

Tool Kwalitatieve methoden

voor het maken van patiëntervaringsvragenlijsten | versie 1.0



Zorginstituut Nederland



Over deze tool

Deze tool geeft praktische aanwijzingen voor het maken van vragenlijsten om de ervaringen van patiënten met de zorg te meten. De tool is bedoeld als hulpmiddel voor onderzoekers die zogeheten PREMs of PROMs willen ontwikkelen. Met specifieke uitleg over drie kwalitatieve methoden, te weten: focusgroepen, concept mapping en cognitieve interviews. Deze methoden kunnen respectievelijk worden toegepast voor het genereren van vragen voor de vragenlijst, het clusteren en selecteren van relevante onderwerpen en vragen, en voor het uittesten en herformuleren van de vragenlijst.

Doel van deze tool is om onderzoekers concrete handvatten te bieden voor het ontwikkelen van valide en betrouwbare vragenlijsten waarin het patiëntenperspectief centraal staat. Voor wat betreft dit laatste gaat het er om dat de voor patiënten belangrijke onderwerpen in de vragenlijst aan de orde komen, en dat de vragenlijsten in 'de taal van patiënten' zijn verwoord. Dit kan door vragen in begrijpelijke taal te formuleren en ze optimaal aan te laten sluiten op de ervaringen van patiënten. Kwalitatief onderzoek maakt het mogelijk om dit patiëntenperspectief uitvoerig te verkennen en de voor patiënten belangrijke onderwerpen zo optimaal mogelijk in een vragenlijst te verwoorden.

Deze tool maakt deel uit van een reeks van tools over patiëntervaringsmetingen, over de onderwerpen privacy, analyses, dataverzameling en evaluatie en optimalisatie. De tools bieden verdiepende en praktische informatie in aanvulling op de Handreiking Ontwikkelen van Patiëntervaringsvragenlijsten om kwaliteit van zorg te meten (Bos et al., 2015). Deze handreiking legt op hoofdlijnen uit hoe partijen in de zorg vragenlijsten op een verantwoorde manier kunnen ontwikkelen en gebruiken om te komen tot valide en betrouwbare kwaliteitsinformatie. De criteria uit het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten (Zorginstituut, 2015) zijn het uitgangspunt. Procedures en werkinstructies die eerder zijn ontwikkeld voor de Consumer Quality Index (CQ-index) methodiek waren de basis van de tools.

Zorginstituut Nederland biedt deze ondersteunende materialen aan om het meten, verzamelen en analyseren van kwaliteitsinformatie te standaardiseren. Hiermee wordt verdere verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland gestimuleerd en wordt ervoor gezorgd dat iedereen toegang heeft tot begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Onderzoekers van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en adviseurs van Zorginstituut Nederland hebben deze tool samengesteld

Leeswijzer

Na een korte inleiding over de stappen en mogelijke methoden voor vragenlijstontwikkeling (H1) worden in deze tool de volgende veelgebruikte kwalitatieve methoden beschreven: focusgroepen en interviews (H2), concept mapping (H3) en cognitieve interviews (H4).

Auteurs

NIVEL: Mattanja Triemstra, Dolf de Boer
Zorginstituut Nederland: Laura Koopman, Marloes Zuidgeest

1. Vragenlijstontwikkeling

Patiëntervaringen kunnen met zogeheten PREM- of PROM-vragenlijsten in beeld worden gebracht. PREMs¹ (Patient Reported Experience Measures) gaan vooral over de ervaringen met zorgverleners/-aanbieders en het zorgverleningsproces. PROMs² (Patient Reported Outcome Measures) gaan over de ervaren uitkomsten van de zorg. Voorop staat bij beide soorten vragenlijsten dat ze het patiëntenperspectief weerspiegelen; ze gaan bij uitstek over onderwerpen van de zorg die voor patiënten belangrijk zijn. Om als indicator van de kwaliteit van zorg te kunnen worden gebruikt moeten ze valide³ en betrouwbaar⁴ zijn. Dit betekent dat de vragenlijsten samen met patiënten en op een wetenschappelijk verantwoorde wijze ontwikkeld en geëvalueerd moeten worden.

Over de ontwikkeling en selectie van PREMs en PROMs zijn al diverse handreikingen opgesteld (zie Bos et al., 2015; Van Kessel et al., 2014; Van der Wees en Vajda, 2015; Terwee et al., 2015). Als aanvulling hierop geeft deze tool praktische aanwijzingen voor het ontwikkelen van de PREM- en PROM-vragenlijsten.

1.1. Stappen: van genereren naar optimaliseren

Voor het ontwerpen en uittesten van een patiëntervaringsvragenlijst kan gebruik worden gemaakt van de verschillende soorten kwalitatief onderzoek. Dan wordt een aantal stappen doorlopen (zie tabel 1), te beginnen met het genereren, analyseren en selecteren van onderwerpen voor de vragenlijst (stap 1 t/m 3). Vervolgens worden geschikte vragen voor de vragenlijst geformuleerd (stap 4). De daarop volgende stappen, 5 'evalueren' en 6 'optimaliseren', worden mogelijk meerdere malen doorlopen. Bijvoorbeeld als de vragenlijst gefaseerd wordt uitgetest en bijgesteld. Om een vragenlijst up-to-date te houden kan het nodig zijn om deze op gezette tijden of doorlopend te evalueren en bij te stellen. Eventueel worden alle stappen herhaald. Wat dat betreft lijkt het proces van vragenlijstconstructie en -evaluatie op een kwaliteitscyclus (plan-do-check-act) die continue wordt doorlopen.

Tabel 1 Stappen bij vragenlijstontwikkeling met kwalitatief onderzoek

Stap 1. Genereren	Inventariseren van relevante onderwerpen voor de vragenlijst.
Stap 2. Analyseren	Benoemen, groeperen en ordenen van onderwerpen (door te coderen, clusteren en eventueel te prioriteren).
Stap 3. Selecteren	Selecteren van onderwerpen voor de vragenlijst.
Stap 4. Formulieren	Vragenlijst opstellen door onderdelen, instructies en vragen te formuleren op basis van de geselecteerde onderwerpen.
Stap 5. Evalueren	Vragenlijst uittesten en evalueren.
Stap 6. Optimaliseren*	Vragenlijst bijstellen en eventueel inkorten.

*zie voor meer informatie: tool Evalueren en optimaliseren (Zorginstituut Nederland / NIVEL, 2016)

1.2 Kwalitatieve methoden voor vragenlijstontwikkeling

Er zijn verschillende kwalitatieve methoden geschikt voor het ontwikkelen en evalueren van vragenlijsten (stap 1 tot en met 5 van vragenlijstontwikkeling, zie tabel 1). Veelgebruikte kwalitatieve methoden staan in tabel 2, met korte omschrijvingen. Dit overzicht is niet uitputtend. De eerste vier methoden worden in de hiernavolgende hoofdstukken beschreven.

