

Metodologia Patient Experience Design jako narzędzie badania opinii pacjentów

Leszek Denkiewicz

Kierownik naukowy projektu
prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

konsultacje
mgr Dorota Minta, psycholog

redakcja i opracowanie naukowe
dr Adam Ostolski, socjolog

nextmedica

ISBN 978-83-946926-0-5

© Next Medica Sp. z o.o., Warszawa 2020



Warszawski
Uniwersytet
Medyczny

Patronat Honorowy

Spis Treści

1	Badanie opinii pacjentów w ochronie zdrowia	03
2	Wskaźniki rekomendacji w biznesie i ochronie zdrowia	04
2.1	Wskaźniki rekomendacji w biznesie i ochronie zdrowia	05
2.2	Wskaźniki rekomendacji w ochronie zdrowia	06
2.3	Specyfika metodologii PExD	07
3	Metodologia PExD	10
3.1	Dobór respondentów i wiarygodność danych	11
3.2	Struktura ankiety	12
3.3	Agregacja i analiza danych: comiesięczne raporty	16
4	Zgodność ze standardami akredytacyjnymi	18
4.1	Zestaw standardów akredytacyjnych	18
4.2	Standardy Ministra Zdrowia z 2015 r.	19
5	Zastosowania metodologii PExD	21
6	Bibliografia	22

1 Badanie opinii pacjentów w ochronie zdrowia

Badanie opinii pacjentów jest coraz częściej stosowaną metodą oceny kluczowych aspektów funkcjonowania ochrony zdrowia. Jest warunkiem rozwijania opieki skoncentrowanej na pacjencie oraz nieodzownym elementem programów poprawy jakości (*quality improvement*). W wielu krajach, także w Polsce, jest również wymogiem wpisanym w standardy akredytacyjne placówek medycznych.

Niniejsze opracowanie to opis metodologii badania opinii pacjentów Patient Experience Design (PExD) zaprojektowanej i realizowanej przez Leszka Denkwicza (z firmy Next Medica). Główną zmienną, mierzoną w ramach omawianej metodologii, jest Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów, zbudowany na podstawie odpowiedzi na pytanie o gotowość polecenia oddziału szpitala rodzinie i znajomym. Gotowość do polecenia szpitala stanowi uznany miernik jakości leczenia w kontekście opieki skoncentrowanej na pacjencie. W raporcie o strategiach poprawy jakości ochrony zdrowia w Europie, opublikowanym w 2019 r. przez WHO i OECD, skłonność do rekomendowania szpitala jest wymieniana, obok pomiaru satysfakcji pacjenta, jako jeden z podstawowych wskaźników „patient-centredness” [1].



U podstaw metodologii PExD leży przekonanie, że wymogiem koniecznym dla osiągnięcia poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia, bazującej na doświadczeniach pacjentów jest zapewnienie narzędzia, które:

- zagwarantuje pacjentom i personelowi wiarygodność wyników
- dostarczy analizę na poziomie oddziału (w przypadku leczenia zamkniętego)
- zapewni analizę miesięczną z możliwością mierzenia rezultatu działań podjętych dla uzyskania poprawy
- powinno umożliwić pacjentom porównanie opinii o oddziałach o podobnej specyfice

Z punktu widzenia właścicieli i kadry zarządzającej placówkami medycznymi, metodologia powinna spełnić również wymogi standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia.

Wiarygodność metody badania

Pacjenci

zagwarantowanie anonimowości,
przy wypisie pacjenci losują kod dostępu
do ankiety

Personel

ograniczenie dostępu do ankiety
wyłącznie do pacjentów
lub ich opiekunów

Omówienie obejmuje:

- charakterystykę metodologii PExD z punktu widzenia standardów badawczych w naukach społecznych,
- omówienie specyfiki Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów na tle innych wskaźników rekomendacji stosowanych w biznesie i ochronie zdrowia,
- analizę zgodności metodologii z obowiązującymi w Polsce standardami akredytacyjnymi
- wskazanie możliwych obszarów zastosowania omawianej metodologii.



Niniejsze opracowanie dotyczy metod prowadzenia stałego monitorowania doświadczeń pacjentów na oddziałach szpitalnych. Firma Next Medica jest w trakcie prac dostosowujących metodologię PExD do specyfiki Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

2 Wskaźniki rekomendacji w biznesie i ochronie zdrowia

Opracowywane na podstawie ankiety PExD wskaźniki – Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów oraz Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów Netto – inspirowane są zyskującą ostatnio na popularności metodologią Net Promoter Score.

Raport miesięczny dla oddziałów

👍 Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów

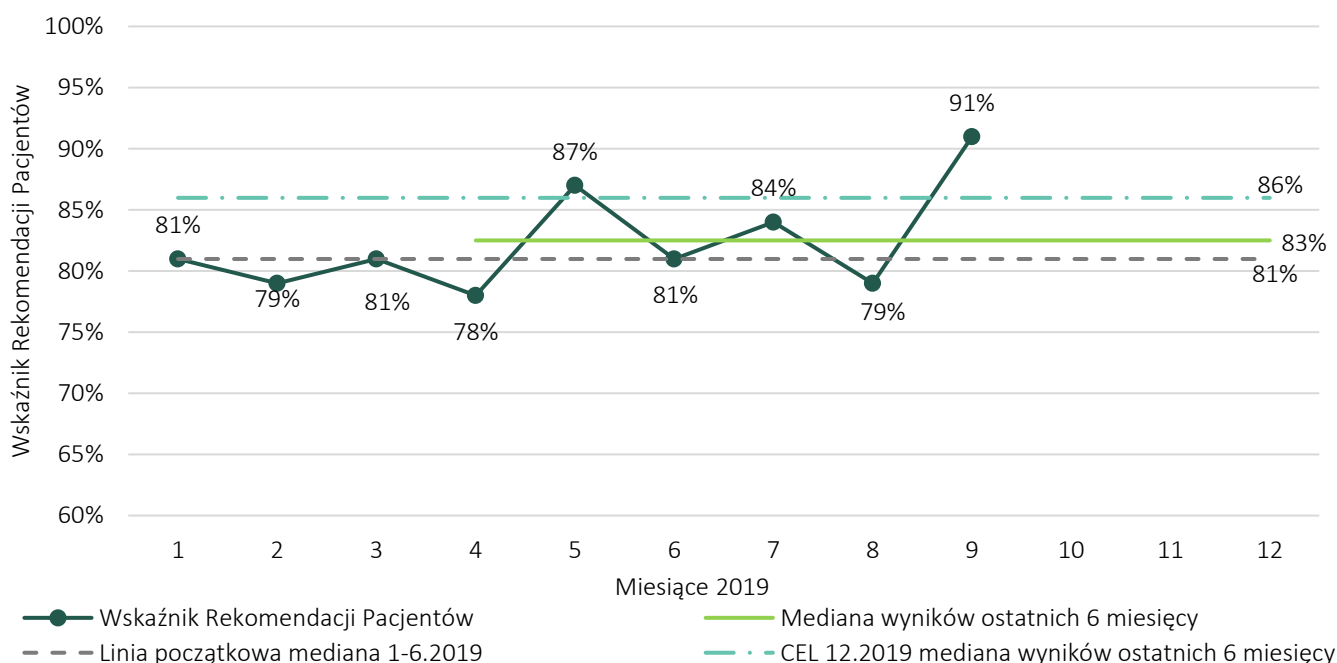
Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów
mediana wyników z ostatnich 6 miesięcy

