Dit kan tot gevolg hebben dat de gekozen aspecten voor patiënten onbelangrijk, onbegrijpelijk of onvolledig zijn. Als patiënten een oordeel geven over onderwerpen die zij onbelangrijk, onbegrijpelijk of onvolledig vinden, dan kunnen zij bijvoorbeeld uit beleefdheid positief of uit irritatie negatief reageren. Op dat moment wordt er geen tevredenheid gemeten maar 'iets' anders, hetgeen een aantasting van de validiteit van het onderzoek impliceert. Het verdient dan ook een aanbeveling om afhankelijk van de (beleids)doelstelling en informatiebehoefte van de opdrachtgever een of meerdere aspecten of domeinen van de zorg vast te stellen waarop het onderzoek betrekking zal hebben.

Vervolgens zouden patiënten betrokken moeten worden bij de keuze van aspecten op de betreffende domeinen van de zorg. Welke aspecten zijn voor de patiënt relevant? Patiënten zouden dan een advies kunnen uitbrengen, dan wordt voorkomen dat sommige vragen in de vragenlijst niet ter zake doende of onbegrijpelijk zijn. Zo komen nieuwe onderwerpen eventueel aan het licht. <sup>(5a)</sup>

## **1.6 Wat moet er in de vragenlijst?**

Wat er in de vragenlijst gezien moet worden, zijn de determinanten van Parasuraman <sup>(4)</sup>. Hier hebben we het in het kort al even over gehad. Deze determinanten geven aan waarop de patiënt de zorg kan beoordelen. Deze determinanten worden nu nader toegespitst;

1) Toegankelijkheid; heeft betrekking op het gemak waarmee met de dienstverlener in contact kan worden getreden. Een goede dienstverlener is makkelijk bereikbaar op geschikte locaties op geschikte tijden en met korte wachttijden.

2) Communicatie; betreft het verschaffen van informatie aan de klanten in een voor hen begrijpelijke taal, zowel in persoonlijke contacten als in communicatie via formulieren, folders of media. Een goede communicatie impliceert tevens dat naar de klant geluisterd wordt.

3) Beleefdheid; heeft betrekking op de houding van het personeel naar de klant toe. Een in de ogen van de klant goede dienstverlener is vriendelijk en geduldig en toont respect voor de klant.

4) Bereidheid; heeft te maken met de alertheid en bereidheid van de dienstverlener om de dienst te verlenen. Een goede dienstverlener reageert vlug en creatief op verzoeken en problemen van de klant.

5) Begrijpen/kennen klant; heeft te maken met de inspanning die de dienstverlener zich getroost om de behoeften en wensen van de klant te leren kennen en begrijpen. Een goede dienstverlener besteedt individuele aandacht aan zijn klant en leert zijn klant kennen via de reguliere contacten tijdens de dienstverlening.

6) Betrouwbaarheid; heeft betrekking op de consistentie en juistheid van de dienstverlening. Het uitvoeren van de (juiste) dienst op de afgesproken tijd en het correct bijhouden van dossiers zijn voorbeelden van een betrouwbare dienstverlening.

7) Competentie; betreft de aanwezigheid van de benodigde kennis en kunde om de dienst uit te voeren.

8) Fysieke aspecten; betreft de tastbare aspecten van de dienstverlening. Bijvoorbeeld de indruk die het uiterlijk van het personeel, materiaal en gebouwen maakt.

9) Veiligheid; betreft het gevoel niets van of bij de organisatie te duchten te hebben in termen van risico, twijfel of gevaar.

10) Geloofwaardigheid; betreft de open- en eerlijkheid van de organisatie. Een goede dienstverlener stelt de belangen van de klant centraal.

Andere punten die in acht moeten worden genomen bij het ontwikkelen van een patiënttevredenheidsenquête worden besproken in de volgende paragraaf. <sup>(4)</sup>

## **1.7 Methoden van een patiënttevredenheidsonderzoek in het algemeen**

Een typisch kenmerk van patiënttevredenheidsonderzoek is dat meestal een hoge tot zeer hoge tevredenheid de uitkomst is. <sup>(5e)</sup> Er bestaan hiervoor drie verklaringen namelijk; de in tevredenheidsonderzoek gebruikte meetinstrumenten zijn 1) niet valide, 2) niet betrouwbaar of nauwkeurig, 3) het merendeel van de patiënten is wel degelijk tevreden.

Het meeste patiënttevredenheidsonderzoek vindt plaats door middel van kwantitatieve methoden van onderzoek. Doel van het kwantitatieve onderzoek is nagaan hoeveel mensen in welke mate tevreden zijn over diverse aspecten van de zorg. Een verklaring voor het kwantitatieve onderzoek is de behoefte van beleidsmakers aan 'harde' kwantitatieve informatie en de kwantitatieve normen die daarbij worden gehanteerd. De redenering is: als zoveel mensen ontevreden zijn, hebben we een probleem en dan moet er wellicht iets verbeterd worden.

Aan het gebruik van dergelijke kwantitatieve vragenlijsten zijn bepaalde nadelen verbonden, maar zeker ook belangrijke voordelen. Voordelen van kwantitatieve methoden zijn de snelheid van afname, de relatief lage kosten per respondent en de representativiteit van de resultaten. Een belangrijk nadeel is dat in veel patiënttevredenheidsonderzoeken nauwelijks aandacht is besteed aan methodologische problemen op het gebied van validiteit, betrouwbaarheid en nauwkeurigheid.

De nadelen kunnen tot op zekere hoogte ondervangen worden door een zorgvuldige ontwikkeling en vormgeving van de vragenlijst en de combinatie van gesloten vragen en open vragen. Punten die daarbij in acht genomen moeten worden zijn:

- 1) Naast gesloten vragen ook open vragen.
- 2) De antwoordcategorieën moeten alle mogelijk domeinen van antwoorden of oordelen vertegenwoordigen. Zowel positief als negatief.
- 3) De vragen moeten duidelijk en begrijpelijk zijn.
- 4) Stel de respondenten in staat om suggesties voor verbetering van de zorgverlening te uiten.
- 6) Stel specifieke vragen die gericht zijn op bepaalde aspecten van de zorg. Het verdient de aanbeveling om ieder kwaliteitsaspect met meerdere vragen te meten.
- 7) Laat de tevredenheidsvragen vooraf gaan door inleidende vragen en structurerende informatie.
- 8) Kies aspecten die relevant zijn voor de respondenten.

### ***1.8 Problemen bij een tevredenheidsonderzoek***

Er kunnen tijdens een tevredenheidsonderzoek nog verschillende problemen optreden, zoals:

*Validiteitsproblemen;* deze treden op als de vraag anders geïnterpreteerd wordt dan dat de onderzoeker beoogt.

Er bestaan een aantal factoren die een bedreiging kunnen vormen voor de validiteit van het onderzoek:

*Sociale wenselijkheid, dankbaarheid en afhankelijkheid;*

Dit is vaak een gedeeltelijk onbewust proces van de patiënt die alles op een rijtje gaat zetten en daaruit komt zijn mening naar voren. Deze drie eigenschappen kunnen daarop invloed hebben; mensen klagen niet graag en zijn liever iemand dankbaar. <sup>(5e)</sup>

*Wordt er gemeten wat de patiënt belangrijk en begrijpelijk vindt?;*

Zoals al eerder is vermeld, moeten in een tevredenheidsonderzoek dingen naar voren komen die de patiënt belangrijk vindt. Tevens moeten de vragen afgestemd zijn op het 'niveau' van de respondent.

*Hawthorne effect;*

Heeft betrekking op het feit dat de onderzoeker invloed kan hebben op de respondent.

*Halo effect;*

Doordat de medisch-technische dienstverlening positief gewaardeerd wordt, kan deze mening ook 'overvloeien' in een positieve mening voor de niet-medisch-technische zorg.

*Antwoordtendenties;*

Hebben betrekking op het verschijnsel dat antwoorden op de vragen niet door de inhoud, maar door de vorm van de vraag en de antwoordmogelijkheden bepaald worden

*Onderzoeks-bias;*

De subjectieve verwachtingen van de onderzoeker kunnen onbewust invloed uitoefenen op de resultaten van het onderzoek.

Betrouwbaarheidsproblemen zijn moeilijk aan te tonen in een tevredenheidsonderzoek; je kunt het namelijk niet meer nameten. Waarop gelet moet worden is het vermijden van suggestieve formuleringen van vragen en de mondelinge toelichting van de onderzoeker tijdens het onderzoek.

Nauwkeurighedsproblemen treden op als de respondent zijn antwoord niet kwijt kan in de antwoorden en daardoor het verkeerde antwoord gaat geven.

## **§ 2 Vragenlijsten in het algemeen**

Deze paragraaf is gebaseerd op literatuurstudie naar de opzet van een enquête in het algemeen. Er worden hier punten besproken als betrouwbaarheid en validiteit van een enquête, maar ook of een enquête beter schriftelijk of mondeling afgenomen kan worden en of er open of gesloten vragen gebruikt moeten worden. Er wordt verder aandacht besteed aan de formulering van vragen en het opstellen van antwoordmogelijkheden.

### **2.1 Het doel van vragenlijsten**

Vragenlijsten worden toegepast om bruikbare informatie te verwerven over bepaalde personen. Degenen die de vragen van een vragenlijst beantwoorden zijn respondenten. Vragenlijsten moeten bruikbare informatie opleveren, maar wanneer is informatie bruikbaar? Allereerst moet deze natuurlijk stroken met de bedoeling van degene die de lijst opstelt. Dit lijkt een open deur, maar in de praktijk leveren vragenlijsten veel onbedoelde informatie op, terwijl een gedeelte van de bedoelde informatie blijkt te ontbreken. Voorts moet de informatie waar zijn. Degene die de vragenlijst invult, of degene die met behulp van een vragenlijst wordt geïnterviewd moet dus eerlijk zijn bij de beantwoording. Maar dat is niet het enige. Een eerlijk antwoord op een zinloze of onbegrepen vraag leidt nog niet naar het gewenste resultaat. De vragen moeten, met andere woorden, ook relevant en volledig worden beantwoord.<sup>(17)</sup>

### **2.2 De vragenlijst als meetinstrument**

In elk onderzoek worden kenmerken van objecten vastgelegd. Dat proces wordt meten genoemd. Onder objecten kan van alles verstaan worden: winkels, scholen, honden, mensen, gebouwen, steden, patiënten, enzovoort. De middelen waarmee de objecten worden gemeten, heten meetinstrumenten.

Een vragenlijst is, in onderzoeksmethodologische termen, dus een instrument om kenmerken van objecten te meten. Meestal zullen die objecten de ondervraagden zelf zijn.<sup>(7)</sup>

Er bestaan twee belangrijke begrippen die betrekking hebben op de kwaliteit van meetinstrumenten en metingen: betrouwbaarheid en validiteit.

#### **2.2.1 Betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid heeft betrekking op de consequentheid en de nauwkeurigheid van metingen. In het ideale geval moet één bepaalde toestand één vaste meetwaarde opleveren: men spreekt dan van de eis van herhaalbaarheid of reproduceerbaarheid van meetresultaten. Als herhaalde metingen aan hetzelfde object ongelijke meetwaarden opleveren, wordt gesproken van onbetrouwbaarheid.

Metingen van lengte, gewicht en dergelijke zijn in het algemeen behoorlijk betrouwbaar, ook al zijn er altijd wel aflees- en afrondingsfouten. Maar bij ingewikkelder zaken, zoals het

menselijk doen en denken, ligt dat anders. Wie variabelen wil meten als pijnbeleving, intelligentie, gezondheidsgedrag of tevredenheid moet met een lagere betrouwbaarheid rekening houden. Wie daarvoor vragenlijsten opstelt, is voor zijn meetwaarden afhankelijk van respondenten. Het invullen van een vragenlijst is daardoor onderhevig aan toevalsfactoren: men begrijpt een vraag verkeerd, gokt het antwoord, leest niet goed, is niet altijd eerlijk enzovoort.

Bij betrouwbaarheid gaat het om fouten die dan weer de ene kant, dan weer de andere kant op gaan. Dergelijke fouten, waarin dus de wisselvalligheid van metingen min of meer het resultaat is van het toeval, heten toevallige meetfouten. Toevallige meetfouten zijn de bron van onbetrouwbaarheid. Consequente fouten bij het meten leiden, niet tot onbetrouwbaarheid in de methodologische betekenis van het woord. Consequente fouten bij het meten worden systematische meetfouten genoemd. Zij leiden tot vertekening van de gegevens- in het Engels wel bias genoemd- dus niet tot onbetrouwbaarheid. (Als respondenten consequent liegen, is er sprake van bias, maar de meting kan dan toch nog betrouwbaar heten.)

Voor de vragenlijst als meetinstrument geldt om de betrouwbaarheid te bewaken moet zo precies mogelijk worden vastgesteld wat met een bepaald begrip of met bepaalde variabelen wordt bedoeld. Dat betekent dus dat de betreffende variabelen zo volledig mogelijk moeten zijn geoperationaliseerd. Voordat een vragenlijst opgesteld wordt, moet er over nagedacht zijn wat men precies wil weten. Als men vragen stelt om variabelen te meten, moeten deze vragen bij alle respondenten steeds eender geformuleerd worden. Als de vraag nu eens op de ene en dan weer eens op de andere manier gesteld wordt, is de meting niet consequent en dus niet betrouwbaar. Daarom is het van belang dat mensen zich bij het afnemen van interviews strikt aan de formulering van de vragenlijst houden.

Om dezelfde reden moet men de vragen steeds in dezelfde volgorde stellen. Dat is nodig omdat er volgorde-effecten kunnen optreden. Dit wil zeggen dat het antwoord op de ene vraag beïnvloed wordt door een voorafgaande vraag. <sup>(6, 7, 11, 17, 23)</sup>

### **2.2.2 Validiteit**

Validiteit slaat op de mate waarin een meting ook daadwerkelijk dat meet wat je meten wilt. Valide betekent geldig. Validiteit is een bron van grote zorg, gebrek aan validiteit een bron van grote ergernis voor elke onderzoeker. Dat geldt met name voor de onderzoeker die werkt met een vragenlijst. Het zijn vooral variabelen met psychische en sociale aspecten, waarvan de validiteit moeilijk te schatten is. De willekeur die onvermijdelijk vastzit aan pogingen om dergelijke variabelen te operationaliseren, leidt ertoe dat men vaak niet precies meet wat men wil meten. Gegevens met een gebrekkige validiteit zijn hiervan het gevolg. Een manier om dit probleem enigszins op te lossen, is het operationaliseren van variabelen met behulp van verschillende vragen tegelijk. Alle vragen moeten de betreffende variabele dan zo goed mogelijk dekken. De validiteit van een meting heeft alles te maken met de manier waarop de betreffende variabele is geoperationaliseerd (= meetbaar gemaakt). Of men meet wat men wil meten hangt dus af van de gekozen operationalisatie.

Als een meting onbetrouwbaar is, en dus veel toevallige meetfouten produceert, meet zij niet wat zij bedoelt te meten. Dan is zo'n meting dus weinig valide. Met andere woorden: betrouwbaarheid is een voorwaarde voor validiteit, al is niet elke betrouwbare meting ook valide. Er bestaan geen bikkelharde maatstaven voor de beoordeling van vragenlijsten op hun validiteit. Er kan wel wat over gezegd worden.