Tabel 2. Kwalitatieve methoden voor de ontwikkeling van patiëntervaringsvragenlijsten

Methode	Beschrijving, toegepast op onderzoek naar patiëntervaringen en kwaliteit van zorg.
Focusgroepen	Groepsdiscussie van patiënten over kwaliteit van zorg, onder leiding van een gespreksleider. Geschikt voor exploratie van het onderwerp. Door de groepsinteractie wordt inzicht verkregen in de ervaringen, behoeften, voorkeuren en verwachtingen van patiënten.
Diepte-interviews	Individuele gesprekken met patiënten (1-op-1) om verdiepend inzicht te krijgen in hun ervaringen met de zorg. Kunnen eventueel in plaats van of aanvullend op focusgroepen plaatsvinden.
Concept mapping	Methode om met een groep patiënten vast te stellen welke thema's relevant zijn bij een complex onderwerp als kwaliteit van zorg. Patiënten ordenen/clusteren en prioriteren items of uitspraken, en deze worden vervolgens gevisualiseerd. Resultaat is een grafisch model ('concept map') met clusters van uitspraken die bij elkaar horen. Deelnemers interpreteren tijdens een bijeenkomst de resultaten.
Cognitieve interviews	Individuele interviews om het begrip en de interpretatie van een vragenlijst uit te testen. Hierbij worden patiënten gevraagd om de vragenlijst hardop denkend in te invullen ('thinking aloud') en stelt de onderzoeker verdiepende vragen ('probing').
Spiegelgesprekken	Patiënten vertellen over hun ervaringen met de zorg (positief en negatief) aan hun zorgverleners, onder leiding van een gespreksleider. Zorgverleners mogen niet reageren. Dit levert concrete aanknopingspunten op voor verbeteringen.
Narratief onderzoek	Aan de hand van de verhalen van patiënten in kaart brengen hoe zij de zorg ervaren. Bij deze methode staat veelal de persoonlijke beleving en betekenisgeving voorop.
Delphi methode	Consensusmethode om overeenstemming te bereiken over wat kwaliteit van zorg is. Hierbij worden de reacties van patiënten op de onderzoeksvraag samengevat en met de conclusies en eventuele verdiepingsvragen opnieuw voorgelegd aan patiënten. Dit kan in de vorm van een groepsbijeenkomst maar ook schriftelijk of via e-mail. Het proces wordt herhaald totdat consensus is bereikt.

Tips

- Zie voor een nadere beschrijving van andere methoden het Participatiekompas (www.participatiekompas.nl).
- Raadpleeg voor meer informatie over kwalitatief onderzoek bijvoorbeeld Baarda et al. (2013), Czaja en Blair (2005) of Willis (2005).

2. Focusgroepen en interviews

Voor het maken van een vragenlijst over patiëntervaringen en ervaren kwaliteit van zorg is het van belang dat de voor patiënten belangrijkste onderwerpen daadwerkelijk aan bod komen in de vragenlijst. Betrek hiervoor de beoogde doelgroep – de patiëntengroep waarvoor de vragenlijst wordt ontwikkeld – liefst vanaf het begin van het ontwikkeltraject. Allereerst bij het genereren van de onderwerpen die in de vragenlijst aan bod moeten komen (stap 1 vragenlijstontwikkeling, zie ook tabel 1). Dit kan met kwalitatief onderzoek, in de vorm van groeps gesprekken of diepte-interviews. Hiermee kan namelijk inzicht worden verkregen in welke onderwerpen patiënten belangrijk vinden als het gaat om de door hun ervaren kwaliteit van zorg. Zo kan bijvoorbeeld bekeken worden hoe het begrip ‘kwaliteit van zorg’ door de doelgroep wordt geoperationaliseerd in de vorm van concrete onderwerpen. Deze onderwerpen kunnen vervolgens worden omgezet naar algemene en specifieke vragen over patiëntervaringen, als basis voor de nieuwe vragenlijst.

Voordelen van groeps gesprekken zijn dat:

- de deelnemers op elkaar reageren;
- deelnemers van elkaar kunnen leren;
- het een efficiënte manier is om snel veel informatie te verzamelen over een onderwerp;
- informatie belicht wordt vanuit verschillende invalshoeken.

Diepte-interviews leveren per geïnterviewde meer en rijkere informatie op, maar nemen ook meer tijd in beslag dan een groeps gesprek.

Hierna volgt nadere uitleg over het voorbereiden (2.1), organiseren en uitvoeren van focusgroeps gesprekken en interviews (2.2) en over de analyses en rapportage (2.3).

2.1 Voorbereiding van focusgroepen en interviews

Ter oriëntatie op het onderwerp kunnen experts, literatuur, bestaande vragenlijsten en aanvullende bronnen geraadpleegd worden, resulterend in een ‘topiclijst’. Deze voorbereidingsstappen worden hierna nader beschreven.

2.1.1 Oriënterende gesprekken met experts

Interviews met ervaringsdeskundigen of experts kunnen, voorafgaand aan de groeps gesprekken, een eerste indruk geven van het onderwerp. Ook kan het meekijken/-lopen met professionele zorgverleners inzicht geven in de dagelijkse praktijk en gang van zaken in de zorg.

2.1.2 Literatuuronderzoek

Het bestuderen van de onderzoeksliteratuur biedt snel overzicht van de relevante publicaties over het onderwerp van de vragenlijst, voor onder meer de volgende doeleinden:

1. kennismaken van recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland op het terrein van het meten van patiëntervaringen en kwaliteit van zorg bij de betreffende patiëntengroep (‘state-of-the-art’);
2. nagaan welke studies of activiteiten en meetinstrumenten (vragenlijsten en indicatoren) er reeds bestaan op dit terrein;
3. inhoudelijke voorbereiding op de groeps gesprekken en/of interviews (voor topiclijst, zie 2.1.4): welke onderwerpen gelden in het bijzonder voor de betreffende patiëntengroep, en hoe wordt invulling gegeven aan het begrip kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief?

Ook de ‘grijze literatuur’, aanvullende documenten en informatiebronnen zijn van belang voor het inventariseren van relevante onderwerpen voor de vragenlijst. Denk hierbij bijvoorbeeld aan kwaliteitsstandaarden (zorgstandaarden en –modules of richtlijnen), protocollen, kwaliteitsnormen/-criteria of kwaliteitskaders die door beroepsgroepen of patiëntenorganisaties zijn opgesteld.

2.1.3 Bestaande vragenlijsten en aanvullende bronnen

Bestaande vragenlijsten kunnen waardevolle informatie en voorbeeldvragen opleveren voor het ontwikkelen van een nieuwe vragenlijst. Deze vragenlijsten moeten dan wel betrekking hebben op de specifieke zorgsetting en beoogde patiëntengroep, ontwikkeld zijn voor hetzelfde doel, en liefst ook bewezen valide en betrouwbaar zijn. Raadpleeg daarom eerst de bijbehorende literatuur en de toelichting of werk-instructie bij een vragenlijst om te zien of deze daadwerkelijk bedoeld en geschikt is voor de beoogde doelgroep.

Een inventarisatie van bestaande vragenlijsten kan niet alleen goede voorbeeldvragen opleveren, maar het kan ook uitwijzen dat er al een geschikte specifieke vragenlijst beschikbaar is die voor het beoogde doel kan worden toegepast. Afhankelijk van de bewezen validiteit en betrouwbaarheid van dat instrument, is verder kwalitatief onderzoek dan eventueel overbodig. Echter, als een vragenlijst enigszins geda-teerd is, kunnen focusgroepen of diepte-interviews toch juist nuttig zijn. Bijvoorbeeld om de actualiteit van de vragenlijst te evalueren en om te zien of er in de tussentijdse jaren nog andere onderwerpen belangrijk zijn geworden die niet in de vragenlijst aan bod komen.

Als er een relevante, goede vragenlijst bestaat in een andere taal, dan moet deze eerst officieel vertaald worden, volgens de forward-backward-vertaalmethode (Beaton et al., 2000). Daarna moet nog worden bekeken of de vragen ook hetzelfde worden begrepen, zoals in de oorspronkelijke taal bedoeld. Een dergelijke cross-culturele validatie kan met cognitieve interviews (zie H4).

