



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen gebruikt worden met
bronvermelding.

CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling

**Kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van
patiënten**

**De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en
het discriminerend vermogen**

L.E. Meuwissen
D.H. de Bakker



Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

Projectleiding

Dhr. dr. D.H. de Bakker

Project uitvoering

Mw. dr. L.E. Meuwissen

Mw. drs. A. Meiberg (ontwikkeling vragenlijst)

Mw. drs. J. Wijnands (veldtest)

Mw. drs. M. van Leeuwe (verzending en responsregistratie)

Mw. A. Dussenbroek (data-entry)

Dhr. drs. M. Winckers (internetapplicatie)

Dhr. H. Abrahamse (feedbackrapportage)

Projectgroep ontwikkeling vragenlijst

Dhr. dr. H. Sixma (NIVEL)

Dhr. dr. D.H. de Bakker (NIVEL)

Dhr. prof.dr. F. Schellevis (NIVEL)

Mw. dr. L.E. Meuwissen (NIVEL)

Mw. drs. A. Meiberg (NIVEL)

Deskundigen betrokken bij feedback concept vragenlijst

Dhr. drs. F. Vogelzang (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie)

Mw. drs. H. van der Hoeven (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie)

Dhr. dr. C. in 't Veld (Nederlands Huisartsen Genootschap)

Dhr. dr. K. Rosmalen (Landelijke Huisartsen Vereniging)

Mw. dr. D. Delnoij (Nu directeur stichting Klantervaring Zorg)

Mw. drs. C. van Weert (directeur Stichting Miletus)

Leden Wetenschappelijke Raad Centrum Klantervaring Zorg

Deskundigen betrokken bij discussie over uiteindelijke vragenlijst

Dhr. drs. F. Vogelzang (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie)

Dhr. dr. C. in 't Veld (Nederlands Huisarts Genootschap)

Mw. dr. M. Bouma (Nederlands Huisarts Genootschap)

Dhr. dr. K. Rosmalen (Landelijke Huisartsen Vereniging)

Mw. dr. D. Delnoij (Nu directeur stichting Klantervaring Zorg)

Mw. drs. C. van Weert (directeur Stichting Miletus)

Mw. dr. J. Braspenning (Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud)

Leden Wetenschappelijke Raad Centrum Klantervaring Zorg

ISBN 978-90-6905-891-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Samenvatting	5
Voorwoord	11
1 Inleiding	13
1.1 Achtergrond	13
1.2 Het meten van de ervaren kwaliteit van zorg, de CQ-Index	14
1.3 Doelstelling van het onderzoek	15
1.4 Onderzoeksvragen	16
1.5 Verwachte resultaten en toepassingen	17
1.6 Opbouw van dit rapport	17
2 Ontwikkeling van de vragenlijst	19
2.1 Constructie Ervaringenvragenlijst Huisartsenzorg	19
2.1.1 Ontwikkeltraject om tot deze vragenlijst te komen	19
2.1.2 Organisatie focusgroepsdiscussies	20
2.1.3 De eerste twee focusgroepen	21
2.1.4 Vervolg op de eerste twee focusgroepen	24
2.1.5 De derde focusgroep	24
2.1.6 Input van experts	25
2.1.7 Uiteindelijke lijst	25
2.2 CQ-Index huisartsenzorg: Belangvragenlijst	26
3 Opzet van de Pilots	29
3.1 Steekproeftrekking	29
3.2 Dataverzameling	29
3.3 Statistische analyses	31
4 Opschoning en respons pilotmeting	33
4.1 Selectie van respondenten: schoning	33
4.1.1 Belangenvragenlijst	34
4.2 Respons	34
4.3 Non-respons analyse	37
4.3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep	37
4.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten	39
4.5 Conclusie	41
5 Resultaten psychometrische analyses	43
5.1 Itemanalyses	43
5.1.1 De criteria per item	43
5.1.2 Belangscores	46
5.2 Schaalconstructie	48
5.2.1 Factoranalyse	48
5.2.2 Betrouwbaarheidsanalyse	49
5.2.3 Samenhang van de schalen	51

6 Ervaringen van patiënten met de huisartsenzorg	53
6.1 Waarderingscijfers	53
6.2 Ervaringsscores	54
6.3 Invloed van patiëntkenmerken op de ervaringscores	55
6.4 Verbeterscores	57
6.5 Validiteit resultaten	59
7 Discriminerend vermogen	61
7.1 Multilevel analyses	61
7.2 Benodigde aantallen voor het bepalen van verschillen tussen praktijken	64
7.3 Indeling van huisartsenpraktijken in drie groepen	66
8 Voorstel tot aanpassen van de vragenlijst	69
8.1 Argumenten rond het verwijderen of handhaven van items	69
8.2 Overzicht uitkomsten per module	70
8.2.1 Module Een: Eerste contact met de praktijk	70
8.2.2 Module 2: Contact met de huisarts	73
8.2.3 Module drie: de andere zorgverlener	75
8.2.4 Overige vragen	78
8.2.5 Andere punten relevant voor het gebruik van de CQI huisartsenzorg	79
8.3 Samenvattend overzicht aanpassingen vragenlijst	80
9 Samenvatting, discussie en aanbevelingen	83
9.1 Samenvatting	83
9.2 Discussie	85
9.3 Aanbevelingen	87
Literatuur	89
Bijlage 1: Verslag van de focusgroepbijeenkomsten	91
Bijlage 2 Oorsprong items	95
Bijlage 3: Ervaringsvragenlijst	99
Bijlage 4: Belangenlijst	109
Bijlage 5: Antwoorden op items en schalen	119
Bijlage 6: Gemiddelde belangscoces op volgorde van belang per onderdeel	123
Bijlage 7: Verbeterscores op volgorde van belangrijkheid	127

Samenvatting

Achtergrond en doel van het onderzoek

In 2005-2007 is de CQ Index Huisartsenzorg ontwikkeld en uitgetest om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten vanuit het perspectief van de patiënten. Deze CQ Index bestaat uit een Ervaringenlijst Huisartsenzorg en een Belangvragenlijst Huisartsenzorg, die op een gestandaardiseerde manier afgenomen, geanalyseerd en verwerkt wordt. In een eerste fase is de vragenlijst ontwikkeld. In de tweede fase heeft de veldtest van de vragenlijst plaatsgevonden bij huisartspraktijken in Rotterdam en Drenthe in de context van de pilot Benchmark huisartsenzorg.

De vragenlijst is hierbij getest op bruikbaarheid, interne validiteit, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen. Daarnaast is gekeken hoe mensen de zorg ervaren, welke aspecten de mensen het belangrijkste vonden, en met welke verbeteringen er vanuit patiëntenperspectief de meeste winst is te behalen.

Ontwikkeling van de vragenlijst

De vragenlijst is ontwikkeld op basis van bestaande instrumenten om de ervaringen met de huisartsenzorg te meten, aangevuld met vragen die specifiek betrekking hadden op andere zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk. Het uiteindelijke instrument is opgebouwd uit drie modules, waarvan de eerste betrekking heeft op het eerste contact met de huisartsenpraktijk en de tweede op de zorg verleend door de huisarts. De derde module ging over de zorg verleend door 'de andere zorgverlener' binnen de praktijk. Dit kan de assistente zijn, maar ook de praktijkondersteuner of bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige. De laatste module hoefde alleen ingevuld te worden door die mensen die hier ervaring mee hadden. Tot slot waren er een aantal vragen naar de achtergrondkenmerken van de respondent.

Opzet van het onderzoek

De veldtest was een grootschalig onderzoek dat plaatsvond bij 32 huisartsenpraktijken, waarbij ruim 16.000 huisartsenpatiënten zijn aangeschreven. In iedere praktijk hebben we uit hun patiëntenbestand een aselecte steekproef van 500 patiënten getrokken. Hierbij werd gezorgd dat er per adres niet meer dan één persoon getrokken werd. Van deze mensen werden er 400 verzocht een ervaringsvragenlijst in te vullen en 100 een belangenvragenlijst. Dit verzoek werd gedaan in een brief van de huisarts op het briefpapier van de praktijk.

De respons

8.772 personen vulden de vragenlijst in. De bruto-respons op de ervaringslijst bedroeg 58% (6.764) en op de belanglijst 66% (2.008). De netto-respons (de vragenlijsten die bruikbaar waren in alle analyses) bedroeg respectievelijk 48% en 61%. Vrouwen en ouderen waren oververtegenwoordigd in de respons.

De respons onder kinderen bleef achter bij de andere groepen. Kinderen waren aangeschreven, ongeacht hun leeftijd, met in de begeleidende brief het verzoek aan de ouders dat als de aangeschreven persoon jonger dan 12 jaar was, of de ouder de vragenlijst wilde

invullen over het consult met het kind. Desondanks heeft dit vaak tot verwarring geleid, blijkt uit vele telefoontjes en opmerkingen op de vragenlijst.

Schaalstructuur

Om de bruikbaarheid en psychometrische kwaliteit van de ervaringsvragenlijst te evalueren, zijn de items getest op bruikbaarheid, interne validiteit en betrouwbaarheid. Daarvoor zijn eerst de items bestudeerd. Eén had een hogere non-response dan 10% (item 64), en twee items hadden een extreem scheve verdeling, waarbij meer dan 90% van de mensen eenzelfde antwoord had gegeven. Bij vier items vulde meer dan 60% van de respondenten n.v.t. in, en deze zijn daarom uitgesloten van de factoranalyse.

Op basis van factoranalyses werden acht betekenisvolle schalen gemaakt van de verschillende items. Binnen de module “Het eerste contact met de huisartspraktijk” zijn twee schalen geconstrueerd, één rond toegankelijkheid en één over de rol van de assistente. In de tweede module, “Contact met de huisarts”, zijn drie schalen geconstrueerd: ‘bejegening’, ‘communicatie’ en ‘zorg op maat’. De eerste twee zijn ook samen te voegen. De derde en laatste module betreft de zorg verleend door “Contact met de andere zorgverlener”. Ook uit het deel van de andere zorgverlener zijn drie schalen geconstrueerd: ‘samenwerking en deskundigheid’, ‘bejegening’ en ‘zorg op maat’. De eerste twee zijn ook samen te voegen. De psychometrische eigenschappen van de onderscheiden schalen zijn goed tot uitstekend. Alle schalen hebben een Cronbach’s alpha van minimaal 0,70. De schalen over het contact met de huisarts hebben een Alpha die ruim boven de 0,80 uitkomt. De schalen samen bevatten samen 41 van de in totaal 61 items.

Twee items hebben betrekking op het algemeen oordeel, en zijn standaard opgenomen in de CQI. Achtien items pasten niet in een schaal. Op basis van statistische criteria en inhoudelijke overwegingen in de projectgroep is besloten of deze items opgenomen zouden worden in de definitieve vragenlijst. Acht items werden verwijderd, twee items blijven voorlopig behouden maar worden doorgetest, en acht items blijven behouden.

De ervaringen

De ervaringen van de respondenten werden gezamenlijk bekeken om een beeld te schetsen van de algemeen ervaren kwaliteit van de geleverde zorg.

De ervaringen met de huisartsenpraktijk zijn over het algemeen goed te noemen, met een gemiddeld waarderingcijfer van 8,15 op een schaal van 0 tot 10. Slechts 7.3% van de mensen zou de praktijk niet aanbevelen aan vrienden of familie. De ervaringen rondom bejegening (score 3.8), communicatie (score 3.6) en samenwerking (score 3.6) waren het meest positief. De toegankelijkheid van de zorg en m.n. het aspect bereikbaarheid was het grootste probleem.

Opgemerkt moet worden dat in dit onderzoek, binnen de respondentengroep, de jongeren en de mannelijke patiënten ondervertegenwoordigd te zijn. Dit is mogelijk voor een groot deel te verklaren door het feit dat deze groepen ook minder gebruik maken de huisartsenzorg en daarom minder geneigd zijn de vragenlijst te beantwoorden of te retourneren (voor hen die 0 keer gebruik gemaakt hadden van de zorg, was de lijst al na vraag 3 beëindigd).

Kenmerken van de patiënten beïnvloeden de scores (tabel 6.3). Hoe ouder de respondent hoe positiever de ervaringen met de zorg in de huisartspraktijk. Tussen mannen en vrouwen zijn er nauwelijks verschillen in ervaringsscores. Mensen met een HBO of universitaire opleiding zijn over de hele linie iets positiever, behalve op de schalen ‘zorg op maat’ en het algemene cijfer. Niet-westerse allochtonen hebben significant minder positieve ervaringen op alle schalen, behalve de ‘zorg op maat’ door de andere zorgverlener.

Gezien de grote aantallen patiënten is er soms de vraag of significante verschillen ook relevante verschillen zijn. Op veel schalen waren de verschillen tussen groepen kleiner dan 0,1. Het is dan ook de vraag wat het werkelijke belang is van deze kleine absolute verschillen in patiëntervaring van de kwaliteit van zorg.

Belangscores en verbeterpunten

Voor alle items van de Ervaringenlijst is gekeken naar de belangscores. Deelnemers scoorden deze items op een schaal van 1 tot 4, waarbij 1 = niet belangrijk en 4 = van het allergrootste belang. De tien items met de hoogste belangscores (met een gemiddelde van 3,4 tot 3,7) bleken vooral de items te zijn die gaan over deskundigheid, het serieus nemen, en goed geïnformeerd worden.

Door de ervaringen van patiënten te wegen voor het belang dat aan de verschillende items wordt gehecht kunnen zogenoemde verbetercores worden berekend. Hoge verbetercores (hoog belang en/of frequente negatieve ervaring) betekent dat een bepaald item prioriteit verdient bij kwaliteitsverbetering. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de volgende items vanuit patiëntenperspectief als eerste voor verbetering in aanmerking kwamen:

- Binnen een minuut iemand van de huisartsenpraktijk aan de telefoon krijgen (Item 5).
- Hulp bieden bij het voorkómen van ziekten of verbeteren van gezondheid (Item 40).
- Informatie krijgen van de huisarts over mogelijke bijwerkingen van voorgeschreven geneesmiddelen (Item 33).

De items waar men het meest tevreden over was (laag belang en/of frequente positieve ervaring), de z.g. koesterpunten waren:

- de privacy in de spreek- of onderzoekskamer (Item 21).
- de hygiëne in de huisartspraktijk (Item 29).
- de huisarts behandelt de patiënt met respect (Item 42).

Terugkoppeling informatie aan de huisartspraktijken

De huisartspraktijken die meededen aan de pilot kregen een feedbackrapport met de resultaten uit de praktijk en de gemiddelde score van de regio. De resultaten zijn besproken in bijeenkomsten met de huisartsen en de onderzoekers. De resultaten van de CQ Index leidden tot interessante en zinvolle discussies over de organisatie van de praktijk en de verschillen tussen praktijken. Opvallend was dat in geen enkele groep de resultaten van de enquête in twijfel werden getrokken, noch van de ervaringsscores, noch van de belangscores, noch van de verbeterpunten. Mensen herkenden hun praktijk in de positieve en negatieve punten.

Discriminerend vermogen

Het discriminerend vermogen van de onderscheiden schalen is goed tot uitstekend. Met alle schalen konden statistisch significante verschillen tussen praktijken worden vastgesteld, zowel in de ongecorrigeerde gegevens als in het model waarin wordt gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid.

De schalen toegankelijkheid, assistente en het item algemene oordeel hebben het beste discriminerende vermogen. Wanneer de praktijken worden ingedeeld in drie groepen, benedengemiddeld (*), gemiddeld (**), bovengemiddeld (***) blijkt dat voor de eerste twee modules en het algemeen oordeel er een goede spreiding is (tabel 7.3). Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat 1 ster aangeeft dat een praktijk significant lager scoort op de betreffende schaal dan de praktijken met 3 sterren, de bovengemiddeld scorende praktijken in de onderzochte groep. Het geeft niet noodzakelijkerwijs aan dat een praktijk in absolute zin slecht presteert.

Het onderscheidende vermogen is bij de meeste schalen zo goed dat niet meer dan 100 respondenten nodig zijn om statistisch significante verschillen tussen praktijken vast te kunnen stellen. Alleen voor de schalen rond het contact met de andere zorgverlener zouden meer respondenten nodig zijn. Omdat de resultaten over de andere zorgverlener op verschillende zorgverleners betrekking had is het niet mogelijk om uitspraken te doen over het aantal benodigde vragenlijsten. Hiervoor is een nieuwe veldtest nodig.

Case-mix adjusters

Standaard wordt geadviseerd om bij CQ Indexen te onderzoeken of correctie voor de kenmerken leeftijd, opleiding en gezondheid nodig is. Deze achtergrondkenmerken tonen significante samenhang met de meeste gerapporteerde kwaliteitsscores van de Ervaringenlijst Huisartsenzorg. In het onderzoek zijn leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en etniciteit onderzocht als mogelijke case-mix adjusters. Twee modellen zijn bekeken. Eén model met al deze variabelen behalve etniciteit, en één met deze variabelen inclusief etniciteit.

Beide modellen voldoen in de zin dat ze de uitkomsten modificeren, en dus de vergelijking tussen de praktijken verbeteren doordat rekening wordt gehouden met verschillen in samenstelling van de patiëntpopulatie. Verschillen in de kenmerken van de respondenten in het eerste model verklaren een klein deel van de variatie in kwaliteitsscores (variërend van -0,5 tot 1,1%) (tabel 7.1).

Wanneer etniciteit bij de case-mix adjusters wordt opgenomen neemt de verklaarde variantie 0,2% tot 1,4% af. Omdat niet bekend is of mensen van een niet-westerse etnische afkomst minder goede zorg krijgen of dat zij vragenlijsten anders invullen, wordt voorgesteld wordt om de variabele etniciteit voorlopig buiten de case-mix-correctie te houden. Het verdient de voorkeur om bij praktijken waarbij veel patiënten van niet-westerse afkomst zijn de uitkomsten uitgesplitst naar afkomst te presenteren.

Samenvattend, lijken de algemeen afgesproken case-mix adjusters, namelijk leeftijd, gezondheid en opleiding, ook voor de Ervaringenlijst Huisartsenzorg de meeste geschikte patiëntenkenmerken waarvoor gecorrigeerd dient te worden. Deze drie kenmerken hoeven niet aangevuld te worden met andere case-mix adjusters.

Aanpassingen van de vragenlijst

Het doel van de vragenlijst was om te komen tot een zo kort mogelijke vragenlijst die op een zinvolle manier belangrijke aspecten van de huisartsenzorg meet. De argumenten die gebruikt zijn om tot een beslissing te komen zijn:

- a) criteria gelieerd aan de psychometrische kwaliteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst;
- b) uitkomsten van de ervaringsvragenlijst, de belangenvragenlijst en de verbetercores;
- c) inzicht verkregen met de multilevel analyses, d.w.z. of er verschillen gemeten worden tussen praktijken, ook als gecorrigeerd wordt voor achtergrondkenmerken;
- d) afspraken over items die verplicht in alle CQ Indexen moeten worden opgenomen (onder andere voor de onderlinge vergelijkbaarheid);
- e) inhoudelijke argumenten van de projectgroep CQ huisartsenzorg.

Op basis van bovenstaande argumenten beschreven in hoofdstuk 8 is een voorstel gemaakt voor de definitieve ervaringslijst huisartsenzorg. Acht items kunnen worden verwijderd (13, 14, 18, 29, 34, 36, 46, 61), twee items doorgetest (10, 19) en twee facultatief (17, 67). Een aantal overgangsvragen en introductievragen behoeven een herformulering.

Toepassingsmogelijkheden en aanbevelingen vervolgonderzoek

De CQI Huisartsenzorg lijkt een valide, betrouwbaar (consistent) en bruikbaar meetinstrument te zijn, geschikt voor het meten van de kwaliteit vanuit patiëntenbeleving van de huisartsenzorg. Ook kan de vragenlijst gebruikt worden om veranderingen in tijd in kaart te brengen. Daarnaast kunnen huisartsen de vragenlijst gebruiken om hun service aan te passen aan de wensen en behoeften van hun patiënten. Het nabespreken van de resultaten van de CQI meting met de betrokken huisartsen werd door hen als zinvol ervaren. Mogelijk zal het onderscheidend vermogen nog groter zijn bij een grootschaliger toepassing omdat aan deze pilot vooral enthousiaste en innovatieve praktijken hebben deelgenomen. Met name door het goede onderscheidend vermogen kunnen in de toekomst op een goedkopere wijze CQI-metingen in huisartsenpraktijken plaatsvinden. Er hoeven minder patiënten te worden benaderd dan in deze pilotmeting. Ook de belangenlijst hoeft niet meer te worden uitgezet omdat de belangenscores uit deze pilotexercitie kunnen worden gebruikt.

Niettemin zijn nog een aantal duidelijke verbeteringen mogelijk:

- Inkorten van de vragenlijst volgens de aanbevelingen in dit rapport.
- Het verzenden van de vragenlijst naar de selectie van patiënten die in het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van de huisarts.
- Bij de eerste verzending alleen de internetlink meesturen, en in de reminder de vragenlijst, met het doel het aantal internetrespondenten te verhogen, en de kosten te verminderen.
- Het beperken van de vragenlijst over de andere zorgverlener naar zorgverleners die zelfstandig consulten doen, zoals een POH-er of een andere verpleegkundige. Deze module slechts versturen naar die praktijken waar deze zorgverleners werkzaam zijn.
- Het maken van een vragenlijst voor kinderen van 0 tot 12 jaar, waarbij dezelfde vragen gericht worden aan de ouders over de ervaring met de zorg aan het kind.

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van de Consumer Quality (CQ)–index Huisartsenzorg. Het doel is een ‘State of the art’ instrument te ontwikkelen voor het meten van de kwaliteit van de prestaties van de huisartspraktijken gezien door de ogen van de patiënt. Het onderzoek is in 2006 en 2007 door het NIVEL uitgevoerd, met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg, en met inbreng van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie NPCF, het Nederlands Huisarts Genootschap NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV.

Aanleiding voor dit onderzoek is de roep om meer transparantie in de zorg. Hiervoor is het nodig dat er instrumenten ontwikkeld worden waarmee de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van patiënten op een objectieve manier gemeten kan worden, praktijken met elkaar vergeleken kunnen worden en, indien nodig, verbetertrajecten ingezet kunnen worden. De kwaliteit van de zorg zoals ervaren door de gebruikers, is een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg.

Het onderzoek bestond uit twee delen. In de eerste fase is de vragenlijst ontwikkeld. In de tweede fase is de vragenlijst uitgezet binnen de context van het project “pilot benchmarking huisartsenzorg” bij 32 huisartsenpraktijken in de regio’s Drenthe en Rotterdam.

Dit rapport biedt inzicht in de ontwikkeling, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen van de Consumer Quality (CQ)–index Huisartsenzorg. Met de CQ-index Huisartsenzorg kan in de nabije toekomst informatie verzameld worden die zicht geeft op de kwaliteit van de huisartsenzorg. Deze informatie kan worden voor belangbehartiging, keuze-informatie, kwaliteitsverbetering of zorginkoop. In een volgende fase kan het instrument op grotere schaal gebruikt worden, en geëxperimenteerd worden met de manier waarop de vragenlijsten het best verspreid kunnen worden.

Deze studie was nooit tot stand gekomen zonder de medewerking van vele mensen. Wij denken in eerste instantie aan alle patiënten die de moeite hebben genomen de enquêtes te retourneren en de huisartsen die bereid waren mee te doen aan dit onderzoek. Ook denken wij aan VGZ en het gezondheidscentrum Lombok te Utrecht voor de werving van de deelnemers aan de focusgroepen en aan stichting STOEL voor het begeleiden van de feedbackgroepen.

Utrecht, maart 2008

1 Inleiding

Het doel van deze studie is om een ‘State of the art’ instrument te ontwikkelen voor het meten van de kwaliteit van de prestaties van de huisartspraktijken gezien door de ogen van de patiënt. In dit rapport staat de ontwikkeling van dit instrument beschreven, de beschrijving van de veldtest, de resultaten van het onderzoek, de beschrijving hoe de resultaten geleid hebben tot de definitieve vragenlijst met aanbevelingen over de aantallen af te nemen enquêtes.

1.1 Achtergrond

De ontwikkeling van de Consumer Quality Index (CQI) Huisartsenzorg heeft plaats gehad in twee van de vier regio’s die meededen aan het project “pilot benchmarking huisartsenzorg” dat van 2005 tot 2007 heeft plaatsgevonden. De vier regio’s die meededen aan deze pilot zijn Almere, Zoetermeer, Drenthe en Rotterdam. Deze pilot benchmarking is ontwikkeld in samenspraak met een landelijke veldklankbordgroep waarin de beroepsorganisaties LHV en NHG, de NPCF, ZN, de Consumentenbond, de IGZ en het ministerie van VWS zijn vertegenwoordigd. Iedere regio had de vrijheid om op basis van een landelijk vastgestelde set indicatoren eigen keuzes te maken (Boerma en de Bakker, 2005, de Bakker en Boerma, 2005). In de regio’s is de benchmark door lokale partijen uitgewerkt.

Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in januari 2006, is een start gemaakt om het Nederlandse zorgstelsel om te vormen tot een vraaggestuurd zorgstelsel. Kiezen in de zorg en meer nadruk op de verantwoordelijkheid van patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners vereist beschikbaarheid van voldoende betrouwbare informatie over de zorg. Een manier om deze informatie te verkrijgen is benchmarking. Essentieel in benchmarking is dat er informatie wordt verschaft over een beperkte set van prestatie-indicatoren waarmee zorgaanbieders onderling kunnen worden vergeleken of misschien zelfs kunnen worden afgezet tegen de ‘best practice’. Informatie uit benchmarking kan in de gezondheidszorg drie doelen dienen:

- het (bij)sturen van interne bedrijfsprocessen in de zorg;
- het bieden van een basis voor keuzen door consumenten en verzekeraars;
- de overheid in staat stellen toezicht te houden op de kwaliteit van de zorgverlening en de publieke belangen te borgen.

In de regio’s Drenthe en Rotterdam is de CQI Huisartsenzorg gebruikt. In Rotterdam was een projectgroep gevormd met vertegenwoordigers van huisartsen, patiënten/consumenten, zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea, de GGD en het ministerie van VWS. Deze projectgroep heeft een specifieke Rotterdamse indicatorenset voor de benchmark ontwikkeld, die gebaseerd is op het landelijke advies. Hierbij is de CQ-index als instrument gekozen om de patiëntervaring te meten. In regio Drenthe is gekozen om het accreditatietraject van de NHG te volgen om de kwaliteitsindicatoren in de huisartsenpraktijk te

meten. Daarnaast is aan de participerende huisartsen aangeboden om mee te doen aan het patiëntervaringsonderzoek middels de CQ-index.

1.2 Het meten van de ervaren kwaliteit van zorg, de CQ-Index

Ervaren kwaliteit van zorg wordt gedefinieerd als ‘de mate waarin de verleende zorg op belangrijke aspecten overeenstemt met de wensen en eisen die patiënten aan deze zorg stellen’. Deze kan gemeten worden door patiënten enerzijds te vragen naar hun *feitelijke ervaringen* met de zorg en anderzijds naar wat zij *belangrijk* vinden in deze zorg (Sixma, van Campen, et al., 1998). Op verschillende terreinen van de zorg worden momenteel instrumenten ontwikkeld om ervaringen met de zorg te meten. Deze meetinstrumenten staan bekend onder de naam CQ-index, wat staat voor Consumer Quality Index.