83%

09.2019

NAZWA ODZIAŁU

LOGO SZPITALA



2.1 Wskaźniki rekomendacji w biznesie

Metodologia NPS (Net Promoter Score) została sformułowana w 2003 r. w artykule Frederika F. Reichhelda na łamach „Harvard Business Review” [2]. Od tego czasu zyskała ogromną popularność, zastępując w wielu firmach wykorzystywane dawniej skomplikowane kwestionariusze badające „satisfakcję klientów”. Najczęściej podkreślaną zaletą metodologii NPS jest jej prostota: składa się z jednego lub (częściej) dwóch pytań. Dostarcza ona firmom prostego narzędzia pomiaru „lojalności klientów”.

Klientów prosi się o ocenienie na skali 0-10:

„Jak prawdopodobne jest, że poleciliby Pan/Pani firmę X swoim znajomym?”.

Wskazanie wartości 9 lub 10 kwalifikuje respondenta do grupy „promotorów”, 7 lub 8 do „biernych”, zaś od 0 do 6 do „krytyków”. Wartość NPS oblicza się odejmując odsetek krytyków od odsetka promotorów, co oznacza, że może ona przyjmować wartości od -100 do 100 [2].

Równie ważne, a zdaniem niektórych firm korzystających z tej metodologii nawet ważniejsze, jest pytanie otwarte:

„Co sprawiło, że udzielił Pan/Pani właśnie takiej odpowiedzi?”.

Odpowiedzi na to pytanie pozwalają „domknąć pętlę” (close the loop), to znaczy uzyskać od niezadowolonych klientów informację zwrotną na temat przyczyn ich niezadowolenia, a następnie wykorzystać ją do poprawienia oferty firmy. O „domknięciu pętli” mówimy wtedy, kiedy klient widzi, że wyrażona przez niego opinia jest rzeczywiście brana pod uwagę [3]. Eksperci ze świata biznesu podkreślają, że kluczem do wykorzystania NPS w rozwoju firmy jest nie tyle koncentrowanie się na wartości wskaźnika, co zwrócenie uwagi na komentarze klientów (tzw. *verbatim*) i podjęcie faktycznych działań w celu poprawy krytykowanych aspektów działania firmy [4].

NPS pełni więc równocześnie dwie funkcje. Z jednej strony jest metodą pomiaru lojalności klientów, umożliwia śledzenie dynamiki rozwoju firmy w czasie oraz porównywanie firm działających w tej samej branży, z drugiej zaś – narzędziem służącym lepszemu zarządzaniu przedsiębiorstwem (*management tool*).

2.2 Wskaźniki rekomendacji w ochronie zdrowia

Mimo, że metodologia NPS została opracowana na potrzeby biznesu, w ostatnich latach znajduje coraz szersze zastosowanie w ochronie zdrowia. Wyszukiwanie w bazie PubMed (lipiec 2020) daje dla hasła „Net Promoter Score” 54 wyniki, przy czym ponad 80% z nich to artykuły opublikowane w roku 2017 lub później. Metodologii NPS używają zarówno praktycy, zainteresowani ewaluacją jakości opieki medycznej i znalezieniem zobiektywizowanej miary pozwalającej na porównywanie jakości opieki w różnych placówkach, jak i badacze korzystający z niej w celach naukowych (przegląd najważniejszych prac i porównanie NPS z tradycyjnymi metodami badania satysfakcji pacjentów zob. [5]).

Nie każde pytanie o rekomendację wykorzystuje możliwości oferowane przez metodologię NPS. Pytanie o rekomendację pacjenta pojawia się na przykład w ankiecie HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Hospital Providers and Systems), przeprowadzanej w większości szpitali w USA od 2006 r. Formularz ankiety został zatwierdzony przez agencję rządową CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services). Kwestionariusz składa się z 29 pytań, w tym 7 pytań metryczkowych (wersja z marca 2020). Ankieta przeprowadzana jest na próbie losowej na jeden z czterech autoryzowanych sposobów (metoda pocztowa, telefoniczna, pocztowo-telefoniczna, bądź Interactive Voice Response), najwcześniej 48 godzin, a najpóźniej 6 tygodni po wypisie, zaś wyniki są wazone w celu kontrolowania wpływu cech respondenta i sposobu przeprowadzenia ankiety.

Pytanie „Czy polecilibyś ten szpital przyjaciołom i rodzinie?” znajduje się pod koniec merytorycznej części ankiety (pod numerem 19), odpowiedź mierzona jest na skali 4-stopniowej. Nie towarzyszy mu żadne pytanie otwarte [6] [7].



W 2012 r. w brytyjskiej National Health Service (NHS) wprowadzono obowiązek badania opinii pacjentów metodą opartą na zmodyfikowanej wersji NPS, tzw. Friends and Family Test (FFT). Pytanie zadawane respondentom brzmi: **„Jak prawdopodobne jest, że zarekomendowałaby Pani/Pan nasz oddział znajomym lub członkom rodziny, gdyby potrzebowali podobnej opieki lub terapii?”**. Odpowiedzi nie są jednak mierzone w skali 0-10. Respondent ma wskazać sformułowanie, które najbardziej odpowiada jego opinii: 1. Zdecydowanie prawdopodobne, 2. Prawdopodobne, 3. Ani prawdopodobne, ani nieprawdopodobne, 4. Nieprawdopodobne, 5. Zdecydowanie nieprawdopodobne, 6. Nie wiem [8]. Wartość wskaźnika obliczana jest przez odjęcie odsetka odpowiedzi 3, 4 i 5 od odsetka odpowiedzi 1 [9].