2.1.4 Topiclijst

Uit de eerste stappen in de voorbereidingsfase komen onderwerpen naar voren. Hiervan kan een topiclijst opgesteld worden. Deze lijst met onderwerpen is een handig hulpmiddel voor het uitvoeren van de focusgroepen en/of diepte-interviews met patiënten (zie 2.2.3).

Een topiclijst dient vooral ter afbakening van het gespreksonderwerp, als totaaloverzicht van mogelijke onderwerpen en als 'geheugensteuntje' voor de gespreksleider(s) of interviewers, bijvoorbeeld om na te gaan of alle relevante onderwerpen wel aan de orde komen. Ook kunnen er enkele standaardvragen en onderwerpen op staan om het gesprek op gang te brengen of om een vastgelopen discussie of vraag-gesprek weer vlot te trekken. Dit kunnen bijvoorbeeld de (openings)vragen zijn:

“Wat is voor u goede kwaliteit van zorg?”,

“Welke drie dingen vindt u het allerbelangrijkste in de zorg?”, of

“Als u één ding zou mogen verbeteren, wat zou dat dan zijn?”.

Ten slotte kunnen op een topiclijst aandachtspunten staan voor een correcte afronding van de bijeenkomst of het interview.

2.2 Organisatie en uitvoering van focusgroeps gesprekken of diepte-interviews

Hierna wordt specifiek ingegaan op de organisatie en het houden van groeps gesprekken en interviews met als doel het genereren van onderwerpen en vragen die in de nieuwe vragenlijst aan bod kunnen komen (stap 1 van de vragenlijstontwikkeling, zie tabel 1). Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- werving van deelnemers (2.2.1);
- organisatie van focusgroeps gesprekken (2.2.2);
- uitvoering van focusgroeps gesprekken (introdactie, discussie en afronding; 2.2.3);
- computergeleide focusgroepen (2.2.4);
- online focusgroepen (2.2.5);
- diepte-interviews (2.2.6).

2.2.1

Werving van deelnemers

Afhankelijk van het onderwerp, het doel en de doelgroep van de te ontwikkelen vragenlijst, wordt bij de werving van deelnemers voor het kwalitatieve onderzoek gekozen voor een homogene of juist heterogene groep. Heterogeniteit van de groep is van belang als het onderwerp heel breed is of als de doelgroep qua samenstelling heel divers is, om zodoende de vele zienswijzen te inventariseren. Een homogene groep is juist aan te bevelen bij onderwerpen die heel specifiek of gevoelig zijn, bijvoorbeeld omdat dit de focus en interactie tijdens een groepsgesprek bevordert en dit meer 'diepte-informatie' oplevert.

Meestal wordt gestreefd naar een groep deelnemers die voldoende divers en representatief is voor de betreffende patiëntengroep. Zowel diversiteit qua achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, herkomst en opleiding) als qua ziektekenmerken (soort, ernst, duur of zorgzwaarte). Verder is het van belang dat de deelnemers daadwerkelijk zelf ervaring hebben met het onderwerp, en bijvoorbeeld de betreffende zorg hebben ontvangen in het afgelopen jaar. Bij de werving van deelnemers kan ook rekening worden gehouden met diversiteit qua intensiteit of frequentie van de ontvangen zorg, en de spreiding van deelnemers over het land.

Geschikte bronnen voor het werven van deelnemers zijn patiëntenorganisaties/-verenigingen, andere (lopende) onderzoeksprojecten, zorgverleners en zorginstellingen of -praktijken. De deelnemers aan de bijeenkomsten of interviews hoeven geen perfecte afspiegeling te vormen van de totale doelgroep waar de nieuwe vragenlijst zich op richt, als het kwalitatieve onderzoek maar wel alle gezichtspunten/zienswijzen en informatie oplevert die relevant is voor de hele doelgroep.

Het wordt aanbevolen om de deelnemers aan de groepsbijeenkomsten of diepte-interviews vooraf schriftelijk te informeren over doel, vorm en opzet van de bijeenkomst. Zie de tool Dataverzameling (Zorginstituut Nederland/ NIVEL, 2016) voor meer informatie en tips over de benadering van deelnemers.

2.2.2

Organisatie van focusgroeps gesprekken

Aandachtspunten voor het organiseren van focusgroeps gesprekken zijn:

- **Aantal focusgroeps gesprekken**

Dit is afhankelijk van de hoeveelheid relevante informatie die reeds beschikbaar is (bijvoorbeeld uit de literatuur), eventuele subgroepen patiënten die in aparte focusgroepen bij elkaar moeten komen (om specifieke informatie te verzamelen), en de opbrengst van elk afzonderlijk gesprek (of er nog nieuwe informatie uit de opeenvolgende groeps gesprekken naar voren komt). Meestal zijn twee of drie groeps gesprekken voldoende. Uitgangspunt is dat als er in een volgend groeps gesprek relatief weinig nieuwe informatie wordt genoemd, het belang van meer groeps gesprekken afneemt omdat er dan 'verzadiging' of 'saturatie' optreedt.

- **Aantal en soort deelnemers per groeps gesprek**

Dit aantal ligt tussen de 5 en 10 personen (Morgan & Krueger, 1998). Eventueel kunnen tot 12 personen deelnemen, maar dan wordt het moeilijker om iedereen voldoende aan bod te laten komen. Een aantal van circa 10 deelnemers is over het algemeen voldoende om de groeps interactie positief te laten werken en deze tegelijkertijd – als gespreksleider – procesmatig te kunnen beheersen. Diversiteit in kenmerken en zorggebruik van deelnemers maakt het mogelijk om uiteenlopende ervaringen en behoeften uit te wisselen en de gemene deler te bepalen.

- **Aantal begeleiders**

Een groep heeft in principe twee begeleiders, waarbij één het groeps gesprek leidt en de ander bijvoorbeeld de logistieke zaken, observaties en aantekeningen verzorgt.

- **Opnameapparatuur**

Voor de analyses en rapportage is het handig om het gesprek op te nemen, zodat er een transcript kan worden gemaakt van de geluidsopname. Hiervoor dient echter wel expliciet toestemming gevraagd te worden aan de deelnemers.

2.2.3

Uitvoering van het focusgroeps gesprek

Het focusgroeps gesprek bestaat uit drie onderdelen: introductie, het feitelijke groeps gesprek (de discussie) en de afronding (samenvatting en afhandeling van administratieve zaken op het eind). In totaal duurt een groeps gesprek doorgaans anderhalf tot twee uur.

Tijdens de introductie worden door de gespreksleider het doel en de spelregels van het gesprek uitgelegd, en kan bijvoorbeeld de rol-/taakverdeling tussen de begeleiders (gespreksleider en observator) aan de orde komen. Tevens wordt aangegeven wat de opzet en het programma van de bijeenkomst is, wat met de gegevens en resultaten wordt gedaan en of er geluidsopnames worden gemaakt. Door middel van een informed consent formulier kan expliciet toestemming worden gevraagd. De introductie kan worden afgesloten met een voorstelronde, waarbij alle deelnemers kort vertellen wie ze zijn.

De groepsdiscussie kan het beste gevoerd worden aan de hand van de vooraf opgestelde topiclijst (2.1.4). Daarbij kunnen verschillende onderwerpen aan de orde komen. Tijdens het groepsgesprek kunnen de begeleiders de topiclijst raadplegen voor een overzicht van relevante onderwerpen en vragen. Om het gesprek gaande te houden en meer diepgang te geven kan de gespreksleider terugvallen op standaardvragen als “wat bedoelt u met...”, “bent u het eens met...” of “begrijp ik het goed dat...”. De gespreksleider heeft bovendien als taak om ervoor te zorgen dat iedereen voldoende aan het woord komt, zodat goed zicht ontstaat op de visie van alle deelnemers.