Allereerst is het handig om bij de constructie van de vragenlijst de hulp in te roepen van de theorie die bestaat over een bepaald onderwerp. Wie de patiënttevredenheid van instellingen in de gezondheidszorg wil nagaan, zoekt in bibliotheken naar boeken, onderzoeksverslagen en tijdschriftartikelen die op dit onderwerp betrekking hebben. Verankering in en ondersteuning



door de theorie dragen bij aan de geloofwaardigheid van een operationalisatie en daarmee aan de validiteit. In het verlengde daarvan ligt het oordeel van deskundigen op het betreffende gebied. Deze kunnen ideeën aandragen of met hun timmermansoog naar een conceptvragenlijst kijken.

Een andere manier om iets over de validiteit van een meting te zeggen, is na te gaan welke voorspellende waarde die meetgegevens hebben.

De laatste controle op validiteit betreft de samenhang die er bestaat met soortgelijke, al bestaande en gevestigde meetinstrumenten. Er moet met het oog op validiteit goed nagedacht worden over wat men precies wil weten. <sup>(6, 7, 11, 17, 23)</sup>

### ***2.3 Vragenlijsten bij onderzoek***

Als vragen voor onderzoek worden gebruikt, wordt al snel gesproken van enquêtes en interviews. De grens tussen deze twee begrippen is niet altijd duidelijk. Wanneer aan respondenten een vragenlijst wordt toegestuurd of uitgedeeld met het verzoek deze ingevuld te retourneren, spreken we van een schriftelijke enquête. Als de vragen van een vragenlijst door een onderzoeksmedewerker worden gesteld en de antwoorden door deze worden opgeschreven, noemt men een mondelinge enquête. Wanneer de vragenlijst van een mondelinge enquête vrij uitgebreid is en/of er enige open vragen in voor komen spreekt men eerder van een interview. <sup>(7)</sup>

#### ***2.3.1 Schriftelijk of mondeling afnemen?***

Schriftelijke enquêtes hebben het voordeel dat een onderzoeker er veel respondenten goedkoop en snel mee kan bereiken. Die respondenten moeten echter wel voldoende gemotiveerd zijn om mee te doen en bovendien in staat zijn de vragen te begrijpen en de antwoorden op te schrijven. Als zij niet aan deze voorwaarden voldoen, leidt dat tot onbetrouwbaarheid van hun gegevens. De onderzoeker verspreidt de vragenlijst, maar heeft daarna geen enkele controle meer over wat ermee gebeurt: niemand kan onbegrepen vragen toelichten, doorvragen op bepaalde onderwerpen, nalopen of alle vragen zijn beantwoord, in de gaten houden of de juiste persoon de lijst invult enzovoort. Daarom moet meer dan bij andere afnamevormen vooraf zijn nagedacht over de vragen en de opbouw van de vragenlijst. Bovendien kan de lijst alleen schriftelijk afgenomen worden als de onderzoeker voldoende inzicht heeft op het onderwerp en dus niet al te veel open vragen hoeft te stellen.

Een probleem van geheel andere orde kan ontstaan doordat men er weinig belang bij heeft de lijst in te vullen en op te sturen of in te leveren. Wat krijgen de respondenten ervoor terug? Er staat bovendien geen vriendelijke enquêteur tegenover hen, die ze niet willen of durven weigeren, of die erop aandringt om toch maar mee te doen. De respons is sterk afhankelijk van de mate waarin mensen zich bij een bepaald onderwerp betrokken voelen. <sup>(17)</sup>



Tabel: 1 Overzicht verschillende soorten interviews

|                            |                                                                                                        | <b>Schriftelijk</b>                                                                                                                                                                                                                          | <b>telefonisch</b>                                                                                                                                                                            | <b>persoonlijk, thuis</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Te gebruiken indien</b> | <i>Respondenten:</i><br><br><i>Onderwerp:</i>                                                          | -groot in aantal zijn<br>-verspreid wonen<br><br>-duidelijk is<br>-onderzoeker er veel zicht op heeft<br>-respondenten er interesse in hebben                                                                                                | -groot in aantal zijn<br>-verspreid wonen<br><br>-duidelijk is<br>-onderzoeker er veel zicht op heeft                                                                                         | -beperkt in aantal zijn<br>-gemakkelijk te bereiken zijn<br>-onduidelijk is<br>-onderzoeker er niet veel zicht op heeft<br>-ingewikkeld, emotioneel of bedreigend is                                                                                                                                                                             |
| <b>Eisen aan lijst</b>     | <i>Omvang:</i><br><br><i>Vraagvorm:</i><br><br><br><br><br><i>Constructie:</i>                         | -tamelijk beperkt<br><br>-open vragen mogelijk<br>-gesloten vragen gewenst<br>-veel antwoordcategorieën mogelijk<br>-over vraagstelling, antwoordcategorieën en opbouw moet zeer goed zijn nagedacht<br>-lijst moet gedegen zijn uitgetest   | -beperkt<br><br>-vooral gesloten, korte vragen met weinig antwoordmogelijkheden<br><br>-vragen kort en duidelijk                                                                              | -geen duidelijke beperkingen<br>-alle<br><br><br><br>-volgorde van groot belang                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Respons</b>             |                                                                                                        | -in het algemeen relatief laag                                                                                                                                                                                                               | -hoog                                                                                                                                                                                         | -redelijk hoog                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Waarde van metingen</b> | <i>Vergelijkbaarheid:</i><br><br><br><br><i>Betrouwbaarheid:</i><br><br><br><br><br><i>Validiteit:</i> | -hoog door voorgestructureerde antwoorden<br><br>-hoog door voorgestructureerde antwoorden, maar wordt beperkt door controle over invullen daarvan<br><br>-vragen met ongestructureerde antwoorden gaan vaak niet in op specifieke situaties | -hoog door voorgestructureerde antwoorden<br><br>-kan hoog zijn door voorgestructureerde antwoorden<br><br>-vragen met ongestructureerde antwoorden gaan vaak niet in op specifieke situaties | -hoog bij voorgestructureerde antwoorden, laag bij open vragen<br>-kan hoog zijn bij voorgestructureerde antwoorden, twijfelachtig bij open vragen<br>-manier waarop interviewer gesprek voert, kan van invloed zijn<br>-hoog bij open vragen<br>-geeft veel inzicht<br>-sociale wenselijkheid en rol interviewer kunnen storende invloed hebben |
| <b>Praktische zaken</b>    | <i>Kosten:</i><br><i>Verwerking:</i><br><i>Training:</i>                                               | -tamelijk laag<br>-gemakkelijk<br>-er hoeven geen enquêteurs te worden getraind                                                                                                                                                              | -laag<br>-zeer gemakkelijk<br>-telefonische enquêteurs moeten worden getraind                                                                                                                 | -hoog<br>-lastig bij open vragen<br>-intensieve training van enquêteurs is nodig                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Bron: (17)

### **2.3.2 Telefonische benadering**

Voordelen zijn: de methode is goedkoper dan het thuisbezoeken van mensen en levert een grotere respons op dan het versturen van vragenlijsten. De verwerking van gegevens is zeer makkelijk en verloopt efficiënt veelal is de telefonische enquêteur voorzien van een beeldscherm waarop de te stellen vragen verschijnen en beschikt hij over een toetsenbord om de antwoorden in te tikken. De enquêteur is geen tijd en geld kwijt om zijn uiterlijk op een aanvaardbaar niveau van representativiteit te brengen.

Er zijn echter ook nadelen:

Mensen zonder telefoonaansluiting en abonnees met een geheim nummer vallen buiten de boot, er is een kans op oververtegenwoordiging van bijvoorbeeld huisvrouwen, nachtwakers en werklozen. Een ander probleem, dat overigens in een wat andere vorm ook van toepassing is op een mondelinge afname aan huis, is het vertrouwen dat mensen soms koesteren jegens vreemden die hen benaderen.

Een laatste nadeel van telefonische afname is dat er geen 'relatie' kan worden opgebouwd tussen afnemer en respondent en dat de respondent geen antwoordmogelijkheden, kaartjes, tekeningen of producten getoond kunnen worden. Daardoor kan een telefonisch vraaggesprek niet te lang duren en moeten er vooral korte, eenduidige vragen worden gesteld waarop korte antwoorden mogelijk zijn.<sup>(17)</sup>

Een en ander is in tabel 1 nog eens nader op een rijtje gezet. (Zie de voorgaande pagina)

### **2.4 Van probleemstelling naar vragen**

Een globale vraag moet omgezet worden in een probleemstelling, waarna de probleemstelling uitgewerkt wordt in onderzoeksvragen en de begrippen daaruit verder worden geconcretiseerd.

Naarmate beter aan deze werkwijze gehouden wordt, is het gemakkelijker om het aanvankelijk vage probleem te splitsen in onderzoekbare, voor het probleem relevante, aspecten. Tijdens en in ieder geval na afloop van het proces kan de gevolgde werkwijze worden gecontroleerd aan de hand van de volgende vragen:

Is het probleem beperkt tot een hoofdthema? Vooral in het begin is de verleiding groot om veel zaken bij het probleem te betrekken. Van alles en nog wat lijkt interessant genoeg om te onderzoeken. Toch moet men zich steeds realiseren dat het bewandelen van zijpaden de kans op verdwalen vergroot

Is ook anderen het gestelde probleem duidelijk? De opdrachtgever wil iets met de resultaten van het onderzoek doen. Ook zijn de belangen van de (toekomstige) respondenten in het geding. Als het onderzoek door een team wordt opgezet, moet de probleemstelling een houvast zijn, zodat ieder, zowel teamleden als de opdrachtgever, bij zichzelf kan nagaan of het onderzoek zal opleveren wat men er redelijkerwijs van kan verwachten. Eventuele misverstanden over het onderzoeksdoel komen zo vroegtijdig aan het licht, zodat de opzet nog kan worden verandert.

Zijn de begrippen in de onderzoeksvragen duidelijk geconcretiseerd? Een bondige omschrijving van een begrip garandeert niet dat iedereen er hetzelfde onder verstaat. Misverstanden kunnen worden vermeden door gezamenlijk vast te stellen tot welke dimensies wel en andere niet in het onderzoek worden betrokken.

Is men zich voldoende bewust van de relaties tussen begrippen?

Begrippen staan niet op zichzelf, maar hangen met elkaar samen. Het gaat erom dat er consequent wordt nagaan welke begrippen in hun onderlinge samenhang ter verklaring van het probleem kunnen dienen. Verwachtingen en vermoedens over belangrijke begrippen moeten steeds worden geëxpliceerd en uiteindelijk in de enquête worden opgenomen.<sup>(1)</sup>

### 2.4.1 Het formuleren van vragen

Evenals bij het formuleren van de probleemstelling verloopt het opstellen van de vragenlijst volgens een bepaald proces. Vanuit een grote hoeveelheid informatie wordt selecterend gewerkt naar een beperkte hoeveelheid vragen, die relevant zijn voor de beantwoording van de probleemstelling.

Niet iedereen begrijpt een vraag op dezelfde manier. Bij iedere vraag moet nagegaan worden wat een respondent zou kunnen antwoorden. De bereidheid van respondenten om alle vragen te beantwoorden, hangt in hoge mate af van de wijze waarop de vragen zijn geformuleerd en toegelicht. De vragen moeten aansluiten bij het referentiekader van de respondent. Onder referentiekader verstaat men 'de manier waarop een individu denkt en praat over de voor hem/haar geldende (psychische) realiteit'.

Het te onderzoeken probleem moet zodanig worden vertaald dat die vertaling (het enquêteformulier) spoort met de wijze waarop respondenten erover zouden praten in een interviewsituatie.

Bij de schriftelijke enquête is de geschreven taal het enige middel waarover we beschikken. In een interview kan bij eventueel onbegrip nog corrigerend opgetreden worden door de gestelde vraag toe te lichten. De schriftelijke enquête moet geheel voor zichzelf spreken. De formuleringen moeten ervoor zorgen dat respondenten antwoord geven op de vragen zoals ze bedoeld zijn.

Bij de formulering moet gelet worden op een aantal punten, die hieronder besproken worden.

#### 1. Één onderwerp tegelijk behandelen.

Het komt wel eens voor dat in één vraag twee dingen tegelijk worden gevraagd. Probeer per vraag slechts één onderwerp te behandelen.

#### 2. Vragen en antwoorden mogen niet voor meer dan één uitleg vatbaar zijn

Niet alleen vragen, maar ook antwoorden kunnen vaag zijn. In plaats van begrippen als 'meestal', 'soms', 'weinig' en 'vaak', kan beter gevraagd worden naar concrete tijds- of frequentieaanduidingen als '1x per week'.

#### 3. Taalgebruik niet ingewikkeld

Het meest belangrijk is uiteraard dat men begrijpt wat er gevraagd wordt, hetgeen betekend dat vakjargon vermeden moet worden.

#### 4. Verder moeten de vragen taalkundig niet te ingewikkeld geformuleerd worden. Dat betekent:

- gebruik korte zinnen
- geen bijzinnen gebruiken
- werkwoorden in actieve vorm gebruiken
- liever geen ontkenningen en zeker geen dubbele ontkenningen.
- positief geformuleerde vragen worden vaak beter begrepen dan negatief geformuleerde vragen.
- vragen zo neutraal mogelijk formuleren
- vragen mogen niet suggestief zijn, omdat zij suggereren welk antwoord gegeven moet worden. Dergelijke vragen zijn nauwelijks van waarde. Er is een aantal zaken die maken dat vragen suggestief zijn en die daarom vermeden moeten worden. Dat zijn:
  - het gebruik van tekst als 'Bent u het eens met...' en 'Vindt u ook niet dat...'
  - het gebruik van woorden als 'ook', 'toch' en 'wel'
  - het aanhalen van 'deskundigen'

## 5. Niet zomaar feiten als bekend veronderstellen

Er moet bij de formulering van elke vraag steeds afgevraagd worden of er iets verondersteld wordt wat helemaal niet zo vanzelfsprekend hoeft te zijn.

### 2.4.2 Open of gesloten vragen

Er bestaan verschillende soorten vragen; te weten open- en gesloten vragen.

Bij gesloten vragen worden de antwoordmogelijkheden bij de vraag gegeven, dit zijn geprocedeerde antwoorden. Bij een open vraag zijn de antwoordmogelijkheden niet gegeven. Hier kan men antwoorden wat men wil.

De keuze tussen open en gesloten vragen is vergelijkbaar met die tussen het gestructureerd en het ongestructureerd verzamelen van data. Open vragen worden gebruikt als er nog weinig over een onderwerp bekend is, oftewel explorerend. Bij een afgebakend onderwerp worden gesloten vragen gebruikt.

Het hangt dus af van het doel dat men voor ogen heeft of er gesloten dan wel open vragen worden gebruikt.

Overigens worden beide vraagvormen in vragenlijsten uiteraard ook gecombineerd gebruikt.

De voor- en nadelen van open en gesloten vragen worden hieronder samengevat:

Bij gesloten vragen liggen de antwoordmogelijkheden vast, bij open vragen is dat niet het geval. Open vragen worden meer gebruikt om te exploreren, gesloten vragen bij beperkte, afbakende onderwerpen om te inventariseren. Vaak worden beide soorten in vragenlijsten gebruikt. Open vragen functioneren goed als een mentale voorbereiding op een nieuw onderwerp.