De CQ-index is gebaseerd op een combinatie van twee meetmethoden, de CAHPS en QUOTE systematiek. De Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) vragenlijsten zijn instrumenten, die is ontwikkeld in de Verenigde Staten, om de ervaringen van patiënten/consumenten te meten met hun zorgverzekeraar en de door hun zorgverzekeraar aangeboden gezondheidszorg (Delnoij et al., 2006; Hargraves et al., 2003). De QUOTE vragenlijsten, wat staat voor QUality Of care Through the patients’ Eyes, zijn een serie vragenlijsten die zijn ontwikkeld door het NIVEL om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten/consumenten te meten en waarbij met name ook het belang dat mensen hechten aan bepaalde aspecten van de zorg wordt meegenomen (Sixma et al., 1998a; Sixma et al., 1998b). Daarnaast kan met de Zowel de CAHPS- als de QUOTE-vragenlijsten meten ervaringen van consumenten met de kwaliteit van de aan hen verleende zorg en zijn het resultaat van tien jaar gedegen kwalitatief en kwantitatief onderzoek onder patiënten (Delnoij et al., 2006).

De (toepassing van) CQ-index vragenlijsten zijn geschikt voor meerdere doeleinden en moeten resulteren in informatie op verschillende niveaus en voor verschillende partijen, zoals voor:

- professionals in de zorg: kwaliteitsinformatie/verbeterinformatie;
- zorgconsumenten: keuze-informatie;
- patiënten- en cliëntenorganisaties: belangenbehartiginginformatie;
- zorgverzekeraars: zorginkoopinformatie;
- overheid/beleidsorganisaties: monitorinformatie;
- inspectie: toezichtinformatie.

Er zijn inmiddels een aantal CQI meetinstrumenten ontwikkeld. Er zijn algemene CQ indexen ontwikkeld, (zoals de CQ over ervaringen van verzekerden met zorg en de zorgverzekeraars (Hendriks et al., 2006), sectorspecifieke (zoals de CQI voor kortdurende ambulante ggz. Wijngaarden et al., 2007) en aandoeningspecifieke (zoals de CQI rondom een staaroperatie, (Brouwer et al 2006). Meer informatie over de CQ-index is te vinden op <http://www.nivel.nl/cqindex>.

Op 6 december 2006 is het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit centrum heeft als doel dat de komende jaren systematisch en op een gestandaardiseerde manier de ervaringen van de klanten met de gezondheidszorg op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar worden gemaakt. Hiervoor wordt de CQ-index gebruikt (<http://www.centrumklantervaringzorg.nl>). In de periode dat het centrum nog in de oprichtingsfase was, was er al wel een onderzoekersplatform geformeerd waarin kennis en ervaring over het ontwikkelen en testen van CQI-meetinstrumenten werden overgedragen en uitgewisseld. Dit platform is een belangrijke bron van informatie en inspiratie geweest voor het ontwikkelen van de CQI huisartsenzorg.

Dit rapport gaat over de ontwikkeling van een CQ-index voor de zorg in de huisartsenpraktijk. In de CQ-index die in dit rapport wordt beschreven, staat de ervaren kwaliteit van huisartsenzorg centraal van mensen die daar in het afgelopen jaar gebruik van hebben gemaakt.

Voor het beschrijven van de ontwikkeling van het meetinstrument is het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2007, zie ook www.centrumklantervaringzorg.nl) gevolgd.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Doel van dit onderzoek is om een instrument te ontwikkelen dat de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van consumenten in kaart kan brengen. Dit instrument moet vragen kunnen beantwoorden als: 'hoe oordelen mensen over de zorg binnen de huisartsenpraktijk', 'wat zijn de ervaringen met zorg in de huisartsenpraktijk', 'wat vinden consumenten de belangrijkste aspecten van de zorg in de huisartsenpraktijk', en 'welke aspecten van de zorg kunnen nog verbeterd worden'. Het instrument bestaat uit twee vragenlijsten, een ervaringsvragenlijst en een belangenvragenlijst.

Er zijn meerdere fasen in de ontwikkeling van het instrument, de ontwikkeling van het instrument, de veldtest, en de analyse en rapportage, inclusief de beslissing over het definitieve instrument. De eerste fase is de ontwikkeling van de vragenlijsten om ervaringen en belangen te meten van patiënten die gebruik maken van huisartsenzorg. Deze nieuw te ontwikkelen vragenlijsten bouwen voort op de meetinstrumenten die al voor handen zijn om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten, en is verder ontwikkeld met behulp van focusgroep gesprekken. Daarnaast moet dit nieuw te ontwikkelen instrument voldoen aan de eisen voor kwaliteit die het Centrum Klantervaring Zorg stelt aan een CQI meetinstrument. (Sixma et al., 2007) Kort samengevat betekent dit dat:

1. kwaliteit van zorg gemeten wordt aan de hand van de ervaringen van de patiënten met de zorg;
2. er tevens gemeten wordt welk belang patiënten hechten aan de verschillende aspecten van de zorg;
3. zodat uiteindelijk inzicht wordt verkregen in mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering door de berekening van verbetercores, een berekening die uitgevoerd wordt door de ervaring en het belang te combineren. Immers, op onderdelen die consumenten zeer

belangrijk vinden, maar waarvoor de ervaringen negatief zijn, valt maximale kwaliteitswinst te behalen (vanuit patiëntenperspectief).

In de tweede fase is de concept ervaringsvragenlijst uitgezet bij een aselechte steekproef van 400 patiënten per huisartsenpraktijk, in totaal 32 praktijken. De ervaringsvragenlijst vraagt naar de frequentie van de ervaringen. De vraag begint met 'Hoe vaak', en de antwoordcategorieën zijn 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd'. Met de antwoorden is inzicht verkregen in de ervaringen van patiënten en de interpreteerbaarheid van de antwoorden. Daarnaast is gekeken welke ervaringen met elkaar samenhangen. Hierbij worden schalen geconstrueerd die getest worden op hun interne betrouwbaarheid en validiteit. Per praktijk kregen 100 patiënten de concept belangenvragenlijst, waardoor het mogelijk was om later de verbeterscores te berekenen. De belangenvragenlijst vraagt naar het belang dat iemand hecht aan een bepaald aspect van de zorg. De vraag is geformuleerd met het werkwoord moeten, en de antwoordcategorieën zijn 'niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk' en 'van het allergrootste belang'.

Hierna heeft het onderzoek zich gericht op de vraag of de vragenlijst geschikt is om huisartsenpraktijken met elkaar te vergelijken. Dit betreft het onderzoek naar het discriminerend of onderscheidend vermogen van de ervaringsvragenlijst. In dit onderzoek worden correctievariabelen (case-mix adjusters) vastgesteld, en de relatie tussen kwaliteitsoordelen en patiëntkenmerken, (zoals leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheidstoestand) nader onderzocht. Door correctie voor de verschillen in samenstelling van de patiëntenpopulatie per praktijk, kunnen praktijken op een meer objectieve en eerlijke basis met elkaar vergeleken worden.

1.4 Onderzoeksvragen

Op basis van de gegevens die met de CQ-index in dit onderzoek worden verzameld, beogen wij de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Welke kwaliteitsaspecten kunnen worden onderscheiden binnen de huisartsenzorg?
2. Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de ontwikkelde CQ index huisartsenzorg (de schaalstructuur, validiteit en betrouwbaarheid van het instrument)?
3. Wat is het discriminerend (of onderscheidend) vermogen van de verschillende schalen van het instrument?
4. Wat zijn relevante correctievariabelen oftewel case-mix adjusters bij de Ervaringenlijst Huisartsenzorg?
5. Hoe oordelen mensen over de zorg?
6. Hoe kunnen we de vragenlijsten optimaliseren?

1.5 Verwachte resultaten en toepassingen

Na het analyseren van de items en schalen op bruikbaarheid en betrouwbaarheid, en het evalueren van de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen huisartsenpraktijken, kan de vragenlijst verder geoptimaliseerd en ingekort worden. Het resultaat moet zijn een zo kort mogelijke lijst met goede psychometrische eigenschappen en onderscheidend vermogen en aanbevelingen van de aantallen af te nemen enquêtes.

Dit onderzoek zal ook verdergaand inzicht kunnen leveren in de ervaringen van patiënten met de zorg in de huisartsenpraktijk, verschillen in belang dat patiënten toekennen aan de verschillende kwaliteitsitems, verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg, en factoren die mogelijk van invloed zijn op de kwaliteitsoordelen. Daarbij wordt ook uitsluitend verkregen over het discriminerend vermogen van de vragenlijst en over de variabelen waarvoor in vergelijkend kwaliteitsonderzoek onder huisartspraktijken moet worden gecorrigeerd (case-mix adjusters).

1.6 Opbouw van dit rapport

Dit rapport bestaat uit 8 hoofdstukken. In hoofdstuk 2 staat de constructie van de vragenlijsten centraal. Hierbij wordt ingegaan op de constructie van het meetinstrument, de gehouden focusgroeps gesprekken en de aanpassing van het meetinstrument.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode beschreven. De steekproeftrekking, de dataverzameling, de analyses van de psychometrische testfase en het toetsen op discriminerend vermogen worden beschreven.

Vanaf hoofdstuk 4 volgen de resultaten. Eerst komen de respons en enkele achtergrondkenmerken van de respondenten aan bod (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de psychometrische analyses weergegeven. Items worden op basis van de antwoorden beoordeeld op hun eventuele bijdrage aan de definitieve vragenlijst en schalen worden ontworpen. In hoofdstuk 6 worden de resultaten van de ervaringslijst besproken, de verschillen in ervaring tussen groepen respondenten, de resultaten van de belangenlijst en de berekende verbetercores.

In hoofdstuk 7 staan de resultaten van de toetsing op het discriminerend vermogen. Deze resultaten geven inzicht in de verschillen die gevonden kunnen worden tussen huisartspraktijken en het aantal vragenlijsten dat nodig is om deze verschillen aan te tonen. In hoofdstuk 8 wordt per onderdeel van de vragenlijst besproken welke vragen geschikt zijn om te behouden in de definitieve vragenlijst. Hierbij zijn naast de statistische en onderzoekstechnische argumenten ook beleidsmatige en inhoudelijke argumenten van de toekomstige gebruikers van belang. Tenslotte volgt in hoofdstuk 9 een samenvatting van het onderzoek, een discussie van de belangrijkste bevindingen en de aanbeveling voor toekomstig gebruik van de CQI huisartsenzorg.

2 Ontwikkeling van de vragenlijst

Voor de ontwikkeling van de pilot vragenlijst CQ-index Huisartsenzorg is het volgende traject doorlopen:

- a. Inventarisatie van bestaande vragenlijsten over de huisartsenzorg;
- b. Twee focusgroepsdiscussies met mensen over de huisartsenzorg om inzicht te krijgen in welke kwaliteitsaspecten belangrijk zijn voor patiënten;
- c. Constructie van het conceptmeetinstrument op basis van de resultaten van de focusgroepsdiscussies en bestaande lijsten;
- d. Uittesten van dit meetinstrument met individuele mensen en in een 3^e focusgroep;
- e. Feedback op dit meetinstrument van belangrijke partijen.

In dit hoofdstuk wordt hiervan verslag gedaan. In paragraaf 2.1. wordt verslag gedaan van de constructie van de ervaringenvragenlijst met behulp van focusgroepgesprekken. In paragraaf 2.2. wordt verslag gedaan van de constructie van de belangenvragenlijst.

2.1 Constructie Ervingen vragenlijst Huisartsenzorg

2.1.1 *Ontwikkeltraject om tot deze vragenlijst te komen*

Er is een projectgroep gevormd bestaande uit deskundigen op het gebied van onderzoek in de huisartsenzorg en onderzoek met de CQ index. Deze projectgroep is 6 maal bijeen gekomen voor de constructie van de conceptvragenlijst (voor samenstelling projectgroep zie pagina 2).

Eerst is een inventarisatie gedaan naar bestaande lijsten waarmee kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiënten perspectief gemeten is. De gevalideerde instrumenten op dit gebied zijn de Quote, de Europep, de CEP, de CAHPS, de CQI kernvragen en de General Practice Questionnaire. De vragen uit deze lijsten zijn opgenomen in een groot bestand gegroepeerd per thema: algemeen, bejegening, communicatie/informatie, beschikbaarheid, bereikbaarheid, continuïteit, deskundigheid, autonomie en achtergrondkenmerken. De meeste vragenlijsten richten zich op de zorg van de huisarts en minder op de samenwerking tussen zorgverleners binnen een praktijk. Door de toenemende taakdelegatie en -differentiatie binnen de huisartsenpraktijk, is gezocht naar vragen om de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners in beeld te krijgen. We hebben daarvoor gebruik gemaakt van twee vragenlijsten die nog in het ontwikkeltraject zaten: de CQI-vragenlijst die gebruikt is bij het project: “eerstelijns gezondheidscentra door de cliënt bekeken” (NPCF, 2007) en de vragenlijst die gebruikt is om de patiëntervaringen in een gezondheidscentrum in Groningen te meten (v.d. Berg et al., 2007).

Per themagebied is er gekeken of de vraag betrekking had op de praktijkassistente, de huisarts, een andere zorgverlener, of de praktijk in het algemeen. Daarna zijn per themagebied de belangrijkste vragen omgezet naar een formulering volgens de CQ-index. Dit betekent dat er wordt gevraagd naar de frequentie van de ervaring, en er een duidelijk

afgebakende periode is waarover de vraag betrekking heeft. Concreet betekent dit dat de vraag begint met “Hoe vaak” en de frase “in het afgelopen jaar” opgenomen is in iedere vraag of bij de introductie van een module van de vragenlijst.

In bijlage 2 is per vraag uit de uiteindelijke vragenlijst beschreven wat de achterliggende vragenlijst is.

2.1.2 *Organisatie focusgroepsdiscussies*

De aspecten die mensen belangrijk vinden van de zorg van de huisarts is bekend uit het achterliggende onderzoek van de in 2.1 genoemde vragenlijsten. Waar nog niet veel ervaring mee is, is met hoe te vragen naar de zorg door verschillende zorgverleners binnen de huisartspraktijk. Om hier meer grip op te krijgen zijn in totaal drie focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd. De eerste twee hadden een oriënterend karakter waarbij het met name ging om welke aspecten men belangrijk vindt in de zorg door andere zorgverleners en de samenwerking binnen de praktijk. De derde groep had tot doel om te evalueren of de conceptvragenlijst de ervaringen goed weergeeft, of de vragen duidelijk zijn en hoeveel tijd het invullen kost.

Deelnemers aan de eerste twee groepsdiscussies zijn geworven met medewerking van het VGZ Verzekerdenpanel, dat door het NIVEL wordt onderhouden (Hendriks et al., 2006). De 55 mensen die lid waren van dit panel, woonachtig waren in Utrecht, én de leeftijd hadden tussen de 20 en 75 jaar, zijn aangeschreven en uitgenodigd. In de uitnodiging is de achtergrond en de inhoud van het onderzoek beschreven, werd het doel van de bijeenkomst uitgelegd en werd verteld wat er met de door patiënten verstrekte informatie zou worden gedaan. Zij konden zich opgeven voor twee verschillende data.

Deelnemers aan de derde focusgroep zijn geworven met een aselechte steekproef uit de patiënten ingeschreven in een groot gezondheidscentrum in Lombok. Wij hebben dit centrum gevraagd om mee te doen, met de verwachting dat deze patiënten ervaring hadden met de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, en in de hoop dat we ook deelnemers zouden krijgen uit andere etnische groeperingen. We hebben 55 mensen aangeschreven met een vergelijkbare brief als in de eerdere focusgroepen, maar uit naam van de huisarts. Uiteindelijk hebben 4 mensen deelgenomen. Deze lage respons werd mede veroorzaakt door het feit dat de datum van de bijeenkomst gepland was in de periode van de schoolvakanties en veel mensen daarom niet aanwezig waren.

In totaal hebben 14 mensen meegedaan aan de drie focusgroepen. Alleen van de deelnemers uit de derde groep hebben wij de exacte leeftijd omdat zij de ingevulde vragenlijsten achteraf aan ons gegeven hebben. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 30 tot 76 jaar. Er namen evenveel mannen als vrouwen deel. Zie tabel 2.1 voor de verdeling van mannen en vrouwen en hun - soms - geschatte, leeftijd. Als dank voor deelname aan de groepsdiscussie ontvingen de deelnemers een Irischeque van €20,-, naast de gebruikelijke reiskostenvergoeding.

Tabel 2.1: Kenmerken deelnemers van focusgroepsgesprekken

Groepsgesprek	N	Man/vrouw
1	6	5 mannen, 1 vrouw (allen > 50 jaar)
2	4	1 man (\pm 30 jaar), 3 vrouwen (allen \pm 50 jaar)
3	4	1 man (76 jaar), 3 vrouwen (45, 48 en 55 jaar)
Totaal	14	7 mannen, 7 vrouwen

2.1.3 *De eerste twee focusgroepen*

Het doel van de eerste twee focusgroepen was de knelpunten te achterhalen die mensen ervaren bij de zorg geleverd door andere zorgverleners dan de huisarts, en te weten hoe mensen onderscheid maken tussen verschillende zorgverleners (POH, assistente, diabetesverpleegkundige etc.)

De groepsdiscussies werden geleid door één onderzoeker met assistentie van een andere onderzoeker aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst was ontwikkeld op basis van de ontbrekende informatie over de huisartsenzorg, en diende als leidraad tijdens de focusgroepbijeenkomsten. De discussieleider had als taak de discussie te structureren, door te vragen als zaken onduidelijk waren, alle deelnemers zoveel mogelijk te betrekken en de inhoud van de gesprekken te bewaken. De bijeenkomsten duurden maximaal 2 uur, met een kwartier pauze. Elke groepsdiscussie is na goedkeuring van de deelnemers opgenomen op geluidsband en kenmerkte zich door een open karakter, waarbij deelnemende patiënten gevraagd werd hun positieve en negatieve ervaringen met de huisartsenzorg te delen. Na een korte introductieronde werd begonnen met de openingsvraag die bedoeld was als opwarmer en om inzicht te krijgen in de ervaringen van de groepsdeelnemers en het type zorgverleners waar zij ervaring mee hadden: ‘Welke positieve ervaring heeft u gehad met de zorg die u heeft ontvangen?’.

Na de positieve ervaringen zijn de negatieve ervaringen op eenzelfde manier besproken. Na de pauze is doorgepraat over de ervaringen met andere zorgverleners dan de huisarts en hun onderlinge samenwerking en afstemming. De meeste deelnemers hadden veel ervaring met de zorg, als patiënt en/of als professional. In de groep zaten bijvoorbeeld mensen die zeer veel zorg gehad hadden rondom een hartinfarct, een groot ongeluk, borstkanker, ziekten van partner of moeder en/of mensen die werkten of gewerkt hadden als apotheekassistente, IC verpleegkundige, of fysiotherapeut. Ervaringsdeskundigheid met zorg was voldoende aanwezig om de twee uur volledig te vullen met verhalen en ervaringen.

De groepsdiscussies zijn volledig uitgetypt. Vervolgens zijn de uitwerkingen handmatig geanalyseerd en gerangschikt naar negen thema's. Een samenvatting van de belangrijkste bevindingen per thema wordt hieronder beschreven. Zie voor een vollediger overzicht bijlage 1.

De specifieke punten van aandacht waren:

Toegankelijkheid

Veel opmerkingen zijn gemaakt over de moeilijke telefonische bereikbaarheid van praktijken. Er waren positieve ervaringen met spoedlijnen, receptenlijnen en e-mailconsulten in die praktijken waar dat kan. Mensen vonden het belangrijk om nog op dezelfde dag terecht te kunnen als er iets aan de hand is.

Rol van de assistente

De rol van de assistente bij het maken van de afspraak verschilde per praktijk. In sommige praktijken vraagt de assistente alleen door over de klacht als je een visite wilt of snel geholpen wilt worden. In andere praktijken vraagt de assistente ook door over je vraag of klacht als je alleen een telefonisch consult met de arts wil. Dit vonden de mensen uit de twee focusgroepen erg vervelend. “Als ik een dokter wil spreken, wil ik een dokter spreken en niet de assistente” of “Als ik iets simpels als een telefonische afspraak wil om te overleggen met de dokter, dan hoeft de assistente toch niet te weten waar dat over gaat?”.

De rol van de huisarts t.o.v. de andere zorgverleners

Drie mensen waren zeer geraakt door het ongevraagde bezoek van hun huisarts na een ziekenhuisopname (hartinfarct, borstkanker, ongeluk). Geen van hen had dit verwacht en ze hadden dit alle drie als zeer prettig ervaren.

Een van de aspecten die de mensen uit de focusgroepen erg belangrijk vonden van de huisarts is dat je elkaar kent, waardoor de huisarts ook kan inschatten of een klacht serieus is of niet, of dat er iets anders aan de hand is.

De huisarts werd door sommigen als coördinator gezien. Een vrouw verwoordde het als volgt: “Ik vind het wel belangrijk dat die huisarts alle draadjes steeds weer in handen krijgt en dat steeds weer kan combineren, al lopen er 30 leuke hulpverleners iedere dag voor al mijn diverse klachten. Ik kan me voorstellen dat het allemaal reuze logisch is en ook nog efficiënt en effectief enzo, maar dan is het toch handig als je huisarts goed geïnformeerd is; mijn huisarts is toch mijn gezondheidscoach. Zo zie ik hem wel. En dan moet hij wel alle info hebben en zo nu en dan ook een voortgangsoverlegje met mij hebben.”

Andere aspecten die aan bod kwamen waren dat het belangrijk is dat degene die de diagnose stelt, het meest deskundig is, en dat de huisarts op tijd doorverwijst als het niet duidelijk is wat er aan de hand is. Bij doorverwijzen vinden mensen het belangrijk informatie te krijgen over de keuzemogelijkheden tussen ziekenhuizen en specialisten. Een aantal mensen hadden heel positieve ervaringen met de huisarts die aangaf op welke termijn de afspraak gemaakt zou moeten zijn, en waarbij de huisarts de instructie gaf om terug te komen als dat niet zou lukken. De huisarts zou er dan zelf achteraan bellen.

Bespreken met de huisarts van fouten of zaken die niet goed gegaan zijn

Fouten die mensen uit de focusgroep ervaren hadden waren vaak niet besproken met de huisarts. Van negatieve ervaringen vond men eigenlijk wel dat je daar over moest praten omdat anders de relatie verstoord zou raken. Een vrouw had goede ervaring met het schrijven van brieven over de fouten die ze had meegemaakt. Ze verkoos om brieven te schrijven naar de arts met een kopie aan de directie van het ziekenhuis boven het starten

van een klachtenprocedure. Men vond het erg belangrijk dat artsen open stonden voor gesprekken over negatieve ervaringen, of er zelf over begonnen.

Psychische duiding klachten

Het onnodig psychologiseren van klachten was eigenlijk geen thema. Mensen waren wel tevreden over hun huisarts wat betreft dit aspect. Men zag dit probleem vaker bij specialisten: als zij geen ziekte konden vinden dan zeiden ze dat het psychisch was.

Medische informatie (dossier, overdracht, privacy)

In beide groepen is iedereen zeer positief over het idee dat belangrijke informatie voor diverse zorgverleners elektronisch beschikbaar is.

De mensen uit de focusgroepen vinden het prettig dat ze zelf inzage kunnen hebben in hun dossier, dat verwijfsbrieven open meegaan, en dat je zelf je dossier meeneemt als je van huisarts verandert. Een praktijk leek een ideale oplossing te hebben gevonden voor het gebruik van computers tijdens het consult. Deze arts had een computer met twee schermen zodat de patiënt mee kan lezen met wat de dokter typt.

Identificatie van knelpunten samenwerking binnen de huisartsenpraktijk

In het algemeen wordt het prima gevonden dat de assistente handelingen verricht als bloeddrukmeten, wrattenspreekuur, griepvaccinaties, oor uitspuiten, ECG etc. Ook routineklussen zoals controleren van chronische zieken kan de assistente prima doen. Met de diabetesverpleegkundige hebben twee mensen ervaring. De ene persoon komt er eens per kwartaal en is erg tevreden, vindt dat er meer tijd is om kleine kwaaltjes door te nemen. De andere persoon had naast zijn diabetes ook andere ziekten waar deze verpleegkundige niets mee kon, en hij iedere keer alsnog naar de huisarts moest. Hij vond het een hoop gedoe voor een klein kwaaltje dat eigenlijk goed onder controle was, en heeft met zijn huisarts afgesproken dat hij verder de controles doet.

Onderscheid tussen de verschillende zorgverleners

Als er een nieuwe zorgverlener komt wordt deze aangekondigd in de praktijk. Zij/hij onderscheidt zich van de assistentes omdat zij/hij een aparte kamer heeft en zelf afspraken maakt. De mensen in de groepen wisten of deze persoon een verpleegkundige achtergrond had: 'een hele echte'.

Samenwerken tussen artsen

Sommige mensen uit de focusgroepen hebben goede ervaringen over de informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de tweede lijn. Informatie uit de tweede lijn kwam snel bij de huisarts terecht. Anderen hadden de ervaring dat zij zelf aan de huisarts moesten vertellen wat er gebeurd was.

Het wordt als hinderlijk ervaren dat artsen onderling niet van elkaar weten welke medicijnen voorgeschreven worden en daar dus geen rekening mee houden. Het is ook vervelend als zij elkaars behandeling afkeuren.

2.1.4 Vervolg op de eerste twee focusgroepen

De focusgroep heeft ons de mogelijkheid gegeven de vragenlijst nog eens kritisch te herzien, en te kijken of alle belangrijke onderdelen aan bod kwamen. De opmerkingen hielpen keuzes te maken om bepaalde vragen op te nemen in de lijst, zoals de vraag of de huisarts rekening houdt met de emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid. Deze vraag raakt de rol die volgens de mensen de 'ideale' huisarts heeft heel erg.

Een ander aspect van de kwaliteit van zorg dat mensen erg belangrijk vonden was de bereidheid te praten over fouten of over zaken die niet goed zijn gegaan. Deze vraag is daarom zowel voor de huisarts als voor de andere zorgverlener opgenomen. De mogelijkheid van het e-mail consult, ook belangrijk, kan echter beter via een praktijkenquête gevraagd worden dan via het patiëntervaringsonderzoek.

Omdat er zoveel opmerkingen waren over de rol van de assistente bij het maken van een afspraak, zijn een aantal vragen over dit thema opgenomen in de vragenlijst. (vraag 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 in de uiteindelijke lijst, zie bijlage 3).

Er bestaat geen duidelijke taakafbakening tussen handelingen die een doktersassistente en een praktijkondersteuner/gespecialiseerd verpleegkundige doet. Dit verschilt erg per praktijk. Daarom hebben we besloten het derde deel van de vragenlijst te richten op 'de andere zorgverlener' waarbij de invuller aangeeft op wie de antwoorden betrekking hebben.

De vragenlijst is met deze nieuwe ideeën aangepast, en aan 15 bekenden die géén onderzoeker zijn, binnen en buiten het NIVEL uitgedeeld om in te vullen. Met hun feedback is de vragenlijst verder aangescherpt en is met name de formuleringen van vragen verbeterd en is de antwoordcategorie niet van toepassing toegevoegd bij een aantal vragen.

2.1.5 De derde focusgroep

Vervolgens is de derde focusgroep georganiseerd. De mensen die zich opgegeven hebben, hebben allen vooraf de vragenlijst toegestuurd gekregen met het verzoek deze in te vullen en ook de tijd bij te houden. In de bijeenkomst is eerst gesproken over hun positieve en negatieve ervaringen met de huisartspraktijk. Na de pauze zijn de vragenlijsten besproken en konden wij evalueren hoe de deelnemers hun ervaringen hadden weergegeven in de beantwoording van de vragenlijst.