Tussendoor kan eventueel een korte pauze worden ingelast. Dit geeft de begeleiders de mogelijkheid om de stand op te maken, na de pauze een korte samenvatting te geven en specifiek in te gaan op onderwerpen die nog niet of onvoldoende aan bod kwamen.

Het groepsgesprek kan worden afgesloten met de vraag of er nog belangrijke punten zijn die niet of onvoldoende aan de orde kwamen. Na de antwoorden op deze vraag wordt de voicerecorder uitgeschakeld en volgt de afronding van de bijeenkomst. Ter afronding kan de gespreksleider nogmaals aangeven wat er met de resultaten wordt gedaan en hoe het vervolg van het onderzoek eruitziet. Vervolgens is er nog tijd voor een bedankje (bijvoorbeeld in de vorm van een cadeaubon) en administratieve handelingen of het invullen van formulieren (zoals een korte vragenlijst over de sociaal-demografische kenmerken en het zorggebruik van de deelnemers, en reiskostendeclaraties).

2.2.4 Computergeleide focusgroepen

Tijdens de focusgroeps gesprekken kan gebruik worden gemaakt van speciale ‘groupware’ software die groepsdiscussies ondersteunt en structureert. Hierbij worden onderwerpen via het groupware-systeem op laptops aan alle deelnemers voorgelegd, waarna zij deze parallel kunnen aanvullen en commentariëren. De deelnemers kunnen dan bijvoorbeeld reageren op onderwerpen of stellingen. Dit is een handige manier om het gesprek op gang te brengen, een nieuw onderwerp te introduceren of om de discussie te focussen of te verlevendigen. Ook kan aan deelnemers worden gevraagd om de items die in de discussie naar voren komen te prioriteren of daarover te stemmen. Een bewezen voordeel van het gebruik van deze software is dat deelnemers zich meer committeren aan het proces en de uitkomsten van de groepsdiscussie (Batenburg en Bongers, 2001). Bovendien is alle input direct beschikbaar tijdens en na de focusgroepsbijeenkomst.

Deelnemers voeren de ‘groupware’-taken, verdeeld over de bijeenkomst, steeds in korte tijd uit (5 à 10 minuten). Invoer vindt plaats via de laptops die na elke taak dichtgeklapt worden zodat de deelnemers weer op elkaar en de gespreksleider gericht zijn. Op die manier is er een goede afwisseling van het effectief verzamelen van parallelle input onder de deelnemers, en ‘face-to-face’ discussies over de onderwerpen en de met het systeem verzamelde input.

2.2.5 Online focusgroepen

Ook een online focusgroep is een mogelijkheid. Dit is een soort ‘chatsessie’ waarbij deelnemers digitaal antwoord geven op open vragen of stellingen en de deelnemers ook op elkaar kunnen reageren. Dit kan een geschikte methode zijn als het lastig is om een groep patiënten fysiek bij elkaar te laten komen op één locatie. Bijvoorbeeld als mensen niet of moeilijk kunnen reizen, of als het onderwerp te gevoelig is om openlijk in een groep te bespreken.

De sessie wordt gefaciliteerd door een digitale gespreksleider die de vragen of stellingen voorlegt. De discussie wordt voor een bepaalde tijd geopend en na verstrijken van de termijn weer gesloten. De organisatoren/onderzoekers bewaken de discussies door regelmatig de berichten te lezen, vervolgvragen te stellen en gesprekken te stimuleren.

Online focusgroepen hebben ten opzichte van ‘traditionele’ focusgroepen als voordelen:

- het is gemakkelijker voor deelnemers, want zij hoeven niet naar een fysieke plaats te reizen;
- hoge respons omdat de deelnemers langer de tijd hebben, reacties van anderen rustig kunnen nalezen, en zelf het tijdstip kunnen kiezen om deel te nemen of te reageren;
- ze leveren snel veel informatie op, er is ruimte voor uitgebreide(re) antwoorden;
- de anonieme internetomgeving brengt personen met elkaar in gesprek over gevoelige onderwerpen: deelnemers zijn zeer open in hun antwoorden en reageren minder ‘sociaal wenselijk’;
- gegevens zijn al ‘op schrift’ dus hoeven niet meer uitgetypt te worden;
- lagere kosten (minder personele kosten, geen reiskosten, geen vergaderruimte nodig).

Tip

- Raadpleeg voor meer informatie over focusgroeps gesprekken Kitzinger (1994, 1995) of Morgan en Krueger (1998).

2.2.6

Diepte-interviews

Diepte-interviews kunnen de plaats innemen van een groeps gesprek, maar kunnen ook voorafgaand aan een groeps gesprek worden gebruikt om inzicht te krijgen in de specifieke problematiek en ervaringen van de doelgroep. Individuele interviews kunnen groeps gesprekken vervangen als de doelgroep veel beperkingen heeft en hierdoor niet kan reizen of als computergebruik niet mogelijk is. Elk interview zal doorgaans 30 tot 45 minuten duren. Daardoor is deze methode veel tijdrovender dan groeps gesprekken, als het evenveel patiënten betreft.

Voor individuele interviews gelden dezelfde regels als bij de groeps gesprekken. Het gesprek wordt op dezelfde manier voorbereid, en de werving van deelnemers is hetzelfde. Ook dit gesprek – of het nu gaat om een face-to-face of telefonisch interview – kan worden gevoerd aan de hand van een topiclijst, en met toestemming van de respondent (informed consent) kan een geluidsopname worden gemaakt die later volledig wordt uitgeschreven.

Tip

- Zie voor meer informatie over interviews bijvoorbeeld Emans (2009), Evers (2007) en Wiertzema (2011).

2.3

Analyse van kwalitatieve data

De volledig uitgetypte gesprekken (‘transcripten’ van de groeps gesprekken of interviews) vormen de input voor analyses. Doel van de analyses is om concrete onderwerpen af te leiden, die de basis gaan vormen voor de vragenlijst (stap 2 van de vragenlijstontwikkeling, zie tabel 1).

2.3.1

Software

De analyses kunnen handmatig worden gedaan of met behulp van een softwareprogramma zoals MAX-QDA, Kwalitan, Atlas.ti of Nvivo. De principes achter handmatige analyse of analyse met een softwareprogramma zijn hetzelfde. Het voordeel van werken met een softwareprogramma is dat in een dergelijk programma gemakkelijk gecodeerd en gesorteerd kan worden.

2.3.2

Markeren, benoemen en indelen van onderwerpen

Voor de analyse van de groeps gesprekken of interviews worden de transcripten doorgenomen op uitspraken die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg. Het kan gaan over concrete ervaringen, positief of negatief, maar ook over wensen, verwachtingen, ideeën of voorkeuren ten aanzien van de zorgverlening. Deze uitspraken worden vervolgens gemarkeerd en voorzien van een label of code. Deze codering wordt bij voorkeur door twee onderzoekers uitgevoerd, onafhankelijk van elkaar, waarna de resultaten met elkaar worden vergeleken. Verschillen worden besproken met het doel consensus te bereiken over het al dan niet markeren van een uitspraak als kwaliteitsaspect. Per groeps gesprek of (diepte)interview worden vervolgens alle gemarkeerde uitspraken op een rijtje gezet en onderverdeeld in (sub)onderwerpen. Zo ontstaat een zogeheten codeboom.