Een en ander is in tabel 2 nog eens nader op een rijtje gezet:

Tabel 2: Verschil open en gesloten vragen

| Open vragen                       | Gesloten vragen                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| Explorerend                       | Inventariserend                           |
| Weinig voorkennis nodig           | Veel voorkennis nodig                     |
| Geïnterviewde kan vrij antwoorden | Beperkt antwoordkader                     |
| Doet recht aan geïnterviewde      | Doet minder recht aan geïnterviewde       |
| Genuanceerde antwoorden           | Eenvoudige antwoorden                     |
| Toeval speelt belangrijke rol     | Toeval speelt minder belangrijke rol      |
| Vraagt veel verwerkingstijd       | Vraagt weinig verwerkingstijd             |
| Interviewer belangrijk            | Interviewer minder belangrijk             |
| Zeer informatief                  | Minder informatief                        |
| Minder betrouwbaar                | Betrouwbaarheid beter dan bij open vragen |

Bron: (17)

### 2.4.3 Antwoordmogelijkheden

Bij de formulering van de antwoordcategorieën moet met een aantal dingen rekening worden gehouden. Dat betreft onder andere de mogelijkheden van statistische verwerking van de gegevens, die namelijk samenhangt met de antwoordcategorieën.

- Mogelijkheden tot statistische verwerking:

Het simpelst zijn de antwoorden waarbij de respondent één van de genoemde categorieën moet aankruisen, zoals bij geslacht. Dit soort antwoordmogelijkheden zijn van nominaal meetniveau, maar men spreekt ook wel over discrete gegevens in tegenstelling tot continue gegevens als leeftijd. Bij 'simpele' nominale antwoordmogelijkheden is het belangrijk dat alle mogelijkheden in de vraag worden opgenomen en niets vergeten wordt. De antwoordmogelijkheden moeten uitputtend zijn, hetgeen niet altijd meevalt. Verder moeten de categorieën elkaar wederzijds uitsluiten.

In geval van continue gegevens is er sprake van meer of minder. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ordinaal, interval- en rationeel meetniveau. Bij ordinale gegevens is er wel sprake van meer en minder, maar het onderlinge verschil tussen de categorieën is niet in een getal uit te drukken.

Bij interval- en rationeel niveau is er wel sprake van een maat van meer of minder die in een getal is uit te drukken. De leeftijd is daarvan een goed voorbeeld. Het onderscheid tussen ratio- en intervalniveau is dat er bij een rationeel niveau sprake is van een natuurlijk nulpunt, zoals bij de leeftijd. Bij een intervalniveau is er wel sprake van gelijke afstanden, maar niet van een nulpunt. De temperatuurmeting is daar een goed voorbeeld van.

In het algemeen geldt dat naarmate het meetniveau hoger is, er meer statistische analyseprocedures kunnen worden uitgevoerd.

Bij vragenlijsten wordt nogal eens op ordinaal niveau gewerkt, omdat er vaak gebruik wordt gemaakt van schalen.

- Antwoordschalen

In interviews en vooral bij het meten van meningen worden veelvuldig schalen als antwoordmogelijkheden gebruikt. Onderzoekers leggen geïnterviewden meningen voor en vragen hun aan te geven in hoeverre zij het hier mee eens zijn.

Ook bij het maken van vragen waarin gebruik gemaakt wordt van antwoordschalen moeten eerst weer een aantal vragen worden gesteld alvorens tot de constructie over te gaan. De vragen betreffende:

- het aantal antwoordcategorieën dat men wilt gebruiken
- of men een even of een oneven aantal categorieën wilt gebruiken
- en wat men doet met 'geen mening' of 'weet niet'

Het aantal categorieën dat men gebruikt is enigszins afhankelijk van de vraag en vooral van de nuancering die men in het antwoord wilt hebben. Dit hangt mede af van de complexiteit van hetgeen met de vraag gemeten wordt.

Bij het kiezen van een even aantal antwoorden wordt iemand gedwongen tot een mening. Men kan namelijk niet neutraal zijn. Overigens bestaan er over de middencategorie misverstanden. Die wordt nogal eens gebruikt als men geen mening heeft. Dat is onjuist. De middelste categorie is echt bedoeld voor mensen die ambivalent (gedeeltelijk voor/gedeeltelijk tegen) of neutraal zijn (noch voor/noch tegen). Voor mensen die geen mening hebben moet er naast de schaal nog een hokje met: weet niet/geen mening. Mensen hebben de neiging om naar het alternatief 'geen mening' te vluchten. Bij sommige onderwerpen is het zeer waarschijnlijk dat iedereen een mening heeft en kun je de categorie 'geen mening/weet niet' beter weglaten.

## Hoofdstuk 2 Opzet en methode

In dit hoofdstuk wordt de opzet en methode van het onderzoek beschreven. Er zal stap voor stap besproken worden welke punten doorlopen worden om dit onderzoek uit te voeren.

Begonnen wordt met het afnemen van de enquête die is samengesteld in 1996 door het BMC. Deze enquête is in 1996 afgenomen als 0-meting, de afname van deze enquête in 2001 kan gebruikt is in 1996. Dit houdt in dat er 20 patiënten geselecteerd worden uit de dossiers van het WAZ.

Deze geselecteerden patiënten worden telefonisch geënuquêteerd, waarna de antwoorden verwerkt worden via het verwerkingsprogramma SPSS.

Deze enquête is terug te vinden op bijlage XII.

Uit literatuuronderzoek zijn eisen gekomen waaraan een patiënttevredenheidsonderzoek moet voldoen. Deze eisen zijn gericht op het samenstellen van een enquête in het algemeen en op een patiënttevredenheidsonderzoek in het bijzonder.

Hieruit ontstaan twee lijsten met criteria waarop de enquête van het BMC getoetst kan worden; namelijk op validiteit en betrouwbaarheid. Vervolgens gaan we deze enquête vergelijken met deze criteria. Indien de enquête niet voldoet aan de eisen die gesteld zijn uit de literatuurstudie, zal er een nieuwe enquête ontwikkeld moeten worden.

Als dit het geval is, wordt uit de informatie die is gewonnen uit het literatuuronderzoek een nieuwe enquête ontwikkeld. Er wordt naar gestreefd dat deze enquête wel valide en betrouwbaar is. Er wordt tevens een afneemprotocol en een verwerkingsprotocol voor de verwerking van de enquête ontwikkeld. Dit wordt tevens gedaan omdat op deze manier de enquête in validiteit en betrouwbaarheid stijgt.

De enquête die hierdoor ontstaat wordt uitgevoerd in mei 2001 bij patiënten die geselecteerd worden uit de dossiers in het WAZ. Voor deze patiënten, die allen het hartrevalidatieprogramma gevolgd hebben, gelden inclusie- en exclusiecriteria die gesteld zijn:

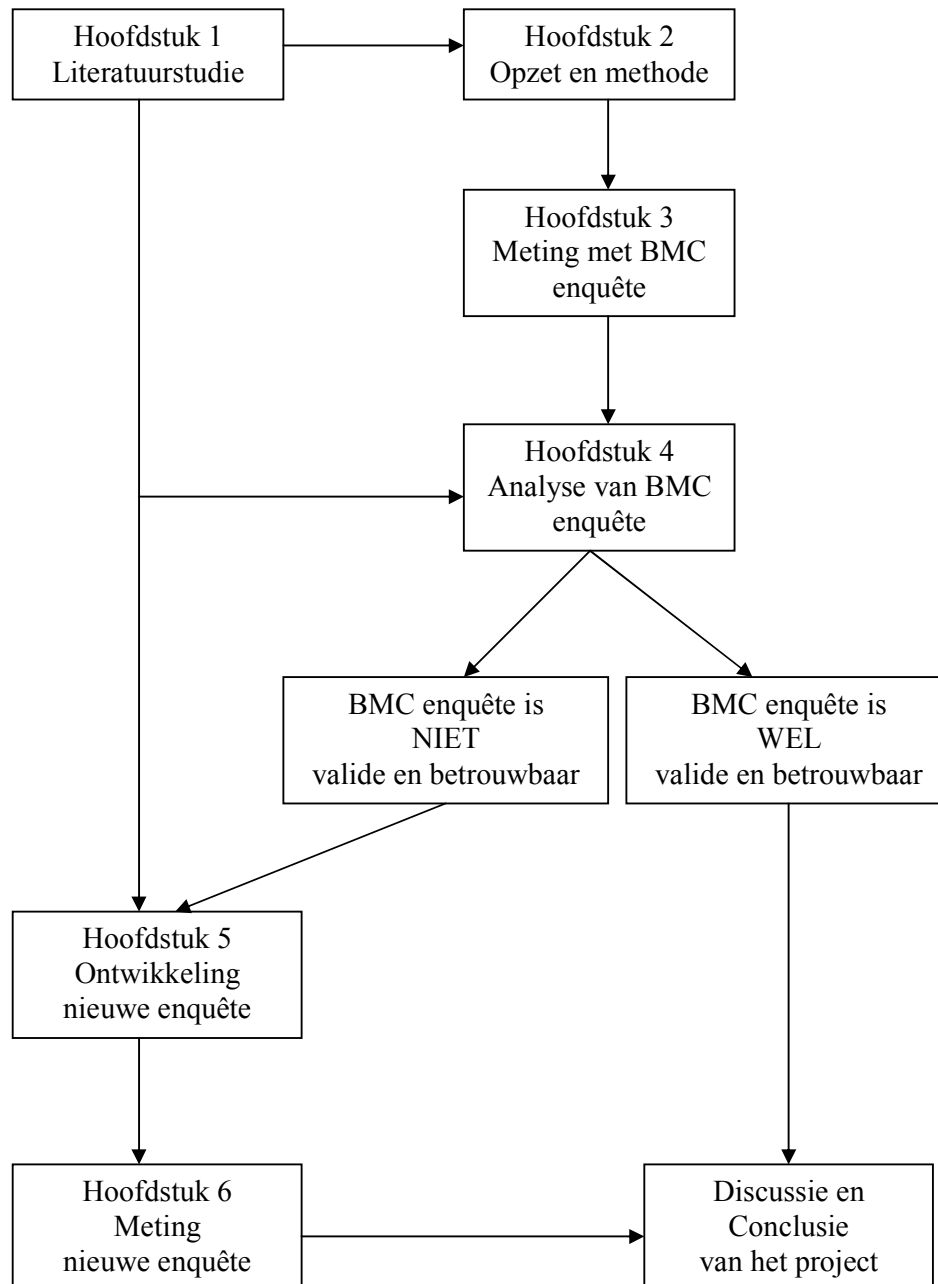
- De patiënt moet het programma volledig doorlopen hebben
- De patiënt mag niet vaker dan één keer het programma gevolgd hebben
- De patiënt mag niet korter dan 5 maanden en langer dan 7 maanden geleden het programma gevolgd hebben.
- De patiënt moet een indicatie hebben voor het hartrevalidatieprogramma.

De enquête wordt tevens telefonisch afgenomen. Bij de afname van de enquête zal dan gebruik gemaakt worden van het ontwikkelde afneemprotocol. Daarna zal de enquête verwerkt worden volgens het ontwikkelde verwerkingsprotocol.

Deze protocollen zijn te vinden in bijlage XVII en XXIII.

Achtereenvolgens worden de hoofdstukken en opzet van het gehele project nog even op een rijtje gezet op de volgende pagina. Dit wordt ook wel het onderzoeksmodel genoemd.

Figuur:2 Onderzoeksmodel



## Hoofdstuk 3 Meting met de enquête van het BMC

Dit hoofdstuk beschrijft meting1 met behulp van de enquête die is opgesteld in 1996 (m1-enq'96-afn'01). Eerst wordt omschreven hoe dit onderzoek is opgezet om vervolgens de uitslagen van de vragen te bespreken. Daarna wordt er besproken hoe de patiënttevredenheid ervoor staat, volgens de resultaten van de enquête.

### §1 Methode van de meting

De 1-meting van deze enquête heeft op 30 maart 2001, plaatsgevonden onder 20 patiënten die het afgelopen jaar het hartrevalidatie programma hebben gevolgd in het BMC. De meting is zoveel mogelijk hetzelfde gedaan als de meting in 1996.

De patiënten zijn telefonisch geënuquêteerd met behulp van de “BMC” vragenlijst. (Zie bijlage XVIII) Deze bestond uit zowel open als gesloten vragen. De patiënten zijn naar willekeur uit de kaartenbak geselecteerd. De non-respons bestond uit twee patiënten.

### §2 Resultaten van de meting

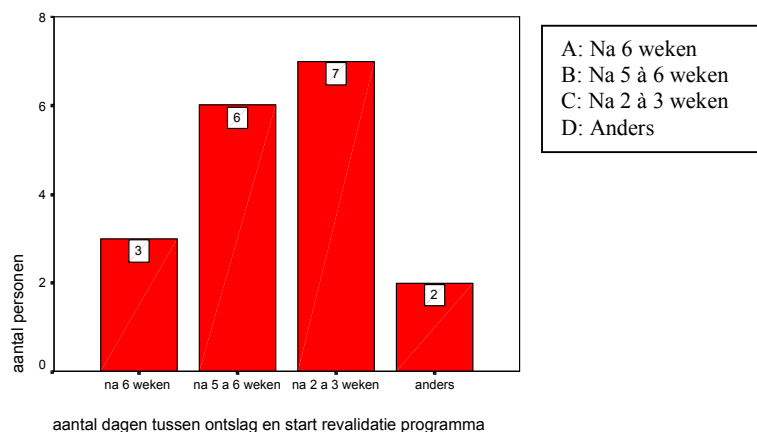
*Vraag 1:* Na hoeveel dagen bent u gestart met het revalidatieprogramma, gerekend vanaf de ontslag datum?

De meerderheid van de patiënten is tussen de 2 à 3 weken begonnen met het programma, te weten zeven patiënten. Zes patiënten zijn na 5 à 6 weken met het programma begonnen. De gemiddelde start tijd van het programma ligt op 3,44 weken.

Ook na 6 weken starten er nog 3 patiënten met het programma. Twee patiënten gaven het antwoord anders.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 1;

*Grafiek 1: Dagen tussen ontslag ziekenhuis en start programma*



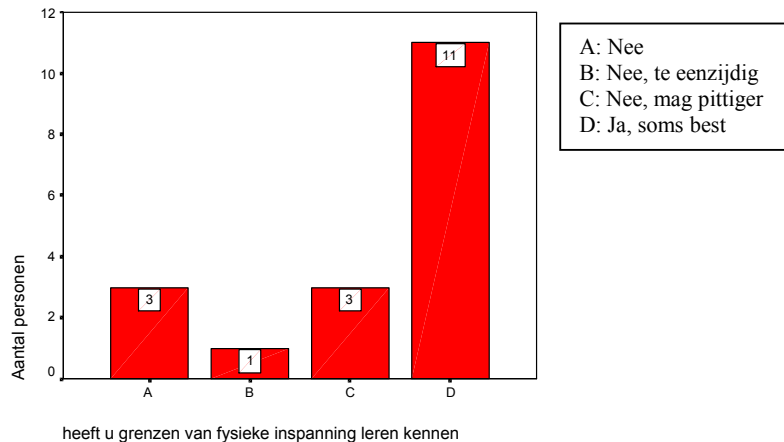


*Vraag 2:* Heeft u, met het revalidatieprogramma, uw grenzen van fysieke inspanning leren kennen ?