Uitkomst van de derde focusgroep

De mensen hadden 25 tot 30 minuten nodig om de vragenlijst in te vullen, maar waren allen ook vaak bij de huisarts geweest. Dat maakte het soms wat ingewikkelder de vragen goed te beantwoorden. Men vond het bijvoorbeeld lastig om vraag 7¹ te beantwoorden, omdat ze het voor de ene klacht geen enkel probleem vonden om het aan de doktersassistente te vertellen en voor een andere klacht wel. Ook in deze focusgroep gaven de mensen aan het vaak vervelend te vinden dat zij eerst het verhaal aan de doktersassistente moesten vertellen. In deze groep werd nog aangevuld dat mensen het vooral heel vervelend vinden om dingen aan de assistente te moeten vertellen als het om psychische problemen gaat.

¹ Vraag 7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?

De belangstelling voor de persoonlijke situatie werd als erg belangrijk ervaren. De huisarts wordt gezien als de vertrouwenspersoon (door drie van de vier personen genoemd). De vraag of de huisarts rekening hield met de vergoeding door de ziektekostenverzekering bij het voorstellen van de behandeling (geneesmiddelen, verwijzing), was een vraag die erg veel verwarring opriep. “Je bent toch voor alles verzekerd?”. Deze vraag wordt ook niet belangrijk gevonden, en is geschrapt.

Helaas hadden geen van de deelnemers te maken gehad met een andere zorgverlener. Hierdoor konden we niet controleren of we alle knelpunten in de samenwerking ook goed bevraagd hadden.

Deze bespreking heeft geleid tot een aantal verbeteringen in de vragenlijst. Naast het schrappen van de vraag over de vergoedingen, is de inleiding veranderd, is de formulering van negen vragen veranderd, en is bij een aantal vragen de antwoordcategorie “niet van toepassing toegevoegd”.

2.1.6 *Input van experts*

Vervolgens is de vragenlijst ter beoordeling gestuurd naar een aantal experts op het gebied van patiëntervaring, vragenlijstontwikkeling en collega's die bezig waren met het ontwikkelen van een CQI vragenlijst gezondheidscentra. Ook zij hebben input gegeven die is verwerkt in de vragenlijst.

Het was de bedoeling dat de vragenlijst besproken zou worden in de Landelijke Veldklankbordgroep Huisartsenzorg, maar deze groep bleek niet bijeen te komen. Toen is besloten de vragenlijst rond te sturen naar beleidsorganisaties zoals de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlandse Huisartsgenootschap (NHG). De feedback van het NPCF leidde tot het opnemen van de vragen over de accommodatie (rolstoeltoegankelijkheid, zitplaatsen, schoon, gunstige tijdstippen open). De zorg van de NHG was dat de vragenlijst te lang was, en dat ze een aantal vragen lastig te beantwoorden vonden voor mensen die niet vaak bij de huisarts komen.

Tot slot is de vragenlijst besproken in de Wetenschappelijke Ontwikkelingsgroep van het Centrum Klantervaring Zorg, waarin ook de zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn. Tijdens dit overleg zijn een aantal vragen geherformuleerd, en is vraag 14 toegevoegd om meer zicht te kunnen krijgen op de relatie gebruik huisartsenpost, toegankelijkheid huisartspraktijk en gedrag van de patiënt. Ook is een aantal vragen iets anders geformuleerd.

2.1.7 *Uiteindelijke lijst*

De uiteindelijke Ervaringenvragenlijst huisartsenzorg bevat naast de vragen over de ervaringen 13 vragen over de achtergrondgegevens van de respondent (items 68 t/m 80, algemene vragen). Deze items volgen de formulering van de CQ index (Sixma et al., 2007). Een overzicht van de 62 ervaringsvragen in de Ervaringenlijst Huisartsenzorg staat in bijlage 2.

De vragenlijst naar de ervaringen van de huisartsenzorg kent een chronologische volgorde, van het eerste contact met de praktijk, het consult met de huisarts en eventueel contact met een andere zorgverlener. Vraag 1, 2 en 81 zijn screenervragen. Dit zijn verplichte vragen die gesteld worden om te weten of iemands antwoorden geïnccludeerd kunnen worden. De vragenlijst is opgedeeld in drie modules. Module één, vraag 3 tot 21, gaat over de het eerste contact met de huisartsenpraktijk (de toegankelijkheid, de accommodatie, en het functioneren van de praktijkassistente). Module twee, vraag 22 tot 45, gaat over de huisarts. Daarna volgt een vraag of iemand in het afgelopen jaar een keer door een andere zorgverlener dan de arts geholpen is. Zo ja, dan wordt de persoon gevraagd module drie in te vullen, vraag 49 tot 64 over het functioneren van ‘deze zorgverlener’ De vragen 65 en 66 zijn evaluatievragen. Deze vragen naar een algemeen oordeel, en vraag 67 geeft de ruimte voor een persoonlijk advies aan de huisartspraktijk.

De antwoordcategorieën en de lay-out van de ontwikkelde Ervaringenvragenlijst Huisartsenzorg zijn grotendeels overeenkomstig de methodiek van de CQ index (Sixma et al., 2007). Daar waar afgeweken is, is aangegeven waarom dat zo is gedaan.

De meeste ervaringen en meningen zijn gemeten met een 4-puntschaal (nooit, soms, meestal, altijd). Enkele zijn gemeten met ja/nee. De in de pilot gebruikte vragenlijst staat in bijlage 3.

2.2 CQ-Index huisartsenzorg: Belangvragenlijst

De Belangvragenlijst is een lijst die gebruikt wordt om inzicht te krijgen in wat mensen de belangrijkste aspecten van de huisartsenzorg vinden en om verbeterscores te kunnen berekenen. De *belangscores* zijn van belang om te bepalen welke items juist wel of juist niet in de vragenlijst moeten blijven. Met behulp van de scores op de belangenitems kunnen daarnaast *verbeterscores* worden berekend voor de huisartsenpraktijken. Deze verbeterscores worden berekend door het belang dat men hecht aan een bepaalde kwaliteitsaspect te vermenigvuldigen met de negatieve ervaring met dit kwaliteitsaspect. Met verbeterscores wordt inzicht verkregen welke verbeteringen in de zorg de meeste winst opleveren met betrekking tot de patiëntervaring, de z.g. *verbeterpunten*, en welke aspecten van de zorg prima zijn, de z.g. *koesterpunten* (hoog belang, positieve ervaring).

Omdat de prioriteiten van mensen niet zo snel veranderen in de tijd hoeft de belangenvragenlijst niet elke keer opnieuw uitgezet te worden. De belangenvragenlijst is nodig bij het gebruik van een nieuw instrument en/of van nieuwe vragen en kan dan iedere 3 tot 5 jaar herhaald worden, om te zien of er verschuivingen optreden in welke aspecten mensen belangrijk vinden van de zorg.

Voor de ontwikkeling van de belangvragenlijst, zijn de items over de ervaringen geherformuleerd in belangitems. Voor elk item in de ervaringenvragenlijst is gevraagd hoe belangrijk de aangeschreven personen dit aspect vinden (antwoordcategorieën: ‘niet belangrijk’, ‘eigenlijk wel belangrijk’, ‘belangrijk’, ‘van het allergrootste belang’).

Vaak wordt de belangenlijst als inlegvel toegevoegd bij een deel van de mensen die de ervaringslijst toegestuurd krijgen. Omdat de belangenlijst en de ervaringslijst niet één op één geanalyseerd worden hebben wij dit anders aangepakt. Wij waren bang dat een inlegvel met de belangenvragenlijsten de respons negatief zou beïnvloeden. Daarom hebben wij gekozen voor een aparte belangenvragenlijst, die qua lay-out vergelijkbaar is met de ervaringslijst. De ervaring van enkele onderzoekers is echter dat de belangenvragenlijst weerstand kan oproepen omdat mensen hun eigen ervaring niet kwijt kunnen. Daarom hebben we de vragenlijst zo opgezet dat mensen die de belangenlijst invullen ook een algemeen oordeel kunnen geven over de waardering van de huisartsenpraktijk (vraag 65 tot 67). We hebben deze gegevens niet geanalyseerd.

De in de pilot gebruikte belangenlijst is weergegeven in bijlage 4.

3 Opzet van de Pilots

Na de ontwikkeling van de definitieve pilotvragenlijst CQ-index Huisartsenzorg is de lijst gebruikt tijdens de pilot 'benchmarking huisartsenzorg' in de regio's Rotterdam en Drenthe (Stoel, 2008). In Rotterdam werd de CQI Huisartsenzorg afgenomen bij alle zeventien huisartspraktijken die meededen aan de benchmark, in Drenthe mochten de praktijken kiezen. Elf van de vijftien praktijken deden mee, en vier zijn extern geworven door de Regionale Ondersteunings Structuur ProGez.

3.1 Steekproeftrekking

De patiënten zijn in naam van hun huisarts uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Allereerst is daarvoor met elke deelnemende praktijk een contract afgesloten waarin alle datahandelingen zijn vastgelegd, alsmede de privacy van de patiënten is gegarandeerd. Het NIVEL heeft de steekproeftrekking en de benadering van de patiënten namelijk in de verlengde arm van de huisarts uitgevoerd.

Vervolgens zijn bij alle deelnemende huisartsen de namen, met bijbehorend adres, geboortedatum en geslacht, van de bij hen ingeschreven patiënten geëxtraheerd. Er is vervolgens een random steekproef getrokken voor de ervaringslijst en de belangenlijst van respectievelijk 400 en 100 waarbij gezorgd is dat niet meer dan één persoon per adres is aangeschreven.

Eén praktijk was te klein was voor de steekproefomvang van 500 en bij deze praktijk is de selectie beperkt tot de 400 ervaringslijsten. Er was een grote praktijk die in een achterstandsgebied stond. Om de verwachte lagere respons uit dit gebied te compenseren is er gekozen om aan deze praktijk meer vragenlijsten te versturen, namelijk 600 ervaringslijsten en 150 belanglijsten.

Aan de aldus geselecteerde mensen werden de vragenlijsten opgestuurd. Deze vragenlijsten waren voorzien van een barcode om de respons registratie te vergemakkelijken. Het bestand met de naam en adresgegevens werd na afloop van de dataverzameling vernietigd. Het totaalbestand waarin de barcode van de patiënt gekoppeld was aan het geboortjaar en het geslacht van de patiënt werd gebruikt voor de non-respons analyse.

3.2 Dataverzameling

De verzending van de pilotversie CQ-index huisartsenzorg, het versturen van reminders en het invoeren van de geretourneerde vragenlijsten is door het NIVEL zelf uitgevoerd. Bij het versturen van de vragenlijsten en reminders zijn de CQI-richtlijnen (gebaseerd op de Dillman methode; Groves et al., 2002) aangepast door het aantal reminders terug te brengen naar twee. De reden hiervoor was de ervaring uit ander onderzoek dat reminders

regelmatig irritatie oproepen. Aangezien de vragenlijsten verstuurd werden in naam van de huisarts, wilden we dat risico niet lopen. Dit betekent dat de patiënten op drie momenten zijn benaderd:

- Week 1: vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoordenvelop; In de brief voor de ervaringslijsten was ook een Internetlink toegevoegd voor de mensen die de vragenlijst liever op internet invulden (voor de belangenvragenlijst bestond deze mogelijkheid niet).
- Week 3: een herinnering de vragenlijst in te vullen. Voor hen die de vragenlijst al hadden ingevuld ging deze brief door als een bedankkaartje;
- Week 5: nogmaals de vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoordenvelop, inclusief de internetlink, aan de mensen die nog niet gereageerd hadden.

Alle verzendingen zijn uitgegaan namens de huisartsen. Deze verzochten de bij hen ingeschreven patiënten in een begeleidende brief om aan het onderzoek deel te nemen. In de brief werd het NIVEL genoemd als onafhankelijk onderzoeksinstituut dat het onderzoek uitvoert. Ook werd uitgelegd dat de anonimiteit van de patiënten gewaarborgd was. In de brief werd een telefoonnummer van de onderzoeker van het NIVEL vermeld zodat mensen konden bellen als ze vragen hadden of zich wilden afmelden.

De brief is verstuurd op briefpapier van de huisarts en ondertekend door de huisarts. In de brief werd ook gevraagd of een familielid de vragenlijst namens de aangeschreven persoon wilde invullen wanneer de aangeschreven persoon te jong of te oud was om de vragenlijst zelf in te vullen. Hierbij werd expliciet vermeld dat de antwoorden moesten gaan over de ervaring of het belang van de aangeschreven persoon.

Op de achterzijde van deze brief stond een korte tekst in het Nederlands, Engels, Turks en Marokkaans. In dit stukje tekst stond in het kort waar deze brief over ging en er werd uitgelegd dat we graag de ervaringen horen van iedereen. Ook stond hierin dat de lijst ingevuld kan worden door iemand anders die de vragen voorleest en/of vertaalt voor de aangeschreven persoon.

Met behulp van een uniek identificatienummer dat als barcode op de vragenlijst stond, werd bijgehouden welke personen de vragenlijst hadden teruggezonden. De vragenlijst in week 1 en de herinnering/bedankkaart in week 3 stuurden we naar alle geselecteerde mensen. De herinneringen in week 5 werden alleen verzonden naar de mensen die op dat moment nog niet hadden gereageerd.

De geretourneerde vragenlijsten werden gescand en daarmee ingevoerd in een responsbestand met vermelding van de datum waarop de vragenlijst is binnengekomen.

3.3 Statistische analyses

Ter voorbereiding van de statistische analyse zijn enkele negatief geformuleerde items in de vragenlijst omgecodeerd (items 7, 11, 13, 14, 20, 21, 64). De dichotome variabelen, items 4, 17, 49 en 64, zijn gehercodeerd naar een vier-puntsschaal (1=nee, 4=ja). De databestanden zijn geschoond volgens de stappen beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2007). Deze schoningsprocedure wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

Daarna zijn de volgende analyses uitgevoerd: eerst is er een non-respons analyse gedaan waarbij de respondenten vergeleken zijn met de non-respondenten op geslacht (χ^2 toets) en leeftijd (t-toets). Vervolgens is op *itemniveau* gekeken naar extreem scheve verdelingen (>90 % van de antwoorden in één categorie), naar de non-respons per item (>10 % missende waarden) en naar de belangsscores. Met *inter-itemanalyses* is de samenhang tussen de verschillende items geanalyseerd (Pearson's correlatie van $r > 0,70$).

Met behulp van exploratieve factoranalyses is nagegaan welke onderliggende dimensies in de vragenlijst te vinden zijn. Dit is gedaan om schalen te vormen die zijn samengesteld uit een aantal items, zodat robuustere indicatoren voor kwaliteit ontstaan.

Items passen niet binnen een bepaalde schaal als hun factorlading te laag is (factorlading $< 0,40$)². Daarnaast wordt de betrouwbaarheid (interne consistentie) berekend voor elke schaal. Een schaal wordt als betrouwbaar beschouwd indien de Cronbach's alpha groter is dan 0,70. Items die niet bijdragen aan de betrouwbaarheid van een schaal tonen een lage item-total correlatie (ITC) (ITC $< 0,40$). Ook wordt bekeken of de gevormde schalen onderling niet te sterk correleren (de Pearson's correlatie moet zijn $r < 0,70$). De resultaten van deze analyses worden uitgebreid in hoofdstuk 4 en 5 beschreven. De schaalscores zijn uiteindelijk berekend voor die records waarbij meer dan de helft van de antwoorden van de items uit de schaal ingevuld waren.

Multilevel-analyse

Bij het vergelijken van de prestaties van huisartsenpraktijken is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in samenstelling van de geënquêteerde patiëntenpopulaties (de case-mix). Centraal is afgesproken dat voor alle CQ indexen bekeken wordt of gecorrigeerd dient te worden voor de case-mix-adjusters leeftijd, gezondheid en opleiding. In deze studie is bovendien gecorrigeerd voor de mogelijke invloed van het geslacht van de respondent, aangezien de gemiddelde respons van mannen van 38,3%, varieerde tussen de praktijken van 23,3% tot 57,7%. We hebben ook uitgezocht wat de invloed was van etniciteit, en van stedelijkheid.

Vervolgens is het 'discriminerend vermogen' van de vragenlijst vastgesteld. Dat is de mate waarin de vragenlijst verschillen tussen praktijken kan aantonen. Ook is hierbij nagegaan hoeveel respondenten nodig zijn om deze verschillen tussen praktijken te kunnen aantonen. In het algemeen geldt dat als het onderscheidend vermogen van een

² De factoranalyse is gedaan met een 'listwise exclusion', dat wil zeggen dat alleen die records meegenomen zijn die geen ontbrekende items hadden in te onderzoeken schaal.

vragenlijst geringer is er meer respondenten nodig zijn om verschillen tussen praktijken te kunnen aantonen.

Voor het vaststellen van het discriminerend vermogen van de schalen in de vragenlijst, het waarderingscijfer van de huisartspraktijk, en enkele losse items³ (vraagstelling 3) zijn multilevel analyses, met methode IGLS, uitgevoerd. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat patiënten ‘genest’ zijn in de verschillende praktijken, en dus geen willekeurige steekproef vormen, en dat hun ervaringen en oordelen mogelijk niet geheel onafhankelijk van elkaar zijn. Met de analyses is bekeken of er significante verschillen zijn in de ervaringen van patiënten tussen praktijken, en welk percentage van de totale variantie (ICC, intra klasse-correlatie) kan worden toegeschreven aan deze verschillen. De ICC is met andere woorden een maat die aangeeft welk deel van de verschillen tussen geënquêteerden wordt veroorzaakt door praktijkkenmerken. De bijbehorende χ^2 geeft aan of de gevonden tussen-praktijk variantie statistisch significant is. Door de ICC te vergelijken waarbij gecorrigeerd is voor patiëntkenmerken, met een ICC waarbij niet gecorrigeerd is, is het mogelijk te onderzoeken welke aandeel verschillen in kenmerken van de responsgroep hebben op de gevonden verschillen tussen praktijken.

De uitkomsten van deze multilevel analyses zijn met zogenaamde ‘sterretjestabellen’ gepresenteerd. Met correctie voor gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, is gekeken of er significante verschillen tussen praktijken in de schaalscores. Per schaal is te zien hoeveel praktijken beneden gemiddeld, gemiddeld of boven gemiddeld scoren. Hierbij scoren de praktijken met een score van beneden gemiddeld (één ster) significant lager dan de praktijken met een boven gemiddelde score (drie sterren). (De praktijken met een gemiddelde score (twee sterren), hoeven niet significant te verschillen met de praktijken met een beneden – of boven gemiddelde score.

³ De losse items die geselecteerd waren hadden of een grote variatie tussen respondenten, of waren onderwerp van discussie geweest bij de formulering van de vragenlijst.

4 Opschoning en respons pilotmeting

In dit hoofdstuk wordt de opschoning van de databestanden beschreven waarna de respons en de non-respons analyse besproken wordt. Tot slot worden enkele kenmerken van de respondenten beschreven.

4.1 Selectie van respondenten: schoning

Steekproefsgewijze controle van de ingevoerde vragenlijsten vond plaats. Systematische fouten werden niet ontdekt.

Ter voorbereiding van de statistische analyse zijn enkele negatief geformuleerde items in de vragenlijst omgecodeerd (items 7, 11, 13, 14, 20, 21, 64). De dichotome variabelen, items 4, 17, 49 en 64, zijn gehercodeerd naar een vier-puntsschaal (1=nee, 4=ja). Daarna werden de bestanden opgeschoond volgens de in deel drie van het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2007) beschreven richtlijnen. Daarbij werden de volgende stappen uitgevoerd:

- *Verwijderen van onterecht aangeschreven respondenten*
 1. Dubbele vragenlijsten: nagekeken is of van één respondent meerdere vragenlijsten in het databestand voorkwamen. Dit kon gebeuren bijvoorbeeld doordat iemand eerst begonnen was met de hand en later overgestapt is op internet of vice versa, of als iemand twee keer een vragenlijst had teruggestuurd (mogelijk in het geval de reminder de intussen geretourneerde vragenlijst kruiste). De vragenlijst die het meest volledig was ingevuld is gebruikt voor analyse. Als er geen verschil was, is de vragenlijst die het eerst was ingezonden meegenomen.
 2. Respondenten die aangaven onterecht aangeschreven te zijn blijkend uit de vraag of ze bij de in de huisarts genoemde brief ingeschreven stonden (nee op vraag 1).
- *Verwijderen van vragenlijsten van bepaalde groepen respondenten.*
 1. Respondenten die de vragenlijst leeg hebben teruggestuurd.
 2. Respondenten die aangaven dat zij niet mee wilden doen (hokje aangekruist op eerste bladzijde).
 3. Respondenten die geen enkele vraag hadden beantwoord.
 4. Respondenten die geen enkele keer bij de huisarts waren geweest (vraag 2).
- *Verwijderen van vragenlijsten voor inhoudelijke analyses*
 1. Incomplete vragenlijsten: een vragenlijst is als incompleet gedefinieerd als de respondent minder dan 50% van de kernvragen⁴ (kernvragen zijn door alle respondenten beantwoord hadden moeten worden) heeft ingevuld.

⁴ De kernitems uit de Ervaringenvragen en belangenvragenlijst lijst waren items 3 t/m 46 m.u.v. vraag 22.

2. Ontbrekende identifiers of persoonskenmerken: vragenlijsten waarbij de respondent de persoonlijk identifier had verwijderd en vragenlijsten van mensen die hun persoonlijke kernvragen niet hadden ingevuld⁵.
3. Respondenten die niet zelf de vragenlijst invulden (gebaseerd op item 140 antwoordmogelijkheid 2).

4.1.1 *Belangenvragenlijst*

Het gegevensbestand van de Belangvragenlijst is op eenzelfde manier gecontroleerd op fouten, met dat verschil dat het niet mogelijk was de vragenlijst op internet in te vullen. Na de controle is het bestand overeenkomstig het gegevensbestand van de Ervaringen-vragenlijst opgeschoond. De belangenlijsten ingevuld door de mensen die het afgelopen jaar géén gebruik hebben gemaakt van de huisartsenzorg zijn wel meegenomen voor analyse, omdat ook zij klant zijn van de huisarts en ervaring hebben met de huisartsenzorg. Hun inzicht in welke aspecten zij belangrijk vinden aan de huisartsenzorg zijn daarom niet minder belangrijk.

Na schoning is vervolgens de respons bepaald en zijn de belang- en verbetercores berekend.

4.2 Respons

Ervaringenlijst

De CQ-index 'Ervaring met Huisartsenzorg' werd verstuurd naar 13.000⁶ mensen. Om het aantal dat netto verstuurd is te berekenen zijn de personen die niet ingeschreven stonden bij de huisartspraktijk (n= 46), de personen die het afgelopen jaar geen contact hadden gehad met de praktijk (n=1059) en de personen waarvan de vragenlijst onbestelbaar retour (n=258) kwam hiervan afgetrokken. Dit brengt het aantal netto verstuurd op 11.637.

In totaal hebben 4.465 mensen niet gereageerd, hebben 206 de vragenlijst blanco gere-
tourneerd, en gaven 201 mensen aan de lijst niet te willen invullen.

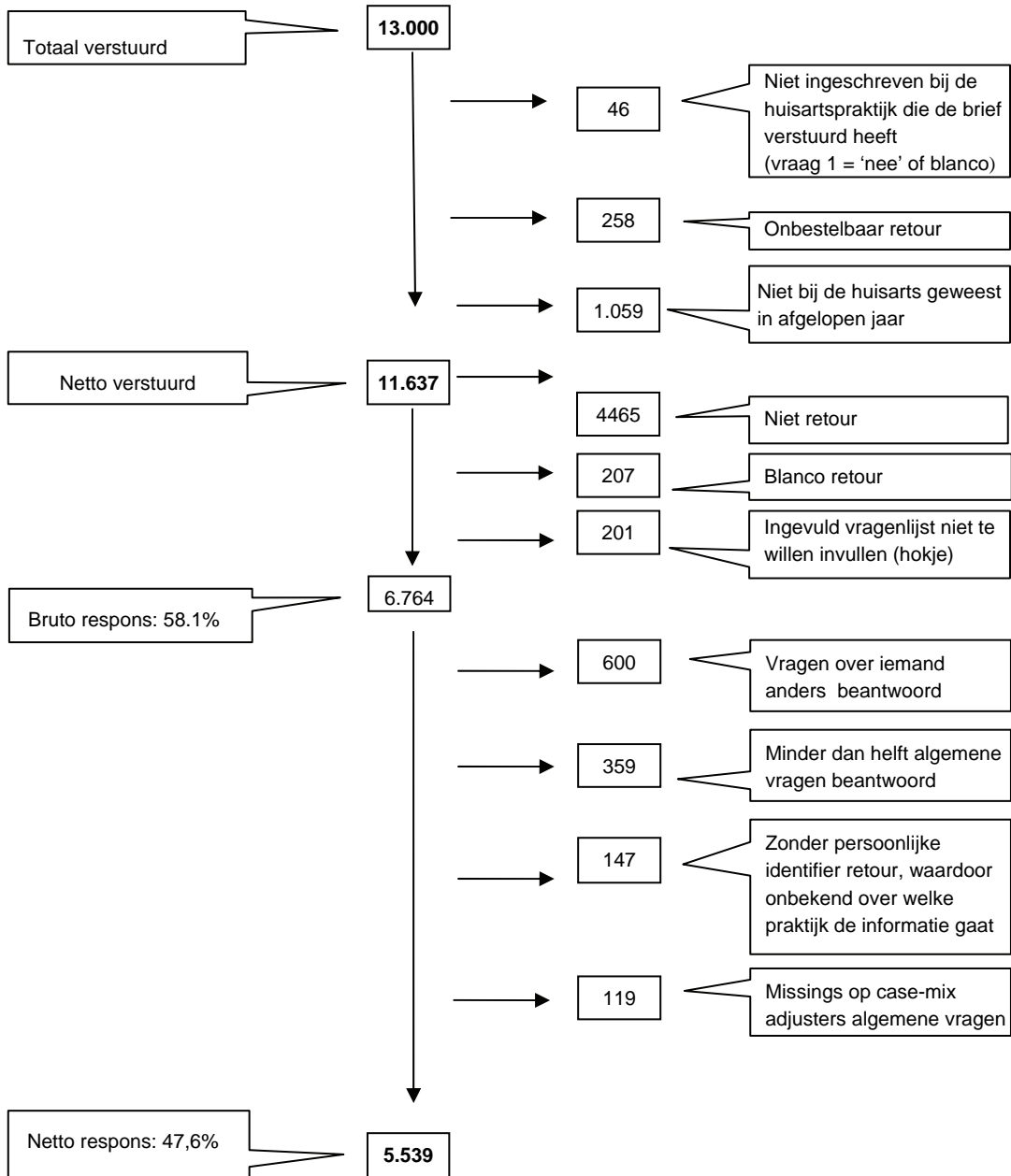
Dit resulteerde in een *bruto respons van 58.1%* ($6.764/11.637 * 100\%$). De netto respons wordt gevormd door de vragenlijsten waar de inhoudelijke analyses mee kunnen en mogen worden uitgevoerd. Personen die minder dan de helft van de kernvragen beantwoord hadden (n=359), personen die hun persoonlijke kernvragen niet hadden ingevuld (n=119), de vragenlijsten waarbij de barcode was weggehaald (n=147), en de vragenlijsten die door iemand anders dan de geadresseerde waren ingevuld (n=600), waren onbruikbaar voor de analyse². Er bleven er 5.539 vragenlijsten over. Dit brengt het *netto respons percentage op 47.6%* ($5.539/131.637 * 100\%$) (zie figuur 4.1).