Zgodnie z wytycznymi brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia ankietę należy przeprowadzić z pacjentem w momencie wypisu lub najpóźniej 48 godzin po wypisie, przy czym NHS dopuszcza rozmaite metody przeprowadzenia ankiety – od wywiadu telefonicznego, przez formularze papierowe po SMSy i kwestionariusze w internecie. Friends and Family Test nie ma na celu zastąpienia stosowanych wcześniej metod badania opinii pacjentów, lecz ich uzupełnienie i zapewnienie wspólnego punktu odniesienia dla różnych placówek. W każdym przypadku wymagane jest natomiast, aby pytanie o gotowość rekomendacji wraz z pytaniem otwartym znajdowało się na samym początku ankiety, tak aby inne pytania nie sugerowały pacjentowi odpowiedzi. Nie wprowadzono sztywnego wymogu odnośnie do stopy zwrotności, choć oczekuje się, że każdy pacjent będzie miał możliwość wyrażenia opinii i że zebrane będą odpowiedzi od co najmniej 15% badanej populacji. Informacje o wynikach są obowiązkowo upubliczniane [8].

2.3 Specyfika metodologii PExD

W wariantcie stosowanym przez firmę Next Medica do metodologii *Patient Experience Design* wprowadzono dwie modyfikacje. Po pierwsze, respondenci przypisywani są do czterech (zamiast trzech) kategorii: „krytycy” (0-4), „niezadowoleni” (5-6), „neutralni” (7-8), „promotorzy” (9-10). Powody tej modyfikacji są następujące: w biznesie, w większym stopniu niż w ochronie zdrowia, gdzie jest więcej elementów niezależnych w od placówki medycznej i jej personelu, na ocenę klientów wpływa czynnik jakości dostarczany przez firmę. Dotyczy to w szczególności uzyskanego efektu leczenia (efekt oczekiwany przez pacjenta nie zawsze jest możliwy do osiągnięcia na tym etapie rozwoju medycyny) oraz niedomagań systemowych, na które nie mają wpływu placówki i personel (niskie finansowanie sytemu, braki personelu).

W literaturze przedmiotu zdarzają się podobne modyfikacje związane z dopasowaniem wskaźnika rekomendacji do konkretnego kontekstu. Na przykład w badaniu porównującym wartość różnych sposobów badania satysfakcji pacjentów przeprowadzonym w sześciu szpitalach w Holandii autorzy zmienili sposób obliczania wskaźnika, kwalifikując jako „krytyków” osoby udzielające odpowiedzi 0-5, jako „neutralnych” 6-7, zaś jako „promotorów” 8-10. Zmiana ta wynikała z konieczności dopasowania interpretacji skali do kontekstu kulturowego. W Holandii obowiązuje skala ocen szkolnych od 1 do 10, przy czym 8 jest uważana za bardzo dobrą ocenę, zaś 6 stanowi próg zaliczenia [10].

Wprowadzona przez Next Medica modyfikacja oznacza, że wskaźnik NPS będzie w części przypadków wyższy niż byłby przy zastosowaniu klasycznej metody. Nie wpływa to jednak negatywnie na jego wiarygodność jako narzędzia pomiaru jakości opieki. Zmodyfikowany wskaźnik NPS, dokładnie tak samo jak oryginalny NPS, nadaje się do porównywania zmian jakości opieki w czasie czy ewentualnych porównań między oddziałami o podobnej specyfice w różnych szpitalach.

Raport miesięczny dla oddziałów

Komentarze Pacjentów

Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów Netto		56	09.2019	NAZWA ODZIAŁU	LOGO SZPITALA
7%	16%	14%	63%		
krytycy	niezadowoleni	neutralni	promotorzy		

Brak przepływu informacji wewnątrz kadry szpitala.

Poleciłabym bez namysłu gdyby na samym początku lekarz badający nie zraził mnie, był opryskliwy a jego komentarze nie na miejscu, zero empatii.

Sympatyczne położne (niektóre).

Troskliwy personel, profesjonalna opieka specjalistów, sympatyczna atmosfera na oddziale.



Druga modyfikacja firmy Next Medica polega na większym, w porównaniu z biznesem, docenieniu komentarzy pacjentów zadowolonych z opieki. W sektorze komercyjnym zdarza się, że o uzasadnienie oceny prosi się wyłącznie „krytyków”, jednak w ochronie zdrowia byłoby to niepożądane. Podczas gdy komentarze „krytyków” są podstawowym źródłem informacji o tym, co warto poprawić, komentarze „promotorów” wpływają pozytywnie na motywację personelu. Pozytywna informacja zwrotna pomaga w zapobieganiu zespołowi wypalenia zawodowego, na który lekarze i pielęgniarki są narażeni m.in. wskutek tego, że zarówno dziennikarze w mediach tradycyjnych, jak i pacjenci komentujący funkcjonowanie ochrony zdrowia w Internecie, częściej koncentrują się na tym, co nie funkcjonuje prawidłowo. Poprawa jakości opieki medycznej wymaga zarówno umiejętności przyjmowania krytyki, jak i pozytywnej motywacji personelu.

Porównanie metodologii badania opinii pacjentów

	HCAHPS (USA)	FFT (UK)	PExD
Typ	Sondaż	Cenzus	Cenzus
Metoda realizacji ankiety	4 autoryzowane metody; wyniki ważone ze względu na wpływ sposobu ankietowania	Dopuszczalne różne metody; brak statystycznej kontroli wpływu sposobu ankietowania na wyniki	Jednolita metoda (ankieta on-line)
Kwestionariusz	Długi: 29 pytań zamkniętych w części obowiązkowej; placówki mogą dodawać własne pytania	Krótki: 2 pytania w części obowiązkowej (1 zamknięte + 1 otwarte); placówki mogą dodawać własne pytania	Umiarkowanej długości: 15 pytań (14 zamkniętych + 1 otwarte)
Termin realizacji ankiety	Od 48 godzin do 6 tygodni po wypisie	W momencie wypisu lub najpóźniej 48 godzin po wypisie	Po wypisie
Wszechstronność zdefiniowana przez system	Wysoka (22 pytania mierzące różne wymiary opieki)	Nieokreślona	Umiarkowana (6 pytań wynikających ze standardów akredytacyjnych)
Wszechstronność zdefiniowana przez pacjenta	Brak (nie ma pytania otwartego)	Wysoka (pytanie otwarte)	Wysoka (pytanie otwarte)

3 Metodologia PExD

Badanie doświadczenia pacjentów przy użyciu metodologii PExD wyrasta z doświadczeń projektu Dobre Relacje z Pacjentem, w ramach którego doświadczenie pacjentów monitorowane jest na jeden z trzech sposobów:



krótki wywiad (6 pytań), przeprowadzany przez pracownika administracyjnego szpitala lub rzecznika praw pacjenta w dniu wypisu przy użyciu aplikacji w telefonie



ankieta telefoniczna realizowana na próbie pacjentów wylosowanej spośród tych, którzy udzielili zgody na przekazanie danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia ankiety



opisany niżej **system kopertowy**, oparty na losowaniu przez pacjentów w dniu wypisu koperty z kodem dostępu do ankiety on-line

Projekt Dobre Relacje z Pacjentem, prowadzony od 2017 r., posłużył jako pilotaż rozmaitych metod realizacji badania doświadczenia pacjentów. Wśród wypróbowanych metod system kopertowy okazał się najlepiej odpowiadać na rozmaite oczekiwania wobec badań tego rodzaju: anonimowość badania, wiarygodność danych, przydatność w projektach poprawy jakości oraz relację kosztu badania do uzyskiwanych efektów.