Hier geven 11 patiënten aan dat ze zeer zeker de grenzen van fysieke inspanning hebben leren kennen, en zelfs dat het programma af en toe best pittig was. Zeven patiënten vinden dat ze hun grenzen niet hebben leren kennen. Van deze zeven geven drie patiënten dit aan zonder daarbij een motivatie te geven, een patiënt vindt het programma te eenzijdig en drie andere patiënten vinden dat het programma pittiger mag zijn.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 2;

*Grafiek 2: Grenzen van fysieke inspanning*

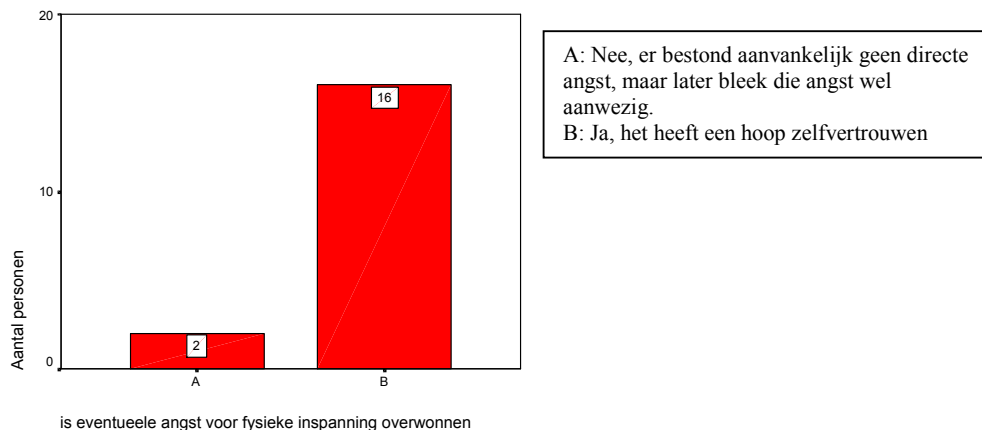


*Vraag 3:* Is met het revalidatieprogramma uw eventuele angst voor fysieke inspanning overwonnen?

Deze vraag geeft een zeer duidelijke uitslag: zestien van de patiënten antwoordt met ja. Echter, onder deze zestien patiënten vallen ook die patiënten die ‘geen angst hebben gehad’. Dit was in de enquête geen antwoordmogelijkheid. Twee patiënten geven aan dat er aanvankelijk geen angst was en later wel.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 3;

*Grafiek 3: Angst voor fysieke inspanning*

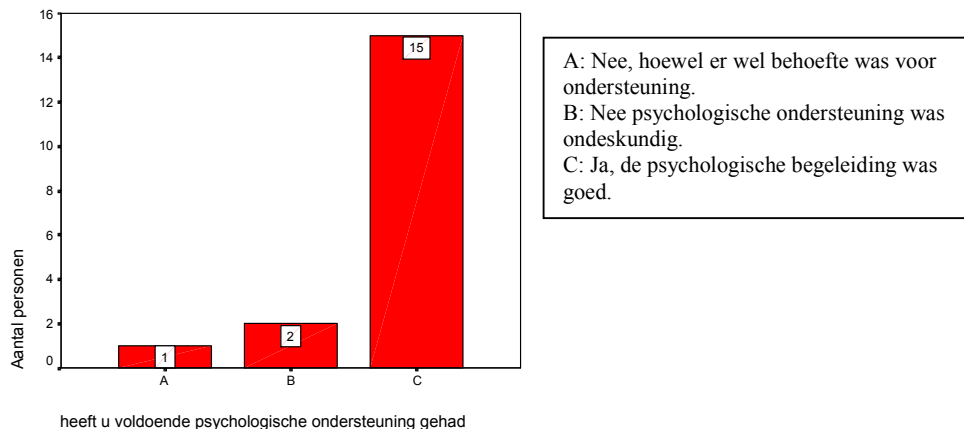


*Vraag 4:* Heeft u met het revalidatieprogramma voldoende psychologische ondersteuning gehad ?

Vijftien patiënten geven aan dat de psychologische begeleiding goed was. Drie patiënten geven aan dat er geen voldoende psychologische ondersteuning was. Deze drie patiënten zijn opgesplitst in twee patiënten die aangeven dat de aangeboden ondersteuning ondeskundig was en een patiënt geeft aan dat er helemaal geen psychologische ondersteuning was hoewel daar wel behoefte voor was.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 4;

*Grafiek 4: Psychologische ondersteuning*



*Vraag 5:* Zo nee, wat heeft u hierin dan gemist?

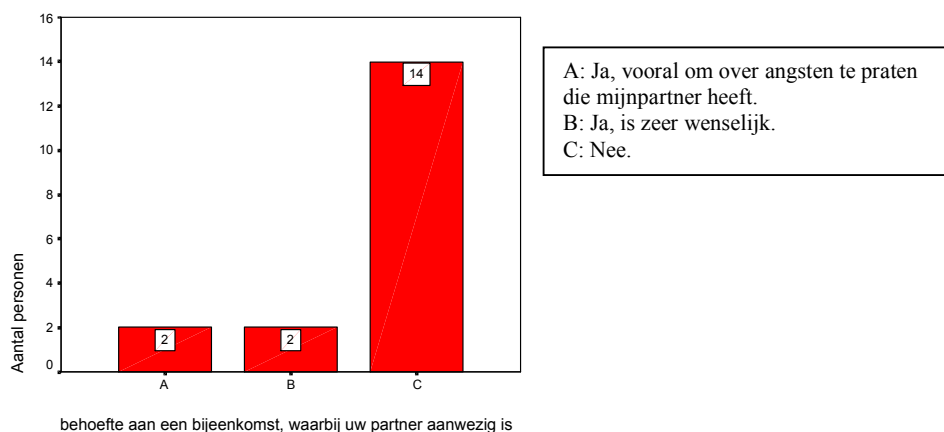
Deze vraag is slechts door 1 patiënt beantwoord, deze gaf aan dat er een gebrek was aan gedegen voorlichting.

*Vraag 6:* Zou u behoefte hebben aan een bijeenkomst, waarbij uw partner aanwezig is?

Op deze vraag antwoordden veertien patiënten nee. Vier patiënten hadden hier wel behoefte aan waarvan er twee vooral over angsten van de partner willen praten en de andere twee geven alleen aan dat het zeer wenselijk is.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 5;

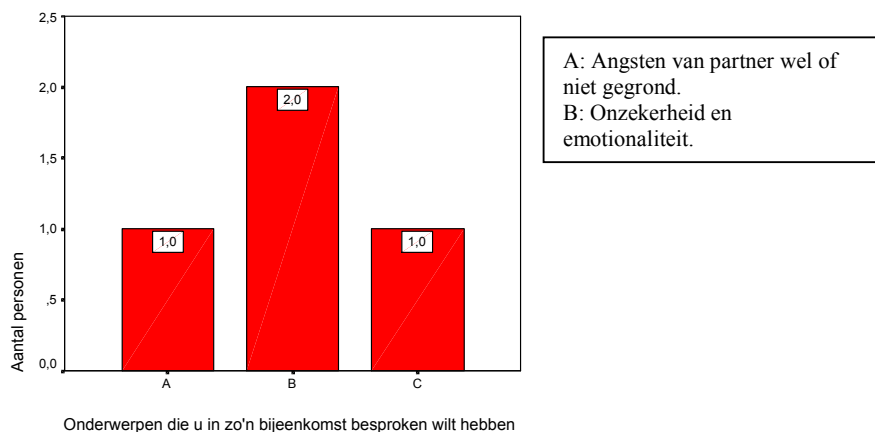
*Grafiek 5: Behoeftte aan een bijeenkomst*



*Vraag 7:* Welke onderwerpen zou u in zo'n dergelijke bijeenkomst besproken willen hebben? Vier personen hebben een antwoordt gegeven, de overige 14 personen gaven bij vraag 6 al te kennen geen behoefte te hebben aan een bijeenkomst. Van deze vier personen geven er twee aan over onzekerheid en emotionaliteit te willen praten, een over angst van de partner en een over andere dingen.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 6;

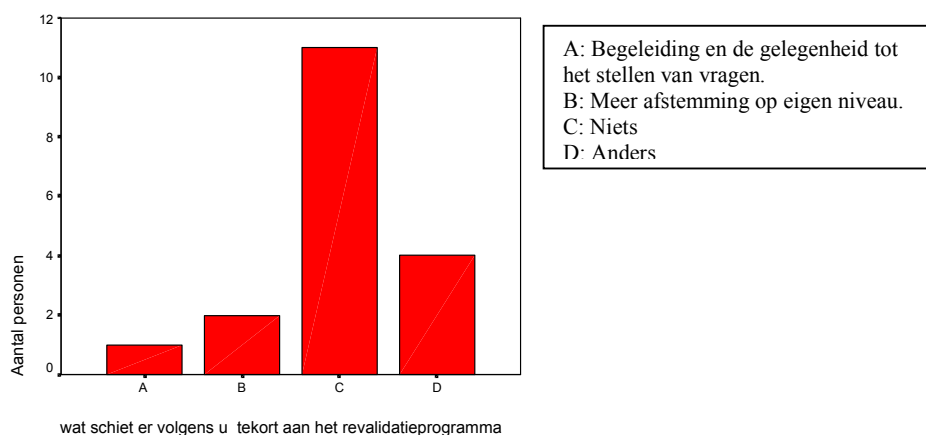
*Grafiek 6: Te bespreken onderwerpen*



*Vraag 8:* Wat schiet er volgens u in zijn algemeenheid tekort aan het revalidatieprogramma? Elf patiënten geven aan dat er niets tekort schiet in het programma. Twee patiënten geven aan dat er meer afstemming op niveau mag zijn, een patiënt zou graag meer gelegenheid hebben tot het stellen van vragen en meer begeleiding. Dan zijn er nog vier patiënten die iets anders missen in het programma. Dit is opgesplitst in verschillende items, in de enquête vallen ze echter allemaal onder hetzelfde antwoord.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 7;

*Grafiek 7: Tekortkomingen aan het programma*

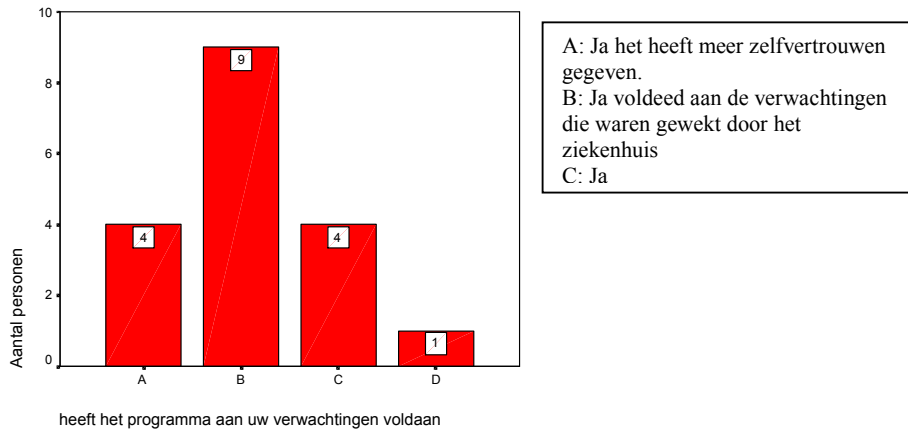


*Vraag 9:* Heeft het revalidatie programma aan uw verwachtingen voldaan?

Hier geeft de helft van de patiënten aan dat het heeft voldaan aan de verwachtingen die er werden gewekt door het ziekenhuis. Vier patiënten geven aan dat ze er meer zelfvertrouwen van hebben gekregen en zijn aangezet tot bewegen. Nog eens vier patiënten geven als antwoord ja zonder daarbij een motivatie te geven. Slechts een patiënt geeft aan dat het niet heeft voldaan aan de verwachtingen.

Een en ander komt tot uiting in grafiek 8;

*Grafiek 8: Voldaan aan de verwachtingen*

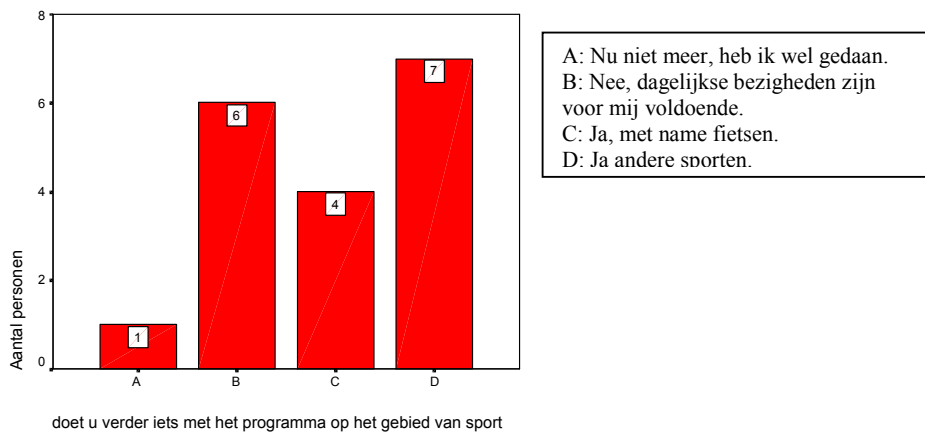


*Vraag 10:* Doet u verder iets met het revalidatieprogramma op het gebied van sport en dergelijke?

Hier geven de meeste patiënten, zeven, aan dat ze nog wel aan sport doen maar iets wat niet in de enquête genoemd wordt. Zes patiënten geven aan dat ze genoeg hebben aan de dagelijkse bezigheden. Verder wordt er door de mensen veel gewandeld en gefietst, vier patiënten. Slechts een patiënt geeft aan dat eerst wel te hebben gedaan, maar nu niet meer.

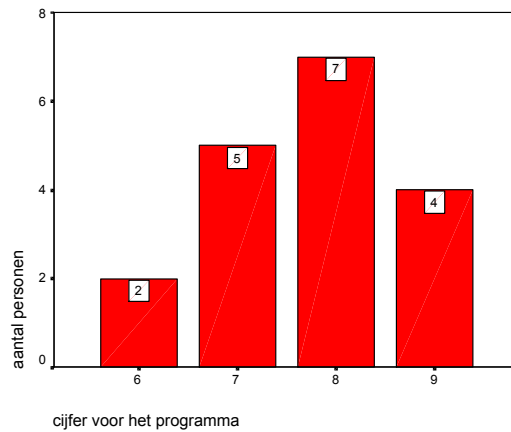
Een en ander komt tot uiting in grafiek 9

*Grafiek 9: Bijdrage van het programma aan sport en andere activiteiten*



*Vraag 11:* als u een rapportcijfer aan het revalidatieprogramma in zijn geheel zou moeten geven, met een 1 als minimale score en een 10 als maximale score, wat zou u dan geven?

*Grafiek 10: Cijfer voor het revalidatieprogramma*



### §3 Conclusie van de meting

Over het algemeen kan gesteld worden dat de meeste patiënten positief terug kijken op hun perioden met het hart revalidatieprogramma. Dit vooral getuigende de cijfers die uit de laatste vraag komen, een gemiddelde van een 8 voor het revalidatieprogramma.

Gezien het feit dat wij vinden dat de uitslagen van de enquête te onduidelijk zijn, omdat de vraagstellingen niet goed verwoord zijn, doen wij hier verder geen uitspraken over specifieke tevredenheid of punten die nog verbeterd kunnen worden. Voor onze kritische opmerkingen over de enquête zie hoofdstuk 4.



## Hoofdstuk 4 Analyse van de enquête van het BMC

Dit hoofdstuk bestaat uit de vergelijking van de enquête uit 1996, die is gemaakt door het BoschMediCentrum, met de lijsten met criteria. Vanuit onze literatuurstudie hebben we twee lijsten met criteria opgesteld. De eerste lijst bevat criteria waaraan een enquête in het algemeen moet voldoen. De tweede lijst bevat criteria waar een patiënttevredenheidsenquête aan moet voldoen. Er zal een vergelijking worden gemaakt tussen de enquête van het BMC uit 1996 en de twee lijsten met criteria om inzichtelijk te maken waar deze enquête afwijkt van de norm. Hierna kunnen we een algemene conclusie trekken over de enquête en concrete verbeterpunten aangeven voor het aanpassen van de enquête of indien nodig het maken van een nieuwe enquête.