⁵ Omdat het belangrijkste doel van dit onderzoek was om het instrument te ontwikkelen en valideren, hebben wij ervoor gekozen om het hele onderzoek over dezelfde populatie te laten gaan en de 119 mensen niet mee te nemen die in de multilevel analyse ook niet meegenomen kunnen worden, omdat ze hun barcode hebben weggehaald, evenals de mensen die hun persoonlijke kernvragen niet hadden ingevuld (n=147).

⁶ 31 praktijken 400 lijsten, 1 praktijk 600.

De response per praktijk varieerde tussen de 28,2 en de 56,3%, wat betekent dat tussen de 128 en 225 enquêtes gebruikt konden worden voor analyse.

Figuur 4.1: Respons Ervaringsvragenlijst huisartsenzorg



Internetrespons

Er werd ook de mogelijkheid geboden de ervaringsvragenlijst met internet in te vullen. In totaal waren 830 (10,5%) van de 7.923 ingevulde lijsten via internet ingevuld. Van de gebruikte vragenlijsten was dat 10,8%. De mensen die de internet vragenlijst invulden waren jonger (gemiddelde leeftijd 42,2 vs. 50,4; $p < 0.01$) vaker van het mannelijke

geslacht (14,0% van de mannen vs. 8,9% van de vrouwen; $p < 0.01$) en vaker niet-westers allochtoon (12,0% VS 10,7%), maar dit laatste verschil was niet significant.

Frequentie ervaring met andere zorgverlener

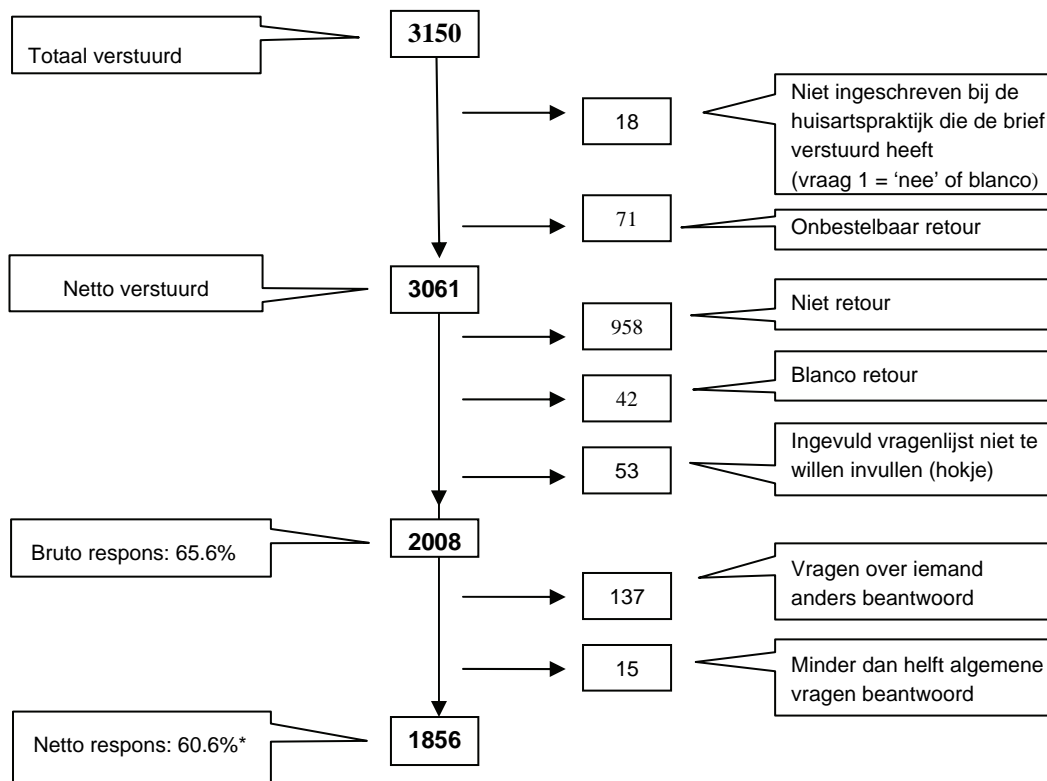
Van de 5.539 vragenlijsten, konden 1790 vragenlijsten gebruikt worden voor het evalueren van de ervaringen met de 'andere zorgverlener' werkzaam in de huisartspraktijk. Per praktijk varieerde het aantal respondenten tussen de 12,7% en de 44,9%. Van hen hadden 62,6% ervaring met de praktijkassistente en 37,4% met een verpleegkundige, diabetes-verpleegkundige of praktijkondersteuner. Als de praktijkassistente niet meegenomen wordt dan varieerde de percentages van mensen die de vragenlijst hadden ingevuld over 'de andere zorgverlener' tussen praktijken van 2,3% tot 21,7%. De spreiding hierin is als volgt: bij 3 praktijken is het percentage lager dan 5%, bij 11 praktijken ligt het tussen de 5 en 10%, bij 9 praktijken tussen de 10 en 15% en bij 9 praktijken boven de 15%.

Belangenlijst

De CQ-index huisartsenzorg 'Belangenlijst' is apart gestuurd naar 100 patiënten per praktijk. In een kleine praktijk werd zoals eerder aangegeven geen belangenlijst verstuurd, en in een grote praktijk 50 extra ($n=3150$). Na het verwijderen van de personen die bij een andere huisarts waren ingeschreven ($n=18$) en de vragenlijsten die onbestelbaar retour kwamen ($n=71$) bleek het netto aantal verstuurd vragenlijsten 3061 te zijn. Na het verwijderen van de mensen die niet gereageerd hebben ($n=958$), de vragenlijsten die blanco retour kwamen ($n=42$) en de mensen die aangaven de vragenlijst niet te willen invullen ($n=53$) bleek de *bruto respons* 65,6% ($2008/3061 * 100\%$).

Na het verwijderen van de personen die minder dan de helft van de kernvragen beantwoord hadden ($n=15$) en die de vragenlijsten door iemand anders hadden laten invullen ($n=137$), bleek de *netto respons* 60,6% ($1856/3061 * 100\%$). In figuur 4.2 staat bovengenoemde schematisch weergegeven. Deze respons is hoger dan de respons op de ervaringslijst, ook als gecorrigeerd wordt voor het feit dat bij de belangenlijst de vragenlijsten wel meegenomen worden van mensen die geen gebruik hadden gemaakt van de huisartsenzorg in het afgelopen jaar en mensen die hun barcode verwijderd hadden.

Figuur 4.2: Respons Belangenlijst huisartsenzorg



* In vergelijking met de ervaringslijst mochten bij de belangenlijst de records van de 231 mensen die niet bij de huisarts geweest in afgelopen jaar en de 52 mensen die hun identificatie eraf hadden gehaald, wel meedoen. Aangezien de resultaten niet per huisarts geanalyseerd worden, hebben we hun respons wel meegenomen. Als deze records verwijderd waren, was de netto respons 51,7% geweest.

4.3 Non-respons analyse

4.3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep

Om na te gaan of personen die de Ervaringslijst invulden verschilden van personen die dit niet deden, zijn deze twee groepen vergeleken op leeftijd, geslacht en het gemiddelde van het maandinkomen dat in het postcode gebied verdiend wordt (CBS 2005).

Om de representativiteit van de respondenten te kunnen beoordelen zijn de kenmerken van de respondenten van wie wij de vragenlijst gebruikt hebben voor verdere analyse vergeleken met de kenmerken van hen waarvan wij geen vragenlijst retour kregen. Er werd dus uitgegaan van het totaal aantal verzonden vragenlijsten, waarvan de mensen die niet ingeschreven waren bij de huisarts en de mensen waarvan de vragenlijst onbesteld retour kwam zijn afgetrokken ($n=13.000 - 46 - 258$). De groep non-respondenten bestond uit mensen die de vragenlijst blanco retour hadden gestuurd ($n=207$), mensen die de unieke identifier van de vragenlijst hadden afgescheurd ($n=147$), mensen die helemaal geen reactie hebben gegeven ($n=4.465$), mensen die hadden aangegeven niet te willen participeren in het onderzoek ($n=201$). Hiermee werden 7.677 (60,5%) mensen als respondent geclassificeerd en de overige 5.020 (39,5%) als non-respondenten.

De analyse van de kenmerken van de respondenten versus de non-respondenten was mogelijk door de barcodes van de teruggestuurde vragenlijsten te scannen. Hierdoor werden zij gekoppeld aan de unieke identificatienummers die voorkwamen in het verzendbestand waarin bijgehouden werd welke vragenlijsten retour kwamen. In dit verzendbestand stonden naast het identificatienummer ook het geboortejaar, geslacht en de viercijferige postcode vermeld.

De 147 mensen die de identifier hadden afgescheurd van de vragenlijst konden niet meegenomen worden in deze analyse. Vier vijfde van hen had wel de persoonskenmerken ingevuld op de vragenlijst. Anonieme invullers wijken qua geslacht en opleidingsniveau niet af van de andere respondenten, wel qua leeftijd. Van de anonieme respondenten is 45,5% ouder dan 65 jaar, tegen 24,5% van de niet anonieme respondenten.

Tabel 4.1: Respondenten, niet-respondenten en totale steekproef naar leeftijd, geslacht en percentage in postcodegebied met laag inkomen.

	Respondenten		Non-respondenten		Steekproef
	N	% per categorie	n	% per categorie	n (% van 12.696)
Leeftijdscategorie***					
1 0-4	243	49,1	252	50,9	495 (4,3)
2 5-14	503	45,6	599	54,4	1.102 (9,5)
3 15-24	309	35,0	575	65,0	884 (7,6)
4 25-44	1.725	48,0	1.868	52,0	3.593 (30,9)
5 45-64	2.215	66,8	1.100	33,2	3.315 (28,5)
6 65-75	871	75,7	280	24,3	1.151 (9,9)
7 75+	751	68,5	346	31,5	1.097 (9,4)
Geslacht***					
man	2.876	51,8	2.674	48,2	5.550 (47,7)
Vrouw	3.741	61,5	2.346	38,5	6.087 (52,3)
Inkomens in wijk***(% mensen dat minder dan 40% gem. landelijk maandinkomen verdient ¹					
Laagst (> 62.5%)	672	43,9	859	56,1	1.531 (13,2)
Onder gemiddeld (50<62.5 %)	1.743	55,1	1.421	44,9	3.164 (27,2)
Gemiddeld (37.5<50 %)	1.631	56,6	1.250	43,4	2.881 (24,8)
Boven gemiddeld (25-37.5 %)	1.549	64,4	856	35,6	2.405 (20,7)
Hoogst (<25 %)	978	61,6	609	38,4	1.587 (13,6)
(ontbreken n=69)					
Totaal \$	6.617	56,9	5.020	43,1	11.637 (100,0)

\$ De getallen hier vermeld iets afwijkend van de getallen in fituur 4.1, omdat van de persoonskenmerken van de 147 mensen die de identifier van de vragenlijst hadden afgescheurd onbekend waren en ze daarom niet meegenomen konden worden in de non-respons-analyse.

*** Chi kwadraat toets laat zien dat de categorieën tussen respondenten en non-respondenten significant verschillend zijn (p<0.001)

¹ Bron: CBS Statline 2005

Mensen ouder dan 45 jaar responderen significant vaker dan jongere mensen, en vrouwen significant vaker dan mannen, respectievelijk 61,5 en 51,8%, χ^2 test: p < 0.01). Mensen

uit wijken met een hoger gemiddeld inkomen responderen iets vaker dan mensen uit wijken met een lager inkomen, maar de verschillen zijn niet groot.

Het is belangrijk te realiseren dat deze respons gegevens gaan over de bruto respons. Deze analyse geeft aan welke mensen bereid zijn een vragenlijst in te vullen en te retourneren. In de bruto respons ook de vragenlijsten van mensen die niet mee zijn genomen in de uiteindelijke analyse:

- a) omdat er teveel vragen niet zijn ingevuld (n=359),
- b) omdat de persoonlijke gegevens noodzakelijk voor de multilevel analyse ontbraken (n=119) of
- c) omdat de mensen aangaven dat de vragenlijst ingevuld over iemand anders dan de aangeschreven persoon (n=600). Dit probleem speelde het meest frequent wanneer kinderen waren aangeschreven. Van de vragenlijst gestuurd aan kinderen kon 37% niet meegenomen worden omdat de invuller aangaf de vragen over zichzelf te hebben ingevuld (antwoordmogelijkheid 2 in combinatie met toelichtende tekst en opmerkingen aan het einde). De formulering van vraag 81 bleek voor meerdere interpretaties vatbaar en het is mogelijk dat te veel dossiers terzijde zijn geschoven. Dit strookt met het grote aantal keren dat wij gebeld zijn over het invullen van de lijst voor kinderen. Naast mensen die belden om te vragen wat de bedoeling was, belden ook diverse mensen omdat zij het er niet mee eens waren dat hun kind was aangeschreven. Een ander probleem dat optrad bij het invullen van de lijst van kinderen, was dat 69% bij de persoonskenmerken hun eigen leeftijd, opleiding en geslacht invulde. Dit riep de vraag op of zij het wel begrepen hadden. Per vragenlijst is toen op basis van vraag 80 en een eventuele opmerking erbij besloten of het waarschijnlijk was dat de antwoorden in de vragenlijst over de ervaring van het kind gingen.

4.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken beschreven van de respondenten waarvan de vragenlijst gebruikt is voor de verdere analyse. Hiervoor zijn de gegevens van de netto steekproef gebruikt, dus van 5.539 respondenten.

Onder de respondenten waren 3.498 (63,2%) vrouwen en 2.041 (36,8%) mannen, en hun gemiddelde leeftijd is 50,4 jaar. Tabel 4.2 laat ook het opleidingsniveau van de respondenten zien. Van de respondenten had iets meer dan de helft geen opleiding, d.w.z. geen diploma op het niveau van lager beroepsonderwijs of lager. De respondenten werden tevens gevraagd naar hun ervaren gezondheid. Drie kwart van de respondenten vond zijn/haar gezondheid goed tot uitstekend, en een kwart matig tot slecht. Met de geestelijke gezondheid was het iets beter gesteld. Slechts 16,1% vond zijn/haar geestelijke gezondheid matig of slecht.

Het merendeel van de respondenten (86,6%) was in Nederland geboren en had ook een vader (83,7%) en/of een moeder (83,1%) die in Nederland geboren was. De CBS definitie volgend valt 10,5% van de respondenten in de categorie niet westers allochtoon. De meeste mensen spraken thuis Nederlands, Fries of dialect (86,7%).

Tabel 4.2: Achtergrondkenmerken respondenten (n=5539)

Variabele	N	%
Leeftijdsgroep		
1 0-4	28	0,5
2 5-14	68	1,2
3 15-24	322	5,8
4 25-44	1.738	31,4
5 45-64	2.040	36,8
6 65-75	732	13,2
7 75+	611	11,0
Geslacht		
1 vrouw	3.498	63,2
2 man	2.041	36,8
Opleiding		
1 geen/basis	791	14,3
2 lager voortgezet	1.003	18,1
3 lager beroepsonderwijs	1.110	20,0
4 middelbaar beroepsonderwijs	1.139	20,6
5 hoger/voortgezet onderwijs	441	8,0
6 hoger beroepsonderwijs	1.055	19,0
Algemene gezondheid		
1 slecht	160	2,9
2 matig	1.197	21,6
3 goed	3.247	58,6
4 zeer goed	638	11,5
5 uitstekend	297	5,4
Geestelijke gezondheid (onbekend 21)		
1 slecht	95	1,7
2 matig	793	14,4
3 goed	3.015	54,6
4 zeer goed	948	17,2
5 uitstekend	667	12,1
Etniciteit* onbekend 45		
1 Nederlands	4.503	82,0
2 Westerse allochtoon	413	7,5
3 Niet-westerse allochtoon	578	10,5
Sociaaleconomische achtergrond wijk \$ (onbekend 29)		
Hoogst (<25 %)	815	14,8
Boven gemiddeld (25-37.5 %)	1292	23,4
Gemiddeld (37.5<50 %)	1362	24,7
Onder gemiddeld (50<62.5 %)	1465	26,6
Laagst (> 62.5%)	576	10,5
Manier van invullen		
Met internet	596	10,8
Papieren versie	4.943	89,2
Totaal	5.539	100,0

* CBS: Onder 'allochtonen' worden personen verstaan van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (tweede generatie). Verder wordt doorgaans een tweedeling gemaakt in westerse en niet-westerse allochtonen. Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van Indonesië en Japan.

\$ % mensen dat minder dan 40% gem. landelijk maandinkomen verdient.

4.5 Conclusie

De algemene respons op de vragenlijst was redelijk hoog (60,5%). Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de huisarts degene is in wiens naam de brief geschreven werd. De netto respons (47,6%) was een stuk lager omdat om diverse redenen veel vragenlijsten niet meegenomen konden worden.

Een deel van de non-respons komt vermoedelijk voort uit het feit dat voor mensen die geen ervaring met de huisarts minder gemotiveerd waren om de vragenlijst in te vullen (al was het een kleine moeite de lijst te retourneren). De hogere respons op de vragenlijst en het feit dat mannen en jongeren (die minder vaak contact hebben) minder responderen wijzen daarop. Het zou daarom aanbeveling verdienen om de vragenlijst alleen te richten aan personen die in het afgelopen jaar contact hadden met de huisarts. Dit zou kunnen worden geselecteerd op basis van het gegevensbestand van de huisarts of eventueel de declaratie gegevens van de verzekeraar. Dit zou kostenbesparend zijn en waarschijnlijk tot hogere respons percentages leiden.

De vragenlijsten zijn nu gestuurd naar een aselecte steekproef van ingeschreven patiënten zonder rekening te houden met de leeftijd. Het is duidelijk dat bij kinderen tot problemen heeft geleid. Er ontstond verwarring, soms irritatie, en het was lastig om basis van de CQI criteria te beslissen wie nu wel en wie nu niet de lijst over de ervaring van het kind of over de zorg van de huisarts aan hun kind had ingevuld. De ervaring met de zorg voor kinderen onder de 4 jaar is belangrijk en interessant omdat zij als groep tot de grote gebruikers van de huisartsenzorg horen. Er moet dus doorgezocht worden naar een betere vorm, misschien betere uitleg. Een andere mogelijkheid is een aparte lijst te maken die dezelfde vragen kan bevatten, maar gericht is aan de ouders.

Het invullen van de vragenlijst via internet heeft een groot aantal voordelen. Het reduceert de kosten van de dataverwerking, er worden geen fouten gemaakt met skipvragen, en een aantal mensen verkiest deze methode. Het zou de moeite van het proberen waard zijn om bij een volgende versie te experimenteren om de respons via internet te vergroten. Een idee is om bij de eerste verzending alleen een internetlink op te sturen, en alleen de papieren vragenlijst te sturen naar mensen die binnen twee weken niet gerespondeerd hebben.

5 Resultaten psychometrische analyses

De psychometrische analyses dienen om de psychometrische kwaliteit van het CQI meetinstrument vast te stellen. Op basis van de psychometrische kwaliteit kan per item worden overwogen om deze in de volgende versie van het meetinstrument te verwijderen. Per item wordt gekeken hoeveel informatie het item toevoegt, of het item in samenhang met andere items een belangrijk aspect van de huisartsenzorg beschrijft, en hoe belangrijk het item gevonden wordt door de patiënten. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de itemanalyses van de ervaringen en belangenvragenlijsten beschreven, gevolgd door de factoranalyses.

5.1 Itemanalyses

Om de bruikbaarheid en psychometrische kwaliteit van de Ervaringenvragenlijst te evalueren, kan naar een aantal criteria worden gekeken. Eerst werd het meetinstrument op itemniveau bekeken. Eén van de aspecten waar per item naar gekeken moet worden is de *scheefheid* van de verdeling van antwoorden op de ervaringsvragen. De scheefheid laat zien in hoeverre een item groepen kan onderscheiden. Daarnaast moet gekeken worden naar het aantal *missende waarden* per item. Dit aantal zegt iets over het begrip van de respondenten over dit item en over de relevantie ervan. Ook via itemanalyses van de *belangscores* werd inzicht verkregen in de relevantie van de items.

De schaalbaarheid van het item is een belangrijk ander aspect. Met behulp van exploratieve factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyses is nagegaan welke items samenhangen om een bepaalde dimensie van de zorg te beschrijven. Schalen die aldus gevormd worden geven een stevigere beschrijving van een bepaald aspect van de zorg dan een enkel item, omdat verschillen op itemniveau mogelijk ook specifieke lokale omstandigheden verklaard kunnen worden.

5.1.1 De criteria per item

Slecht ingevulde vragen, slecht schaalbare items, en vragen die weinig specifiek of onderscheidend zijn, kunnen in principe uit de vragenlijst worden verwijderd. Bij het bepalen van kwaliteits- of verbeterscores kunnen deze ‘slechte’ items ook buiten beschouwing worden gelaten. Samenvattend kunnen de redenen om een item *niet* op te nemen in een volgende versie van de vragenlijst zijn:

1. Een hoge item non-respons (> 10%).
2. Scheefheid in de zin van een zeer hoge ervaringscore (> 90% heeft de meest positieve ervaring ‘altijd’ of de meest negatieve ervaring ‘nooit’).
3. Een geringe samenhang met de schaal waar het item deel van uitmaakt (factorlading < 0,40).
4. Geen bijdrage aan de betrouwbaarheid (interne consistentie) van een schaal (verwijdering van het item zorgt voor toename van de Cronbach’s alpha met > 0,1).

5. Een hoge correlatie met een ander item, dit wijst erop dat de items hetzelfde meten (inter-item correlatie > 0,70).

Deze criteria voor itemselectie zijn achtereenvolgens doorlopen voor de te schalen items (item 3 t/m 64) en tabel 5.1 geeft het resultaat hiervan overzichtelijk weer.

Tabel 5.1: Overzicht van de criteria op grond waarvan items geëxcludeerd zouden kunnen worden uit de vragenlijst.

Eerste contact en organisatie praktijk	Criteria*				
	1	2	3	4	5
Toegankelijkheid					
5. Binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk aan de telefoon (nvt=7%)					
9. Binnen 24 uur op het spreekuur terecht kunnen (nvt=19%)	(1)				
11. Te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen (nvt=16%)#	(1)				
12. Op redelijke termijn afspraak krijgen met eigen huisarts					
23. Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen					
Assistente					
3. Behulpzaamheid artsen en andere medewerkers					
6. Goed geholpen bij bellen overdag (nvt=7%)					
7. Als probleem ervaren eerst verhaal aan de doktersassistente te moeten vertellen (nvt=9%)#					
8. Doktersassistente beoordeelde goed afspraak met arts nodig was					
15. De doktersassistente handelde met respect					
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?					
Losse items huisartsenpost					
13. Naar de huisartsenpost bellen omdat eigen huisarts overdag niet bereikbaar was (nvt = 23%)#	(1)			3	
14. Naar de huisartsenpost gaan omdat uzelf overdag geen tijd had #		2		3	
Losse items organisatie accommodatie					
4. Voldoende informatie over de organisatie van uw huisartspraktijk \$				3	
10. Huisartspraktijk open op gunstige tijdstippen				3	
17. Toegankelijkheid praktijk voor kindergang en mensen met een lichamelijke handicap \$				3	
18. Voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte				3	
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon				3	
20. Privacy aan de balie #				3	
21. Privacy in spreek- of onderzoekskamer #		2		3	
Huisarts					
Bejegening					
24. Aandachtig luisteren					
26. Serieus nemen					
41. Met respect behandelen					
42. Voldoende tijd besteden					
Communicatie					
25. Belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie					
27. Begrijpelijke uitleg geven over de resultaten van onderzoek					
28. Vertellen wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem					
30. Dingen op een begrijpelijke manier uitleggen					
44. Vertrouwen hebben in de deskundigheid van uw huisarts					

Eerste contact en organisatie praktijk	Criteria*				
	1	2	3	4	5
Zorg op maat					
31. Goed geïnformeerd worden over de verschillende behandelingsmogelijkheden					
32. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg					
33. Informeren over bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen? (nvt = 16%)	(1)				
35. Duidelijk maken waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen					
37. Voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (nvt = 36%)	(1)				
38. Goed samen werken met uw andere zorgverleners (nvt = 42%)	(1)				
39. Aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met gezondheid					
40. Hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid					
43. Bijdrage aan vermindering gezondheidsproblemen					
Losse items					
29. Goed inschatten dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (nvt = 64%)	(1)				
34. Geneesmiddelen voorschrijven wanneer u dat nodig vond (nvt = 21%)	(1)				
36. Doorverwijzen naar een medisch specialist wanneer u dat nodig vond? (nvt = 29%)	(1)				
45. Bereid te praten over fouten of over zaken die niet goed zijn gegaan? (nvt = 74%)	(1)				
46. # Schriftelijke informatie over gezondheidsprobleem in huisartspraktijk? (nvt = 64%)	(1)				
Andere zorgverlener					
Samenwerking en deskundigheid					
49. Goed geïnformeerd over uw ziektegeschiedenis \$					
52. Op begrijpelijke manier uitleggen van de dingen					
55. Vertrouwen in de deskundigheid van deze zorgverlener					
56. Vertrouwen dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst					
Bejegening					
50. Aandachtig luisteren					5
51. Serieus nemen					5
54. Voldoende tijd nemen					5
60. Met respect behandelen					
Zorg op maat					
53. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp					
57. Hulp bieden bij het voorkómen van ziekten of verbeteren van gezondheid					
58. Duidelijk maken waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen					
59. Aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand					
Losse Items					
61. Bereid te praten over fouten of over zaken die niet goed zijn gegaan? (nvt=77%)	(1)				
62. Werkt goed samen met uw huisarts (nvt 24.6%)	(1)		3		
63. Tegenstrijdige informatie krijgen van verschillende zorgverleners binnen praktijk			3		
64. Liever geholpen willen worden door de huisarts (missing 13%)# \$	1			4	

* Criteria: de nummers staan voor de volgende criteria.

1 Hoge item non-respons (> 10%), (1) als n.v.t >10%.

2 Scheefheid in de zin van een zeer hoge ervaringscore (> 90% heeft een positieve ervaring).

3 Lage factorlading (<0,40).

4 Geen bijdrage aan de betrouwbaarheid (interne consistentie) van een schaal (verwijdering van het item zorgt voor toename van de Cronbach's alpha met > 0,1) 5: hoge inter-item correlatie (>0,70).

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

\$ Dichotome variabelen die zijn gehercodeerd naar een 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

Deze criteria voor itemselectie zijn achtereenvolgens doorlopen voor de te schalen items (item 3 t/m 64) en tabel 5.1 geeft het resultaat hiervan overzichtelijk weer. Op grond van deze uitkomsten kan ervoor gekozen worden bepaalde items wel of niet bij de verdere schaalanalyses te betrekken. De criteria aflopend, zijn de bevindingen dat:

- 1) Item non-respons: Alleen bij de vraag of mensen liever geholpen hadden willen worden door hun huisarts (vraag 64) was het percentage onbeantwoord groter dan 10%, namelijk 13%.