Metodologia PExD jest częścią szerszego projektu oOpiece.pl, dotyczącego poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia w oparciu o doświadczenie pacjentów. Kierownikiem naukowym projektu jest prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar. Projekt uzyskał 25 października 2019 r. patronat honorowy Rektora WUM.

Upublicznienie Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów



3.1 Dobór respondentów i wiarygodność danych

Badanie doświadczenia pacjentów przeprowadzane jest w następujący sposób: w momencie wypisu ze szpitala każdy pacjent losuje kopertę z kodem dostępu do ankiety umieszczonej w internecie i listem zachęcającym do wypełnienia tej ankiety. Ankietę może wypełnić pacjent lub opiekun pacjenta. W celu zmniejszenia wpływu wykluczenia cyfrowego, co może być istotne zwłaszcza w przypadku pacjentów w starszym wieku, w liście zawarta jest zachęta do skorzystania w razie potrzeby z pomocy zaufanej osoby. Respondenci są informowani o celu ankiety oraz o jej anonimowym charakterze.



Odbiór koperty z kodem potwierdzany jest podpisem. Oprócz tego firma NextMedica okresowo kontroluje liczbę wydanych kopert. Oznacza to podwójną kontrolę, gwarantującą, że kody dostępu nie trafią w niepowołane ręce. Rozwiązanie takie gwarantuje anonimowość badania i dobrowolność udziału respondentów. Eliminuje też potencjalny wpływ poczucia zależności, które mogłoby wpływać na wynik w sytuacji, gdyby ankieta była wypełniana podczas pobytu w szpitalu, a także minimalizuje ryzyko wypełnienia ankiety przez osoby postronne podszywające się pod pacjentów (co jest istotne z punktu widzenia wiarygodności wyników również dla personelu placówki).

W celu zwiększenia motywacji pacjentów do udziału w badaniu i zmobilizowania personelu do wydawania kopert wypisywanym pacjentom na oddziałach wywieszane są plakaty, informujące pacjenta o losowaniu kopert.

Stopa zwrotności (*response rate*) liczona jest jako liczba wypełnionych w danym miesiącu ankiet w stosunku do wszystkich wypisanych pacjentów. Przyjęto więc najbardziej rygorystyczną metodę obliczania stopy zwrotności.

W standardach definicyjnych Amerykańskiego Towarzystwa Badania Opinii Publicznej (AAPOR) stopa zwrotności określona jest jako „liczba kompletnych wywiadów z ankietowanymi jednostkami podzielona przez liczbę kwalifikujących się do badania jednostek w próbie” [11]. Standardy te wskazują sześć dopuszczalnych sposobów ustalania stopy zwrotności w badaniach sondażowych, o różnym poziomie rygoryzmu, w zależności od tego, co kwalifikuje się jako „kompletny wywiad” i jak oblicza się liczbę jednostek „kwalifikujących się do badania” (*eligible*).

Ponieważ badanie doświadczenia pacjenta w ankiecie PExD przeprowadzane jest na całej populacji, a nie na próbie z populacji (ma charakter cenzusu, a nie sondażu), możliwe jest zarówno obliczanie zwrotności w stosunku do liczebności populacji, jak i w stosunku do liczby wydanych kopert. Definicja stopy zwrotności przyjęta w metodologii PExD jest taka sama, jak definicja „response rate” w przypadku stosowanego w brytyjskiej ochronie zdrowia Friends and Family Test, który również ma charakter cenzusu [8].

W piśmiennictwie przyjmuje się, że „nie istnieje naukowo dowiedziona minimalna akceptowalna stopa zwrotności” i że „stopa zwrotności sondażu nie musi być tak silnie związana z poziomem jego reprezentatywności, jak się zwykle uważać” [12]. Wysokość stopy zwrotności może być jednak istotnym wskaźnikiem jakości zarządzania w szpitalu, o ile ma na nią wpływ zdolność personelu do wytworzenia u pacjentów przekonania, że ich zdanie ma znaczenie dla placówki i zmotywowania ich do podzielenia się swą opinią.

Przeprowadzenie badania na całej populacji, bardziej niż na próbie losowej, pozwala uzyskać wiarygodne dane o doświadczeniu pacjentów zagregowane na poziomie oddziału szpitalnego. Należy podkreślić, że badania na próbie losowej przeprowadza się wówczas, gdy przebadanie całej populacji byłoby niemożliwe lub obarczone nieakceptowalnie wysokimi kosztami. Metodologia PExD pozwala na zbadanie opinii populacji w sposób tańszy i mniej skomplikowany organizacyjnie niż porównywalne metody sondażowe: znika konieczność uzyskania zgody na udostępnienie danych osobowych, koszty pracy ankieterów przeprowadzających badanie telefoniczne itp. Ma też w porównaniu z sondażem tę zaletę, że pozwala na monitorowanie doświadczeń pacjentów co miesiąc i w odniesieniu do poszczególnych oddziałów szpitalnych, czyli w rytmie i na poziomie analizy umożliwiającym rzeczywiste wykorzystanie tych informacji do działań służących poprawie jakości. W przypadku wielu placówek uzyskanie satysfakcjonującej próby losowej byłoby możliwe dopiero przy przyjęciu za punkt odniesienia populacji wszystkich wypisanych ze szpitala pacjentów w skali roku.



Podobnie jak w przypadku badań o charakterze sondażowym wnioski wyciągane z zebranych danych obarczone są niepewnością związaną ze stopą zwrotności. Zarazem jednak sama informacja o stopie zwrotności ma w tym przypadku wartość informacyjną dotyczącą zainteresowania administracji szpitala poprawą jakości i uzyskiwaniem informacji zwrotnej od pacjentów.

3.2 Struktura ankiety

Ankieta przeprowadzana jest metodą CAWI (Computer-Assisted Web Interview). Jej wypełnienie zajmuje respondentowi (pacjentowi lub opiekunowi pacjenta) ok. 4 minut. Zawiera 14 pytań zamkniętych i 1 pytanie otwarte. Ankieta wyświetla się respondentowi w trzech częściach, po zapisaniu odpowiedzi wyświetla się kolejna plansza. Na końcu ankiety znajduje się link umożliwiający kontakt z firmą przeprowadzającą badanie.