### §1 De lijsten met criteria

Deze paragraaf zal bestaan uit twee lijsten. De eerste lijst bevat de criteria waar een enquête in het algemeen aan moet voldoen. De tweede lijst bevat criteria waar een patiënttevredenheidsenquête aan moet voldoen. Beide lijsten zijn samengesteld uit onze literatuurstudie, voor een verdere verklaring van deze punten wordt verwezen naar hoofdstuk 1.

#### 1.1 Criteria waar een enquête in het algemeen aan moet voldoen

De literatuur die is gebruikt bij de samenstelling van deze lijst is als volgt:

Baarda<sup>(1)</sup>, Brinkman<sup>(6+7)</sup>, Dijkstra<sup>(11)</sup>, Jansen<sup>(17)</sup>, Tak<sup>(22)</sup>.

- 1- Taalgebruik moet afgestemd zijn op het informatie- en opleidingsniveau van de groep respondenten. Het afstemmen dient te gebeuren op het laagste aanwezige niveau.
- 2- Open vragen alleen als het echt nodig is opnemen in de enquête.
- 3- Neutrale stam maakt een beter te interpreteren meting mogelijk als een waarderende stam.
- 4- Goede instructies en korte vraagblokken kunnen het optreden van antwoord tendenties tegengaan.
- 5- Onderzoeker bepaalt de mate van detaillering.
- 6- Geen middencategorie dwingt de respondent tot het maken van een keuze.
- 7- Antwoorden moeten elkaar uitsluiten, niet suggereren, en in logische volgorde staan.
- 8- Bij gesloten vragen dient er rekening gehouden te worden met respondenten die een vraag niet willen beantwoorden of dat de vraag niet van toepassing is.
- 9- Op ordinaal niveau is toegestaan: rechte tellingen, percentages berekenen, rangorde bepalen, mediaan en modus.
- 10- Enquête moet uit minimaal 5 kolommen bestaan.
- 11- Vragen nooit opsplitsen over twee pagina's.
- 12- Vraag en antwoord dienen bij elkaar te blijven en in een oogopslag te zien te zijn.
- 13- Vragen per onderwerp op aparte bladzijde.
- 14- Aantal vragen beperkt houden, omvang beperken.
- 15- Omcirkelen van een cijfer voorkomt verwarring.
- 16- Structuur van de enquête.
- 17- Telefonisch: vooral gesloten kort vragen met weinig antwoordmogelijkheden geen beeldvragen en geen antwoordkaartjes.
- 18- Vragen moeten kort en duidelijk zijn.
- 19- Enquêteurs moeten getraind zijn.
- 20- Vragen moeten eenduidig zijn.

- 21- Geen vragen waarvan men van tevoren kan verwachten dat de kandidaat belang heeft bij een onjuist antwoord, of waarbij men de kans loopt dat een vooroordeel geuit wordt.
- 22- Geen dubbelvragen.
- 23- Vragen die irritatie op kunnen wekken, zet men bij voorkeur op het einde van de vragenlijst.
- 24- Vermijdt ontkenning in de vragen.
- 25- Enquêtes uittesten op 5 à 10 personen.

## 1.2 Criteria waaraan een patiënttevredenheidsonderzoek moet voldoen

De literatuur die is gebruikt bij de samenstelling van deze lijst is als volgt:

Bakx<sup>(4)</sup>, redactie Visser.<sup>(5)</sup>, Dijk<sup>(10)</sup>, Grol<sup>(14)</sup>.

1- Het onderzoek moet de tien determinanten van patiënttevredenheid bevatten.

Deze determinanten zijn:

- Toegankelijkheid,
- Communicatie,
- Beleefdheid,
- Bereidheid,
- Begrijpen/kennen van de klant,
- Betrouwbaarheid,
- Competentie,
- Fysiek aspecten,
- Veiligheid,
- Geloofwaardigheid.

*(Voor uitleg van deze determinanten zie Hoofdstuk 1, paragraaf 1.6)*

- 2- Naast gesloten ook open vragen
- 3- Stel de respondenten in staat om suggesties voor verbetering van de zorgverlening te uiten.
- 4- Stel specifieke vragen die gericht zijn op bepaalde aspecten van de zorg. Het verdient de voorkeur om ieder kwaliteitsaspect met meerdere vragen te meten.
- 5- Laat vragen over tevredenheid vooraf gaan door inleidende vragen of structurerende informatievragen.
- 6- Patiënten moeten de gelegenheid krijgen om eventuele op- of aanmerkingen kwijt te kunnen

## §2 De vergelijking van de lijsten met criteria en de enquête van het BMC

Nu alle criteria duidelijk zijn kan er overgegaan worden tot de vergelijking met de enquête. Per criterium wordt bekeken of de enquête hieraan voldoet.

### 2.1 Criteria waaraan een enquête moet voldoen

*1-Taalgebruik moet afgestemd zijn op het informatie- en opleidingsniveau van de groep respondenten, het afstemmen dient te gebeuren op het laagst aanwezige niveau.*

Omdat niet precies bekend is welk niveau de respondenten hebben, wordt het standpunt ingenomen dat de enquête voor iedereen begrijpelijk moet zijn. Dit is over het algemeen goed gedaan. Sommige vragen kunnen echter anders verwoord worden.

*Dit betreft vraag: 2 en 3, fysieke inspanning vervangen door lichamelijke inspanning.*

*2-Open vragen alleen als het echt nodig is opnemen in de enquête.*

Dit is 1 keer gedaan in de enquête.

*3-Neutrale stam maakt een beter te interpreteren meting mogelijk dan een waarderende stam.*

De stam van de vragen is in nagenoeg alle vragen neutraal opgesteld met uitzondering van één vraag.

*Dit betreft vraag: 8*

*4-Goede instructies en korte vraagblokken kunnen het optreden van antwoordtendenties tegengaan.*

De vraagblokken zijn kort genoeg. De vraag is echter of de antwoordblokken niet te lang zijn voor een telefonisch enquête. De ervaring is dat tijdens het afnemen van de enquête vaak de antwoorden moet herhalen voordat de mensen de antwoorden op een rijtje hebben. De mensen die niet echt gemotiveerd zijn, zijn al snel ongeïnteresseerd en gaan maar lukraak antwoorden of het antwoord geven wat ze het beste konden onthouden. Daarnaast lijken een aantal antwoorden op elkaar waardoor verwarring kan ontstaan.

*Dit betreft vraag: 2, 3, 8, 9 en 10.*

*5-Onderzoeker bepaald de mate van detaillering van de antwoordmogelijkheden.*

Degene die het onderzoek opzetten bepalen het aantal antwoordmogelijkheden. Dit is van toepassing bij een oplopende schaal zoals bij de mate van tevredenheid, dit kan uitgedrukt worden in 2,3,4,5 of zelfs meer antwoordmogelijkheden. Hoe meer antwoordmogelijkheden hoe gedetailleerder de antwoordmogelijkheden. Dit is bij deze enquête niet van toepassing.

*6-Geen middencategorie in de antwoordmogelijkheden, dwing de respondent tot het maken van een keuze.*

Dit geldt bij oplopende schalen, zoals besproken bij punt 5. De middencategorie staat voor: niet tevreden en niet ontevreden. Dit is bij deze enquête niet van toepassing.

*7-Antwoorden moeten elkaar uitsluiten, niet suggereren en in een logische volgorde staan.*

Dit is niet gebeurd. Bij veel vragen ontbreken een aantal antwoordmogelijkheden of sluiten antwoorden op elkaar aan in plaats van uitsluiten. Ook valt op dat bij de ene vraag de antwoorden met “Nee” beginnen en bij de andere vraag de antwoorden met “Ja” beginnen. Tevens zijn er vele antwoorden die suggereren in plaats van een zuivere opsomming van de mogelijkheden.

*Dit betreft vraag: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 en 9*

*Vraag 1*, ontbreekt de mogelijkheid om 4 weken in te vullen. Verder valt op dat de vraag in dagen gesteld wordt en het antwoord in weken gegeven wordt.

*Vraag 2*, deze antwoorden sluiten elkaar niet uit, bovendien ontbreekt de antwoordmogelijkheid dat het precies goed was. Is “soms best wel pittig” nu negatief of positief?

Bovendien zijn de antwoorden suggestief gegeven en niet in dezelfde opstelling.

*Vraag 3*, hier ontbreekt de mogelijkheid om te antwoorden dat er nooit angst geweest is. Bovendien zijn ook deze antwoorden suggestief.

*Vraag 4*, bij antwoord a) wordt er aan toegevoegd dat, dat gevoel er ook bij andere was...



*Vraag 6*, de vraag is of er behoefte is aan een bijeenkomst de volgende vraag gaat over de onderwerpen in zo'n bijeenkomst, dit is goed. Waarom er in de antwoorden, bij vraag 6, dan toch richting een mogelijk onderwerp wordt gestuurd, zie A), is niet duidelijk.

*Vraag 7*, had er beter als open vraag kunnen staan, nu is hij te suggestief.

*Vraag 8*, de vraag is al niet neutraal gesteld. De basis van de antwoorden is goed, namelijk; A=stuk meer begeleiding, B=Andere activiteiten, C=Meer afstemming op niveau, D =Niets, E=Anders

De volgorde van de antwoorden klopt niet. De woordkeuze in de antwoorden maakt echter dat het niet duidelijk is.

*Vraag 9*, De antwoordvolgorde bij deze vraag is anders dan bij de meest andere vragen. Deze vraag begint met drie variaties van ja. In alle andere gevallen beginnen ze met nee. Dit is hinderlijk.

Ook hier maken de toevoegingen aan de antwoorden de antwoordmogelijkheden weer onduidelijk. Dit moet voorkomen worden.

*8-Bij gesloten vragen dient er rekening gehouden te worden met respondenten die een vraag niet willen beantwoorden of dat de vraag niet van toepassing is.*

Er is geen rekening mee gehouden dat een vraag niet van toepassing is.

*9-Op ordinaal niveau is toegestaan: rechte tellingen, percentages berekenen, rangorde bepalen mediaan toegestaan en modus.*

Dit heeft betrekking op de verwerking van de enquête en is dus niet van toepassing.

*10-Enquête moet uit minimaal 5 kolommen bestaan.*

Hier is niet aan voldaan

*11-Vragen nooit opsplitsen over twee pagina's*

Het opsplitsen van een vraag over twee bladzijden is niet gebeurd.

*12-Vraag en antwoord dienen bij elkaar te blijven en in één oogopslag te zien zijn.*

De enquête is overzichtelijk, je hoeft niet te kijken welke vraag waar bij hoort en dergelijke.

*13-Vragen per onderwerp op aparte bladzijde.*

Het is belangrijk dat ook de patiënt in de gaten heeft over welk onderwerp het gaat. Dit is met deze enquête niet gedaan.

*14-Aantal vragen beperkt houden, omvang beperken.*

Ook dit is goed gedaan. De enquête is niet te lang voor de mensen, zodat de aandacht niet verzwakt. Alleen de antwoorden per vraag zijn lang waardoor het voor de respondent moeilijk is om alle antwoorden van één vraag te onthouden, wat leidt tot veel herhalingen van antwoorden.

*15-Omcirkelen van een cijfer voorkomt verwarring.*

Niet van toepassing omdat het een telefonische enquête is. Het is wel iets wat in het afneemprotocol zou moeten staan. Evenals alle andere activiteiten die van belang zijn bij het invullen van de enquête(hoe noteer je een onbeantwoorde vraag en dergelijk).

*16-Structuur van de enquête*

Een goede opbouw. Het is voor de patiënt duidelijk en de vragen zijn in logische volgorde geplaatst.

*17-Telefonisch: vooral gesloten korte vragen met weinig antwoordmogelijkheden, geen beeldvragen en geen antwoordkaartjes.*

Zoals al eerder gezegd is, is dit niet correct. Veel vragen zijn lang, maar de antwoorden zijn nog langer wat ten koste gaat van het overzicht bij de respondent. Dit gaat ten koste van de betrouwbaarheid van de antwoorden.

*18-Vragen moeten kort en duidelijk zijn.*

De vragen zijn niet kort, maar de ervaringen is dat dit niet echt een struikelblok is. De antwoorden leveren echter meer hindernissen op.

*19-Enquêteurs moeten getraind zijn.*

Dit is niet het geval.

*20-Vragen moeten eenduidig zijn.*

Alle vragen zijn eenduidig.

*21-Geen vragen waarvan men van tevoren kan verwachten dat de kandidaat belang heeft bij een onjuist antwoord, of waarbij men de kans loopt dat een vooroordeel geuit wordt.*

Dit is niet gebeurd bij het samenstellen van deze enquête.

*22-Geen dubbelvragen.*

Er zitten geen dubbelvragen in de enquête.

*23-Vragen die irritatie op kunnen wekken, zet men bij voorkeur op het einde van de vragenlijst.*

Er zijn geen vragen gebruikt die irritatie opwekken.

*24-Vermijdt ontkenning in de vragen.*

Er zitten geen ontkenningen in de vragen.

*25-Enquête uittesten op 5 à 10 personen.*

Het is niet bekend of dit gebeurd is.

*26-Protocol nodig voor de afname en de verwerking van de enquête.*

Er was geen protocol aanwezig. Als 1 persoon het volledige onderzoek zou uitvoeren is dit mogelijk. Dit is bij deze enquête vrijgelaten en dat komt de betrouwbaarheid van het geheel niet ten goede. Het afnemen hoort door iedereen altijd hetzelfde te gebeuren, en daar dient een protocol voor ontwikkeld te worden. Dit geldt tevens voor de verwerking van de enquête, het wordt in de literatuur aangeraden om dit door middel van een computerprogramma te doen zoals SPSS. Dit is bij deze enquête niet gedaan.

## 2.2 Criteria waar een patiënttevredenheidsonderzoek aan moet voldoen

*1-Het onderzoek moet de tien determinanten van een patiënttevredenheid bevatten.*

Dit is niet het geval. In de enquête is teveel aangestuurd op datgene wat de samenstellers willen weten in plaats van datgene waar een patiënt tevreden of niet tevreden over kan zijn. Er is in zijn geheel geen rekening gehouden met de tien determinanten van patiënttevredenheid.

*2-Naast gesloten ook open vragen.*

Er is één open vraag gesteld. Dit in tegenstelling tot de eisen die aan een enquête in het algemeen worden gesteld, aangezien daar wordt gezegd dat er zo min mogelijk open vragen gesteld moeten worden.

*3-Stel de respondenten in staat om suggesties voor verbetering van de zorgverlening te uiten.*

Dit is gedeeltelijk gedaan in de enquête. Er is teveel gevraagd naar suggesties voor verbeteringen van de inhoud van het programma en niet naar verbeteringen van de zorgverlening. Dit is natuurlijk iets wezenlijks anders.

*4-Stel specifieke vragen die gericht zijn op bepaalde aspecten van de zorg. Het verdient de voorkeur om ieder kwaliteitsaspect met meerdere vragen te meten.*

Er is door middel van deze enquête niet genoeg gevraagd naar specifieke aspecten van de zorg. Er wordt wel gevraagd naar de psychologische begeleiding maar daar blijft het bij.

*5-Laat vragen over tevredenheid vooraf gaan door inleidende vragen of structurerende informatie.*

Er zijn geen vragen over tevredenheid gesteld.