Bij de rapportage van resultaten verdient het aanbeveling om met de benamingen van de onderwerpen aan te sluiten bij de gangbare terminologie en literatuur. Veel voorkomende onderwerpen met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn:

- Bejegening en communicatie
- Informatieverstrekking
- Patiëntgerichtheid, zorg op maat
- Autonomie, zelfbeschikking en gedeelde besluitvorming
- Deskundigheid, behandeling of begeleiding
- Toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid
- Accommodatie, hygiëne en comfort
- Samenwerking en continuïteit
- Nazorg
- Effect of resultaat van zorg

2.3.3

Selectie van onderwerpen

De kwalitatieve dataverzameling eindigt stevast met een groot aantal onderwerpen. Voordat deze onderwerpen worden vertaald naar vragen voor de vragenlijst, is het aan te bevelen om de lijst met uitspraken eerst te reduceren tot de belangrijkste of meest steekhoudende uitspraken (stap 3 van de vragenlijstontwikkeling). Anders wordt de (concept)vragenlijst veel te lang. Voor deze itemreductie zijn diverse methoden denkbaar, zoals factoranalyse of item response theory (IRT). Een andere methode om op een gestructureerde manier en samen met patiënten uitspraken en relevante onderwerpen voor de vragenlijst te selecteren, is concept mapping (zie H3).

3. Concept mapping

Concept mapping is een methode om voor een complex onderwerp zoals kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken hoe de relevante onderwerpen zich tot elkaar verhouden. Deze techniek is door Trochim (1989) geïntroduceerd voor toepassing in (gezondheidszorg)onderzoek. Patiënten clusteren en prioriteren hun uitspraken dan zelf. Deze clusters kunnen vervolgens – met speciale software – worden gevisualiseerd. Het resultaat is een grafisch model ('concept map') met clusters van onderwerpen die bij elkaar horen.

Bij de ontwikkeling van een vragenlijst wordt concept mapping gebruikt om:

- inzicht te krijgen in de volgens de patiënten meest relevante onderwerpen;
- relaties tussen onderwerpen grafisch zichtbaar te maken met een model of raamwerk.

Dit vergemakkelijkt de keuze van onderwerpen voor de vragenlijst (stap 3 van de vragenlijstontwikkeling). Hiermee kan een uitvoerige lijst van onderwerpen, zoals die bijvoorbeeld uit focusgroepen naar voren komt, worden ingekort. Zo kunnen bijvoorbeeld 80 uitspraken uit focusgroepen teruggebracht worden tot 20 vragen.

Hierna worden de werkwijze, analyses en resultaten van concept mapping toegelicht.

3.1 Werkwijze bij concept mapping

Ter voorbereiding op een concept mapping sessie met een groep patiënten, worden de geïnterviewde onderwerpen op kaartjes geprint. Met het oog op de data-invoer en analyses worden de kaartjes alvast voorzien van een willekeurig nummer (waarbij elk onderwerp een code heeft). Deelnemers worden gevraagd om individueel twee verschillende opdrachten uit te voeren: 1) prioritering naar belang, en 2) clustering naar gelijkvormigheid. Hiervoor kunnen aparte formulieren worden gebruikt, met instructies en ruimte om de resultaten van de twee opdrachten te noteren. In box 1 staan voorbeelden voor (een deel van) deze formulieren.

3.1.1 Prioritering naar belang

Bij de opdracht tot prioritering worden de deelnemers gevraagd om (individueel) de onderwerpen te ordenen naar belang op een vijfpuntsschaal, van 'minst belangrijk' (1) naar 'meest belangrijk' (5). Daarbij worden de deelnemers gevraagd om de kaartjes gelijkmatig te verdelen over de vijf categorieën.

3.1.2 Clustering naar gelijkvormigheid

Bij de clustering naar gelijkvormigheid wordt aan de deelnemers gevraagd om de onderwerpen samen te voegen, in clusters of stapeltjes, die naar hun mening inhoudelijk bij elkaar horen of iets gemeenschappelijks hebben. De deelnemers zijn vrij in het kiezen van het aantal clusters (met een minimum van twee) en de aantallen kaartjes per cluster. Elk kaartje mag maar één keer worden gebruikt. Elk cluster wordt door de deelnemer voorzien van een naam (label), dat naar de mening van de deelnemer het best de inhoud van de kaartjes weergeeft. De uitkomsten van de concept mapping procedure (de ingevulde formulieren) vormen op het niveau van de afzonderlijke deelnemers de input voor analyses (invoer van gegevens in het computerprogramma, zie 3.2.1).

Box 1. Voorbeeldformulieren voor het uitvoeren van de twee opdrachten voor concept mapping

FORMULIER VOOR DE PRIORITERING VAN DE UITSPRAKEN

Toelichting:

Bij de prioritering van de uitspraken dient u aan te geven hoeveel aandacht de verschillende uitspraken behoren te krijgen. Wilt u daartoe de uitspraken verdelen in 5 stapeltjes van 'minst belangrijk' naar 'meest belangrijk'. Score 1 verwijst naar uitspraken die volgens u 'het minst belangrijk' zijn. Score 5 is bedoeld voor uitspraken die volgens u 'het meest belangrijk' zijn. U wordt nadrukkelijk verzocht om de uitspraken gelijkmatig over de 5 categorieën te verdelen.

Minst belangrijk

Meest belangrijk

1.	2.	3.	4.	5.

FORMULIER VOOR DE CLUSTERING VAN DE UITSPRAKEN

Toelichting:

U wordt verzocht die uitspraken bij elkaar te voegen (in clusters) die naar uw mening inhoudelijk bij elkaar horen of iets gemeenschappelijks hebben. Elke uitspraak mag maar één keer worden gebruikt. Het aantal clusters kent geen beperkingen. Wilt u ook voor ieder cluster een naam invullen? U kunt dit doen door één term in te vullen of door een omschrijving van dat cluster te geven.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.

FORMULIER VOOR DE NAMEN VAN DE CLUSTERS

Noteer hier de namen van de groepen (clusters):

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- (Etcetera)

3.2 Analyses en resultaten van concept mapping

3.2.1 Software en data-invoer

Voor de uitvoering van de concept mapping zijn verschillende computerprogramma's beschikbaar, zoals het (Engelstalige) CS Global MAX en een door het Trimbos instituut ontwikkelde (Nederlandstalige) variant: Ariadne (Trimbos instituut, 1995). Met behulp van het computerprogramma kunnen de beide onderdelen van concept mapping (prioritering en clustering) resulteren in belangsscores en een clustermap. Bij de invoer van data is het van belang dat sommige nummers van onderwerpen als 'missing' worden beschouwd. Dit geldt voor de nummers van onderwerpen die op een individueel rapportageformulier in meerdere categorieën voorkomen en voor ontbrekende nummers of niet ingedeelde onderwerpen.

3.2.2 Resultaten van concept mapping

Belangsscores

Als de deelnemers de onderwerpen hebben geordend naar belang (1-5), dan berekent het computerprogramma gemiddelde belangsscores die duidelijk maken welk relatief belang deelnemers hechten aan elk onderwerp. Daarbij is de minimale score 1 (als alle respondenten het onderwerp als 'minst belangrijk' scoren), en de maximale score 5 (als alle respondenten een onderwerp het 'meest belangrijk' vinden).