Część 1. Pytania wynikające z metodologii Net Promoter Score (NPS)

- pytanie zamknięte „Czy polecił/a/by Pani/Pan oceniany oddział swoim najbliższym i znajomym?”, odpowiedzi na skali 0-10 (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”)
- pytanie otwarte: „Prosimy o informację, co głównie wpłynęło na Pani/Pana ocenę?”

Pierwsze pytanie w ankiecie służy do ustalenia wartości Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów oraz Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów Netto (NPS w wersji zmodyfikowanej przez firmę Next Medica). Pytanie otwarte umożliwia uzyskanie informacji zwrotnej na temat przyczyn zadowolenia/niezadowolenia pacjenta z opieki.

Umieszczenie pytania otwartego na początku ankiety stwarza respondentowi zachętę do odpowiedzi zgodną z jego własnymi strukturami istotności. Wpływa to pozytywnie na wiarygodność odpowiedzi, gdyż unika się sytuacji, w której pytania o konkretne aspekty opieki szpitalnej sugerowałyby respondentowi ewentualne oczekiwania odnośnie do tego, co „powinno” być dla niego ważne. Pozwala to również uzyskać wiedzę o aspektach opieki ważnych z perspektywy pacjenta, lecz nieuwzględnionych w ankiecie, a nawet niekoniecznie oczywistych z punktu widzenia placówki. Przykładem takiego tematu może być doradztwo laktacyjne – respondentka może pochwalić jego poziom na oddziale położniczym bądź rekomendować poprawę, mimo że w ankiecie nie było konkretnego pytania na ten temat. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie wszechstronnych informacji przy zachowaniu zwięzłości ankiety.

Część 2. Pytania wynikające ze standardów akredytacyjnych, odpowiedzi na skali 4-stopniowej (nigdy, czasami, zazwyczaj, zawsze albo od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”)

W drugiej części ankiety znajduje się siedem pytań. Sześć z nich wynika ze standardów akredytacyjnych, jeden został wprowadzony w związku z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez kierownictwo placówek objętych badaniem.

Pytanie	Temat	Skala	
1	Jak często w trakcie pobytu w szpitalu personel medyczny traktował Panią/Pana z należytą uwagą i zainteresowaniem?	<i>Budowanie relacji z pacjentem</i>	„nigdy” do „zawsze”
2	Jak często w trakcie pobytu w szpitalu w Pana/Pani ocenie posiłki były smaczne, świeże i podane w sposób higieniczny?	<i>Jakość posiłków</i>	„nigdy” do „zawsze”
3	Jak często podczas pobytu w szpitalu personel medyczny wykonywał obchody rano i wieczorem?	<i>Obchody rano i wieczorem</i>	„nigdy” do „zawsze”
4	Jak często w trakcie pobytu w szpitalu personel medyczny dezynfekował ręce i zakładał rękawiczki przed wykonywaniem przy Pani/Panu badań, zabiegów, czynności toaletowych lub dotykiem pościeli, łóżka, szafki lub innych Pani/Pana osobistych przedmiotów?	<i>Prewencja zakażeń szpitalnych</i>	„nigdy” do „zawsze”
5	Jak często w trakcie pobytu w szpitalu Pana/Pani ból był w Pana/Pani opinii dobrze leczony?	<i>Leczenie bólu</i>	„nigdy” do „zawsze”
6	Czy w Pana/Pani ocenie warunki pobytu w szpitalu, np. wielkość pokoi, osobne pokoje do badań itp., pozwalają na leczenie z poszanowaniem godności i intymności?	<i>Poszanowanie godności</i>	„zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”
7	Czy w Pana/Pani opinii podczas pobytu w szpitalu został osiągnięty najlepszy możliwy do uzyskania efekt leczenia?	<i>Efekt leczenia</i>	„zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”

Część 3. Pytania dotyczące jakości komunikacji personelu z pacjentem, odpowiedzi na skali 4-stopniowej (nigdy, czasami, zazwyczaj, zawsze)

W pytaniach dotyczących komunikacji badana jest jakość komunikacji z pacjentem w relacji zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, a także gotowość lekarzy do włączania pacjentów do współdecydowania o terapii. Zastosowanie w większości pytań skali od „nigdy” do „zawsze” (raczej niż od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”) zachęca respondentów do tego, by opierali się na własnych doświadczeniach, a nie tylko ogólnym wrażeniu.

Pytanie	Temat	Skala
1 Jak często w trakcie pobytu w szpitalu lekarze słuchali Pana/Panią z zainteresowaniem?	<i>Okazanie zainteresowania</i>	„nigdy” do „zawsze”
2 Jak często w trakcie pobytu w szpitalu pielęgniarki/rze, położne słuchały/li Pana/Panią z zainteresowaniem?	<i>Okazanie zainteresowania</i>	„nigdy” do „zawsze”
3 Jak często w trakcie pobytu w szpitalu lekarze informowali Pana/Panią o stanie zdrowia i postępowaniu leczniczym w sposób rozumiały?	<i>Dobra komunikacja</i>	„nigdy” do „zawsze”
4 Jak często w trakcie pobytu w szpitalu pielęgniarki/rze, położne informowały/li Pana/Panią o wykonywanych zabiegach i innych czynnościach w sposób rozumiały?	<i>Dobra komunikacja</i>	„nigdy” do „zawsze”
5 Jak często podczas kwalifikacji do zabiegu i/lub pobytu w szpitalu lekarze informowali Pana/Panią o możliwych sposobach leczenia i ich konsekwencjach?	<i>Informowanie o metodach leczenia</i>	„nigdy” do „zawsze”
6 Jak często w trakcie kwalifikacji do zabiegu i/lub pobytu w szpitalu lekarze pytali Pana/Panią o opinię przy wyborze metod leczenia?	<i>Angażowanie w proces decyzji</i>	„nigdy” do „zawsze”

3.3 Agregacja i analiza danych: comiesięczne raporty

Zgromadzone dane agregowane są na poziomie oddziału szpitalnego i prezentowane dyrekcji szpitala w comiesięcznym raporcie. Raport standardowo obejmuje:

- ✓ wartości Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów (odsetek odpowiedzi 9-10) i Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów Netto (odsetek odpowiedzi 9-10 pomniejszony o odsetek odpowiedzi 0-4) za ostatnie sześć miesięcy (Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów Netto uwzględnia również opinie krytyków)
- ✓ informację o medianie Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów za ostatnie sześć miesięcy
- ✓ wszystkie komentarze pacjentów podzielone na cztery kategorie (krytycy, niezadowoleni, neutralni, promotorzy)
- ✓ informację o odpowiedziach na pytania wynikające ze standardów akredytacyjnych z ostatnich 6 miesięcy (odsetek odpowiedzi „zawsze” lub „zdecydowanie tak” na poszczególne pytania oraz mediana za ostatnie sześć miesięcy)
- ✓ informację o odpowiedziach dotyczących relacji z pacjentem (odsetek odpowiedzi „zawsze” na poszczególne pytania oraz mediana za ostatnie sześć miesięcy)
- ✓ informację o stopie zwrotności oraz Wskaźniku Rekomendacji Pacjentów i Wskaźniku Rekomendacji Pacjentów Netto dla wszystkich oddziałów w tym samym szpitalu

W opracowaniu danych nacisk położony jest na **kroczącą** medianę z 6 ostatnich miesięcy zamiast na wartość wskaźnika w danym miesiącu. Przyjęcie za podstawę mediany z sześciu pomiarów pozwala zmniejszyć niepewność związaną z ewentualnym wpływem skrajnych opinii na wartość wskaźnika. Dane te mogą być wykorzystane do wyznaczenia sobie przez placówkę celu poprawy, również mierzonego w okresie 6 miesięcy.

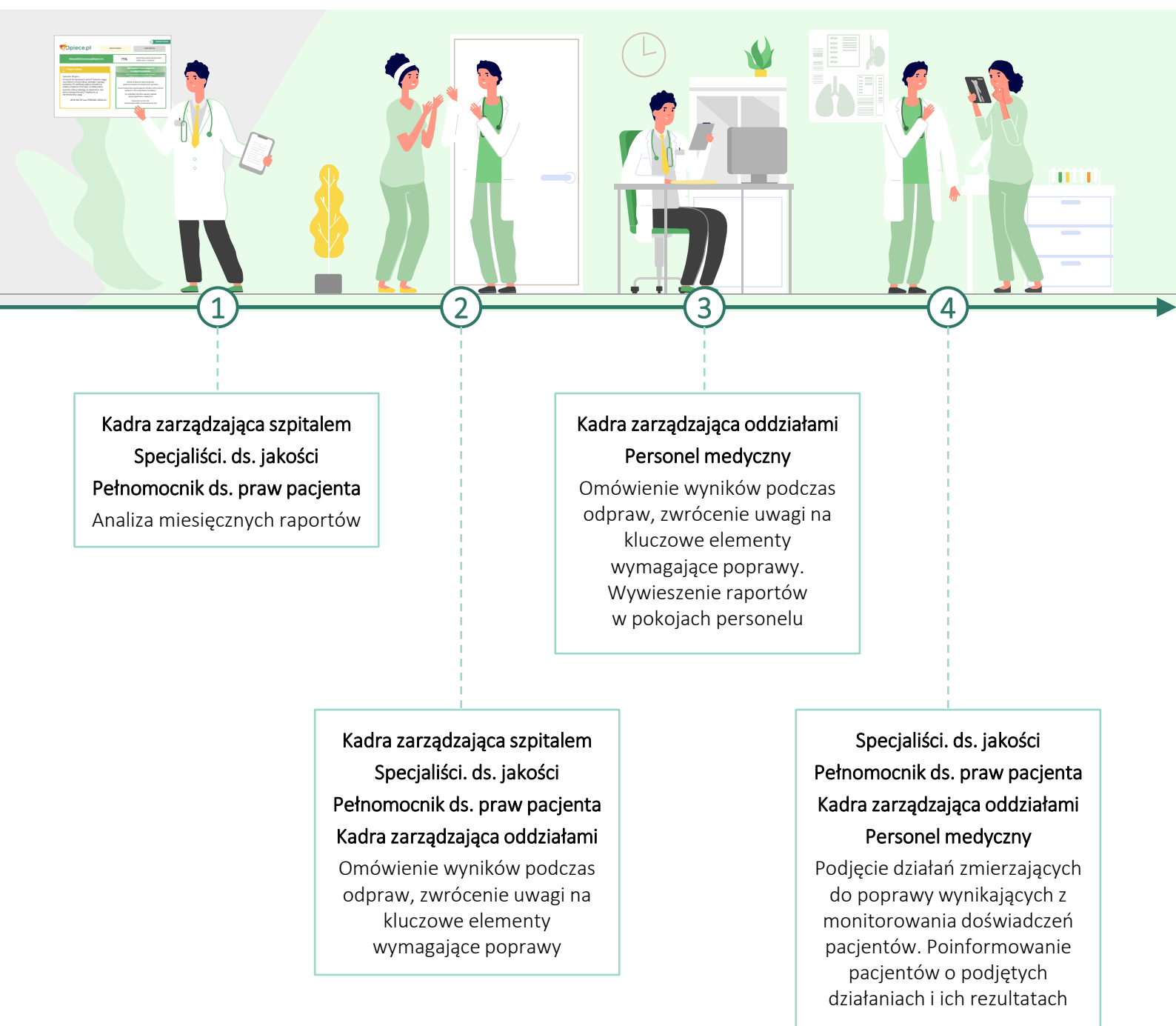
Next Medica zachęca współpracujące placówki do wykorzystania danych w procesie poprawy jakości dzięki podjęciu następujących kroków:



- analiza miesięcznych raportów przez kadrę zarządzającą szpitalem, specjalistów ds. jakości i pełnomocnika ds. praw pacjenta
- omówienie wyników podczas odpraw dla kadry zarządzającej szpitalem oraz oddziałami, zwrócenie uwagi na najważniejsze elementy wymagające poprawy (np. jakość posiłków, relacje z lekarzami, doradztwo laktacyjne)
- omówienie wyników podczas odpraw z personelem na poziomie oddziału, wywieszenie raportów w pokojach dla personelu
- podjęcie działań w celu poprawy jakości, poinformowanie pacjentów o podjętych działaniach i ich rezultatach

Firma szczególnie zachęca placówki do upubliczniania wyników monitoringu – zarówno Wskaźnika Rekomendacji Pacjentów, jak i komentarzy – w postaci plakatów na oddziałach i/lub w Internecie. Rozwiązanie takie pozwala budować lepsze relacje z pacjentami i może mieć pozytywny wpływ na zwrotność ankiet, gdy pacjenci będą widzieli sens udziału w badaniu. Decyzja o tym, czy upublicznić wyniki badania, oraz ewentualnie w jakiej formie i zakresie to zrobić, jest całkowicie dobrowolna.