*6-Kies aspecten die relevant zijn voor de respondent.*

Er zijn aspecten aan de orde geweest die relevant zijn. De vraag is alleen of ze relevant waren voor met name de samensteller of de respondent. Dit is niet duidelijk.

## §3 Conclusie over de enquête en concrete verbeterpunten

Zoals uit deze analyse blijkt zijn er nogal wat punten die niet aan de norm voor een goede enquête en een goed patiënttevredenheidsonderzoek voldoen.

Over de structuur van de enquête valt te concluderen dat met name de gekozen antwoorden niet correct zijn. Ze sluiten elkaar niet uit, suggereren en staan niet in logische volgorde.

Daarnaast zijn de antwoorden vaak te lang voor een telefonische enquête.

Het ontbreken van een gedegen afneem- en verwerkingsprotocol komt de betrouwbaarheid niet ten goede.

De enquête is in zijn geheel niet geënt op de theoretische basis en kennis die er bestaat over patiënttevredenheid. Vooral het niet specifiek behandelen van de 10 determinanten is een groot gebrek. Uit de enquête komt niet duidelijk naar voren of de samenstellers nu iets willen weten over de resultaten van het programma of over de patiënttevredenheid. Hier zullen wij met de opdrachtgever duidelijkheid over moeten krijgen, daar dit twee begrippen zijn die toch al zo dicht tegen elkaar aanliggen en elkaar in grote mate beïnvloeden.

## Hoofdstuk 5 Ontwikkeling van de nieuwe enquête

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat de enquête uit 1996 niet voldeed aan de eisen die de literatuur stelt aan een enquête in het algemeen, maar zeker niet aan de eisen die gesteld worden aan een patiënttevredenheidsenquête.

Er is daarom besloten om een nieuwe enquête te ontwikkelen en niet de oude enquête aan te passen. Er zijn natuurlijk items uit de oude enquête die gebruikt kunnen worden voor de ontwikkeling van de nieuwe enquête.

De ontwikkeling van de nieuwe enquête draait in zijn geheel om de vraag: 'Wat wil de opdrachtgever te weten komen?'

Ons is gevraagd om de patiënttevredenheid van het hartrevalidatieprogramma te meten.

Na overleg met de opdrachtgever werd duidelijk dat er ook gekeken moest worden naar de resultaten van het programma.

De opdrachtgever wil de volgende dingen weten:

1. De patiënttevredenheid over de afdeling paramedische dienst
2. De patiënttevredenheid over het hartrevalidatieprogramma
3. De resultaten van het programma

In dit onderzoek is sprake van twee definities, namelijk patiënttevredenheid en de resultaten van het hartrevalidatieprogramma.

### §1 Methode voor het opzetten van de nieuwe enquête

Wat moet er nu gevraagd worden om de patiënttevredenheid en de resultaten van het programma in beeld te brengen?

Naarmate een eigenschapbegrip abstracter en complexer is, wordt het minder vanzelfsprekend wat er gevraagd moet worden. Om bijvoorbeeld tevredenheid te meten bij patiënten, zal het begrip tevredenheid opgesplitst moeten worden in indicatoren waaronder tevredenheid verstaan wordt. Onder indicatoren verstaan wij dan begrippen die een objectiever karakter geven aan een abstract en complex begrip als tevredenheid.

Dit proces van het vertalen van een begrip in meetbare aspecten wordt operationalisatie genoemd. Het operationaliseringproces begint altijd met het omschrijven/definiëren van het begrip dat geoperationaliseerd moet worden. Eerst moet de definitie van tevredenheid duidelijk zijn, om vervolgens kenmerken te bedenken waaraan tevredenheid moet voldoen. Tevredenheid dient eerst zodanig gedefinieerd te worden dat een ieder weet wat eronder verstaan wordt. Het moet door de definitie duidelijk worden wat wel en wat niet onderzocht gaat worden. De definitie is daardoor richtinggevend voor de operationalisering. Wanneer de definitie van tevredenheid is vastgesteld kunnen er indicatoren voor bedacht worden. Over het algemeen streeft men ernaar bij abstracte begrippen als tevredenheid naar niet één, maar naar meer indicatoren te zoeken. Naarmate men meer indicatoren heeft, is men minder afhankelijk van toevallige invloeden, hetgeen een gunstig effect zal hebben op de betrouwbaarheid van de meting van het begrip. Hoeveel indicatoren of vragen er nodig zijn, hangt af van de complexiteit van het begrip. Aan een begrip als tevredenheid zijn vele dimensies te onderscheiden. Het is goed om eerst op een rij te zetten welke verschillende dimensies er aan een begrip te onderscheiden zijn. Vervolgens zal besloten moeten worden of alle aspecten gemeten worden of dat er een keuze gemaakt moet worden uit een aantal dimensies. Voor die verschillende dimensies wordt dan telkens een aantal vragen gemaakt. <sup>(1)</sup>

Kortom: Eerst moeten de definities vastgesteld worden, vervolgens worden er bij deze definities dimensies gevonden, deze dimensies worden verdeeld in indicatoren en uit deze indicatoren worden vragen geformuleerd.

Dit ziet er bij de enquête als volgt uit:

*Definities:*

De definitie van patiënttevredenheid zal ter volledigheid opgesplitst worden in de definitie van patiënt en in de definitie van tevredenheid.

Patiënt: iemand die lichamelijk lijden te verduren heeft

Tevredenheid: genoeg, voldoening

Voor een algemene uitleg van de definitie van patiënttevredenheid wordt verwezen naar hoofdstuk 1.

Doordat de patiënttevredenheid gemeten wordt van een afdeling en van het programma zelf krijgen we twee definities:

-Mate waarin de afdeling paramedische dienst de patiënt tevreden heeft weten te stellen.

-Mate waarin het hartrevalidatieprogramma de patiënt tevreden heeft weten te stellen.

De definitie van de resultaten van het programma is als volgt geformuleerd:

-Mate waarin het programma heeft bijgedragen tot het psychosomatische herstel van de patiënt.

Onder psychosomatiek wordt zowel de psychische gesteldheid als de lichamelijke gesteldheid van de patiënt verstaan.

*Determinanten en de daarbij horende indicatoren:*

- Betreffende de tevredenheid op de afdeling paramedische dienst:

-Toegankelijkheid: -openingstijden

-locatie

-bereikbaarheid

-Communicatie: -begrijpelijke taal

-persoonlijk contact

-luisteren naar de patiënt

-Beleefdheid: -vriendelijk

-geduldig

-respectvol

-Bereidheid: -fysiotherapeut reageert op vragen en verzoeken

-Begrijpen

en / of kennen: -fysiotherapeut neemt de moeite om de patiënt te leren kennen

-individuele aandacht

-Betrouwbaarheid: -correct bijhouden dossier

-de juiste dienst op het juiste tijdstip

-Competentie: -fysiotherapeut beheerst kennis en kunde

-Fysieke aspecten: -verzorging van personeel en materiaal

-hygiëne

-Veiligheid: -risico

-gevaar

-twijfel

-Geloofwaardigheid: -openheid

-eerlijkheid

(Gebruikt zijn de determinanten van Parasuraman.<sup>(4)</sup> Zie ook hoofdstuk 1, paragraaf...)

- Betreffende de tevredenheid over het revalidatieprogramma:

- Toegankelijkheid: -wachttijd  
-tijdstip op de dag
- Communicatie: -informatie verschaffing  
-open staan voor de patiënt
- Competentie: -kennis en kunde van de fysiotherapeut
- Samenstelling van het programma: -intensiteit  
-veiligheid  
-variatie

(Gebruikt zijn de determinanten van Parasuraman.<sup>(4)</sup> Zie ook hoofdstuk 1, paragraaf...)

- Betreffende de resultaten van het revalidatieprogramma:

- Psychische gesteldheid: -angst  
-zelfvertrouwen  
-psychische ontspanning
- Fysieke gesteldheid: -conditie  
-lichamelijke activiteiten  
-fysieke ontspanning

Nadat de dimensies zijn omgezet in de hierboven staande indicatoren, kunnen er met behulp van de indicatoren vragen worden gemaakt. Voor de vragen die hieruit voortvloeien verwijzen wij naar bijlage XIV, XV en XVI. Hierin kun je zien dat deze methode verwerkt wordt in verschillende tabellen. Vervolgens wordt vanuit deze tabellen de enquête ontwikkeld. (Zie bijlage XVIII)

Tevens worden protocollen ontwikkeld voor het afnemen en het verwerken van de enquête.

## §2 Resultaten voor het opzetten van de nieuwe enquête

Ten eerste is een ‘afneemprotocol’ ontwikkeld. Hierin staat precies hoe de enquête wordt afgenomen, en wat aan de respondent verteld wordt. Er wordt uitgegaan van verschillende situaties. Bij elke situatie staat beschreven wat de enquêteur moet zeggen en wat er genoteerd wordt. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van de enquête vergroot doordat iedere enquêteur op dezelfde wijze de enquête afneemt. Het afneemprotocol is als bijlage XVII toegevoegd.

De enquête begint met een blok waarin de persoonsgegevens ingevuld kunnen worden. De gegevens die gevraagd worden zijn van dien aard dat de patiënt anoniem blijft. Deze gegevens kunnen voorafgaand aan de enquête uit het dossier gehaald worden om tijd te winnen.

Uit de vragen die voortkomen uit de indicatoren moet nu een enquête opgesteld worden. Daar wij het programma verdeeld hebben in drie onderdelen, is het handig om dit bij de enquête ook te doen. Wat betreft het onderdeel over de tevredenheid, is gekeken naar het aantal vragen waarbij direct naar de tevredenheid gekeken kan worden. Deze vragen worden zo gesteld dat de patiënt antwoord moet geven in mate van tevredenheid. De mate van tevredenheid is verdeeld in vier categorieën namelijk; zeer tevreden, tevreden, ontevreden en zeer ontevreden. Er is gekozen voor het weglaten van een middencategorie, die staat voor; niet tevreden en niet ontevreden, zodat de patiënt wordt gedwongen tot het maken van een keuze.

Een voorbeeld van een vraag uit de enquête:

Over de telefonische bereikbaarheid van het secretariaat ben ik:

-zeer tevreden

-tevreden

-ontevreden

-zeer ontevreden

-niet van toepassing

De patiënt kan niet de gemakkelijke weg (de middencategorie) kiezen en moet dus nadenken over het antwoord dat gegeven wordt. Met deze manier van vragen stellen wordt aan tijd gewonnen, omdat voor de patiënt de antwoorden van tevoren duidelijk zijn en de vraagstelling dwingt tot het direct geven van een antwoord.

De categorie 'niet van toepassing' is toegevoegd om de verwerking gemakkelijker te laten verlopen. Een vraag die op de patiënt niet van toepassing is kan op deze manier toch verwerkt worden. Er wordt wel naar gestreefd om deze categorie niet alsnog als vluchtweg te gebruiken.

Wanneer de vragen niet in een vraag naar tevredenheid gesteld kunnen worden is gekozen voor ja/nee vragen. Bij de ja/nee vragen wordt gebruik gemaakt van een open vraag met daarbij als antwoordmogelijkheden; ja, nee en een middencategorie. Hier is wel een middencategorie toegevoegd, omdat anders de antwoordmogelijkheden te beperkt worden.

Ook bij de ja/nee vragen is de categorie 'niet van toepassing' toegevoegd.

De ja/nee vragen en de vragen naar tevredenheid worden door elkaar gebruikt om afwisseling in de enquête te creëren. Op deze manier gaat de patiënt niet op de 'automatische piloot' antwoorden.

Elke categorie over tevredenheid wordt beëindigd met de open-vraag of er nog iets verbeterd kan worden aan het betreffende onderdeel. Voor de volledig opgestelde enquête zie bijlage XVIII.

Vervolgens is er ook een 'verwerkingsprotocol' ontwikkeld met een daarbij horend 'codeboek'. Het verwerkingsprotocol wordt gebruikt om ervoor te zorgen, dat de enquête altijd op dezelfde manier wordt verwerkt, zodat daar geen misverstanden over bestaan. De enquête wordt namelijk verwerkt met een computerprogramma genaamd SPSS. Met dit programma kun je makkelijk statistische gegevens verwerken. Er is een diskette ontwikkeld waarop alle gegevens van de enquête vastliggen. Zo hoeft de verwerker alleen de antwoorden in te voeren in het programma. In het verwerkingsprotocol staat hoe de verwerker dit precies moet doen. Daarnaast is er ook een codeboek. Dit is nodig om antwoorden die gegeven worden in de vorm van a,b,c,d en open vragen te verwerken. Het programma herkent namelijk alleen getallen en geen letters. Voor het codeboek en het verwerkingsprotocol wordt verwezen naar bijlage XXIII en XXIV.



## Hoofdstuk 6 Meting met de nieuwe enquête

Dit hoofdstuk beschrijft de afnameprocedure en de resultaten van de nieuwe enquête (m0-enq'01-afn'01). Er zal begonnen worden met een beschrijving van de afnameprocedure waarna de uitslagen van de enquête besproken worden. Daarna kan de conclusie opgesteld worden over de patiënttevredenheid betreffende de 3 verschillende aandachtsgebieden.

### §1 Methode

De enquête is afgenomen in de periode van 17 tot 22 mei bij 25 patiënten die het hartrevalidatieprogramma gevolgd hebben in het WAZ.

Deze mensen zijn geselecteerd uit een namenlijst met daarop alle deelnemers die het programma vanaf september 2000 doorlopen hebben. Er is geselecteerd op patiënten die tijdens de afname van de enquête van het BMC (m1-enq'96-afn'01) niet gebeld zijn. Anders moeten mensen wederom aan een enquête deelnemen over hetzelfde onderwerp, wat irritaties op gaat wekken. De deelnemers moesten het programma volledig doorlopen hebben om in aanmerking te komen voor de afname van de enquête. Tevens mochten zij het programma niet meer dan één keer doorlopen hebben. Ook is er rekening mee gehouden dat er uit de verschillende revalidatie groepen (A, B1, B2, C) een evenredig aantal personen is gekozen. Op deze manier ontstaat een populatie patiënten die een oordeel kunnen geven over het programma.

Er zijn 30 patiënten telefonisch geënuquêteerd, met een non-respons van 5 patiënten. Deze 5 patiënten namen de telefoon niet op en zijn doordat er een deadline is gesteld niet meer terug gebeld. Alle patiënten waarmee gesproken is waren bereid om aan de enquête deel te nemen.

De enquête is gehouden door middel van een ontwikkeld afneemprotocol. Hierdoor zijn de enquêtes op dezelfde manier afgenomen. Ook de verwerking van de enquête is gedaan door middel van een protocol. Dit verwerkingsprotocol is ontwikkeld door middel van het softwareprogramma SPSS. Beide protocollen zijn als bijlage toegevoegd in dit onderzoeksverslag.

### §2 Resultaten van de enquête

De vragen die ontwikkeld zijn voor de enquête zijn, zoals eerder al besproken, afgeleid van indicatoren die weer afgeleid zijn van dimensies. Een aantal vragen staan dus voor één indicator. Door de vragen te groeperen per indicator wordt getracht een uitspraak te doen over die betreffende indicator en uiteindelijk over de dimensie die daaraan gekoppeld is.

#### ***Patiënttevredenheid over de afdeling paramedische dienst.***

In de enquête is rekening gehouden met de 10 dimensies van patiënttevredenheid. Er zal per dimensie worden aangegeven welke vragen van de enquête het betreft en wat het oordeel van de patiënt hierover is. Om de lengte van de enquête te beperken zijn er dimensies die bij andere onderdelen aan bod komen en hier dus niet behandeld worden.