Er waren wel 16 items waarbij 'n.v.t.' een antwoord categorie was. Dit is aangegeven met een (1) in de bovenstaande tabel, omdat het geen échte niet-beantwoorde vragen zijn. Bij 9 items lag het percentage 'n.v.t.' tussen de 10% en 50%. Deze vragen zijn wél meegenomen in de factoranalyse. Alleen bij vraag 62 heeft dit tot gevolg gehad dat de vraag niet meegenomen is in de schaal, omdat er dan bijna een vierde van de 1.664 vragenlijsten over de andere zorgverlener niet meegenomen zouden kunnen worden.

Als het percentage mensen dat 'n.v.t.' had ingevuld groter was dan 60% hebben we deze vraag niet meegenomen in de factoranalyse, omdat er teveel vragenlijsten uitvielen. Dit was het geval bij de items 29 (63,5%), 45 (73,9%), 46 (63,5%) en item 61 (77,0%).

- 2) Scheefheid: Wanneer gekeken wordt naar zeer hoge ervaringscores, komt naar voren dat deze voor enkele items boven de 90% liggen. Dit geldt voor de items 14 (94,2%) en 21 (94,9 %). Deze vragen zullen dus niet veel interessante informatie opleveren.
- 3) Factorlading. Een aantal items paste niet in een schaal. Het gaat om items: 4, 10, 13, 17 t/m 20, 63.
- 4) Bijdrage aan de interne consistentie. Vraag 64 paste niet goed in een schaal, aangezien de interne consistentie toenam van 0.87 naar 0.90 als het item verwijderd werd.
- 5) Inter-item correlaties: Item 50 en 51 hebben een inter-item correlatie van 0.78 en items 51 en 54 een van 0.73. De inter-item correlaties van de andere items zijn niet groter dan 0.70. Vraag 51 heeft dus geen toegevoegde waarde in deze vragenlijst en zou in principe in aanmerking komen om uitgesloten te worden voor de verdere analyse, ware het niet dat het een verplicht item is in de CQ index.

5.1.2 Belangscores

Aan de hand van de belangscores werd duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten van de huisartsenzorg mensen veel belang hechten en welke kwaliteitsaspecten minder belangrijk zijn. Dit werd gedaan door het rekenkundige gemiddelde vast te stellen op de vierpuntsschaal (1=niet belangrijk; 2=eigenlijk wel belangrijk; 3=belangrijk; 4=van het allergrootste belang). Tabel 5.3 geeft de top 10 weer van kwaliteitsaspecten waar respondenten het *meest belang* aan hechtten.

Tabel 5.3: Top 10 items met de hoogste gemiddelde belangcores

Nr.#	Mijn huisarts/deze zorgverlener moet.....	Belangscore
44	(Huisarts) deskundig zijn	3,7
21	In de wachtkamer niet kunnen horen wat er in de spreek- of onderzoek kamer gebeurt	3,6
63*	Zorgverleners binnen deze praktijk (incl. de huisarts) moeten geen tegenstrijdige informatie geven	3,5
62*	(Zorgverlener) goed samenwerken met mijn huisarts	3,5
26	(Huisarts) mij serieus nemen	3,5
27	(Huisarts) mij begrijpelijke uitleg geven over de resultaten van onderzoek	3,5
56*	(Zorgverlener) mij op tijd naar de huisarts verwijzen als dat nodig is	3,5
24	(Huisarts) aandachtig naar mij luisteren	3,4
28	(Huisarts) mij vertellen wat ik wil weten over mijn klacht/ gezondheidsprobleem	3,4
31	(Huisarts) mij goed informeren over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor mijn gezondheidsklachten	3,4

Nummers overeenkomstig met ervaringenlijst.

* Vragen ingevuld door de selectie van respondenten die ervaring heeft met de andere zorgverlener.

De deskundigheid van de huisarts wordt het meest belangrijk gevonden, gevolgd door de privacy in de spreekkamer. De helft van deze items is direct gerelateerd aan communicatie en informatie.

We zien dat het merendeel van de items die als meest belangrijk ervaren worden ook in de schalen opgenomen zijn. Items die erg belangrijk zijn, maar niet in een schaal zitten zijn:

- Item 21, de privacy in de onderzoekskamer, maar daarvan hebben we gezien dat dit een kwaliteitsaspect is dat zeer goed gewaarborgd is (95% in antwoordcategorie 'altijd').
- Item 62 en 63, over respectievelijk de samenwerking met de huisarts en de tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners

De hoge score op de belangenlijst is een argument om deze items als item te behouden in de definitieve vragenlijst.

Tabel 5.4: Top 10 items met de laagste belangcores

Nr.	Mijn huisarts/deze zorgverlener moet.....	Belangscore
14	Naar de huisartsenpost kunnen gaan als ik overdag geen tijd heb	2,2
34	(Huisarts) mij geneesmiddelen voorschrijven wanneer ik dat nodig vind	2,2
10	De huisartspraktijk moet open zijn op tijdstippen die voor mij gunstig zijn	2,3
7	Zonder dat ik mijn verhaal eerst aan de assistente hoef te vertellen, in contact kunnen komen met de huisarts	2,4
64*	Als ik liever door de huisarts geholpen wil worden in plaats van door deze zorgverlener, dan moet dat kunnen	2,4
23	Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen worden	2,5
46	Als ik iets wil lezen over mijn gezondheidsprobleem, deze informatie kunnen verkrijgen	2,6
59*	(Zorgverlener) ...aandacht hebben voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met mijn gezondheidstoestand	2,6
18	Voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte zijn	2,6
5	Binnen een minuut iemand van de huisartspraktijk aan de telefoon kunnen krijgen	2,7

Nummers overeenkomstig met ervaringenlijst.

* Vragen ingevuld door de selectie van respondenten die ervaring heeft met de andere zorgverlener.

Van de 10 items die relatief minder belangrijk gevonden worden is de helft niet opgenomen in een schaal (in volgorde van minst belangrijkheid: 34, 10, 64, 46 en 18). Dit zou een argument kunnen zijn de vragen niet mee te nemen als onafhankelijke items in de definitieve vragenlijst. Hierbij is het wel belangrijk te realiseren dat dit scores zijn berekend op een schaal van 1 tot 4. Een score van 2,5 betekent dat de helft van de respondenten het wél belangrijk vindt. Opvallend is dat bij deze top 10 relatief veel items zitten die gerelateerd zijn aan de toegankelijkheid (in volgorde van minst belangrijkheid: vraag 14, 10, 23 en 5).

5.2 Schaalconstructie

Om de onderliggende structuur in de vragenlijst vast te stellen, en om te bekijken welke betrouwbare en goed interpreteerbare schalen gevormd kunnen worden, zijn factoranalyses en betrouwbaarheidsanalyses (interne consistentie) uitgevoerd.

5.2.1 Factoranalyse

De schaalstructuur is bepaald voor de ervaringsvragenlijst, daar de belangenvragenlijst dient om prioriteiten aan te kunnen brengen in de verbeterpunten. De onderliggende schaalstructuur van de ervaringenvragenlijst is bepaald met behulp van Principale Componenten Analyse met een oblique rotatie (vanwege de veronderstelde samenhang tussen de factoren).

In eerste instantie is één factoranalyse uitgevoerd voor het eerste deel van de vragenlijst (vraag 3 t/m 46) en één voor het deel over de andere zorgverlener (vraag 49 t/m 64). Op basis van deze resultaten werden schaalanalyses uitgevoerd om de items onder te verdelen in verschillende thema's en betekenisvolle schalen. Allereerst werden hiervoor factoranalyses uitgevoerd (met Varimax rotatie, waarbij factorlading minimaal 0,40 moesten

zijn en Eigenvalue >1, en de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) hoger dan 0,60 moet zijn). Ook werd Barlett's test of sphericity uitgevoerd, om te toetsen of alles niet laadt op één factor. De eis is dat de test significant moet zijn ($p < 0,05$).

Alle in tabel 5.8 gepresenteerde schalen voldeden aan deze criteria. De enige schaal die afviel was de schaal naar vraaggerichtheid in de zorg. Deze schaal bestond uit twee items. (vraag 34 en vraag 36). De KMO voor deze schaal was 0.5.

In de factoranalyse zijn alleen de ervaringsvragen meegenomen. En om de homogeniteit van schalen te bepalen zijn betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd (hierbij is 0,60 als ondergrens voor Cronbach's alpha gehanteerd).

Om tot een factor te behoren moeten de items een factorlading van 0,40 of hoger hebben (bij meerdere factoren werd gekeken naar de factorladingen op de patroonmatrix; indien er één factor gevormd werd, werd naar de factorladingen op de componentmatrix gekeken). In tabel 5.8 staan de gevonden schalen, de factorlading per item, de item-totaal correlatie (ITC) en de betrouwbaarheid (α) als het betreffende item verwijderd zou worden uit de schaal. De item-totaal correlatie en betrouwbaarheid worden in de volgende paragraaf uitgelegd.

5.2.2 *Betrouwbaarheidsanalyse*

De betrouwbaarheid van de thema's, oftewel de interne consistentie van de gevonden schalen, kan geanalyseerd worden door het berekenen van Cronbach's alpha. Een schaal is voldoende betrouwbaar als de α -waarde hoger is dan 0,70. Als de α -waarde tussen de 0,60 en 0,70 ligt, wordt de schaal voorlopig geaccepteerd. Dit wegens het feit dat de analyse van de vragenlijst soms gebaseerd is op een klein aantal respondenten. Om te bepalen of een item tot een schaal behoort, moet er gekeken worden naar de item-totaal correlatie van het betreffende item. Dit is een maat die aangeeft in hoeverre items binnen een schaal correleren met de schaal in zijn geheel. Deze item-total correlatie moet groter zijn dan 0,40. Zie tabel 5.8 voor deze item-totaal correlatie waarden. In deze tabel wordt ook de 'alpha if item deleted' weergegeven. Dit is de alpha waarde als het betreffende item verwijderd wordt uit de schaal.

Tabel 5.8: Overzicht schalen factoranalyse met achterliggende items van de CQ-index RA

	Factor lading	ITC	α if item deleted
Eerste contact en organisatie praktijk			
<i>Toegankelijkheid</i> $\alpha = 0,70$ verklaarde variantie = 46,5; N=3.838			
5. Binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk aan de telefoon	0.63	0.42	0.67
9. Binnen 24 uur op het spreekuur terecht kunnen	0.76	0.53	0.62
11. Te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen # (nvt=16%)	0.74	0.52	0.63
12. Op redelijke termijn afspraak krijgen met eigen huisarts	0.69	0.46	0.65
23. Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen	0.58	0.38	0.69

	Factor lading	ITC	α if item deleted
Assistente $\alpha = 0,75$ verklaarde variantie = 48,2 N=4.610			
3. Behulpzaamheid artsen en andere medewerkers	0.76	0.58	0.70
6. Goed beholpen bij bellen overdag	0.78	0.61	0.69
7. Als probleem ervaren eerst verhaal aan de doktersassistente te moeten vertellen #	0.55	0.39	0.76
8. Doktersassistente beoordeelde goed afspraak met arts nodig was	0.55	0.39	0.75
15. De doktersassistente handelde met respect	0.70	0.51	0.71
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?	0.78	0.61	0.69
Huisarts			
Bejegening $\alpha = 0,85$ verklaarde variantie = 69,5 N=5.553			
24. Aandachtig luisteren	0.73	0.73	0.79
26. Serieus nemen	0.73	0.72	0.79
41. Met respect behandelen	0.64	0.65	0.83
42. Voldoende tijd besteden	0.68	0.68	0.82
Communicatie $\alpha = 0,83$ verklaarde variantie = 60,8 N=5.294			
25. Belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie	0.69	0.54	0.83
27. Begrijpelijke uitleg geven over de resultaten van onderzoek	0.79	0.65	0.79
28. Vertellen wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem	0.85	0.72	0.77
30. Dingen op een begrijpelijke manier uitleggen	0.79	0.65	0.79
44. Vertrouwen hebben in de deskundigheid van uw huisarts?	0.76	0.62	0.80
Bejegening en communicatie samen $\alpha = 0,90$, verklaarde variantie = 58,1 N=5.253			
Zorg op maat $\alpha = 0,88$ verklaarde variantie = 53,2 N= 2.179			
31. Goed geïnformeerd worden over de verschillende behandelingsmogelijkheden	0.81	0.73	0.86
32. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg	0.77	0.68	0.87
33. Informeren over bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen	0.66	0.57	0.88
35. Duidelijk maken waarom het belangrijk was instructies/advies op te volgen	0.73	0.64	0.87
37. Voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg	0.76	0.67	0.87
38. Goed samen werken met uw andere zorgverleners	0.76	0.68	0.87
39. Aandacht voor mogelijke emotionele problemen	0.76	0.68	0.87
40. Hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten/ verbeteren gezondheid	0.66	0.57	0.88
43. Behandeling zorgde voor vermindering gezondheidsproblemen	0.63	0.54	0.88
Andere zorgverlener			
Samenwerking en deskundigheid $\alpha = 0,76$ verklaarde variantie = 61,1 N=1.691			
49. Goed geïnformeerd over uw ziektegeschiedenis	0.60	0.40	0.82
52. Op begrijpelijke manier uitleggen van de dingen	0.80	0.58	0.69
55. Vertrouwen in de deskundigheid van deze zorgverlener	0.87	0.69	0.63
56. Vertrouwen dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst	0.83	0.63	0.67
Bejegening $\alpha = 0,90$ verklaarde variantie = 76,4 N=1.745			
50. Aandachtig luisteren	0.88	0.78	0.86
51. Serieus nemen	0.92	0.84	0.84
54. Voldoende tijd nemen	0.87	0.77	0.86
60. Met respect behandelen	0.83	0.70	0.89
Samenwerking, deskundigheid en bejegening $\alpha = 0,89$ verkl. variantie = 62,2 N=1.664			
Zorg op maat $\alpha = 0,84$ verklaarde variantie = 68,1 N=1.483			
53. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp	0.72	0.55	0.85
57. Hulp bieden bij het voorkómen van ziekten of verbeteren van gezondheid	0.86	0.72	0.78
58. Duidelijk maken van belang instructies/advies op te volgen	0.86	0.73	0.78
59. Aandacht voor mogelijke emotionele problemen	0.85	0.72	0.78

α Cronbachse Alfa.

N = aantal vragenlijsten dat is meegenomen voor deze analyse.

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

§ Dichotome variabelen die zijn gecodeerd naar een 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

De kritische kijker zal zien dat er twee uitzonderingen gemaakt zijn op de geformuleerde regels. De ITC bij de items 7 en 8 zijn 0,39, maar dit verschil is zo marginaal van 0,40 dat zij toch meegenomen zijn. Bij item 49 stijgt de Cronbachse alfa naar 0,82 “if item deleted”. Het item is inhoudelijk interessant omdat de informatieoverdracht een bekend knelpunt is in de samenwerking, en de α van de schaal waar item 49 onder valt ligt ruim boven de 0,70. Vandaar dat wij besloten hebben item 49 in de schaal op te nemen.

In totaal zijn er 8 schalen gevormd bestaande uit 41 items. Dit voldoet aan de regel dat het aantal factoren maximaal het aantal variabelen gedeeld door 3 kan zijn.

Twee van de schalen gaan over het eerste contact: de toegankelijkheid en de Assistentie. Drie over de huisarts: bejegening, communicatie en zorg op maat, en drie over de andere zorgverlener: de samenwerking, de bejegening, en de zorg op maat. Het is mogelijk om deze 8 schalen te reduceren tot 6, afhankelijk van het doel van het CQI gebruik. De schalen over bejegening en communicatie bij de huisarts kunnen samen genomen worden en de schalen bejegening en deskundigheid bij de andere zorgverlener kunnen worden samen genomen. De schaal eigenschappen van deze samengevoegde schalen staan ook in tabel 5.8.

5.2.3 *Samenhang van de schalen*

In tabel 5.9 staan de correlaties tussen de gevormde schalen (ook wel interfactor correlaties genoemd) weergegeven. De correlaties zijn berekend door de somscores van de schalen met elkaar te correleren middels een Pearson's correlatie. De correlaties dienen kleiner dan 0,70 te zijn zodat de schalen die gevormd zijn als onafhankelijk beschouwd kunnen worden, oftewel elke schaal meet een unieke dimensie (zie ook Carey en Seibert, 1993).

De meeste schalen zijn matig geassocieerd (Pearson's correlatie tussen de 0,32 en 0,60). De schalen die ook tot een factor gevormd kunnen worden hebben zoals verwacht een sterke correlatie, zoals bejegening huisarts en communicatie ($r= 0,78$) en samenwerking andere zorgverlener en bejegening ($r= 0,78$). Er bestond ook een sterke correlatie tussen de 'zorg op maat' van de huisarts en de communicatie ($r= 0,73$). Als we naar de inhoud van de items kijken is het niet heel verbazend dat de arts die goed scoort op communicatie ook goed scoort op de items van zorg op maat. Ondanks deze sterke correlatie behouden we toch de twee schalen, omdat zij belangrijke aspecten meten van de huisartsenzorg.

De overige verbanden waren van geringe sterkte ($r < 0,61$) zodat gesproken kan worden van onafhankelijke schalen, oftewel unieke dimensies.

Tabel 5.9: Correlaties tussen de schalen CQI huisartsenzorg

Schalen	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8..
1. Toegankelijkheid	,56*	,41*	,43*	,42*	,35*	,36*	,30*
2. Assistente		,50*	,51*	,46*	,49*	,54*	,32*
3. Bejegening Huisarts			,78*	,61*	,41*	,48*	,29*
4. Communicatie Huisarts				,73*	,48*	,48*	,39*
5. 'Zorg op maat' Huisarts					,47*	,44*	,54*
6. Samenwerking Andere Zorgverlener						,78*	,60*
7. Bejegening Andere Zorgverlener							,53*
8. 'Zorg op maat' Andere Zorgverlener							

* p<0,05.

6 Ervaringen van patiënten met de huisartsenzorg

Hoofddoel van dit onderzoek is om een gestandaardiseerd meetinstrument te ontwikkelen voor ervaringen van patiënten met de huisartsenzorg. Om de relevantie van de vragen te kunnen beoordelen, is het ook belangrijk om te weten wat de ervaringen van patiënten met de ontvangen zorg zijn en waar de knelpunten zitten. In dit hoofdstuk worden daarom de antwoorden op de vragenlijst besproken. In bijlage 5, 6 en 7 staat een volledig overzicht van de percentages gegeven antwoorden op alle ervaringsvragen, en belangvragen alsmede de op grond daarvan berekende verbeterscores.

De gepresenteerde resultaten laten de toepasbaarheid van het meetinstrument zien. De resultaten worden getoond in de vorm van waarderingscijfers, ervaringscores, schaal-scores en verbeterscores. In dit rapport staan de gemiddelde waarden beschreven van de antwoorden voor alle huisartsen samen. De deelnemende huisartspraktijken ontvingen ieder een individueel feedbackrapport waarin de scores in hun praktijk vergeleken worden met de gemiddelde scores van de andere praktijken. Een ander aspect dat we in dit hoofdstuk onderzoeken is de invloed van achtergrondkenmerken van patiënten op hun ervaring.

6.1 Waarderingscijfers

In de ervaringsvragenlijst werd aan de respondent gevraagd om een cijfer te geven aan de huisartsenpraktijk op een schaal van '0' (slechtste) tot '10' (beste). Het gemiddelde waarderingscijfer was 8,15 (sd 1,3) Deze cijfers staan in tabel 6.1, waarbij de cijfers worden weergegeven in de categorieën 0-4, 5-6, 7-8 en 9-10.

Tabel 6.1: Overzicht van het cijfer dat mensen geven, in relatie tot de vraag of ze de praktijk zouden aanbevelen aan familie of vrienden.

Cijfer	Zou u de huisartspraktijk aanbevelen aan uw familie of vrienden?									
	beslist niet		waarschijnlijk niet		waarschijnlijk wel		beslist wel		totaal	
		%		%		%		%		%
tot 4	46	66,7	16	23,2	5	7,2	2	2,9	69	1,3
5 of 6	37	12,8	150	51,9	98	33,9	4	1,4	289	5,3
7 of 8	23	0,7	105	3,4	1721	55,2	1267	40,7	3116	57,6
9 tot 10	16	0,8	3	0,2	232	12,0	1686	87,0	1937	35,8

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt is het merendeel van de mensen tevreden over de zorg in de huisartspraktijk. Slechts 6.6 % van de patiënten gaf een onvoldoende (1.3% + 5.3%). (Mensen neigen tot het geven van positieve scores en daarom kan een 6 al als een lage score gerekend worden). Van alle respondenten zou 92.7% de praktijk meestal of altijd aanbevelen aan vrienden en familie.

Ook werd de geënquêteerden gevraagd om één advies te geven om de praktijk te verbeteren. Deze adviezen zijn allemaal letterlijk uitgetypt en in de feedbackrapporten aan de individuele huisartsen teruggerapporteerd. In totaal beantwoordden 2356 (42.5%) van de mensen deze vraag. Het overzicht van de antwoorden kunt u vinden in tabel 6.2.

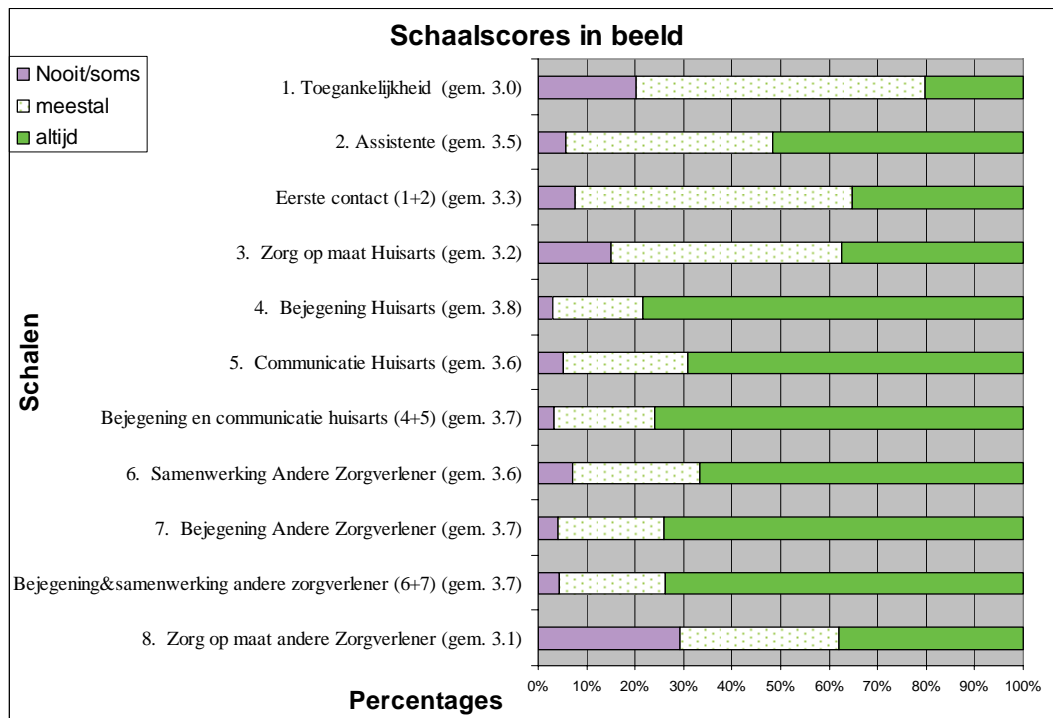
Tabel 6.2: Antwoorden op de vraag: Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?

Antwoordcategorie	Frequentie	Percentage
Geen verandering/prima zo	596	25,3
Minder wachttijd voor consult/behandeling	295	12,5
Telefonische bereikbaarheid verbeteren	253	10,7
Onbeleefd/te weinig aandacht/onpersoonlijk/niet serieus	169	7,2
Weet niet/geen oordeel	153	6,5
Verbetering praktijkinrichting	146	6,2
Verruiming openingstijden	132	5,6
Anders (o.m. email, informatie)	103	4,4
Geen-te weinig tijd/meer tijd	88	3,7
Sneller bij huisarts terecht voor afspraak	72	3,1
Verbetering behandeling assistent	72	3,1
Behandeling door vaste huisarts/persoon	71	3,0
Voorschrijfgedrag	44	1,9
Niet eerst probleem aan assistent hoeven te vertellen	33	1,4
Anders (bijv. verschaffen informatie over behandeling)	30	1,3
Verwijs: te laat doorsturen	26	1,1
Geen inloopspreekuur	25	1,1
Meer preventie controle/check-ups	14	0,6
Huisbezoek/visite	11	0,5
Meer aandacht psychische problemen	8	0,3
Inloopspreekuur	7	0,3
Verbetering behandeling huisartsenpost	5	0,2
Parkeergelegenheid	3	0,1
N	2.356	100,0

6.2 Ervaringsscores

In bijlage 5 zijn de antwoorden weergegeven van de respondenten op alle items en schalen. De percentages antwoorden ‘nee’ en ‘soms/nooit’ zijn samengenomen en gepresenteerd naast het percentage meestal en altijd. In figuur 7.2. staat een weergave van deze percentages voor de berekende schaalscores. Achter de schaal staat de gemiddelde score van die schaal tussen haakjes. In deze figuren geeft ‘nee’ of ‘nooit/soms’ een relatief negatieve ervaring aan.

Figuur 6.2: Weergave van de gemiddelde ervaringscores en de verdeling per schaal



De gemiddelde schaalscore komt overeen met antwoordcategorie “meestal” of “altijd”, hetgeen een positief beeld geeft van de huisartsenzorg.

Interessant is dat er achter de gemiddelde scores die slechts variëren tussen de 3.0 en de 3.8 toch aanzienlijke verschillen zitten. De toegankelijkheid van de huisartspraktijk scoort het slechtst met een gemiddelde waarde van 3.0. Deze schaal gaat over items als de telefonische bereikbaarheid en de wachttijd tot een consult. De schaal met de op één na laagste score is de schaal ‘de ‘zorg op maat’ door de andere hulpverlener’. Deze schaal bevat items als de ruimte die mensen ervaren om mee te beslissen en de hulp bij het voorkomen van ziekten.

Deze scores zijn de samenvattende scores voor alle huisartsen samen. In hoofdstuk 7 zullen we kijken in hoeverre deze schalen tussen huisartspraktijken verschillen. De vraag die wij in de volgende paragraaf willen beantwoorden is in hoeverre de scores verschillen voor verschillende groepen patiënten.