Proces poprawy w oparciu o analizę monitorowania doświadczeń pacjentów



4 Zgodność ze standardami akredytacyjnymi

W Polsce funkcjonują dwa zestawy standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia dla szpitali: *Standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne*, ogłoszone przez Ministra Zdrowia w 2015 r. i obowiązujące w placówkach wykonujących takie procedury w trybie hospitalizacji jednego dnia bądź w trybie hospitalizacji w podmiotach do 50 łóżek oraz w podmiotach wąskoprofilowych [13], a także Zestaw standardów akredytacyjnych dla szpitali opublikowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2009 r. (wydanie wznowione 2016), obowiązujący w pozostałych placówkach [14].

4.1 Zestaw standardów akredytacyjnych

Jeśli chodzi o *Zestaw standardów akredytacyjnych*, badanie opinii pacjentów reguluje standard PJ 3: „W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów”. Pełne brzmienie standardu jest następujące: „Ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku. Takie badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów. Istotne jest, by badanie zostało przeprowadzone zgodnie z określoną i przyjętą metodologią prowadzenia badań społecznych oraz z wykorzystaniem właściwego narzędzia. Poprawna metodologia prowadzenia badania, określenie wielkości grupy badanej oraz istotnego poziomu zwrotności stanowią o wiarygodności uzyskanych wyników. Rezultaty i wnioski, jakie wynikają z badania, powinny być przedstawiane kierownictwu szpitala oraz osobom zatrudnionym w szpitalu i stanowić cel poprawy” [14].

Ankieta PExD oparta jest na uznanej metodologii oceny satysfakcji pacjentów inspirowanej rozwiązaniami ze świata biznesu (NPS), stosowanymi również w ocenie jakości funkcjonowania placówek ochrony zdrowia (np. Friends and Family Test). Istotną właściwością ankiety PExD jest to, że jest ona prowadzona za pomocą tego samego narzędzia, jakim jest ankieta on line. Chociaż może to odbijać się na stopie zwrotności, gdyż część potencjalnych respondentów może preferować papierowy formularz lub ankietę telefoniczną, zwiększa to porównywalność uzyskiwanych wyników, a także ich wiarygodność (m.in. dzięki eliminacji efektu ankietera). Metodologia FFT stosowana w brytyjskiej ochronie zdrowia jest krytykowana za to, że dopuszczenie różnorodnych sposobów gromadzenia danych zarazem obniża ich porównywalność (Busby i in. 2015).

Zdobycie wiedzy na temat „oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów” umożliwia przede wszystkim pytanie otwarte umieszczone na początku ankiety. Dotychczasowe doświadczenia ze stosowaniem ankiety dowodzą, że respondenci chętnie udzielają takich informacji.

W przypadku badania o charakterze cenzusu poziom zwrotności ma mniejsze znaczenie niż w przypadku badań o charakterze sondażowym, sam w sobie dostarcza jednak ważnej informacji na temat jakości zarządzania w szpitalu i zaangażowania administracji w badanie opinii pacjentów i proces poprawy jakości.

Metodologia PExD obejmuje comiesięczne raporty na temat opinii pacjentów na poziomie oddziału szpitalnego. Obejmuje więc regularne monitorowanie doświadczeń pacjentów, z naddatkiem spełniając wymóg dokonywania oceny „przynajmniej raz w roku”. Zważywszy na wymóg stawiany przez standard PJ4 („Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala”), mierzenie rezultatów działań podejmowanych w celu poprawy raz w roku byłoby nie wystarczające. Pomiar comiesięczny to rozsądna częstotliwość, dzięki której możliwe jest faktyczne reagowanie na komentarze pacjentów i uwzględnianie uzyskiwanej od nich informacji zwrotnej w celu poprawy jakości.

4.2 Standardy Ministra Zdrowia z 2015 r.

Standardy Ministra Zdrowia dla placówek stosujących procedury inwazyjne obejmują obowiązek analizowania opinii pacjentów o „responsywności personelu medycznego”. Standard PP14 obejmuje cztery podpunkty:

PP 14: Opinia pacjentów o responsywności personelu medycznego jest analizowana.

PP 14.1: Niezależny podmiot prowadzi badanie ankietowe pacjentów.

PP 14.2: Badanie opinii pacjentów jest wszechstronne.

PP 14.3: Badanie ankietowe jest prowadzone po wypisie pacjenta.

PP 14.4: Pacjenci wyrażają zgodę na udział w badaniu ankietowym po wypisie.

Sformułowaniu standardu PP14 towarzyszy następujące wyjaśnienie: „Badanie opinii i doświadczeń pacjentów pozwala na ocenę responsywności personelu medycznego na potrzeby psychologiczne pacjentów. Warunkiem jest właściwy dobór próby pacjentów, poprawność metodologiczna badania opinii pacjentów, uwzględniająca możliwość pozytywnego zafałszowania wyników w sytuacjach, gdy pacjenci z uwagi na rzeczywistą lub domniemaną zależność od podmiotu udzielają odpowiedzi korzystniejszej dla tego podmiotu, niżby to wynikało z ich przekonania”. Badanie ma być prowadzone „zgodnie z jednolitą metodologią”, regularnie („co najmniej raz w roku”) i w warunkach „minimalizacji poczucia uzależnienia pacjenta”. Metodologia PExD spełnia te kryteria.

Minimalny zakres tematyczny badania opinii pacjenta zdefiniowany jest w podpunkcie PP14.2: „Badanie opinii pacjentów jest wszechstronne”. Badanie ma dotyczyć następujących obszarów: responsywności personelu medycznego na psychologiczne potrzeby pacjenta, oceny konsumenckiej jakości opieki, skuteczności leczenia, skuteczności leczenia bólu, oceny satysfakcji pacjenta. Metodologia PExD spełnia w tym zakresie wymogi standardu.

Bardziej złożony jest stosunek metodologii PExD do podpunktów PP14.3 i PP14.4. Brzmiały one następująco:

PP14.3 Wiarygodne badanie powinno zostać przeprowadzone po wypisie pacjenta. Taki system minimalizuje poczucie presji i uzależnienia od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, mogące wpłynąć na wyniki badania, doświadczeń i opinie pacjentów. Istotne jest by, ankietyzacja była przeprowadzana nie w czasie hospitalizacji lub w dniu wypisu, ale w kilka tygodni po wypisie. Badanie wykonywane zbyt późno (kilka miesięcy po hospitalizacji) nie jest dostatecznie wiarygodne.

PP14.4 Pacjenci uczestniczący w badaniu powinni wyrazić zgodę na badanie ankietowe dotyczące ich doświadczeń z pobytu w podmiocie przeprowadzone przez podmiot zewnętrzny, niezależny od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zgodę taką podmiot powinien uzyskać od każdego przyjmowanego pacjenta.