Clustermap

Bij de clustering naar gelijkvormigheid wordt door het computerprogramma een clustermap opgesteld. Daarbij wordt eerst voor elke set van twee verschillende onderwerpen berekend door hoeveel deelnemers deze in dezelfde categorie geplaatst zijn. Hiermee wordt als het ware de afstand tussen twee onderwerpen bepaald. Met deze afstanden worden de onderwerpen in een tweedimensionale puntenwolk weergegeven. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van 'two-dimensional nonmetric multidimensional scaling', een multivariate analysetechniek die de afstanden tussen de verschillende uitspraken berekent en in een twee-dimensionale ruimte plaatst (in een X-Y-grafiek). Vervolgens wordt deze tweedimensionale puntenwolk verdeeld in clusters met punten die volgens de deelnemers tot dezelfde 'familie' behoren. Het aantal clusters dient op inhoudelijke gronden bepaald te worden door de onderzoeker. Zie figuur 1 op pagina 14 voor een voorbeeld van de resultaten van een concept mapping procedure.

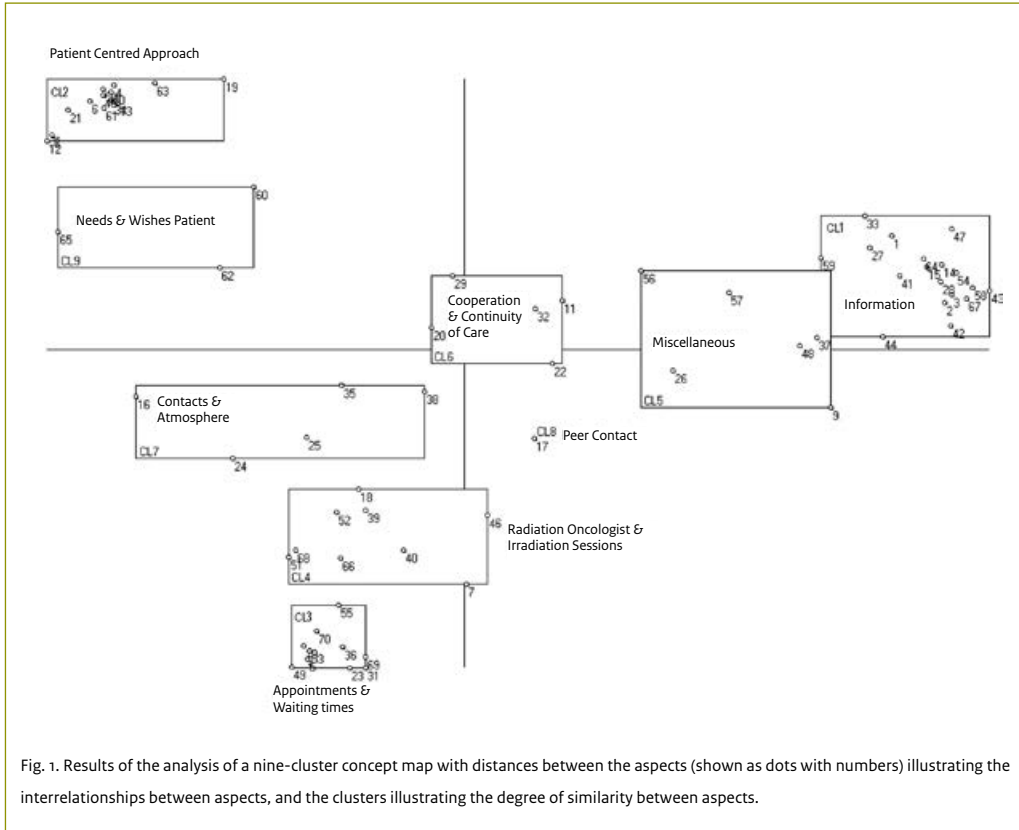
De uitkomsten van een concept mapping sessie kunnen worden meegenomen bij de selectie van onderwerpen voor de (nieuwe) vragenlijst. Besliscriteria zijn dan:

- de hoogte van de belangsscore: hoe hoger, hoe groter de noodzaak om dit onderwerp op te nemen;
- de afstand tussen twee onderwerpen binnen een cluster: hoe kleiner de afstand, hoe groter de noodzaak om één van de twee onderwerpen te kiezen (de meest belangrijke of de meest duidelijke);
- de spreiding over de clusters: streef naar maximale diversiteit van onderwerpen;
- voldoende onderwerpen per cluster: selecteer uit kleinere clusters, met relatief weinig onderwerpen, verhoudingsgewijs meer onderwerpen dan uit de grotere clusters.

Aanvullende criteria voor de selectie van onderwerpen en vragen voor een vragenlijst kunnen zijn:

- van onderwerpen of uitspraken in verschillende bewoordingen maar met gelijke inhoud, wordt slechts één opgenomen, namelijk het onderwerp dat voor patiënten het meest van belang is;
- uitspraken die door meerdere personen en/of in meerdere groepen zijn gedaan komen eerder voor selectie in aanmerking dan eenmalig genoemde onderwerpen;
- optimale spreiding van de onderwerpen om zo het hele concept 'kwaliteit van zorg' af te dekken;
- onderwerpen waarop concrete verbeteracties mogelijk zijn krijgen de voorkeur boven onderwerpen waarop moeilijk kwaliteitsbeleid gevoerd kan worden;
- onderwerpen waarop de patiënt kan kiezen krijgen de voorkeur boven onderwerpen waarop het voor de patiënt veel moeilijker kiezen is.

Figuur 1. Voorbeeld van het resultaat van concept mapping voor patiëntervaringen met radiotherapie



Bron: Nijman et al., 2012

4. Cognitieve interviews

Met cognitieve interviews kan de validiteit en betrouwbaarheid van een vragenlijst al vroegtijdig worden uitgetest en verbeterd (stap 5 van de vragenlijstontwikkeling). Hierbij wordt nagegaan of:

- de vragen en de antwoorden zodanig zijn geformuleerd dat zij begrijpelijk zijn voor de doelgroep;
- de vragen worden geïnterpreteerd zoals bedoeld (inhoudsvaliditeit);
- de opbouw van de vragenlijst logisch is;
- vragen of antwoordmogelijkheden ontbreken.

Op basis van de resultaten van deze kwalitatieve test kan de vragenlijst worden aangepast en geoptimaliseerd, alvorens deze op grote schaal wordt uitgetest.

Cognitieve interviews geven inzicht in het type problemen dat patiënten hebben bij het invullen van de vragenlijst. De resultaten van cognitieve Interviews geven concrete aanwijzingen in welke richting een vraag of antwoordcategorie anders geformuleerd zou moeten worden om beter begrepen te worden. Tegelijkertijd geven de interviews informatie over de manier waarop de gestelde vragen worden opgevat. Cognitieve interviews zijn daarbij sensitiever in het opsporen van problematische vragen dan kwantitatieve analysemethoden (Willis, 2005; Buers et al., 2013).

4.1. Werkwijze bij cognitieve interviews

4.1.1 Twee methoden

Cognitieve interviews zijn interviews waarbij gebruik wordt gemaakt van twee technieken: 'thinking aloud' en 'probing' (Willis, 2005). Aan patiënten wordt gevraagd om hardop denkend (thinking aloud) de vragenlijst in te vullen, om inzicht te krijgen in de manier waarop de vragen worden gelezen en in het denkproces bij de beantwoording. Ook stelt de interviewer verdiepende vragen (probing) om de interpretatie van bepaalde begrippen te achterhalen of als hier een andere aanleiding voor is, bijvoorbeeld als de respondent moeite heeft met de beantwoording, twijfelt, of een antwoord kiest dat niet in overeenstemming lijkt met het antwoord dat hij/zij had willen geven.