6.3 Invloed van patiëntkenmerken op de ervaringscores

In tabel 6.3. is de gemiddelde score te zien van verschillende categorieën respondenten op alle schalen. Onder iedere kolom is aangegeven welke verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 6.3: De invloed van patiëntkenmerken op de ervaringscores

Variabelen/Categorie	Toe- ganke- lijkheid	Assisten- te	'Zorg op maat' huisarts	Bejege- ning huisarts	Com- muni- catie	Samen- werking §	Bejege- ning AZ §	'Zorg op maat' AZ §	Cijfer tussen 0 - 10
Leeftijd									
<15	2,96	3,46	3,18	3,82	3,64	3,69	3,90	3,19	8,09
15-44	2,93	3,43	3,09	3,72	3,54	3,51	3,62	2,94	7,87
45-64	3,01	3,51	3,25	3,78	3,62	3,62	3,71	3,11	8,19
65+	3,12	3,58	3,33	3,82	3,64	3,67	3,78	3,17	8,55
<i>p-waarde</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
Geslacht									
Vrouw	2,97	3,50	3,20	3,76	3,59	3,61	3,71	3,07	8,14
Man	3,07	3,49	3,22	3,78	3,61	3,59	3,68	3,08	8,17
<i>p-waarde</i>	<0.01								
Opleiding									
Zonder	2,98	3,40	3,20	3,71	3,51	3,61	3,67	3,16	8,34
Lager	3,01	3,49	3,27	3,79	3,63	3,63	3,73	3,14	8,26
Middelbaar	2,98	3,50	3,17	3,76	3,58	3,57	3,67	3,03	8,01
HBO/Universiteit	3,05	3,56	3,15	3,76	3,62	3,55	3,70	2,90	8,01
<i>p-waarde</i>	0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01			<0.01	<0.01
Etniciteit									
Nederlands/westers	3,04	3,54	3,24	3,79	3,63	3,62	3,72	3,08	8,20
Niet westerse allochtoon	2,72	3,14	2,96	3,55	3,33	3,35	3,44	2,97	7,78
<i>p-waarde</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01		<0.01
Invullen vragenlijst									
Papieren vragenlijst	3,00	3,49	3,20	3,76	3,59	3,60	3,70	3,08	8,16
Internet	3,07	3,54	3,23	3,79	3,64	3,61	3,71	3,02	8,11
<i>p-waarde</i>	0.01	<0.05							
Frequentie zorggebruik									
0 tot 5 keer	3,03	3,50	3,19	3,77	3,59	3,59	3,70	3,03	8,08
Meer dan 5 keer	2,97	3,49	3,24	3,76	3,61	3,61	3,70	3,11	8,27
<i>p-waarde</i>	<0.01		<0.01					<0.05	<0.01
Lichamelijke gezondheid									
Slecht tot matig	2,90	3,39	3,11	3,67	3,47	3,53	3,63	3,06	8,06
Goed tot erg goed	3,04	3,53	3,24	3,80	3,64	3,63	3,73	3,08	8,18
<i>p-waarde</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01		<0.01
Geestelijke gezondheid									
Slecht tot matig	2,87	3,40	3,11	3,66	3,47	3,53	3,64	3,08	8,04
Goed tot heel goed	3,03	3,52	3,23	3,79	3,62	3,62	3,72	3,07	8,17
<i>p-waarde</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	0.01	0.01		<0.01

§ Voor de schalen over de andere zorgverlener is slechts een deel van de vragenlijsten gebruikt N= 1790.

Er worden een aantal patronen zichtbaar. Hoe ouder de respondent hoe positiever de ervaringen met de zorg in de huisartspraktijk. Bij het rapportcijfer blijkt ook dat mensen met een slechtere geestelijke of lichamelijke gezondheid, negatiever zijn over de zorg. Bij kinderen onder de 15 jaar zijn de ervaringen even positief als bij de ouderen met betrek-

king tot de zorg van de huisarts, maar significant minder positief over de toegankelijkheid en de zorg door de assistente.

Tussen mannen en vrouwen zijn er nauwelijks verschillen in ervaringsscores. Mensen met een HBO of universitaire opleiding zijn over de hele linie iets positiever, behalve op de schalen 'zorg op maat' en samenwerking.

Niet-westerse allochtonen hebben significant minder positieve ervaringen op alle schalen, behalve de 'zorg op maat' door de andere zorgverlener. De ervaringen van de mensen die met internet hebben ingevuld zijn met betrekking tot de assistente en de toegankelijkheid significant beter. Mensen die meer dan vijf keer per jaar gebruik maakten van de huisarts waren significant minder positief over de toegankelijkheid, maar positiever over de 'zorg op maat' van de huisarts en de andere zorgverlener. Mensen met een slechte lichamelijke gezondheid hadden over de hele linie betere ervaringen met de huisartspraktijk, evenals de mensen met een matige geestelijke gezondheid.

6.4 Verbeterscores

Met behulp van de CQ-index kan ook zogenoemde 'verbeterinformatie' ontwikkeld worden. Deze vorm van informatie is vooral interessant voor de mensen werkzaam in de huisartsenpraktijk, die met behulp van deze informatie concrete verbeterpunten in kaart krijgen. Ook is de informatie interessant voor iedereen die meer zicht wil krijgen op de knelpunten die patiënten ervaren in de zorg, zoals patiëntenverenigingen, overheid en zorgverzekeraars. In tabel 6.2 en 6.3 is een voorbeeld weergegeven door zogenoemde 'verbeterscores' te presenteren. De verbeterscores zijn berekend door negatieve ervaringen (% nooit/soms of nee) te wegen voor het belang dat aan een kwaliteitsaspect wordt gehecht. Hiertoe wordt het percentage negatieve ervaring vermenigvuldigd met de belangscore. (Dit zijn bij de meeste vragen de antwoordcategorieën 'soms' en 'nooit' en bij de negatief geformuleerde vragen de antwoordcategorieën 'meestal' en 'altijd'). Daarmee kunnen zowel prioriteiten worden weergegeven als punten om te koesteren. Koesterpunten zijn aspecten die goed gaan én waar patiënten veel belang aan hechten. In bijlage 7 is het volledige overzicht van verbeterscore per item te vinden.

Iedere huisartspraktijk ontving voor de eigen praktijk een praktijkspecifieke lijst met verbeterpunten en koesterpunten. In tabel 6.2 en 6.3 staat de samenvatting voor alle praktijken samen.

Tabel 6.4: Top 10 verbeterscores voor alle praktijken samen

Verbeterscores van hoog naar laag in prioriteit	Belang scores	% Nooit/Soms/Nee	Verbeter scores
5. Binnen een minuut iemand aan de telefoon krijgen	2,7	51,8	1,41
40. Huisarts biedt hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van gezondheid	2,8	40,8	1,16
33. Huisarts informeert over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen	3,2	33,2	1,05
45. Huisarts is bereid u te praten over fouten of over zaken die, naar respondent's mening, niet goed zijn gegaan	3,2	33,1	1,05
23. Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen worden	2,5	40,6	1,03
57. De andere zorgverlener biedt hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van gezondheid	2,7	33,0	0,90
29. Huisarts schat goed in dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke	3,2	27,8	0,89
59. Andere zorgverlener heeft aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met gezondheidstoestand	2,6	32,6	0,84
61. Andere zorgverlener is bereid te praten over fouten of over zaken die, naar respondent's mening, niet goed zijn gegaan	2,9	27,6	0,81
20. Mensen kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken #	3,0	27,1	0,81

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

Tabel 6.5: De koesterpunten voor alle praktijken samen

Verbeterscores in volgorde van onbelangrijkheid	Belang scores	% Nooit/Soms/Nee	Verbeter scores
21. Privacy spreek- en onderzoekskamer	3,6	0,5	0,02
19. Schoonheid huisartspraktijk	3,2	1,2	0,04
41. Huisarts handelde met respect	3,3	2,7	0,09
24. Huisarts luisterde huisarts aandachtig	3,4	2,8	0,10
60. Andere zorgverlener handelde met respect	3,2	3,0	0,10
63. Verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk gaven tegenstrijdige informatie #	3,5	3,7	0,13
51. Andere zorgverlener behandelde respondent serieus	3,3	4,2	0,14
54. Andere zorgverlener besteedde voldoende tijd	3,0	4,7	0,14
26. Huisarts behandelde respondent serieus	3,5	4,1	0,14
30. Huisarts legt dingen op een begrijpelijke manier uit	3,3	4,6	0,15

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

Opmerking naar aanleiding van bespreking met huisartsen

In tabel 6.2 is een voorbeeld te zien van een punt dat naar voren kwam in de feedback-bijeenkomsten met de artsen. Sommige items staan hoog in de top 10 verbeterpunten ondanks dat mensen het niet heel belangrijk zeggen te vinden en de huisartsen ook niet. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij item 23 (Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?) De belangscore is 2,5 en het percentage mensen dat antwoord 'niet belangrijk/eigenlijk wel belangrijk' is 40.6 %. Dat dit item zo hoog scoort komt

omdat 40,6% van de ervaring heeft soms/nooit binnen 15 minuten geholpen te worden. Het komt nu in de top 10 verbeterpunten, terwijl noch de artsen noch de patiënten het een heel belangrijk punt vinden.

6.5 Validiteit resultaten

De huisartspraktijken die meededen aan de pilot hebben allen een feedbackrapport ontvangen. Ieder rapport bevatte de resultaten uit de praktijk en de gemiddelde score van de regio. De resultaten zijn besproken in bijeenkomsten met de huisartsen en de onderzoekers. In Drenthe heeft er één bijeenkomst plaatsgevonden met alle participerende huisartsen. In Rotterdam zijn de 17 praktijken verdeeld over 4 feedbackgroepen die onderling de resultaten hebben uitgewisseld.

De resultaten van de CQ Index leidde tot interessante en zinvolle discussies over de organisatie van de praktijk en de verschillen tussen praktijken. Opvallend was dat in geen enkele groep de resultaten van de enquête in twijfel werden getrokken, noch van de ervaringsscores, noch van de belangscores noch van de verbeterpunten. Mensen herkenden hun praktijk in de teruggekoppelde positieve en negatieve punten.

7 Discriminerend vermogen

7.1 Multilevel analyses

Met behulp van multilevel analyses is nagegaan of het meetinstrument verschillen tussen huisartspraktijken kan meten, en of de ervaringen van patiënten met de zorg na correctie voor achtergrondkenmerken (case-mix adjusters) ook nog verschillen laten zien. De analyses zijn hierbij uitgevoerd met gegevens van 5.539 patiënten van 32 huisartspraktijken. De analyses kennen daarbij twee niveaus: 1) de patiënten en 2) de praktijken.

Bij de analyse wordt gekeken welk deel van de verschillen tussen geënquêteerden wordt veroorzaakt door patiëntkenmerken en welk deel door praktijkkenmerken. De ICC in tabel 7.1. geeft aan welk percentage van de verschillen verklaard kan worden door variatie tussen praktijken. De bijbehorende χ^2 is de toets die aangeeft of de gevonden variaties statistisch significant zijn.

Bij de analyses is stapsgewijs gecorrigeerd voor mogelijk relevante achtergrondkenmerken, zodat ook met deze analyses bepaald kan worden welke case-mix adjusters opgenomen moeten worden in de analyse om tot een eerlijke vergelijking tussen huisartspraktijken te komen. Daarbij zijn drie modellen met elkaar vergeleken:

Model 0: het ongecorrigeerde model, waarbij naar verschillen tussen praktijken wordt gekeken zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen in patiëntenkenmerken;

Model A: een model waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid;

Model B: een model waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, opleiding, gezondheid en etniciteit.

Bij de CQ methodologie is vastgesteld dat de scores gepresenteerd moeten worden na correctie voor gezondheidstoestand, leeftijd en opleidingsniveau. Wij hebben daar geslacht aan toegevoegd. Wij hebben ook uitgezocht wat de invloed was van etniciteit en van stedelijkheid.

Tabel 7.1: Resultaten van multilevel analyses voor de schalen gebaseerd op de ervaringen van patiënten ($N_{\max}=5.539$) met de zorg in 32 huisartspraktijken

	Module 0		Module A		Module B	
	ICC	χ^2	ICC	χ^2	ICC	χ^2
A. Eerste contact						
Toegankelijkheid	14,43	14,90***	14,49	14,91***	14,31	14,88***
5. Binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk aan de telefoon	9,39	14,19***	9,79	14,27***	9,77	14,16***
9. Binnen 24 uur op het spreekuur terecht kunnen	12,71	14,50***	12,61	14,48***	12,81	14,51***
11. Te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur te kunnen #	7,00	13,35***	6,70	13,23***	6,16	13,01***
12. Op redelijke termijn afspraak krijgen met eigen huisarts	6,96	13,71***	6,64	13,61***	6,27	13,47***
23. Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen	10,38	14,44***	10,24	14,42***	10,29	14,42***
Assistente						
7. Als probleem ervaren verhaal aan de doktersassistente vertellen #	7,74	13,95***	6,60	13,55***	5,19	12,96***
8. Doktersassistente beoordeelde goed dat afspraak met arts nodig was	7,76	13,76***	6,82	13,42***	6,51	13,31***
8. Doktersassistente beoordeelde goed dat afspraak met arts nodig was	3,05	11,23***	2,73	10,80**	1,78	8,97**
Losse items						
4. Voldoende informatie over de organisatie van uw huisartspraktijk	1,57	8,48**	1,31	7,57**	0,78	5,2*
13. Huisartsenpost bellen omdat huisarts overdag niet bereikbaar #	2,47	10,48**	2,17	9,88**	0,87	5,67*
14. Naar de huisartsenpost gaan omdat uzelf overdag geen tijd had #	2,02	9,62**	1,67	8,66**	0,83	5,47*
17. Toegankelijkheid praktijk voor kinderwagens e.d.	6,10	13,43***	5,75	13,27***	5,50	12,79***
20. Privacy aan de balie #	29,00	15,54***	29,52	15,55***	28,40	15,46***
B. Huisarts						
Communicatie en bejegening huisarts	5,55	13,19***	4,99	12,89***	4,25	12,43***
a. Bejegening huisarts	4,76	12,78***	4,29	12,45***	3,65	11,95***
b. schaal communicatie	5,40	13,12***	4,86	12,81***	4,20	12,37***
Schaal 'zorg op maat' huisarts						
32. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp	3,95	12,13***	3,63	11,84***	3,32	11,53***
33. Informeren over bijwerkingen voorgeschreven geneesmiddelen	2,97	11,10***	2,59	10,55**	2,29	10,05***
38. Goed samen werken met uw andere zorgverleners	2,09	9,03**	2,16	9,17**	2,17	9,23**
39. Goed samen werken met uw andere zorgverleners	4,53	10,67**	3,80	9,90**	2,94	8,76**
39. Aandacht voor mogelijke emotionele problemen	2,48	10,14**	2,36	9,93**	2,15	9,53**
40. Hulp bij het voorkómen van ziekten/ verbeteren gezondheid	2,23	9,82**	1,79	8,85**	1,76	8,78**
Los item						
29. Goed inschatten dat klacht andere oorzaak had dan lichamelijke	2,04	5,74*	1,68	4,90*	1,50	4,36*
45. Bereid te praten over fouten/ zaken die niet goed zijn gegaan	2,27	3,95*	2,09	3,61	2,60	4,50*

	Module 0		Module A		Module B	
	ICC	χ^2	ICC	χ^2	ICC	χ^2
C. Andere zorgverlener						
Samenwerking en bejegening andere zorgverlener	2.91	6.02*	2.35	5.05*	1.43	3.10
a. Samenwerking	2.66	5.60*	2.17	4.71*	1.48	3.23
56. Vertrouwen dat zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst	2.31	4.87*	1.79	3.82*	1.00	1.97
b. Bejegening	2.61	5.51*	2.14	4.65*	1.23	2.62
Zorg op maat	2.26	4.65*	1.96	4.08*	1.79	3.73
Losse items						
61. Bereid te praten over fouten /zaken die niet goed zijn gegaan	3.06	1.17	2.99	1.13	3.54	1.44
62. Werkt goed samen met de huisarts	2.22	3.63	2.03	3.30	2.01	3.27
64. Liever geholpen willen worden door de huisarts # \$	3.34	6.05*	2.63	4.96*	1.79	3.42
D. Algemeen						
65. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven	5.93	13.34***	6.03	13.38***	5.99	13.36***
66. Aanbevelen huisartspraktijk bij uw vrienden en familie	6.79	13.65***	6.43	13.52***	6.09	13.39***

Model 0: ongecorrigeerde model.

Model A: met correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid.

Model B: met correctie voor leeftijd, opleiding, gezondheid en etniciteit (westers/niet-westerse allochtoon).

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

\$ Dichotome variabelen die zijn gehercodeerd naar een 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

Kolom 2 met de ICCs uit tabel 7.1 laat zien dat de grootste verschillen tussen praktijken gevonden kunnen worden voor de schalen Toegankelijkheid en Assistentie. Wanneer niet gecorrigeerd wordt voor de kenmerken van de geënquêteerden wordt respectievelijk 14,4% en 7,7% van de variatie in de scores verklaard door verschillen tussen praktijken. Op item niveau zijn de verschillen het grootst bij (het gebrek aan) privacy aan de balie.

De drie schalen met betrekking tot de zorg van de huisarts discrimineren ook goed. Het item dat het grootste verschil maakt is item 38, het goed samenwerken met andere zorgverleners. Ook de twee items die betrekking hebben op het algemene oordeel (item 65 en 66) discrimineren goed tussen praktijken.

De verschillen tussen praktijken zijn minder groot in de schalen over “de andere zorgverlener”. Slechts 2,6 tot 2,9% (op de ongecorrigeerde schaal) is toe te schrijven aan verschillen tussen praktijken. Als rekening wordt gehouden met de samenstelling van de patiëntenpopulaties (model A), daalt dit tot 2,0 tot 2,4%. De verschillen zijn overigens wel statistisch significant.

Door de waarden uit model 0 te vergelijken met model A, is de invloed van de case-mix variabelen op alle schalen te onderzoeken. Correctie voor de case-mix variabelen is belangrijk, aangezien case-mix variabelen de scores beïnvloeden zoals ook blijkt uit het feit dat de betreffende ICC's na correctie voor deze achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, gezondheid) iets veranderen. Bij de meeste schalen en items is er sprake van

een lichte daling. Aangezien de verandering in ICC's door het corrigeren voor de standaard achtergrondvariabelen van de CQ gering is (tussen -0,5 en 1,1), zijn deze kenmerken van beperkte invloed op de geobserveerde verschillen tussen instellingen. Het grootste verschil wordt gezien bij de schaal van de assistente. Toch is het voor een objectieve vergelijking van praktijken belangrijk om te corrigeren voor verschillen in case-mix, omdat bijvoorbeeld anders praktijken met relatief weinig ouderen, relatief ongunstige scores krijgen.

Als de variabele etniciteit wordt toegevoegd, worden de verschillen tussen praktijken iets kleiner, met een maximale daling van 1,4% voor de schaal van de assistente (verschil tussen model A met model B). Bij de vragen over de huisartsenpost (vraag 13 en 14) daalde de ICC zelfs tot onder de 1%.

Een interessante bevinding is dat de twee algemene items over het oordeel over de praktijk, het cijfer en of de praktijk aanbevolen zou worden, nauwelijks bepaald lijken te worden door verschillen in patiëntkenmerken.

Samenvattend kan worden gesteld dat praktijken het meest verschillen in de items gerelateerd aan Toegankelijkheid en Assistentie. De gevonden verschillen kunnen voor een relatief klein deel verklaard worden door verschillen tussen praktijken in de samenstelling van de groep responderende patiënten. Correctie is wel zinvol, maar verandert weinig in het beeld. Verder blijkt etniciteit een beperkte invloed te hebben op de patiëntervaringen.

7.2 Benodigde aantallen voor het bepalen van verschillen tussen praktijken

Gegeven de mogelijkheid van het huidige meetinstrument om verschillen te meten tussen praktijken is vervolgens bekeken hoeveel patiënten per huisartsenpraktijk in de toekomst nodig zijn om op betrouwbare wijze verschillen tussen praktijken te kunnen vaststellen. Het gaat hierbij om het benodigde aantal **ingevulde** vragenlijsten. Met behulp van multi-level analyses is de 'reliability' op praktijkniveau bepaald als maat voor het betrouwbaar kunnen schatten van de verschillen. Hierdoor kan bepaald worden hoeveel patiënten per huisartsenpraktijk nodig zijn voor het vaststellen van significante verschillen tussen praktijken. Een reliability van 0,80 of meer wordt als betrouwbare grens gezien. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat het gaat om *statistisch significante* verschillen tussen praktijken. Wanneer de aantallen per praktijk hoger zijn zal een kleiner verschil tussen praktijken eerder significant zijn. Het blijft dan wel de vraag of deze verschillen in de praktijk ook relevant zijn.

Tabel 7.2: Geschatte benodigde aantallen patiënten per huisartsenpraktijk om op praktijkniveau een betrouwbaarheid van rond de 0,80 te bereiken voor de te meten kwaliteitscores

	Model 0		Model A		Model B	
	reliability	N	reliability	N	reliability	N
A. Eerste Contact						
Schaal Toegankelijkheid	0,81	25	0,81	25	0,81	25
Schaal assistente	0,81	50	0,78	50	0,80	75
Losse items						
4. Voldoende informatie over organisatie huisartspraktijk \$	0,80	250	0,80	300	0,80	500
13. Naar de huisartsenpost bellen omdat eigen huisarts overdag niet bereikbaar was #	0,79	150	0,81	200	0,81	500
14. Naar de huisartsenpost omdat patient zelf overdag geen tijd had #	0,80	200	0,81	250	0,81	500
17. Toegankelijkheid praktijk voor kindervagena's \$	0,83	75	0,82	75	0,80	75
20. Privacy aan de balie	0,80	10	0,81	10	0,80	10
B. Huisarts						
Schaal communicatie en bejegening huisarts	0,82	75	0,80	75	0,77	75
a. schaal bejegening huisarts	0,79	75	0,82	100	0,79	100
b. schaal communicatie	0,81	75	0,79	75	0,81	100
Schaal 'zorg op maat' huisarts	0,80	100	0,79	100	0,77	100
Los item						
45. bereid te praten over fouten	0,79	125	0,78	150	0,78	250
C. Andere zorgverlener						
Schaal samenwerking en bejegening andere zorgverlener	0,82	200	0,81	200	0,80	150
a. schaal samenwerking	0,80	150	0,77	150	0,79	250
b. schaal bejegening	0,80	150	0,81	200	0,79	300
Schaal zorg op maat	0,78	150	0,80	200	0,78	200
Losse items						
61. Bereid te praten over fouten	0,80	125	0,79	125	0,79	100
64. Liever geholpen willen worden door de huisarts \$ #	0,78	100	0,80	150	0,78	200
D. Algemeen						
65. Welk cijfer van 0 tot 10 voor huisartspraktijk	0,83	75	0,83	75	0,83	75
66. Aanbevelen huisartspraktijk bij vrienden/familie	0,78	50	0,77	50	0,83	75

Model 0: ongecorrigeerde model.

Model A: met correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid.

Model B: met correctie voor leeftijd, opleiding, gezondheid en etniciteit (westers/niet-westerse allochtoon).

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd.

\$ Dichotome variabelen die zijn gehercodeerd naar een 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

Tabel 7.2 geeft een overzicht van de benodigde aantallen ingevulde vragenlijsten, bij toepassing van de verschillende correctiemodellen. Het is duidelijk dat daar waar de gevonden verschillen het grootste zijn, de kleinste aantallen patiënten nodig zijn om dit verschil aan te kunnen tonen. De resultaten laten zien dat het corrigeren voor patiëntenkenmerken de benodigde aantallen wel iets verhoogt, maar niet heel veel invloed heeft. Dit is ook

logisch, gezien de eerdere bevinding dat de achtergrondkenmerken van patiënten maar beperkte invloed had op de verschillen tussen instellingen.

In het algemeen kan worden gezegd dat ongeveer 100 ingevulde vragenlijsten per praktijk de algemene aspecten van de zorg goed te evalueren zijn (eerste contact, huisarts en algemeen oordeel). Echter voor de beoordeling van de andere zorgverlener zijn meer patiënten nodig, namelijk 200. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat verschillen tussen praktijken het minst duidelijk naar voren komen in deze schaal (zie tabel 7.2).

Om 100 ingevulde vragenlijsten te verkrijgen is het nodig om bij gelijkblijvende verzendmethode 235 vragenlijsten per praktijk te verzenden. Het is echter mogelijk om de respons te vergroten door bijvoorbeeld:

- a) De vragenlijst alleen toe te sturen aan die mensen die de afgelopen jaar gebruik gemaakt hebben van de huisarts.
- b) Alleen mensen aan te schrijven ouder dan 16 jaar, omdat er in de jongere leeftijdsgroepen de bruto respons veel lager was, en er daarna veel vragenlijsten niet meegenomen konden worden omdat volwassenen de vragenlijst over hun eigen ervaring hadden ingevuld.

7.3 Indeling van huisartsenpraktijken in drie groepen

De huisartsenpraktijken kunnen op basis van de schaalscores in drie groepen worden ingedeeld: benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***, zie tabel 7.3). De drie-indeling laat zien hoe iedere praktijk scoort ten opzichte van het gemiddelde van alle praktijken in het onderzoek en **niet** of de praktijk op een bepaald aspect goed of slecht presteert.

Een huisartsenpraktijk wordt ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval rondom de score van de praktijk respectievelijk geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle deelnemende praktijken valt. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met deze gemiddelde score, krijgt de huisartsenpraktijk twee sterren toegewezen. Van de sterindeling kun je stellen dat de praktijken met 1 ster statistisch significant afwijken van de huisartsenpraktijk met 3 sterren. De scores van deze uiterste groepen wijken echter niet altijd statistisch significant af van de scores van praktijken met 2 sterren. In tabel 7.3 kan men zien hoeveel praktijken worden ingedeeld in 1, 2 of 3 sterren. Dit is per schaal weergegeven. Om een indruk te geven van de verschillen tussen de laagst scorende praktijk en de hoogst scorende praktijk is in de tabel de range in gemiddelde score op de betreffende schaal weergegeven.

Tabel 7.3: Aantal praktijken met één, twee en drie sterren voor ervaringen met de zorg

Ervaringsscores en waarderingscijfer*	Beneden	Gemiddeld	Boven	Range
	gemiddeld 1 ster	2 sterren	gemiddeld 3 sterren	[laag-hoog]
Schaal toegankelijkheid	13	5	14	[2,5-3,5]
Schaal assistente	10	9	13	[3,1-3,7]
Schaal 'zorg op maat' huisarts	9	13	10	[2,9-3,5]
Schaal communicatie en bejegening huisarts	9	14	9	[3,4-3,9]
a. schaal bejegening huisarts	9	14	9	[3,5-3,9]
b. schaal communicatie huisarts	8	15	9	[3,2-3,8]
Schaal samenwerking en bejegening andere zorgverlener	2	27	3	[3,3-3,8]
a. schaal samenwerking andere zorgverlener	2	26	4	[3,2-3,8]
b. schaal bejegening andere zorgverlener	3	25	4	[3,3-3,9]
Schaal 'zorg op maat' andere zorgverlener	4	25	3	[2,7-3,4]
Algemeen: het cijfer van 0 tot 10 dat aan de huisartspraktijk wordt gegeven	10	12	10	[7,6-8,8]

* Hierbij is gecorrigeerd voor opleiding, geslacht, gezondheid en leeftijd

Toelichting: praktijk met score 3 sterren hebben significant beter gescoord dan praktijken met 1 ster. De range geeft de waarde aan in de praktijk met de laagste en de praktijk met de hoogste score.

De spreiding van de praktijken over de kolommen 1 ster, 2 sterren en 3 sterren geeft weer in welke mate een schaal kan discrimineren. Wanneer praktijken over meerdere kolommen verspreid zijn, zoals bij bijna alle schalen die niet over de ander zorgverlener gaan, discrimineert de schaal beter dan wanneer de meeste praktijken in de kolom met 2 sterren staan.

8 Voorstel tot aanpassen van de vragenlijst

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor de optimalisatie van de CQ-Index Huisartsenzorg. Een belangrijk doel hierbij is de vragenlijst in te korten, opdat de CQI Huisartsenzorg een instrument is dat gemakkelijk invulbaar is en zo goedkoop mogelijk uitgezet kan worden. Het gaat er dus om relevante vragen te selecteren, die zinvolle informatie opleveren over de belangrijkste aspecten van zorg in de huisartspraktijk. Deze vragenlijst moet voor belangrijke aspecten ook onderscheid kunnen maken tussen de zorg in de verschillende praktijken.