W metodologii PExD ankietę jest przeprowadzana po wypisie (choć niekoniecznie „kilka tygodni po wypisie”) i skutecznie „minimalizuje poczucie presji i uzależnienia od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych” (PP14.3). Badanie przeprowadzane jest anonimowo, a udział w nim jest w pełni dobrowolny, co eliminuje konieczność uzyskiwania indywidualnej zgody od każdego pacjenta (PP14.4).



Należy podkreślić, że metodologia PExD jest w pełni wiarygodnym narzędziem i realizuje cele, jakim mają służyć standardy akredytacyjne Ministra Zdrowia.

Przygotowanie wiarygodnych miesięcznych analiz na poziomie oddziałów szpitalnych, bazujących na wynikach badań sondażowych, jest w praktyce niemożliwe. Jest to spowodowane niewystarczającą miesięczną wielkością populacji (w większości przypadków średnia miesięczna liczba wypisywanych pacjentów to ok. 180 pacjentów), która uniemożliwia dobór wielkości próby z akceptowalnym poziomem błędów wyników.

Natomiast prowadzenie badań z częstotliwością półroczną lub roczną jest niewystarczająca, ponieważ nie daje możliwości mierzenia rezultatów działań podjętych do uzyskania poprawy z konieczną dla realności tych działań częstotliwością.

5 Zastosowania metodologii PExD

Metodologia badania opinii pacjentów PExD może służyć do:



poprawy jakości i monitorowania efektów prowadzonych działań



rozpoznawania – dzięki informacji zwrotnej od pacjentów – konkretnych obszarów, gdzie wymagana jest poprawa (szpital jako organizacja ucząca się)



motywowania personelu medycznego i zapobiegania wypaleniu zawodowemu



budowania relacji zaufania z pacjentami (jeśli szpital zdecyduje się na publikowanie komentarzy krytycznych i informowanie o podejmowanych działaniach naprawczych)




porównywania jakości opieki w różnych placówkach (na poziomie oddziałów o podobnej specyfice), co może zwiększać możliwości wyboru pacjenta, a także tworzyć motywację placówek do stałego podnoszenia jakości opieki

Porównanie oddziałów szpitalnych o podobnej specyfice*



Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów



Internetowy System Monitorowania Doświadczeń Pacjentów

Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów

porównanie oddziałów o podobnej specyfice

Wybierz typ oddziału

Wybierz Szpital 1

Wybierz Szpital 2

Wybierz Szpital 3

Porównaj

Oddział: XYZ np. wewnętrzny	Szpital 1	Szpital 2	Szpital 3	Średnia regionu:	Średnia krajowa
Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów	83%	60%	79%	80%	75%
% odpowiedzi ZAWSZE „Jak często w trakcie pobytu w szpitalu lekarze słuchali Pana/Panią z zainteresowaniem?”	75%	58%	80%	77%	71%
% odpowiedzi ZAWSZE „Jak często w trakcie pobytu w szpitalu pielęgniarki/rze, położne słuchały/li Pana/Panią z zainteresowaniem?”	89%	72%	85%	85%	81%
.....

Wskaźnik Rekomendacji Pacjentów
Czy poleciliby Pani/Pan oceniany oddział swoim najbliższym i znajomym?
Skala ocen od 0 do 10 ; 0-Zdecydowanie NIE ; 10-Zdecydowanie TAK
Wskaźnik = % odpowiedzi 9 i 10, mediana wyników z ostatnich 6 miesięcy

* Możliwe przy udziale w systemie wystarczającej liczbie szpitali z porównywanego rejonu

Bibliografia

- [1] Quentin Wilm i in., „Measuring healthcare quality”, w: Reinhard Busse i in. (red.), *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies*, WHO i OECD, 2019, s. 38-39.
- [2] Reichheld Frederik F., *The One Number You Need to Grow*, „Harvard Business Review”, grudzień 2003. On line: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>
- [3] Reichheld Fred, przy współpracy Roba Markeya, *The Ultimate Question 2.0. How Net Promoter Companies Thrive in a Customer Driven World*, Boston 2011.
- [4] Colvin Geoff, *The simple metric that's taking over big business*, „Fortune”, 18 maja 2020, on line: <https://fortune.com/longform/net-promoter-score-fortune-500-customer-satisfaction-metric/>
- [5] Alismail Abdullah, Brett Schaeffer i in., *The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method*, „Patient Related Outcome Measures” 2020:11, s. 137-142.
- [6] Giordano Laura A. i in., *Development, Implementation, and Public Reporting of the HCAHPS Survey*, „Medical Care Research and Review” 2010, vol. 67 nr 1.
- [7] HCAHPS, *HCAHPS Fact Sheet*, październik 2019. On line: https://hcahponline.org/globalassets/hcahps/facts/hcahps_fact_sheet_october_2019.pdf
- [8] Department of Health, *The NHS Friends and Family Test Implementation Guidance*, 2012. On line: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213047/NHS-Friends-and-Family-Test-Implementation-Guidance-v2.pdf
- [9] Busby Mike i in., *Is any particular aspect of perceived quality associated with patients tending to promote a dental practice to their friends and colleagues?*, „British Dental Journal” 2015:218:E12
- [10] Kroll Maarten W. i in, *The Net Promoter Score – an asset to patient experience surveys?*, „Health Expectations” 2014, doi: 10.1111/hex.12297.
- [11] American Association for Public Opinion Research (AAPOR), *Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys*. Wydanie dziewiąte, 2016, s. 6. On line: https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf
- [12] Johnson Timothy P., Joseph S. Wislar, *Response Rates and Nonresponse Errors in Surveys*, „JAMA” 2012, vol. 307, nr 17.
- [13] *Standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne*, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2015 r.
- [14] *Zestaw standardów akredytacyjnych. Szpitale*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), Kraków 2009 (wydanie wznowione 2016)

ISBN 978-83-946926-0-5

© Copyright by Next Medica Sp. z o.o. Warszawa 2020

Wszelkie treści zamieszczone w niniejszej publikacji podlegają ochronie prawnej na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity z 2006 r., Dz.U. nr 90, poz. 631 z późn. zm.). Bez zgody autora zabronione jest m.in. stosowanie opisanej metodologii oraz powielanie treści, ich kopiowanie, przedruk i przetwarzanie z zastosowaniem jakichkolwiek środków elektronicznych, zarówno w całości, jak i w części. Zabronione jest dalsze rozpowszechnianie, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt ustawy, z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Cytowanie dozwolone jest jedynie z podaniem źródła tj: „Metodologia Patient Experience Design jako narzędzie badania opinii pacjentów. Leszek Denkwicz. © Copyright by Next Medica Sp. z o.o. Warszawa 2020”

Opracowanie graficzne: Marta Lasota