4.1.2 Twee interviewrondes

Voor de cognitieve validatie worden minimaal twee interviewrondes aanbevolen, met tussentijdse aanpassing van de vragenlijst. Per interviewronde moeten er voldoende patiënten uit de doelgroep deelnemen, namelijk 6 tot 12 personen, totdat verzadiging of saturatie is bereikt (Guest et al., 2006). Na de eerste ronde worden de resultaten geanalyseerd en kan de vragenlijst worden verbeterd. Vervolgens kan in de tweede interviewronde worden getest of de aanpassingen het gewenste effect hebben. Daarna kan de vragenlijst verder worden geoptimaliseerd.

4.1.3 Werving van deelnemers

Voor cognitieve interviews is het belangrijk om een zo heterogeen mogelijke groep patiënten te benaderen voor deelname. Dus zowel mannen als vrouwen, ouderen en jongeren, autochtonen en allochtonen, laag- en hoogopgeleiden, etc. Een hoge mate van diversiteit is noodzakelijk om verzadiging van gegevens (saturatie) te kunnen bereiken. Bij een hoge mate van heterogeniteit kan vanaf het aantal van zes deelnemers al sprake zijn van verzadiging (Guest et al., 2006). Omdat het aantal deelnemers gering is, is het trekken van een a-selecte steekproef niet aan de orde. Patiënten die tot de doelgroep behoren (voor wie de vragenlijst is bedoeld) worden gericht benaderd en gevraagd om deelname. Dit kan een partij doen die beschikt over de contactgegevens van de patiënten, zoals bijvoorbeeld de zorgverlener of een patiëntenvereniging. Deze partij nodigt de beoogde deelnemers uit. Na toestemming van de deelnemer in kwestie vindt overdracht van contactgegevens plaats aan de onderzoeker/interviewer. Een andere mogelijkheid is het werven van deelnemers op locatie, bijvoorbeeld in de wachtkamer van een zorginstelling. Hiervoor is vooraf toestemming nodig van de zorgverlener of zorgaanbieder.

4.1.4 Informeren van patiënten

Vooraf moeten de deelnemers goed geïnformeerd worden over het doel van het onderzoek en wat er precies van hun wordt gevraagd. Vermeld hierbij onder meer dat de begrijpelijkheid van de vragenlijst wordt getest, dat ze worden gevraagd om de vragenlijst hardop denkend in te vullen, dat hun privacy wordt gewaarborgd, etc. Zie voor verdere aanwijzingen over het informeren van patiënten ook de tool Dataverzameling (Zorginstituut Nederland / NIVEL, 2016).

4.1.5 Voorbereiding door interviewer

De interviewer moet zich vooraf goed verdiepen in de methode van ‘thinking aloud’ en voorbereiden op de momenten waarop gerichte vragen moeten worden gesteld (‘probing’). Dit laatste is het geval bij twijfel, onduidelijkheid en tegenstrijdigheid in het denk- en antwoordproces van de deelnemer. De interviewer kan ook alvast bedenken welke begrippen, termen of tekststukken mogelijk voor problemen kunnen zorgen en daar van tevoren verdiepende vragen over formuleren.

4.2 Uitvoering van cognitieve interviews

Bij het uitvoeren van cognitieve interviews, moet de interviewer aan een aantal zaken aandacht besteden om het interview goed te laten verlopen. Hierna volgen enkele specifieke aanwijzingen voor de cognitieve interviews. Zie verder de tool Dataverzameling (Zorginstituut Nederland / NIVEL, 2016) voor algemene richtlijnen voor het uitvoeren van interviews.

4.2.1 Ruimte waarin het interview plaatsvindt

Het interview vindt plaats in een rustige ruimte, waar vertrouwelijkheid en privacy gewaarborgd zijn en waar het hardop denken (en een eventuele geluidsopname) niet wordt belemmerd. Dit kan bij de patiënt thuis zijn, in een zorginstelling (eigen kamer/appartement of stiltecentrum), of in een kantoorruimte.

4.2.2 Introductie en informed consent

De interviewer legt aan de deelnemer het doel van het interview uit, namelijk dat het interview beoogt na te gaan hoe de vragenlijst wordt begrepen en of de vragen en de antwoorden duidelijk en voldoende zijn. Voorafgaand aan het interview dient de deelnemer toestemming te geven door een informed consent formulier te tekenen. Dit formulier dient in ieder geval te beschrijven hoe de privacy van de deelnemers is gewaarborgd. Als er een geluidsopname wordt gemaakt, moet hiervoor expliciet toestemming worden gevraagd aan de patiënt. Dat kan ook met het informed consent formulier.

4.2.3 Uitvoering interview

Aan de deelnemers wordt gevraagd om de vragenlijst hardop lezend en denkend in te vullen (‘thinking aloud’). De interviewer stelt daarbij, zo nodig, verdiepingsvragen (‘probing’). Onduidelijkheden en onvolledigheden van de vragenlijst worden op deze wijze duidelijk (Willis, 2005). De interviewer noteert of markeert (op een eigen vragenlijst) alle vragen waar onduidelijkheden of problemen voorkomen bij het invullen (zie 4.3.1). Daarnaast noteert de interviewer de eigen indrukken en andere zaken die opvallen tijdens het interview.

4.2.4 Afronden of afbreken van het interview

Aan het eind van het interview vraagt de interviewer naar de volledigheid van de vragenlijst, naar eventuele ontbrekende onderwerpen en naar een oordeel over de lengte van de vragenlijst. Wanneer een interview om welke reden dan ook voortijdig wordt afgebroken, dan kunnen de resultaten tot dan toe gebruikt worden bij de analyses. De interviewer noteert de reden van de voortijdige beëindiging.

4.3 Analyseren van cognitieve interviews

Tijdens en na elke interviewronde worden de resultaten systematisch geanalyseerd door de problemen te typeren en coderen (zie 4.3.1). Vervolgens worden de resultaten door de onderzoekers besproken en worden vragen en antwoorden aangepast om de geconstateerde knelpunten op te lossen.

4.3.1 Soort problemen met vragenlijsten

De diverse problemen bij de beantwoording van de vragenlijst worden op systematische wijze geregistreerd aan de hand van een codesysteem. Er zijn verschillende manieren om de geconstateerde problemen te classificeren. Bijvoorbeeld volgens een indeling die door Willis (1999a) wordt voorgesteld, gebaseerd op het Question Appraisal System (QAS), of die van Levine et al. (2005). Zie box 2 voor deze twee voorbeelden.

Box 2. Twee mogelijke classificaties of scoresystemen voor het typeren van vragenlijstproblemen

Levine et al (2005)	Willis (1999, 2009)
Comprehension: items with unclear or ambiguous terms, failed to understand the questions consistently	Clarity: problems with the intent of meaning of a question. <i>Subcategories:</i> wording, technical term, vague, lack of reference period
Knowledge: items for which respondents lacked information to answer a question	Knowledge: likely to not know or have trouble remembering information. <i>Subcategories:</i> knowledge, recall, computation
Inapplicable: items measuring construct that are inapplicable for many respondents (e.g. made assumptions)	Assumptions: problems with assumptions or underlying logic <i>Subcategories:</i> inappropriate assumptions, assuming constant behaviour, double-barrelled
Construct: items failed to measure the intended construct	Response categories: problems with the response categories. <i>Subcategories:</i> missing, mismatch, question-answer, vague, open-ended questions, overlapping, illogical order
Subtle: items making discriminations that are too subtle for many respondents	Sensitively: sensitive nature or wording/ bias. <i>Subcategories:</i> sensitive content (general), sensitive wording (specific), socially acceptable
General: several other general issues associated with the development of a questionnaire	Instructions: problems with introductions, instructions of explanations
	Formatting: problems with lay out or question ordering