#### ***Toegankelijkheid***

Dit betreft vraag 1 en 2 van de enquête. Er is hier gekozen, op advies van de opdrachtgever, om alleen de telefonische bereikbaarheid te meten omdat andere factoren buiten de mogelijkheden van de afdeling liggen.

Er is een onverwacht hoog aantal mensen die aangeeft dat deze vraag niet van toepassing is omdat ze de afdeling nooit gebeld hebben.



Bij vraag 1, de telefonische bereikbaarheid van het secretariaat, geven 15 patiënten aan dat de vraag niet van toepassing is. Bij de patiënten waarop de vraag wel van toepassing is geven zijn 7 patiënten tevreden en 3 patiënten zeer tevreden.  
Slechts 2 patiënten geven aan een specifiek fysiotherapeut te hebben benaderd en zijn tevreden over de bereikbaarheid van de betreffende therapeut.

#### *Communicatie*

Dit betreft de vragen 3,4 en 5.

Bij vraag 3, de duidelijkheid van het intakegesprek, zijn 15 patiënten tevreden en 10 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 4, het persoonlijk contact met het personeel, zijn 9 patiënten tevreden en 16 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 5, of er naar u geluisterd wordt door het personeel, geven 24 patiënten als antwoord “ja”, slechts één persoon geeft aan “nee, soms niet”.

#### *Beleefdheid*

Dit betreft de vragen 8,9 en 10.

Bij vraag 8, de vriendelijkheid van het personeel, zijn 6 patiënten tevreden en 19 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 9, het geduldig zijn van het personeel, zijn 9 patiënten tevreden en 16 patiënten zeer tevreden.

Vraag 10, het respectvol zijn van het personeel, zijn 12 patiënten tevreden en 13 patiënten zeer tevreden.

#### *Bereidheid*

Dit betreft de vragen 6 en 7.

Bij vraag 6, de bereidheid van het personeel om op verzoeken in te gaan, zijn 14 patiënten tevreden en 9 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 7, de bereidheid van het personeel om op vragen in te gaan, zijn 17 patiënten tevreden en 6 patiënten zeer tevreden.

Er zijn 2 patiënten die bij beide vragen aangeven dat de vraag niet van toepassing is.

#### *Begrijpen en/of kennen*

Dit betreft de vragen 4 en 5.

Dit zijn vragen die onder twee dimensies vallen, zoals te zien bij de dimensie communicatie. Omdat deze twee dimensies zo dicht bij elkaar liggen, is er besloten in verband met de lengte van de enquête om dit slechts in twee vragen onder te brengen.

#### *Betrouwbaarheid*

Dit betreft vraag 11.

Op de vraag of de fysiotherapeut eerlijk tegen de patiënt is geeft één patiënt aan zeer ontevreden te zijn, 2 patiënten zijn tevreden en 22 patiënten zijn zeer tevreden.



### *Fysieke aspecten*

Dit betreft de vragen 12,13,14,15,16 en 17.

Bij vraag 12, de hygiëne van het toilet, zijn 3 patiënten ontevreden, 11 patiënten tevreden en 1 patiënt zeer tevreden. Er zijn 11 patiënten die aangeven dat de vraag niet van toepassing is, aangezien zij het toilet niet bezocht hebben.

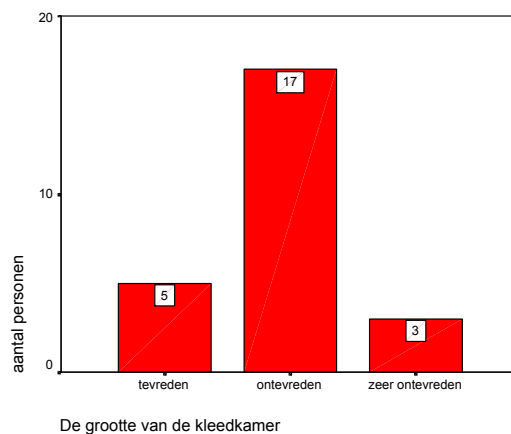
Bij vraag 13, de hygiëne van de wachtruimte, zijn 17 patiënten tevreden en 8 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 14, de hygiëne van de apparatuur, zijn 4 patiënten ontevreden, 20 patiënten tevreden en 1 patiënt zeer tevreden.

Bij vraag 15, de hygiëne van de zaal, zijn 4 patiënten ontevreden en 21 patiënten tevreden.

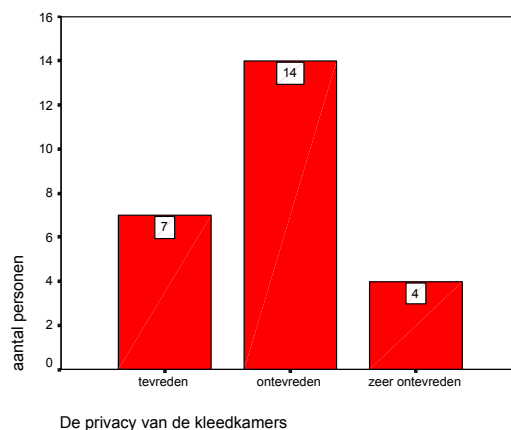
Bij vraag 16, de grootte van de kleedkamers, zijn 3 patiënten zeer ontevreden, 17 patiënten ontevreden en 5 patiënten tevreden.

*Grafiek 11: Tevredenheid over de grootte van de kleedkamers*



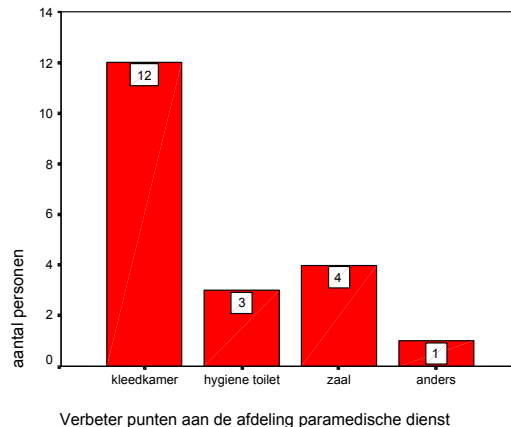
Bij vraag 17, de privacy van de kleedkamers, zijn 4 patiënten zeer ontevreden, 14 patiënten ontevreden en 7 patiënten tevreden.

*Grafiek 12: Tevredenheid over de privacy van de kleedkamers*



Algemene verbeterpunten aan de afdeling paramedische dienst in het WAZ.(vraag 18)  
 Zoals uit de vragen over de fysieke aspecten was te verwachten, geven 12 patiënten aan dat de kleedkamers niet voldoen aan de door hen gestelde eisen. Veel opmerkingen die voorkomen zijn: kleedkamers te klein, onvoldoende privacy, geen zitruimte en geen douche.  
 Er zijn 4 patiënten die aangeven dat de zaal niet voldoet aan de door hun gestelde eisen.  
 Opmerkingen hier zijn: gladde vloer en te laag plafond  
 Er zijn 3 patiënten die aangeven dat het toilet niet voldoet aan de gestelde hygiëne.  
 Één patiënt geeft aan dat bij binnenkomst er niemand op de afdeling was.

Grafiek 13: Algemene verbeter punten aan de afdeling paramedische dienst



### ***Vragen die betrekking hebben op de tevredenheid van het hartrevalidatieprogramma.***

Ook hier zal per dimensie worden aangegeven welke vragen van de enquête het betreft en wat het oordeel van de patiënt hierover is.

#### ***Toegankelijkheid***

Dit betreft de vragen 19 en 22.

Bij vraag 19, tevredenheid over de tijd tussen ontslag ziekenhuis en start van het programma, zijn 7 patiënten ontevreden, 13 patiënten tevreden en 5 patiënten zeer tevreden. Uit de persoonsgegevens aan het begin van deze enquête blijkt dat de starttijd van het programma zeer uiteen loopt, namelijk van 1 week tot 13 weken. Het was onze verwachting dat er een verband zou bestaan tussen de tevredenheid over de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en de start van het programma en de tijd daartussen. Zoals uit tabel valt af te lezen is dit verband echter niet aantoonbaar.

Tabel 3: Relatie tussen vraag 19 en de tijd tussen ontslag ziekenhuis en start programma

| Count                      |          | De tijd tussen ontslag uit ziekenhuis en start revalidatie programma |          |            | Total |
|----------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------|----------|------------|-------|
|                            |          | zeer tevreden                                                        | tevreden | ontevreden |       |
| Datum ontslag, datum start | 1 week   |                                                                      | 1        |            | 1     |
|                            | 2 weken  | 2                                                                    | 3        | 1          | 6     |
|                            | 3 weken  | 1                                                                    | 2        | 1          | 4     |
|                            | 4 weken  | 2                                                                    | 1        | 1          | 4     |
|                            | 5 weken  |                                                                      | 2        |            | 2     |
|                            | 6 weken  |                                                                      | 1        | 1          | 2     |
|                            | 7 weken  |                                                                      |          | 1          | 1     |
|                            | 8 weken  |                                                                      |          | 1          | 1     |
|                            | 10 weken |                                                                      | 1        | 1          | 2     |
|                            | 12 weken |                                                                      | 1        |            | 1     |
|                            | 13 weken |                                                                      | 1        |            | 1     |
| Total                      |          | 5                                                                    | 13       | 7          | 25    |

Bij vraag 22, tijdstip van het programma op de dag, één patiënt is zeer ontevreden, één patiënt is ontevreden, 14 patiënten zijn tevreden en 9 patiënten zijn zeer tevreden.

#### Communicatie

Dit betreft de vragen 20, 21, 25 en 26.

Bij vraag 20, voorlichting voorafgaand aan het programma, zijn 17 patiënten tevreden en 8 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 21, over de voorlichting die gegeven wordt tijdens het programma, zijn 19 patiënten tevreden en 6 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 25, luisteren door de fysiotherapeut, antwoordt één patiënt met "soms niet" en 24 patiënten geven "ja" als antwoord.

Vraag 26, gelegenheid om uw verhaal kwijt te kunnen, antwoorden 5 patiënten met "nee, soms niet" en 20 patiënten met "ja".

#### Competentie

Dit betreft vraag 23 en 24.

Bij vraag 23, de deskundigheid van de fysiotherapeut omtrent hartrevalidatie in het algemeen, zijn 16 patiënten tevreden en 9 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 24, de deskundigheid van de fysiotherapeut omtrent her revalidatie programma, zijn 15 patiënten tevreden en 10 patiënten zeer tevreden.

#### Samenstelling van het programma

Dit betreft de vragen 27 t/m 34.

Bij vraag 27, was het sport en spel gedeelte afgestemd op uw niveau, antwoorden 3 patiënten met "nee, soms niet" en 22 patiënten met "ja".

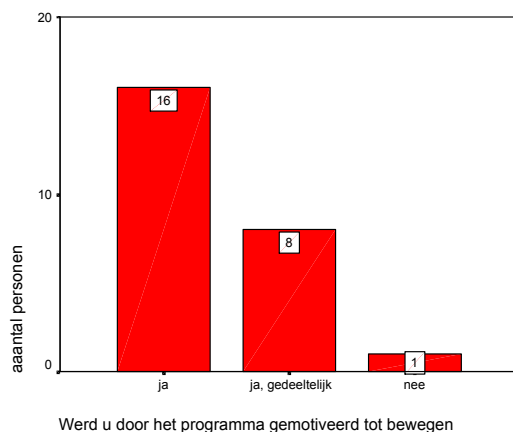
Bij vraag 28, de variatie in het sport en spel gedeelte, zijn 13 patiënten tevreden en 12 patiënten zeer tevreden.

Bij vraag 29, de veiligheid tijdens het sport en spel gedeelte, zijn 19 patiënten tevreden en 6 patiënten zijn zeer tevreden.

Bij vraag 30, de mate waarin het programma mijn algemene conditie heeft vergroot, is één patiënt zeer ontevreden, 18 patiënten zijn tevreden en 6 patiënten zijn zeer tevreden.

Bij vraag 31, motivatie tot bewegen, antwoordt één patiënt met "nee", 8 patiënten antwoorden "ja, gedeeltelijk" en 16 patiënten antwoorden "ja".

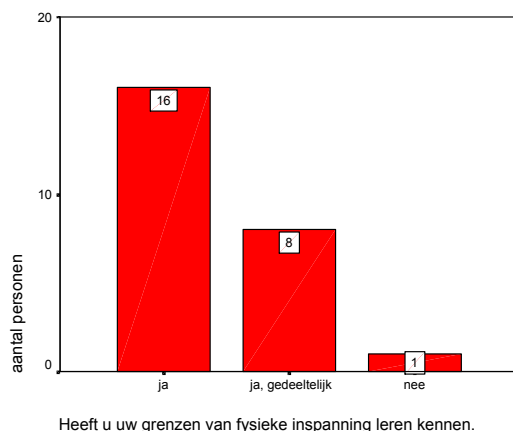
Grafiek 14: Motivatie tot bewegen



Bij vraag 32, uitdaging tot bewegen, antwoordt één patiënt met "nee", 5 patiënten antwoorden "ja gedeeltelijk" en 19 patiënten antwoorden "ja".

Bij vraag 33, grenzen van fysieke inspanning leren kennen, antwoordt één patiënt met "nee", 8 patiënten antwoorden "ja gedeeltelijk" en 16 patiënten antwoorden "ja".

Grafiek 15: Grenzen van fysieke inspanning



Bij vraag 34, genoeg rustmomenten tijdens het programma, antwoordt één patiënt met "nee", 6 patiënten antwoorden "ja gedeeltelijk" en 18 patiënten antwoorden "ja".

Algemene verbeterpunten aan het hartrevalidatieprogramma. (vraag 35)

Er zijn drie patiënten die aangeven langer te willen revalideren. Twee patiënten willen meer individuele afstemming. Er is één patiënt die aangeeft meer begeleiding te willen na het programma en er is één patiënt die aangeeft dat het programma te zwaar is. De andere patiënten hebben bij deze vragen geen verbeterpunten aangegeven.

### Vragen die betrekking hebben op de resultaten van het programma

Er is hier gekozen voor twee dimensies.

#### Psychische gesteldheid

Dit betreft vraag 36 t/m 39.

Bij vraag 36, was u bang voor lichamelijke inspanning, antwoorden 8 patiënten met "nee", 10 patiënten antwoorden "ja een beetje" en 7 patiënten antwoorden "ja".

Bij vraag 37, had u voorafgaand aan het programma angst voor nieuwe hartklachten, antwoorden 11 patiënten met "nee", 9 antwoorden "ja een beetje" en 5 patiënten antwoorden "ja".

Bij vraag 38, is door het programma uw angst voor nieuwe hartklachten verminderd, antwoorden 2 patiënten met "ja gedeeltelijk" en 13 patiënten met "ja".

Tabel 4: Angst voor nieuwe hartklachten verminderd

| Count                                                              |                | Is door het programma uw angst voor nieuwe hartklachten verminderd |                  | Total |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|------------------|-------|
|                                                                    |                | ja                                                                 | ja, gedeeltelijk |       |
| Had u voorafgaand aan het programma angst voor nieuwe hartklachten | ja             | 5                                                                  |                  | 5     |
|                                                                    | ja, een beetje | 7                                                                  | 2                | 9     |
| Total                                                              |                | 12                                                                 | 2                | 14    |

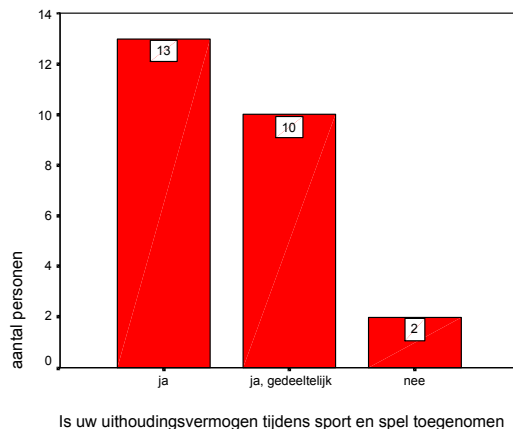
Bij vraag 39, bent u door het programma zekerder van uzelf geworden, antwoorden 2 patiënten met "nee", negen patiënten antwoorden met "ja, gedeeltelijk" en 17 patiënten antwoorden "ja".