Eerst wordt een overzicht gegeven van de argumenten. Vervolgens wordt per module van de vragenlijst een overzicht gegeven van de bevindingen uit de analyses, begeleid door argumenten om items te verwijderen of te behouden. Deze argumenten zijn besproken in een projectgroep met vertegenwoordigers van de belangrijke partijen. De inhoudelijke en beleidsmatige argumenten die hebben bijgedragen aan de uiteindelijke beslissing worden weergegeven.

8.1 Argumenten rond het verwijderen of handhaven van items

In deze paragraaf worden de overwegingen beschreven over welke items behouden en welke items verwijderd kunnen worden in de volgende versie van de ervaringenlijst. Deze overwegingen zijn gebaseerd op de resultaten van alle analyses die in de voorafgaande hoofdstukken zijn beschreven.

- a. de criteria gerelateerd aan de items: de respons/non-respons en de scheefheid;
- b. de factor- en betrouwbaarheidsanalyses, waarbij getracht is van items betekenisvolle schalen te maken;
- c. de uitkomsten van de vragenlijsten naar de ervaringen, het belang, en de gecombineerde uitkomst in de vorm van verbeterpunten;
- d. de multilevel analyse, waarbij de geschiktheid van het instrument voor vergelijking tussen huisartspraktijken werd bestudeerd;
- e. kwalitatieve informatie die voortkwam uit de discussies in de feedbackgroepen met huisartsen, de opmerkingen die respondenten schreven op de enquêtes en de gesprekken door de telefoon n.a.v. de vragenlijst.

Argumenten die bijdragen aan de keuze om een item te verwijderen uit de vragenlijst zijn:

Ad a) de beschrijving van de items: (Kolom I uit tabel 8.1-8.3)

Een hoge non-respons (>10% missende waarden op het item) en extreem scheef verdeelde items (>90% van antwoorden in één categorie).

Ad b) de psychometrische eigenschappen (Kolom PE uit tabel 8.1-8.3)

- Een te lage factorlading ($<0,40$).
- Items die niet bijdroegen aan een betrouwbare schaal ($ITC < 0,40$).
- Items die een sterke samenhang, ofwel een hoge inter-item correlatie, vertonen (Pearson's $r > 0,70$).

Toelichting: een belangrijk uitgangspunt voor het behouden van de items vormt de schaalbaarheid van de items. Verschillen gevonden op een schaal van 4 of meer items is een veel krachtigere bevinding dan verschillen op item niveau. Met een schaal wordt immers getracht een aspect van de zorg te omvatten. Dit is minder kwetsbaar dan een bevinding op item niveau omdat mogelijk ook specifieke locale omstandigheden de bevinding op een item kunnen verklaren. Dit betekent dat een item dat tot een schaal hoort (volgens factor- en betrouwbaarheidsanalyses) in de vragenlijst blijft, tenzij de betrouwbaarheid van een schaal wordt verhoogd als het item verwijderd zou worden.

Ad c) de uitkomsten van de vragenlijsten (Kolommen Erv&Sd, B en V/K uit tabel 8.1-8.3)

Als de respondenten allemaal vergelijkbare ervaring hebben (zoals blijkt uit een hele kleine standaarddeviatie) dan hangt het af van het belang van deze informatie of hij interessant is om op te nemen in de vragenlijst.

Met betrekking tot de belangenlijst kan gesteld worden dat als het item hoort bij de 10 belangrijkste aspecten van zorg vanuit de patiënt gezien, dit een argument is om het item te behouden. (Dit is aangegeven in de tabellen met B+). Net als het feit dat als het bij de 10 minst belangrijke aspecten behoort het item verwijderd zou kunnen worden. Dit is aangegeven in de tabellen met B-).

Als een item bij combinatie van de ervaringslijst en de belangenlijst tot de top 10 verbeterpunten behoort, is dit een sterk argument om het item te behouden. (Dit is aangegeven in de tabel met een V). Hoort het item bij top 10 koesterpunten, dan is dit een item waarvan het belang van opname in de vragenlijst heroverwogen kan worden. (Dit is aangegeven in de tabel met een K)

Ad d) de uitkomsten van de multilevelanalyse (Kolom ML uit tabel 8.1-8.3)

Als de schaal of het item ondanks de grootte van de steekproef geen significante verschillen kan aantonen tussen praktijken dan is het instrument niet geschikt voor vergelijking tussen praktijken.

Ad e) de kwalitatieve informatie

Op basis van de inhoud van de feedback kan overwogen worden om items te herformuleren of de aanpak te veranderen.

8.2 Overzicht uitkomsten per module

8.2.1 *Module Een: Eerste contact met de praktijk*

In tabel 8.1. staan de items weergegeven uit de module 'eerste contact'. Er zijn in deze module twee schalen gevormd, een over de toegankelijkheid van de zorg en een over de assistente. Deze schalen zijn eventueel ook samen te nemen zoals uit de factoranalyse

bleek. Daarbij gaat informatie verloren, en het zal afhangen van het doel waarmee de vragenlijst gebruikt wordt of dit handig is.

Tabel 8.1: Beoordeling items betreffende het eerste contact met de praktijk op de criteria

Eerste contact en organisatie praktijk	Criteria					
	I ¹	PE ²	Erv&Sd ³	B ⁴	V/K ⁵	ML ⁶
Toegankelijkheid $\alpha = 0,70$; verklaarde variantie = 46,5; N=3838						14,5
5. Binnen een minuut iemand van uw praktijk aan de telefoon (nvt=7%)			2,4 0,9	B-	V	9,8
9. Binnen 24 uur op het spreekuur terecht kunnen (nvt=19%)	(1)		3,2 0,9			12,6
11. Te veel moeite om snel op het spreekuur komen (nvt=16%)#	(1)		3,6 0,7			6,7
12. Op redelijke termijn afspraak krijgen met eigen huisarts			3,3 0,8			6,6
23. Binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen			2,6 0,9	B-	V	10,2
Assistente $\alpha = 0,75$; verklaarde variantie = 48,2; N=4610						6,6
3. Behulpzaamheid artsen en andere medewerkers			3,6 0,6			
6. Goed geholpen bij bellen overdag (nvt=7%)			3,6 0,6			
7. Probleem verhaal aan de doktersassistente te moeten vertellen (nvt=9%) #			3,2 1,0	B-		6,8
8. Doktersassistente beoordeelde goed afspraak met arts nodig was			3,2 1,0			2,7
15. De doktersassistente handelde met respect			3,7 0,7			
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?			3,6 0,7			
Losse items huisartsenpost						
13. Bellen huisartsenpost omdat huisarts niet bereikbaar was (nvt = 23%)#	(1)	3	3,8 0,5		K	2,2
14. Naar de huisartsenpost gaan omdat uzelf overdag geen tijd had #	2	3	3,9 0,3	B-	K	1,7
Losse items organisatie accommodatie						
4. Voldoende informatie over de organisatie van uw huisartspraktijk \$		3	3,5 1,1			1,3
10. Huisartspraktijk open op gunstige tijdstippen		3	3,4 0,8	B-		
17. Toegankelijkheid praktijk kinderwagens/lichamelijke beperking \$		3	3,7 0,9			5,8
18. Voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte		3	3,5 0,7	B-		
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon		3	3,8 0,4		K	
20. Privacy aan de balie#		3	2,9 1,0		V	29,5
21. Privacy in spreek- of onderzoekskamer #	2	3	3,9 0,3		K	

Donker grijs gearceerd: verwijderen; lichtgrijs gearceerd: doortesten

α Cronbachs Alfa, N = aantal vragenlijsten dat is meegenomen voor deze analyse.

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd

\$ Dichotome variabelen gehercodeerd naar 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

¹ Kolom I= item analyse : Non Respons: 1: hoge item non-respons (> 10%), (1) als n.v.t >10% ; .2: scheve verdeling (> 90% heeft een positieve ervaring),

² Kolom PE Psychometrische Eigenschappen: 3: lage factorlading (<0,40),

³ Kolom Erv&SD; Gemiddelde waarde schaal- of item score ervaringsvragenlijst met standaard deviatie.

⁴ Kolom B: belangenscore: B+ top 10 relatief meest belangrijke punten; B- Top 10 relatief minst belangrijke punten.

⁵ Kolom VK: Verbeterpunten en Koesterpunten.

⁶ Kolom ML: uitslagen model A met correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid: % = Intra Class Correlatie n.s. = niet sign.

Behouden:

Items in schaal toegankelijkheid en assistente: We zien dat uit de vragen over het eerste contact twee goede schalen gevormd zijn die respectievelijk gaan over de toegankelijkheid van de zorg en de zorg door de assistente. De toegankelijkheid blijkt een van de probleemgebieden uit de huisartsenzorg te zijn. Er zijn veel negatieve ervaringen, en uit de multilevel analyse blijkt dat 14,5% van de verschillen gevonden tussen geënquêteerden gerelateerd is aan de praktijk.

Los item 4: Is inhoudelijk een belangrijk item. Bovendien worden er veel verschillende ervaringen gerapporteerd. Deze kunnen differentiëren tussen huisartspraktijken, mits de aantallen groot genoeg zijn, of de verschillen die gevonden worden bij een representatieve groep groter zijn.

Los item 10 schaalt niet, maar wordt vanuit patiëntenperspectief een belangrijke vraag gevonden. Er zijn in deze pilot niet veel verschillen te zien in de beantwoording van het belang van de openingstijden tussen groepen patiënten (zie aanvullende analyse). Het voorstel is deze vraag voorlopig te behouden en *door te testen*. Mogelijk dat in de nabije toekomst meer variatie in openingstijden tussen praktijken zal bestaan en daardoor meer variatie in de antwoorden.

Aanvullende analyse over item 10.

Slechts 45,2 % van de respondenten vond het belangrijk/van het allergrootste belang dat de huisartsenpraktijk open was op tijden die voor hem/haar gunstig zijn. Nadere analyse wijst uit dat er geen significante verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, leeftijd, opleidingsniveau en incidenteel/groot gebruiker.

Ook al zijn er geen significante verschillen gevonden, er zijn wel groepen die vaker dan het gemiddelde van aan geven het erg belangrijk of van het allergrootste belang te vinden dat de openingstijden gunstig zijn. Dat zijn bij de vrouwen leeftijdsgroep 5 tot 14 (50,0%) en de leeftijdsgroep 75+ (50,4%) en bij de mannen de leeftijdsgroepen 15 tot 24 jaar (54,2%) en ouder dan 75jaar (53,1%).

Los item 17: De toegankelijkheid van de huisartspraktijk is een belangrijk item zowel als keuze informatie voor de patiënt als voor de verzekeraars. Deze toegankelijkheid paste echter niet in een schaal en is op zich makkelijk vast te stellen bij een praktijkbezoek. Daarom wordt voorgesteld het item niet op te nemen als de CQI wordt afgenomen binnen de context van de praktijkaccreditatie of een benchmark, waarbij de praktijk ook geëvalueerd wordt. Het item is wordt met andere woorden *facultatief*.

Los item 19: Zou kunnen vervallen omdat het niet discrimineert en overal positief scoort. De ervaringen in de NHG praktijkaccreditatie waren echter minder positief. Mogelijk speelt hier het relatief geringe aantal praktijken een rol en was sprake van een (relatief schone) selectie. Daarom wordt deze vraag in de komende periode *vooralsnog gehandhaafd* en als blijkt dat het met de schoonheid in de praktijken overal heel goed gesteld is, kan altijd besloten worden de vraag te laten vervallen.

Los item 20: De privacy aan de balie is een belangrijk thema dat mensen vaak benoemen als probleem en bij de top 10 verbeterpunten staat.

Los item 21: De privacy van de spreek- en onderzoekskamer bleek bij de praktijken die meededen aan de pilot benchmarking goed geregeld en behoorde tot de items om te koesteren. De privacy in de spreekkamer behoort echter tot een van de minimumeisen waaraan de praktijk zou moeten voldoen, en het is daarom belangrijk dit bij alle praktijken te onderzoeken. Ook met het oog op het mogelijk gebruik van de lijst in de Europese context, is het belangrijk deze vraag te handhaven.

Verwijderen:

Losse items 13 en 14: De vragen over de huisartsenpost waren toegevoegd om inzicht te krijgen in de vraag of de toegankelijkheid van de huisartspraktijk gerelateerd was aan het gebruik van de huisartsenpost. Deze items pasten echter statistisch gezien niet bij de schaal over de toegankelijkheid. Bovendien is de verdeling van de antwoorden erg scheef. De motivatie om de huisartsenpost te bezoeken is waarschijnlijk beter te meten via de CQ huisartsenpost dan via de huisartspraktijk, en wordt in de CQI huisartsenzorg verwijderd.

Los item 18: Het item over de zitplaatsen wordt uit de enquête gehaald omdat het item niet schaalbaar is én wordt benoemd bij de top 10 minst belangrijke aspecten van de huisartsenzorg. Ter overweging is nog om het item te herformuleren op eenzelfde manier als bij de lijst CQI Farmaceutische Zorg. Hier luidt de vraag als volgt: “Heeft uw apotheek voorzieningen om het wachten voor u te veraangename(n)?”. Bij de bovengenoemde lijst bleek echter het belang dat mensen hieraan hechten zo laag is dat de vraag uit de definitieve lijst verdwenen is.

8.2.2 *Module 2: Contact met de huisarts*

Zoals in tabel 8.2. weergegeven is, zijn van de meeste items die betrekking hebben op de huisarts drie schalen gevormd. De eerste schaal gaat over de bejegening, een verplicht onderdeel van de CQI vragenlijst. De tweede schaal gaat over de communicatie, het begrijpelijk uitleggen, en hierin zit ook de vraag naar het vertrouwen in de deskundigheid. Deze twee schalen (bejegening en communicatie) zijn eventueel ook samen te nemen zoals uit de factoranalyse bleek. Daarbij gaat informatie verloren, en het zal afhangen van het doel waarmee de vragenlijst gebruikt wordt of dit handig is. De derde schaal gaat over de zorg op maat. Deze schaal is zo genoemd omdat de meeste vragen refereren aan de mens in zijn context, de emotionele achtergrond van problemen, de mogelijkheid om mee te denken, het hulp bieden bij de gang door de zorg etc.

Tabel 8.2. Beoordeling items betreffende het contact met de huisarts op de criteria

Huisarts	Criteria					
	I ¹	FA ²	Erv&Sd ³	B ⁴	V/K ⁵	ML ⁶
Bejegening $\alpha = 0,85$; verklaarde variantie = 69,5; N=5553						
24. Aandachtig luisteren			3,8	0,5	B+	K
26. Serieus nemen			3,8	0,5	B+	K
41. Met respect behandelen			3,8	0,4		K
42. Voldoende tijd besteden			3,7	0,6		
Communicatie $\alpha = 0,83$ verklaarde variantie = 60,8N=5294						
25. Belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie			3,5	0,8		
27. Begrijpelijke uitleg geven over de resultaten van onderzoek			3,6	0,7	B+	
28. Vertellen wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem			3,6	0,7	B+	
30. Dingen op een begrijpelijke manier uitleggen			3,7	0,6		K
44. Vertrouwen hebben in de deskundigheid van uw huisarts?			2,9	1,1	B+	
Zorg op maat $\alpha = 0,88$; verklaarde variantie = 53,2; N=2179						
31. Goed geïnformeerd over verschillende behandelingsmogelijkheden			3,4	0,8	B+	
32. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling/hulp			3,3	0,9		
33. Informeren bijwerkingen voorgeschreven geneesmiddelen? (nvt = 16%)	(1)		2,9	1,1		V
35. Duidelijk maken van belang zijn/haar instructies/advies op te volgen			3,4	0,8		
37. Voldoende hulp bij 'vinden van de weg' in gezondheidszorg (nvt = 36%)	(1)		3,4	0,8		
38. Goed samen werken met uw andere zorgverleners (nvt = 42%)	(1)		3,4	0,8		
39. Aandacht voor emotionele problemen gerelateerd aan gezondheid			3,2	1,0		
40. Hulp aanbieden bij voorkómen ziekten/ verbeteren van gezondheid			2,7	1,2		V
43. Hoe vaak zorgde behandeling dat gezondheidsproblemen verminderden?			3,2	0,7		
Losse items						
29. Goed inschatten andere oorzaak had dan een lichamelijke (nvt = 64%)	(1)		3,0	1,0		V 1,7
34. Geneesmiddelen voorschrijven wanneer u dat nodig vond (nvt = 21%)	(1)	3	3,3	0,9	B-	
36. Doorverwijzen naar specialist wanneer u dat nodig vond? (nvt = 29%)	(1)	3	3,4	0,9		
45. Bereid te praten over fouten/ zaken die niet goed zijn gegaan? (nvt = 74%)	(1)	3	3,7	0,6		V n.s.
46. # Schriftelijke informatie gezondheidsprobleem in praktijk? (nvt = 64%)	(1)	3	3,2	0,9	B-	

Grijs gearceerd: verwijderen

α Cronbachs Alfa, N = aantal vragenlijsten dat is meegenomen voor deze analyse.

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd

\$ Dichotome variabelen gehercodeerd naar 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

¹ Kolom I = Item analyse 1: hoge item non-respons (> 10%), (1) als n.v.t >10%; 2: scheve verdeling (> 90% heeft een positieve ervaring).

² Kolom PE Psychometrische Eigenschappen: lage factorlading (<0,40),

³ Kolom Erv&SD; Gemiddelde waarde schaal- of item score ervaringsvragenlijst met standaard deviatie.

⁴ Kolom B: belangscore: B+ top 10 relatief meest belangrijke punten; B- Top 10 relatief minst belangrijke punten.

⁵ Kolom VK: Verbeterpunten en Koesterpunten.

⁶ Kolom ML: uitslagen model A met correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid: % = Intra Class Correlatie n.s. = niet sign.

Behouden

De items die in de *schalen Bejegening, Communicatie en Zorg op maat* zijn opgenomen worden integraal opgenomen in de definitieve vragenlijst.

Los item 45. Deze vraag is slechts toepasbaar voor een beperkt deel van de mensen, maar is wel een punt dat erg belangrijk gevonden wordt. Ook is het een van de belangrijkste verbeterpunten. Het is daarom goed om dit item als item te behouden.

Verwijderen

Los item 29. Besloten is om vraag 29 te verwijderen ondanks dat hij zit bij de top 10 verbeterpunten zit. Slechts 36% van de respondenten vinden deze vraag van toepassing op hun situatie en de bruikbaarheid van de vraag voor keuze-informatie of verbeterinformatie is niet erg duidelijk.

Losse items 34 en 36. Deze items worden niet gehandhaafd omdat de items niet in een schaal passen en worden gescoord bij de 10 minst belangrijke aspecten van de huisartsenzorg. Als los item zijn de resultaten moeilijk te interpreteren zijn en aspecten als “vindt u dat u goed antwoord hebt gekregen op uw vraag”, of “hoe vaak vindt u dat u goed geholpen bent”, worden al gedekt door andere vragen.

Los item 46: Ook item 46 was niet schaalbaar en is maar van toepassing voor een heel klein deel van de mensen. Ook behoort hij tot de top 10 minst belangrijke punten en wordt daarom niet gehandhaafd.

Andere opmerking

In de nabespreking met de huisartsen werd de correctheid van de interpretatie van de belangvraag 40 betwijfeld (“*Mijn huisarts moet mij hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van mijn gezondheid, bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl*”). Van de geënquêteerden zegt 70,3% dit belangrijk of van het allergrootste belang te vinden. De huisartsen betwijfelden of de patiënten dit echt zouden willen, omdat hun ervaring is dat mensen niet enthousiast reageren als zij aangesproken op drink-, rook- of eetgedrag. Hun indruk is de mensen bij de beantwoording van deze vraag mogelijk denken aan health checks, total body scans, e.d. Het voorstel is om de vraag in de belangenlijst te herformuleren in de trant van 40: *Mijn huisarts moet mij aanspreken op mijn risicogewoonten (als roken, veel drinken of teveel eten) en mij hulp aanbieden om deze te veranderen.*

8.2.3 Module drie: de andere zorgverlener

Zoals in tabel 8.3. is weergegeven konden er over de items gerelateerd aan de zorg door ‘de andere zorgverlener’ drie schalen gevormd worden. Deze schalen gaan respectievelijk over de samenwerking met de huisarts, de bejegening en de zorg op maat.

Een van de verklaringen waarom het discriminerend vermogen niet zo groot is, is dat er met ‘de andere zorgverlener’ een diverse groep zorgverleners wordt aangeduid van de praktijkassistente, de praktijkondersteuner, de diabetes verpleegkundige, etc. Deze zorgverleners hebben andere rollen en verantwoordelijkheden ten opzichte van de patiënt en ten opzichte van de huisarts, van het maken van een uitstrijkje tot het draaien van een

zelfstandig spreekuur. De mensen hebben wel aangegeven over wie ze de vragenlijst ingevuld hebben, maar deze antwoorden zijn samengenomen omdat anders de groepen te klein waren. Het gevolg hiervan is dat het beeld diffuser wordt. Het voorstel is om in de toekomst de enquête te beperken tot de zorgverleners die zelfstandig consulten doen.

Tabel 8.3. de andere zorgverlener

Andere zorgverlener	Criteria					
	I ¹	FA ²	Erv&Sd ³	B ⁴	V/K ⁵	ML ⁶
Samenwerking en deskundigheid $\alpha = 0,76$; verklaarde variantie = 61,1 N=1691						2,2%
49. Goed geïnformeerd over uw ziektegeschiedenis \$			3,7	0,9		
52. Op begrijpelijke manier uitleggen van de dingen			3,6	0,7		
55. Vertrouwen in de deskundigheid van deze zorgverlener			3,6	0,7		
56. Vertrouwen dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst			3,6	0,7	B+	1,8%
Bejegening $\alpha = 0,90$; verklaarde variantie = 76,4; N=1745						2,1%
50. Aandachtig luisteren		5	3,6	0,6		
51. Serieus nemen		5	3,7	0,6	K	
54. Voldoende tijd nemen		5	3,7	0,6	K	
60. Met respect behandelen			3,8	0,5	K	
'Zorg op maat' $\alpha = 0,84$; verklaarde variantie = 68,1; N=1483						2,0%
53. Ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp			3,3	0,9		
57. Hulp bieden bij voorkómen van ziekten/verbeteren van gezondheid			2,9	1,2	V	n.s.
58. Duidelijk maken belang zijn/haar instructies/advies op te volgen			3,2	1,0		n.s.
59. Aandacht emotionele problemen gerelateerd aan gezondheidstoestand			2,9	1,2	B- V	
Losse items						
61. Bereid te praten over fouten/ zaken die niet goed zijn gegaan (nvt=77%)	(1)		3,1	1,1	V	n.s.
62. Werkt goed samen met uw huisarts (nvt 24.6%)	(1)	3	3,7	0,6	B+	n.s.
63. Tegenstrijdige informatie krijgen van zorgverleners binnen praktijk		3	3,8	0,5	B+ K	n.s.
64. Liever geholpen willen worden door de huisarts (missing 13%)# \$	1	4	3,3	1,3	B-	2,6

Grijs gearceerd: verwijderen

α Cronbachs Alfa, N = aantal vragenlijsten dat is meegenomen voor deze analyse

Negatief geformuleerde items die zijn omgecodeerd

\$ Dichotome variabelen gehercodeerd naar 4-puntsschaal 1 = nee 4 = ja.

¹ Kolom I= itemanalyse: 1: hoge item non-respons (> 10%), (1) als n.v.t >10% 2: scheve verdeling (> 90% heeft een positieve ervaring),.

² Kolom PE Psychometrische Eigenschappen: 3 lage factorlading (<0,40), 4: geen bijdrage aan de betrouwbaarheid (interne consistentie) van een schaal (verwijdering van het item zorgt voor toename van de Cronbach's alpha met > 0,1) 5: hoge inter-item correlatie (>0,70).

³ Kolom Erv&SD; Gemiddelde waarde schaal- of item score ervaringsvragenlijst met standaard deviatie.

⁴ Kolom B: belangenscore: B+ top 10 relatief meest belangenrijke punten; B- Top 10 relatief minst belangenrijke punten

⁵ Kolom VK: Verbeterpunten en Koesterpunten.

⁶ Kolom ML: uitslagen model A met correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid: % = Intra Class Correlatie n.s. = niet sign.

Behouden

De items behorende tot de *schaal samenwerking en zorg op maat* worden integraal opgenomen in de definitieve lijst. Dit zijn mooie interessante items, en een schaal met goede eigenschappen.

De vier vragen van de *schaal bejegening* hebben een belangrijke overlap, de inter-item correlatie is te hoog. Deze hoge inter-itemcorrelatie voor bejegeningsvragen wordt niet alleen in de CQ I Huisartsenzorg gevonden, maar ook in andere CQ I vragenlijsten. De bejegeningsvragen horen echter bij de verplichte CQI vragen. Het Centrum Klantervaring zorg zal in samenspraak met andere partijen besluiten welke vragen kunnen vervallen als verplichte vragen. In afwachting van dit besluit zullen de vier bejegeningsvragen gehandhaafd blijven.

Los item 62 en 63: Deze items behoren tot de top 10 punten van belangrijkheid en bestrijken interessante punten van goede samenwerking.

Los item 64: is een interessant item, met een flinke variatie in de antwoorden en significante verschillen tussen praktijken. Bij de verwachting van een toenemende taakdifferentiatie (waarbij steeds meer taken die nu door de huisarts gedaan worden door anderen gedaan worden) is het met dit item mogelijk te monitoren wat patiënten van deze ontwikkeling vinden.

Verwijderen

Item 61. Dit item mag verwijderd uit de definitieve lijst. Het is een te kleine groep mensen waarvoor dit item van toepassing is (eenderde van de mensen heeft ervaring met de andere zorgverlener en hiervan vult meer dan drie kwart in dat deze vraag niet van toepassing is). Bovendien is de huisarts als coördinator van de zorg in de huisartspraktijk waarschijnlijk het aanspreekpunt als mensen ontevreden zijn.

Methode van uitzetten

Aangezien niet in alle huisartspraktijken een praktijkverpleegkundige of POH-er werkzaam is en zelfstandig afspraken maakt, is het voorstel om twee versies van de vragenlijst te maken. Een versie met de drie modules inclusief de andere zorgverlener, en een tweede versie met alleen de eerste twee modules over het eerste contact en de huisarts. Er zal uitgetest moeten worden of op deze manier voldoende respondenten bereikt worden die ervaring hebben met 'de andere zorgverlener'. Een alternatieve strategie is om een gerichte steekproef te trekken uit de mensen die ervaring hebben met de andere zorgverlening zoals blijkt uit de declaratiegegevens van de huisarts.

De aanbeveling is om meer ervaring op te doen met het gericht sturen van de vragenlijst met module andere zorgverleners naar praktijken waar zo'n zorgverlener werkzaam is. Na analyse van de respons en de antwoorden inclusief het discriminerend vermogen wordt duidelijk of het mogelijk is de ervaring met de andere hulpverlener te onderzoeken als onderdeel van de praktijkvragenlijst, of dat er gericht verzonden moet worden.

8.2.4 Overige vragen

Naast deze vragen naar de ervaring van de mensen met de huisartsenzorg, zijn er een aantal vragen die standaard in de CQI vragenlijst opgenomen dienen te worden.

Dit zijn allereerst de twee algemene beoordelingsvragen

65. *Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.*

66. *Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?*

Deze worden standaard opgenomen en discrimineren ook goed tussen praktijken.

Vraag 67 kan facultatief meegenomen worden afhankelijk van het doel van de peiling.