Bron: Buers et al., 2013

Aangeraden wordt om de indeling van Willis te gebruiken omdat die specifiek is en meer concrete handvaten biedt om de vragenlijst aan te passen (Buers et al, 2013). Door de interviewer/onderzoeker worden de geconstateerde problemen dan in één of meer van de volgende categorieën geplaatst:

- (on-)duidelijkheid: probleem met de strekking of betekenis van de vraag (bijvoorbeeld door moeilijke of vage woorden/formuleringen, of technische termen);
- (ontbrekende) kennis: probleem door het niet weten of het zich moeilijk kunnen herinneren, of doordat het beantwoorden om een soort berekening vraagt;
- (onjuiste) assumpties: probleem door een onderliggende aanname of gebrekkige logica van de vraag;
- (ontbrekende) antwoordmogelijkheden: probleem door het ontbreken van een passend antwoord op de vraag, of door vage, overlappende of onlogisch geordende antwoordmogelijkheden, of door een mismatch tussen de vraag en het antwoord;
- gevoeligheid van het onderwerp: gevoelige of kwetsende inhoud, waardoor mogelijk een vertekening/bias ontstaat bij het beantwoorden van de vraag;
- problemen door of met de instructies;
- problemen met de opmaak of volgorde van de vragen.

Desgewenst kan deze indeling verder worden aangevuld of aangepast. De keuze voor een indeling is min of meer arbitrair. Als er maar secure en consistente categorieën worden gebruikt die de onderzoekers concrete handvaten bieden voor het verbeteren van de vragenlijst.

4.3.2 Bespreking problemen en aanpassingen

Vervolgens wordt de categorisatie met één of twee andere onderzoekers besproken. Hierbij worden ook de persoonlijke bevindingen van de interviewer besproken, zoals deze genoteerd zijn tijdens het interview. Gezamenlijk formuleren de onderzoekers aanpassingen van de vragen en antwoorden als oplossing voor de gebleken knelpunten.

4.3.3 Tweede ronde en verder uittesten van de vragenlijst

Na tussentijdse evaluatie en bijstelling wordt de vragenlijst in een tweede ronde interviews verder uitgetest. Daarbij wordt specifiek gekeken of de verbeteringen de eerder gevonden problemen bij het invullen van de vragenlijst verhelpen. Vervolgens worden deze resultaten op eenzelfde wijze – zoals hiervoor beschreven – geanalyseerd. Hierna wordt de vragenlijst, indien nodig, verder aangepast. Daarna is de vragenlijst gereed voor de kwantitatieve testfase: een zogeheten pilot, psychometrische of klinimetrische test voor het vaststellen van de meeteigenschappen van de vragenlijst. Zie voor verdere aanwijzingen de tools Analyses en Evalueren en optimaliseren van patiëntervaringsvragenlijsten (Zorginstituut Nederland / Nivel, 2016).

Bronnen en verder lezen

- Baarda B., Bakker E., Julsing M., Fischer T., Peters V., Van der Velden T. Basisboek Kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V., 2013. Batenburg, R. & Bongers F. The role of GSS in participatory policy analysis: a field experiment, *Information & Management*, 2001; 39: 15-30.
- Beaton D.E., Bombardier, C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25 (24) : 3186-91.
- Bos N., Zuidgeest M., Kessel P. van, Boer D. de. Handreiking Ontwikkelen van patiëntervaringsvragenlijsten om kwaliteit van zorg te meten. Utrecht: NIVEL/Zorginstituut Nederland, 2015.
- Buers, C., Triemstra, M., Bloemendal, E., Zwijnenberg, N. C., Hendriks, M., Delnoij, D. M. (The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey. *International Journal of Social Research Methodology*, 2013; 17(4), 15. (DOI:10.1080/13645579.2012.750830)
- Czaja R., Blair J. *Designing surveys. A guide to decisions and procedures.* Sage Publications, 2005.
- Emans, B. *Interviewen. Theorie, techniek en training.* Noordhoff Uitgevers B.V., 2007.
- Evers, J. *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde.* Den Haag: Lemma/Boom, 2007.
- Guest G., Bunce A., Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 2006; 18: 59.
- Kessel P. van, Triemstra M., Boer D. de. Handreiking voor het meten van kwaliteit van zorg met Patient Reported Outcome Measures. Utrecht: NIVEL/Zorginstituut Nederland, 2014.
- Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ*, 1995; 311: 299-302.
- Kitzinger J. (1994) The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16:103-121.
- Levine, R., Fowler, F., Jr., & Brown, J. Role of cognitive testing in the development of the CAHPS hospital survey. *Health Research and Educational Trust*, 2005; 40: 2037-2056.
- Mokink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 2010; 63: 737-45.
- Morgan D.L., Krueger R.A. *The Focus Group Kit.* Sage Publications, 1998.
- Nijman, J.L., Sixma, H., Triest, B.V., Keus, R.B., Hendriks, M. The quality of radiation care: the results of focus group interviews and concept mapping to explore the patient's perspective. *Radiotherapy and Oncology*, 2012; 102(1): 154-160
- Terwee C.B., Wees P.J. van der, Beurskens S., namens het NFU-expertisenetwerk Patient-reported outcomes. Handreiking voor de selectie van PROs en PROMs. Leiden: NFU- consortium, 2015. Kwaliteit van Zorg. Zie: http://www.nfukwaliteit.nl/pdf/1502.03_Handreiking_selectie_PROs_en_PROMs_definitief.pdf
- Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Zorginstituut Nederland, 2015.

- Tool Analyses voor het vergelijken van patiëntervaringen tussen zorgaanbieders. Zorginstituut Nederland/NIVEL, 2016.
- Tool Evalueren en optimaliseren van patiëntervaringsvragenlijsten. Zorginstituut Nederland/NIVEL, 2016.
- Tool Dataverzameling voor het meten van patiëntervaringen. Zorginstituut Nederland/NIVEL, 2016.
- Tool Privacy en bescherming van persoonsgegevens. in ontwikkeling.
- Trochim, W.M.K. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Evaluation and Program Planning, 1989; 12: 1-16.
- Wees P. en Vajda I. Patiëntenparticipatie bij Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Utrecht: NPCF, 2015. Zie: https://www.npcf.nl/Documenten/Tool_patiëntenperspectief_PROMs_versie_1_24_april_2015.pdf
- Wiertzema K., Jansen, P. Basisprincipes van communicatie. Pearson Benelux B.V., 2011.
- Willis G.B., Lessler J.T. Question appraisal system QAS-99. Rockville, MD: Research Triangle Institute, 1999a.
- Willis G. (1999b). Cognitive interviewing a 'how to guide'. Reducing survey error through research on the cognitive and design processes in surveys. Short course presented at the 1999 meeting of the American Statistical Association. Rockville, MD: Research Triangle Institute. Zie: <http://appliedresearch.cancer.gov/archive/cognitive/interview.pdf>
- Willis G.B. Cognitive interviewing. A tool for improving questionnaire design. Sage Publications, 2005.

Verklarende woordenlijst

- 1 PREMs: Patient Reported Experience Measures zijn de door patiënten/cliënten gerapporteerde ervaringen met het zorgproces
- 2 PROMs: Patient Reported Outcome Measures zijn de door patiënten/cliënten gerapporteerde uitkomsten van de zorg
- 3 Valide vragenlijst: een geschikte vragenlijst die meet wat hij zou moeten meten
- 4 Betrouwbare vragenlijst: een nauwkeurige vragenlijst die precies meet, zonder meetfouten