#### Fysieke gesteldheid

Dit betreft vraag 40 t/m 46.

Bij vraag 40, uithoudingsvermogen tijdens sport en spel toegenomen, antwoordt één patiënt met "nee", 10 patiënten antwoorden "ja, gedeeltelijk" en 13 patiënten antwoorden "ja". Voor één patiënt is de vraag niet van toepassing.

Grafiek 6: Uithoudingsvermogen vergroot



Bij vraag 41, mogelijkheden tot lichamelijke activiteiten toegenomen, antwoorden 2 patiënten met "nee", 10 patiënten antwoorden "ja gedeeltelijk" en 13 patiënten geven ja als antwoord. Bij vraag 42, deed u voor uw ziekenhuisopname aan sport of lichaamsbeweging, antwoorden 11 patiënten met nee, 10 patiënten antwoorden "ja een beetje" en 4 patiënten antwoorden "ja". Bij vraag 43, doet u op dit moment aan lichaamsbeweging, 11 zeggen ja een beetje en 14 zeggen ja. Bij vraag 44, bent u door het programma aangezet tot bewegen, antwoorden 7 patiënten met "ja gedeeltelijk" en 18 patiënten antwoorden met "ja". Bij vraag 45, was u in staat door middel van de ontspanningsoefeningen tot rust te komen, antwoordt één patiënt met nee, 6 patiënten met "ja gedeeltelijk", en 17 patiënten geven ja als antwoord. Één patiënt geeft aan dat de vraag niet van toepassing is. Bij vraag 46, gebruikt u deze oefeningen nog wel eens, antwoorden 4 patiënten met "nee nooit", 13 patiënten antwoorden "ja soms" en 7 patiënten antwoorden "ja".

### §3 Conclusie

Uit de resultaten van de enquête kan gezegd worden dat de geënuquêteerde patiënten in het algemeen tevreden tot zeer tevreden zijn over het hartrevalidatieprogramma, maar ook over de behaalde resultaten van dit programma. Een punt dat voor verbetering in aanmerking komt is de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en de start van het revalidatieprogramma. Gestreefd wordt door het ziekenhuis naar een tijd van 2 à 3 weken en bij de geënuquêteerde patiënten ligt het gemiddelde op bijna 5 weken.

Er is echter geen duidelijke relatie aan te geven over de mate van tevredenheid en de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en de start van het revalidatieprogramma.

Wat betreft de afdeling paramedische dienst, zijn het met name de vragen over de hygiëne waar minder goed op is gescoord. Het toilet voldoet niet altijd aan de eisen van de patiënten, maar ook de apparatuur en de zaal worden genoemd.

Vooraf de kleedkamers laten volgens de patiënten te wensen over. Ze zijn te klein en bieden niet genoeg privacy.

Dit zijn enkele punten die naar voren komen als zijnde negatief. Over de andere punten die worden geënuquêteerd zijn de patiënten tevreden tot zeer tevreden.

In het algemeen kan gezegd worden dat de geënuquêteerde patiënten tevreden tot zeer tevreden zijn over het doorlopen hartrevalidatieprogramma, met uitzondering van de grootte en de privacy van de kleedkamers en de hygiëne van het toilet. Verder is de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en de start van het hartrevalidatieprogramma een belangrijk aandachtspunt aangezien dit een periode van gemiddeld bijna 5 weken is, terwijl er gestreefd wordt naar 2 à 3 weken.

## Hoofdstuk 7 Discussie en conclusie

Dit hoofdstuk zal bestaan uit de bespreking van het project in zijn geheel. Er word terug gekomen op de probleemstelling en de daaruit geformuleerde vraagstellingen. Van daaruit kunnen er dan ook aanbevelingen gedaan worden aan de opdrachtgever. Verder zal er bekeken worden welke dingen er in het project wel en niet goed zijn gegaan, en wat eventuele beperkingen zijn geweest.

Aan het begin van het project zijn de volgend hoofdvragen geformuleerd:

- 1- Is het mogelijk om de resultaten van een 1-meting, van de enquête uit 1996 afgenomen in 2001, te verwerken volgens een protocol van de 0 meting, van de enquête uit 1996 afgenomen in 1996?
- 2- Is het mogelijk om een valide en betrouwbaar patiënttevredenheidsenquête te ontwikkelen, waarmee een nieuwe 0-meting gedaan kan worden waardoor de patiënttevredenheid in beeld gebracht kan worden?

Uit deze hoofdvragen zijn een aantal subvragen opgesteld:

- 1- Is het mogelijk om een 1-meting, van de enquête uit 1996, (m1-enq'96-afn'01), uit te voeren en de resultaten hiervan te verwerken volgens protocol van de 0-meting, van de enquête uit 1996, afgenomen in 1996.

Aan deze vraagstelling is volledig voldaan. De enquête is uitgevoerd, helaas bleek dat er tijdens het afnemen in 1996 geen enkel protocol gebruikt is. Hierdoor was het noodzakelijk deze verwerking naar eigen inzicht te doen.

- 2- Is het mogelijk om na uitvoering van de bovengenoemde meting de patiënttevredenheid in beeld te brengen.

Helaas is gebleken dat dit niet mogelijk was. De enquête was niet voldoende toegespitst op patiënttevredenheid maar meer op de resultaten van het programma.

- 3- Is het mogelijk om door middel van een literatuur studie uitspraken te doen naar de validiteit en betrouwbaarheid van een patiënttevredenheidsenquête in het algemeen.

Deze vraagstelling is ook beantwoord. Door middel van het verslag over de literatuur studie is er voldoende informatie verkregen waardoor er uitspraken gedaan konden worden over validiteit en betrouwbaarheid.

- 4- Is het mogelijk om aan de hand van deze literatuurstudie, te analyseren of de enquête uit 1996 valide en betrouwbaarheid is?

Dit is gedaan door middel van hoofdstuk 5 waarin de enquête getoetst wordt aan de lijsten met criteria, die zijn voort gekomen uit de literatuur. Hieruit is gebleken dat de enquête absoluut niet valide is. Er werd volstrekt onvoldoende gelet op patiënttevredenheid maar meer op resultaten van het programma. Er werd dus niet gemeten wat ze wilden meten. Ook de betrouwbaarheid van de enquête was onvoldoende. Met name de onnauwkeurigheid in de antwoorden was een grote belemmering om de enquête betrouwbaar te laten zijn.

- 5- Is het noodzakelijk om aan de hand van de bovengenoemde analyse de betreffende enquête aan te passen c.q. een nieuwe te ontwikkelen.

Hier is gebleken dat het absoluut noodzakelijk was om een nieuwe enquête te ontwikkelen. Dit is gedaan op basis van de literatuurstudie en de ontwikkelde lijsten met criteria.

- 6- Is het mogelijk om een protocol te ontwerpen voor zowel het afnemen als het verwerken van de aangepaste c.q. nieuwe enquête?

Er zijn protocollen ontwikkeld voor de afname en de verwerking van de enquête. Deze protocollen zijn zo opgesteld dat ze op een later tijdstip ook voor het BMC bruikbaar zijn.



7- Is het mogelijk om de aangepaste c.q. nieuwe patiënttevredenheidsenquête uit te voeren en te verwerken met behulp van het ontwikkelde protocol.

Deze enquête is telefonisch afgenomen, en verwerkt volgens protocol. Deze meting is als een apart hoofdstuk in het verslag opgenomen.

Aanbevelingen aan de opdrachtgever:

Als belangrijkste aanbeveling zouden wij willen geven om de enquête schriftelijk uit te voeren, en niet telefonisch. Gebleken is namelijk dat het telefonisch afnemen erg veel tijd kost, die de medewerkers van het BMC waarschijnlijk niet zullen hebben. We zijn ongeveer 10 uur bezig geweest met patiënten bellen. Dit wordt echter niet veroorzaakt door de lengte van de enquête maar door de vele opmerkingen en verhalen die er los komen bij de respondenten. Los hiervan is de drempel om iets negatiefs te antwoorden schriftelijk natuurlijk minder groot dan mondeling. Zeker als er een medewerker van het BMC zelf deze vragen stelt. Ook de anonimiteit is schriftelijk meer gewaarborgd dan mondeling. Verder zouden wij willen adviseren om de enquête onder meer patiënten te houden. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door bij elke laatste keer dat een patiënt komt de enquête mee te geven met de vraag deze direct in te vullen en te deponeren in een hiervoor bestemde bus. Deze bus kan dan 1 maal per jaar geleegd worden en de enquêtes verwerkt volgens protocol. Er zijn dan ook meer enquêtes beschikbaar, wat de betrouwbaarheid ten goede komt.

Wat is er niet goed gegaan en wat kan er volgende keer anders:

1- Wat betreft de enquête:

De stelling van de vragen van de enquête in de “ik” vorm bleek voor het telefonisch afnemen niet handig omdat de vragen door de enquêteur werden voorgelezen. De “ik” vorm is dan ook direct aangepast in de “u” vorm. Verder blijkt uit commentaar dat er vragen zijn die wel erg veel op elkaar lijken, waardoor patiënten niet weten wat ze moeten antwoorden. Het lijkt dan ook verstandig deze vragen anders te gaan formuleren.

Tevens bleek dat veel patiënten uit de ‘A’ en de ‘B’ groepen weer werken en dus overdag niet bereikbaar zijn. Dit kost erg veel tijd, en moesten dus uiteindelijk ’s avonds gebeld worden. Dit kan het beste ondervangen worden door de enquête schriftelijk af te nemen.

2- Wat betreft het project:

Uiteindelijk is gebleken dat het project toch uit heel veel vraagstellingen heeft bestaan. Hierdoor hebben niet alle punten de aandacht gekregen die ze misschien wel nodig hadden. Er is bijvoorbeeld teveel aandacht gegaan naar het houden van de BMC enquête, terwijl dit uiteindelijk voor de kwaliteit van de nieuwe enquête geen echte bijdrage heeft geleverd. Aan het begin van het project had er meer gekeken moeten worden wat wel en niet haalbaar was.

## Literatuur

1. Baarda,D.B., Goede,M.P.M.de, Methoden en technieken. Houten: Stenfort Kroese, 1997.
2. Baker,R., Whitfield,M.,Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. Qualithy in health care, nummer 2, 1992, 104-109.
3. Bakx,V.E.M., Blokpoel,J.F., Broeders,M., Dalen-Corsten,D.A.P.van, Kwaliteitsverbetering, ook de patiënt praat mee! FysioPraxis, nummer 2, februari 1996, 32-35.
4. Bakx,V.E.M., Groenen,M., Kiers,M.M.M., Kleinveld,S.R., Schmitz,B.A.P., Alles naar wens? FysioPraxis, nummer 17, december 1996, 30-32.
5. a)Bergsma,J., De fictie van satisfactie. In: De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum, red. Visser, 1988.  
b)Bokma,J.J.H., Kramer,G.J.A., Patiënten raadpleging als instrument voor kwaliteitszorg. In: De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum, red. Visser, 1988.  
c)Eisses,E., Godefrooij,P., Patiëntenvragenlijst: onderzoeks- en beleidsinstrument. In: De beleving van het verblijf in een algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum, red. Visser, 1988.  
d)Visser,A.Ph., De meting van de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: ontwikkeling en betekenis van een vragenlijst. . In: De beleving van het verblijf in een algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum, red. Visser, 1988.  
e)Visser,A.Ph., Storende factoren in vragenlijstonderzoek onder patiënten. In: De beleving van het verblijf in een algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum, red. Visser, 1988.
6. Brinkman,J., Cijfers spreken, *Statistiek en methodologie voor het hoger onderwijs*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992.
7. Brinkman,J., De vragenlijst. Groningen: Wolters-Noordhoff b.v., 1994.
8. Campen,C.van, Jakobs,C., Kerssens,J.J., Sixma,H., Wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie, nummer 6, oktober 1995, 168-173.
9. Campen,C.van, Jakops,C., Kerssens,J.J., Sixma,H., Kwaliteit van huisartsenzorg, het perspectief van de patiënt. Medisch Contact. nummer 41, 14 oktober 1994, 1284-1286.
10. Dijk,J.P.van, Haan,E.A.de, Hollenbeek-Brouwer,J., Mening van cliënten over de kwaliteit van fysiotherapie, *verwachting en werkelijkheid*. Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie, nummer 1, januari 1995, 18-22.
11. Dijkstra,W., Zouwen,J.van der, Sociaal-wetenschappelijk onderzoek met vragenlijsten, *methoden, knelpunten, oplossingen*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1989.

12. Donker,M., Lemmens,F., Kwaliteitsbeoordeling door cliënten. *Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), 1990.
13. Eimers,J., Onderzoek patiëntvriendelijkheid moet leiden tot gedragsverandering, *communicatie en informatie zijn voor verbetering vatbaar*. Patiënt en Perspectief, nummer 12, december 1997, 33-35.
14. Grol,R., Jung,H.P., Wensing,M., Wat vinden patiënten belangrijk? *Aspecten van huisartsgeneeskundige zorg, gezien vanuit het perspectief van de patiënt*. Huisarts en wetenschap, nummer 13, 1996, 594-599.
15. Huiskens,W.H., Wat vindt de patiënt van fysiotherapie? , Fysiovisie, nummer 11, november 1987, 5-6.
16. Jansen,A.M., Enquête geeft helder beeld van oordeel cliënt, *Zaanstreek-Waterland beproeft feedback-systeem voor eerstelijns fysiotherapie*. FysioPraxis, nummer 8, juni 1995, 34-36.
17. Jansen,E.P.W.A., Joostens,Th.H., Enquêteren *het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters-Noordhoff b.v., 1998.
18. Jansen,S., De patiënt centraal. Zorgvisie, nummer 10, 1999, 24-25.
19. Loon,A.van, Leren leven na een infarct of bypass, *hartrevalidatie van stichting Revalidatiecentrum Breda*. FysioPraxis, nummer 5, maart 1994, 12-16.
20. Schillings,E., Afstudeerproject *Studiehandleiding OP 12-16*. Fontys Hogescholen Eindhoven studierichting FLP, opleiding Fysiotherapie, 1999.
21. Schillings,E., Vandenboorn,H., Wetenschappelijk onderzoek III *reader afstudeerfase MP 14 + 15*. Fontys Hogescholen Eindhoven studierichting FLP, opleiding Fysiotherapie, 1993.
22. Tak,A.A.M.M.(red.), Kernstof-A, marketing NIMA-A, Groningen, Wolters-Noordhoff, 1999.
23. Vakgroep Fe/a, EA 100 SPSS for Windows. Fontys Hogescholen Eindhoven studierichting Economie, 1998.
24. Visch,P., Kwaliteit gaat verder dan de tevredenheid van de patiënt; Een internationale conferentie over kwaliteit. Medisch Contact, nummer 31/32, 13 augustus 1993, 938-939.

## **Bijlagen**