67. *Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?*

Vervolgens zijn er de 4 standaard selectievragen, waarbij de eerste de respondenten expliciet de ruimte krijgen te beslissen de vragenlijst niet in te vullen, en de andere drie dienen om te controleren of de juiste mensen de vragenlijst hebben gekregen en ingevuld.

Als u ervoor kiest om deze vragenlijst niet in te vullen, wilt u dan zo vriendelijk zijn om dit vakje aan te kruisen en de vragenlijst toch terug te sturen in de antwoordvelop (een postzegel is niet nodig).

1. *Klopt het dat u ingeschreven bent bij de huisartspraktijk die u de brief heeft gestuurd?*
2. *Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden contact (spreekuur, huisbezoek, telefonisch consult) gehad met de huisartspraktijk?*
81. *Is de vragenlijst ingevuld door iemand anders dan de persoon die was aangeschreven?*

Daarnaast zijn er de verplichte vragen over de achtergrondkenmerken van de geënquêteerden die het mogelijk maken de invloed van deze kenmerken te onderzoeken en ervoor te corrigeren als het doel is de praktijken zo objectief mogelijk te vergelijken.

68. *Wat is momenteel uw leeftijd?*
69. *Bent u een vrouw of een man?*
71. *Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?*
72. *In welk land bent u geboren?*
73. *Wat is het geboorteland van uw vader?*
74. *Wat is het geboorteland van uw moeder?*
75. *Welke taal spreekt u meestal thuis?*
76. *Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?*
77. *Hoe zou u, over het geheel genomen, uw geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven?*

De vragen die aan de pilot vragenlijst waren toegevoegd over de sekse van de arts, de postcode en de drie vragen over mondigheid waren bedoeld voor verder onderzoek en zullen in de nabije toekomst geanalyseerd worden. Deze hoeven dus niet in de standaard vragenlijst opgenomen te worden.

Het is belangrijk er op te letten dat als de vragenlijst voor kinderen aangepast wordt er hier de gegevens over het kind worden ingevuld. Echter bij de antwoordcategorieën van de vraag 71 zou categorie kind jonger dan 12 jaar toegevoegd moeten worden, omdat deze anders als ‘laagstgeschoolden’ geanalyseerd worden. Dit is onwenselijk omdat opleidingsniveau ook vaak gebruikt wordt als proxy voor sociaal economische achtergrond.

8.2.5 *Andere punten relevant voor het gebruik van de CQI huisartsenzorg*

Houdbaarheid resultaten

Stel dat in de toekomst de uitslagen van de CQI huisartsenzorg op kiesbeter gepubliceerd zouden worden, is het belangrijk vooraf te bepalen hoe lang de resultaten van de vragenlijst geldig zijn. Stel dat een huisartspraktijk na een slechte score belangrijke verbeteringen aanbrengt in de praktijkvoering, dan zou het niet correct zijn als de eerste resultaten nog 3 jaar op Kiesbeter staan. Dit punt verdient aandacht bij de bespreking van de mogelijkheden om de CQI resultaten op Kiesbeter te publiceren.

Houdbaarheid vragenlijst

Het is de bedoeling dat de CQI huisartsenzorg een robuust instrument wordt met bestendige kernelementen dat ook over 5 jaar nog gebruikt kan worden. Van de andere kant is dit een ontwikkeltraject waarbij het mogelijk moet zijn om positieve en negatieve ervaringen te verwerken. Het voorstel is om de toekomstige ervaringen goed te documenteren, zodat deze na verloop van tijd deze gebruikt kunnen worden om het instrument te herzien. Zo zal het ook mogelijk zijn dat er in de loop van de tijd nieuwe dingen belangrijk gevonden die opgenomen zouden moeten worden in de lijst, zoals rondom het e-consult of specifieke vragen rondom patiëntveiligheid. Deze kunnen in eerste instantie als extra items meelopen, om later geïntegreerd te worden in de definitieve lijst.

De referentiewaarden

In de CQ methodologie worden praktijken ten opzichte van elkaar beoordeeld. Als de referentiewaarden schuivende waarden zijn dan hangt het erg af van de deelnemers van het onderzoek hoe de score uitvalt. Het is daarom nodig dat er landelijke referentiewaarden ontwikkeld worden waarmee iedereen zich kan vergelijken die een CQ afneemt. Daarvoor zou de vragenlijst uitgezet moeten worden bij landelijk representatieve steekproef van huisartspraktijken. Om een landelijke geleidelijke uitrol te realiseren zijn deze absolute referentiewaarden echt nodig.

Het kind

Zoals beschreven, is de ervaring met het enquêteren van de kinderen met de standaard lijst niet onverdeeld positief. Kinderen zijn een belangrijke groep huisartsenzorggebruikers, en daarom is het belangrijk hun ervaring mee te nemen. Als de leeftijd van de aangeschreven persoon bekend is, is het mogelijk om verschillende versies van dezelfde vragenlijst te maken. Een vragenlijst waarbij de vragen gericht worden aan de ouders over het consult met het kind voor de leeftijdsgroep 0 – 12. Om de respons onder jongeren in de leeftijdsgroep 12-16 te verhogen, zou de vragenlijst aangepast kunnen worden, waarbij ze met je en jij i.p.v. met u aangesproken worden en er iets meer toelichting staat. In de brief kan ook staan dat de ouders mogen helpen met invullen. De

derde versie is de versie voor volwassenen die iedereen van 16 jaar en ouder zou moeten kunnen gebruiken.

Europep/CQ

Het zou erg interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre de uitkomsten die gemeten worden met de Europep en de CQI huisartsenzorg vergelijkbaar zijn.

8.3 Samenvattend overzicht aanpassingen vragenlijst

➤ **Te verwijderen items**

- 13. Bellen huisartsenpost omdat huisarts niet bereikbaar was
- 14. Naar de huisartsenpost gaan omdat uzelf overdag geen tijd had
- 18. Voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte
- 29. Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)?
- 34. Geneesmiddelen voorschrijven wanneer u dat nodig vond
- 36. Doorverwijzen naar specialist wanneer u dat nodig vond?
- 46. Schriftelijke informatie gezondheidsprobleem in praktijk?
- 61. Bereid te praten over fouten/ zaken die niet goed zijn gegaan (andere zorgverlener)

➤ **Items nogmaals meenemen in volgende test**

- 10. Huisartspraktijk open op gunstige tijdstippen
- 19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon

➤ **Te herformuleren items**

- 18. Eventueel item 18 herformuleren en uit testen als: Heeft uw huisartspraktijk voorzieningen om het wachten voor u te veraangename[n]?”
De vraag 40 “Mijn huisarts moet mij hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van mijn gezondheid, bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl in de belangenlijst herformuleren in de trant van: “Mijn huisarts moet mij aanspreken op mijn risicogewoonten (als roken, veel drinken of teveel eten) en mij hulp aanbieden om deze te veranderen”.
- Item 47 en 48 herformuleren voor een verpleegkundige/praktijkondersteuner:
 - 47. Heeft u de afgelopen 12 maanden in de praktijk met een andere zorgverlener dan een arts een afspraak gehad? (bijvoorbeeld voor controle suikerziekte, maken van een uitstrijkje, verwijderen van hechtingen, oor uitspuiten.) Meerdere antwoorden mogelijk.
 - 48. De volgende vragen gaan over contacten die u in de afgelopen 12 maanden heeft gehad met een andere zorgverlener dan de huisarts. Als u met meerdere zorgverleners contact heeft gehad, moet u kiezen over wie u de vragen invult.
Item 81 moet heroverwogen worden hoe de antwoordcategorieën te formuleren dat er onderscheid gemaakt kan worden dat bij het invullen voor een kind het over de ervaring van het kind gaat of over de eigen ervaring.

81. Is de vragenlijst ingevuld door iemand anders dan de persoon die was aangeschreven?
Voor de vragenlijst voor kinderen onder de 12 moeten alle vragen zo geherformuleerd worden dat ze aan de ouders gesteld zijn over de ervaring van het kind. Bij de vraag over scholing moet er een aparte antwoordcategorie “kind jonger dan 12” toegevoegd worden.

➤ **Facultatief (afhankelijk van doel en setting van het gebruik CQ)**

17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindwagens en mensen met een lichamelijke handicap?
67. Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?

➤ **Te behouden items**

3. Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?
4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoedtelefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?
5. Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk
6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?
7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?
8. Hoe vaak beoordeelde de doktersassistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?
9. Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?
10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren? (*Doortesten*)
11. Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen?
12. Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?
15. Hoe vaak behandelde de doktersassistente u met respect?
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?
17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindwagens en mensen met een lichamelijke handicap? (*facultatief*)
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon? (*Doortesten*)
20. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?
21. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?
23. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?
24. Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?
25. Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?
26. Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?
27. Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamenlijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?
28. Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem?
30. Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?
31. Werde u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?
32. Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?
33. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?
35. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?

37. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)?
38. Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)?
39. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?
40. Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?
41. Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?
42. Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?
43. Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheids- problemen verminderden?
44. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?
45. Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?
46. Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk?
49. Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw diktegeschiedenis?
50. Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?
51. Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?
52. Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?
53. Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?
54. Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?
55. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?
56. Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?
57. Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?
58. Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?
59. Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?
60. Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?
62. Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts?
63. Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?
64. Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener?
65. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.
66. Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?

De definitieve versie van de vragenlijst wordt gepubliceerd op de website van het NIVEL www.nivel.nl en het Centrum Klantervaring Zorg www.centrumklantervaringzorg.nl.

9 Samenvatting, discussie en aanbevelingen

9.1 Samenvatting

In dit rapport is de ontwikkeling van de CQ-vragenlijst voor de huisartsenzorg beschreven. Dat is gedaan aan de hand van vier onderzoeksvragen die hieronder samengevat worden beantwoord:

1. Welke kwaliteitsaspecten kunnen worden onderscheiden binnen de huisartsenzorg?

Op grond van bestaande vragenlijsten, focusgroepdiscussies en commentaar van deskundigen is een vragenlijst geconstrueerd met 81 items, waarvan 62 items betrekking hadden op ervaringen met de huisartsenzorg. De andere vragen betroffen selectievariabelen alsmede patiëntkenmerken die van belang kunnen zijn voor de case-mixcorrectie.

De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen. De eerste module betreft het eerste contact met de huisartspraktijk. Daarbinnen zijn twee schalen geconstrueerd, één rond toegankelijkheid en één over de rol van de assistente. In de tweede module, contact met de huisarts, zijn drie schalen geconstrueerd: 'bejegening', 'communicatie' en 'zorg op maat'. De eerste twee zijn ook samen te voegen. Het derde en laatste module betreft de zorg verleend door 'contact met de andere zorgverlener'. Dit kan de assistente zijn, maar ook de praktijkondersteuner of bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige. Ook uit het deel van de andere zorgverlener zijn drie schalen geconstrueerd: 'samenwerking en deskundigheid', 'bejegening' en 'zorg op maat'. De eerste twee zijn ook samen te voegen. Elk onderdeel bevat naast de schalen enkele losse items.

De vragenlijst is gepilot in 32 huisartsenpraktijken in de regio's Rotterdam en Drenthe. Per huisartsenpraktijk zijn aan aselechte steekproeven van 400 patiënten per praktijk ervaringsvragenlijsten verstuurd. Daarnaast zijn aselechte steekproeven van 100 patiënten per praktijk vragenlijsten uitgezet waarin naar het belang dat patiënten aan de verschillende items hechten is gevraagd (belangenvragenlijst). Door de ervaringen van patiënten te wegen voor het belang dat aan de verschillende items wordt gehecht kunnen zogenoemde verbetercores worden berekend. Hoge verbetercores (hoog belang en/of frequente negatieve ervaring) betekent dat een bepaald item prioriteit verdient bij kwaliteitsverbetering.

De bruto-respons op de ervaringslijst bedroeg 58% en op de belanglijst 66%. De netto-respons (de vragenlijsten die bruikbaar waren in alle analyses) bedroeg respectievelijk 48% en 61%. Vrouwen en ouderen waren oververtegenwoordigd in de responsgroep.

2. Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de ontwikkelde CQ index huisartsenzorg (de schaalstructuur, validiteit en betrouwbaarheid van het instrument)?

De psychometrische eigenschappen van de onderscheiden schalen zijn goed tot uitstekend. Alle schalen hebben een Cronbach's alpha van minimaal 0,70. De schalen over het contact met de huisarts hebben een Alpha die ruim boven de 0,80 uitkomt. De schalen samen bevatten 41 van de in totaal 62 items.

3. Wat is het discriminerend (of onderscheidend) vermogen van de verschillende schalen van het instrument?

Het discriminerend vermogen van de onderscheiden schalen is goed tot uitstekend. Met alle schalen konden statistisch significante verschillen tussen praktijken worden vastgesteld, zowel in de ongecorrigeerde gegevens als in het model waarin wordt gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid. De schalen over toegankelijkheid en de rol van de assistente bij het eerste contact discrimineerden in vergelijking tot andere CQ-indexen bijzonder hoog. Het onderscheidend vermogen is bij de meeste schalen zo hoog dat niet meer dan 100 respondenten nodig zijn om statistisch significante verschillen tussen praktijken vast te kunnen stellen.

Alleen voor de schalen rond het contact met de andere zorgverlener zouden meer respondenten nodig zijn. Omdat de resultaten over de andere zorgverlener op verschillende zorgverleners betrekking had is het niet mogelijk om uitspraken te doen over het aantal benodigde vragenlijsten. Hiervoor is een nieuwe veldtest nodig.

4. Wat zijn relevante correctievariabelen oftewel case-mix adjusters bij de Ervaringenlijst Huisartsenzorg?

In het onderzoek zijn leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en etniciteit onderzocht als mogelijke case-mix adjusters. Twee modellen zijn bekeken. Eén met al deze variabelen en één met al deze variabelen behalve etniciteit. Beide modellen voldoen in de zin dat ze de uitkomsten modificeren en dus de vergelijking tussen de praktijken verbeteren doordat rekening wordt gehouden met verschillen in samenstelling van de patiëntpopulatie. Voorgesteld wordt om de variabele etniciteit in de toekomst buiten de case-mix-correctie te houden. Dit omdat niet bekend is of mensen van een niet-westerse etnische afkomst andere zorg krijgen of dat zij vragenlijsten anders invullen. Het verdient de voorkeur om bij praktijken waarbij veel patiënten van niet-westerse afkomst zijn de uitkomsten uitgesplitst naar al dan niet allochtoon te presenteren.

5. Hoe kan de steekproef het beste getrokken worden?

Als de vragenlijst de mogelijkheid moet geven om praktijken onderling te vergelijken is het essentieel dat er een aselechte steekproef getrokken wordt en de casemixvariabelen meegenomen worden. In deze pilot werden de resultaten door niemand in twijfel getrokken. De discussie in de feedbackgroepen concentreerde zich op het waarom van de verschillen en het bespreken van verschillen in aanpak en organisatie tussen praktijken. Als het binnen het huisartsinformatiesysteem (HIS) van de praktijk mogelijk is een selectie te maken van mensen die in het afgelopen jaar contact hebben gehad met de huisarts, dan kan de steekproef per praktijk zich beperken tot 200 mensen. Dat is voldoende om de 100 respondenten te halen, en ruim voldoende als de geherformuleerde vragenlijst voor kinderen tot 12 jaar tot een betere respons leidt.

De kosten van de exercitie hangen in belangrijke mate samen met het percentage vragenlijsten dat door middel van Internet worden beantwoord, aangezien hiermee zowel verzendkosten als invoerkosten bespaard worden.

Een ander voorstel is om twee versies van de vragenlijst te maken, een versie zonder de module over de andere zorgverlener, en een met, die alleen uitgezet wordt bij die praktijken waar een praktijkondersteuner of verpleegkundige werkzaam is.

9.2 Discussie

De resultaten met de CQI-Huisartsenzorg zijn positief: zowel psychometrische eigenschappen als onderscheidend vermogen zijn goed. Mogelijk zal het onderscheidend vermogen nog groter zijn bij een grootschaliger toepassing omdat aan deze pilot vooral enthousiaste en innovatieve praktijken hebben deelgenomen. Met name door het goede onderscheidend vermogen kunnen in de toekomst op een goedkopere wijze CQ-metingen in huisartsenpraktijken plaatsvinden. Er hoeven minder patiënten te worden benaderd dan in deze pilotmeting. Ook de belangenlijst hoeft niet meer te worden uitgezet omdat de belangenscores uit deze pilotexercitie kunnen worden gebruikt.

Niettemin zijn nog een aantal duidelijke verbeteringen mogelijk:

1. Verbetering van de vragenlijst

De omvang van de vragenlijst kan verder worden gereduceerd door minder goed discriminerende items te verwijderen. Een voorstel hiervoor is in hoofdstuk 8 gedaan. Het totaal aantal vragen is daardoor teruggebracht van 81 naar 66, waarvan er 15 alleen worden toegevoegd bij praktijken waar een POH-er/praktijkverpleegkundige werkzaam is. Dit leidt tot verdere kostenreductie en waarschijnlijk een hogere respons.

2. Verbetering van de steekproeftrekking

Doordat de vragenlijsten zijn verzonden naar een aselechte steekproef van huisarts-patiënten zijn ook veel patiënten benaderd die geen ervaring met de huisartsenzorg in het afgelopen jaar hadden. Dit heeft er waarschijnlijk toe bijgedragen dat de non-respons op de ervaringslijst hoger is dan op de belangenlijst. Door vooraf te selecteren in de computer van de huisarts op het hebben gehad van een consult of visite in

het afgelopen jaar kunnen patiënten die in aanmerking komen om de vragenlijst in te vullen gerichter worden benaderd. Dit spaart portokosten, verhoogt de respons en zal ook de selectiviteit van de respons verminderen.

3. Includeren van kinderen

Het includeren van kinderen van patiënten heeft voor misverstanden gezorgd. In een volgende versie zal de vragenlijst en bijbehorende informatie zodanig verbeterd moeten worden dat misverstanden worden vermeden. Kinderen buiten de steekproef laten is minder gewenst omdat de zorg voor kinderen immers een onlosmakelijk en substantieel deel van de zorg van de huisarts is. Een verdergaande optie zou zijn de ervaringen van het gezin met de betreffende huisarts te bevragen. Dat sluit aan bij de rol van de huisarts als gezinsarts, maar leidt tot nieuwe complicaties als bijvoorbeeld meerdere gezinsleden verschillende huisartsen hebben. In eerste instantie zal daarom worden getracht de informatie te verbeteren.

4. Contact met de andere zorgverlener

Het onderscheidend vermogen van dit onderdeel van de vragenlijst was het minst goed. Voor een deel kan dat zijn veroorzaakt door de heterogeniteit van 'de andere zorgverlener'. Het kan gaan om een assistente, een POH, een diabetesverpleegkundige of een andere functionaris. Het verdient aanbeveling om de vragen te richten op die zorgverleners die zelfstandig afspraken maken, zoals de POH-ers of praktijkverpleegkundigen. Er zijn twee opties. De vragenlijst met vragen over de andere zorgverlener wordt alleen uitgezet bij praktijken waar een andere zorgverlener zelfstandig consulten doet. Een alternatief is dat mensen die contact hadden met deze zorgverleners gericht worden benaderd op basis van gedeclareerde POH-contacten. Over de assistente worden al vragen gesteld in het eerste onderdeel van de vragenlijst.

5. Internetenquêtering

Van de mogelijkheid om de vragenlijst via Internet in te vullen is slechts door 10% van de respondenten gebruik gemaakt. Dat betekent niet dat de optie van internet-enquêtering in de toekomst moet worden uitgesloten. De respons via Internet was ook laag omdat patiënten tegelijkertijd een papieren en een internetvragenlijst kregen aangeboden en dan toch kiezen voor het invullen van de vragenlijst. Het verdient aanbeveling om in volgende peilingen de internetmogelijkheden verder te exploreren bijvoorbeeld door in de eerste zending alleen een internetversie aan te bieden. Overigens is het door de grote aantallen al gauw lonend om parallel een internetversie aan te bieden. Voor de pilots in het onderhavige onderzoek betekende het dat 830 enquêtes minder hoefden te worden ingevoerd.

6. CQ methodologie

Voor de feedback aan de huisartspraktijken is het van belang zowel de rechte tellingen te rapporteren als de resultaten gecorrigeerd voor verschillen in case-mix. Voor de praktijk is het zowel interessant om te weten hoe de eigen populatie de zorg ervaart en welke knelpunten ze ervaren, als om te weten hoe zij zich 'objectief gezien' verhouden tot anderen.

De CQI vragenlijst werd door de meeste huisartsen als het interessantste onderdeel van het project benchmarking huisartsenzorg ervaren. Het bespreken van de resultaten in feedbackgroepen is een goede strategie om verbetertrajecten in de huisartspraktijk in gang te zetten. Ook bleek de CQI vragenlijst een geschikte aanleiding en ondersteuning voor het organiseren van patiëntenpanels in huisartspraktijken in Rotterdam.

Er waren ook twee problemen met betrekking tot de methodologie. Door de manier van berekenen van de verbeterscores kunnen items die de patiënt niet heel belangrijk vindt, en de dokters ook niet (zoals blijkt uit het feit dat weinig patiënten een positieve ervaring hebben) toch in de top 5 verbeterpunten. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij item 23 (Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?)

Een ander punt is dat de belangenlijst los wordt geanalyseerd van de ervaringslijst, en het interessant zou zijn eens te kijken hoe de individuele preferenties met de ervaring samenhangen.

9.3 Aanbevelingen

- Gebruik maken van de definitieve versie van de vragenlijst⁷.
- De voorstellen voor verbetering van de vragenlijst overnemen.
- Uitzetten van de vernieuwde vragenlijst onder een representatieve groep huisartsen om landelijke referentiewaarde voor de CQI Huisartsenzorg te verkrijgen. Om de resultaten van de CQIs huisartsenzorg die geleidelijkerwijs afgenomen gaan worden te kunnen interpreteren zijn landelijke referentiewaarden nodig.
- Vergelijken van de resultaten van de CQI Huisartsenzorg met de resultaten die verkregen worden met de Europep zoals die gebruikt wordt bij de NHG praktijk-accreditatie.
- Uitzetten van een pilot met vragenlijsten met de module voor de andere zorgverlener aan die praktijken waar een POH of een andere verpleegkundige werkzaam is. Hiermee kan worden bepaald hoe het discriminerend vermogen is en hoeveel vragenlijsten er nodig zijn om onderscheid tussen praktijken te kunnen maken.
- De vragenlijst voor kinderen onder de 12 herformuleren, en experimenteren of met de voorgestelde aanpassingen de respons bij kinderen verbetert.
- Experimenteren met strategieën om het percentage internetrespondenten toe te laten nemen.
- Integreren van het gebruik van de CQ Index in verbetertrajecten door goede nabespreking van de resultaten, in groepsverband en/of met patiëntenpanels.

⁷ De definitieve versie van de vragenlijst wordt gepubliceerd op de website van het NIVEL www.nivel.nl en het Centrum Klantervaring Zorg www.centrumklantervaringzorg.nl.

Literatuur

Gebruikte vragenlijsten

- Quote-huisartsenzorg, in: Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/ Nijmegen: NIVEL/ WOK, 2004.
- CEP vragenlijst, in: Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/ Nijmegen: NIVEL/ WOK, 2004.
- Kwaliteit van de thuiszorg, Cliëntenraadpleging Thuiszorg 2004. Utrecht: Zorg/ NIVEL, 2004.
- Enquête bezoekers Gezondheidscentrum Groningen West. Utrecht: NIVEL/ CVZ/ Menzis/ Gezondheidscentrum Groningen West, 2005.
- NHS General Practice Questionnaire. Picker Institute Europe, 2005.
- Vragenlijst 'Ervaringen van patiënten met ziekenhuizen' (in ontwikkeling). Utrecht: NIVEL, 2006.
- Van den Homberg P. Europep: patiënten vragenlijst betreffende de huisarts. Nijmegen: WOK/NHG, 2003.

Literatuur

- Bakker de D, Boerma W. Naar een benchmark huisartsenzorg: de next step. 2005. NIVEL.
- Berg van den MJ, Koopmanschap MA, Bakker de DH, Verheij RA. Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West. Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het MENZIS-model. 1-135. 2007. NIVEL.
- Boerma W, Bakker de D. Advies indicatoren benchmarking. 2005. NIVEL.
- Braspenning, J.C.C., Schellevis F.G., Grol R.P.T.M. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Center for Quality of Care Research N(WOK) Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). 2004.
- Brouwer, W., Sixma, H., Triemstra, M., & Delnoij, D. (2006). Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Campen C, van, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. Medical Care Research and Review 1995; 52(1):109-133.
- Delnoij DM, ten Asbroek G, Arah OA, de Koning JS, Stam P, Poll A et al. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. Eur J Public Health 2006; 16(6):652-659.
- Dillman DA. Mail and Internet surveys: The Tailored Design Method. New York: John Wiley & Sons. 2000.
- Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) 2.0 adult core survey. Health Serv Res 2003; 38(6 Pt 1):1509-1527.
- Handboek, zie Sixma 2007.
- Sixma H. Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg. Meetinstrumenten en resultaten. In, Braspenning e.a. Kwaliteit van de huisartsenzorg belicht. 2004. NIVEL/WOK.

Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998; 1(2):82-95.

Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Onderzoeksprogramma kwaliteit van zorg: de QUOTE-vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Ministerie VWS, 1998.

Sixma HJ, Delnoij DM, Stubbe JH, Triemstra AHM et al. Handboek CQI meetinstrumenten: een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, versie 1, 22 maart 2007.

Wijngaarden B. van, Kok I., Meije, D. Fotiadis L. Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.

Bijlage 1: Verslag van de focusgroepbijeenkomsten

Quotes en opmerkingen gemaakt in de focusgroepen, gegroepeerd naar specifieke punten van aandacht:

- is een negatieve ervaring
- + is een positieve ervaring
- o is een beschrijving/mening

1. Beschikbaarheid: gemak visite, inloop spreekuur

- half uur in de wacht zitten voordat ze de telefoon opnemen
- vervelend alleen tussen 8 en 9 bellen voor afspraak, de hele tijd bezet, en te vroeg
- lang wachten, koffie en lunchpauzes,
- + spoedlijn
- + receptenlijn
- + e-mail consult (2x)
- ik zou graag e-mail hebben, maar mijn dokter heeft dat niet
- + mogelijk om online afspraak te boeken
- + toen ik de uitslag borstkanker had kon ik binnen 15 minuten terecht.
- inloopspreekuur is prima voor kleine dingen, maar de wachttijd is vaak enorm.
- als er iets aan de hand is, zou je gelijk ergens terecht moeten kunnen.
- belang om nog op dezelfde dag terecht te kunnen.

2. Rol assistente voor triage

- o Vraagt alleen klachten uit als het spoed is of als je huisbezoek wilt (2x)
- Je moet erg assertief zijn om er doorheen te komen. In feite proberen ze je tegen te houden
- niet handig als de doktersassistente met triage door zou sturen naar de diagnostisch fysiotherapeut (als die zou bestaan in het centrum). Omdat de fysiotherapeut vrij toegankelijk is kan ik daar zelf voor kiezen direct heen te gaan. Ik zou het tien keer niets vinden als de assistente me daar dan heen zou sturen.
- vervelend dat je eerst de assistente krijgt.
- Vervelend dat zelfs als je alleen iets met de dokter wilt overleggen, en een afspraak op het telefonisch spreekuur wilt, ze dan toch de triage doet. (3x)
- als ik een dokter wil spreken, wil ik een dokter spreken en geen assistente (3x)
- Voor een consult kan ik het me voorstellen, dat ze moet bepalen hoe dringend het is, of dat ze iets moet klaarleggen. Als ik iets simpels als een telefonische afspraak wil, om te overleggen met de dokter dan hoeft de assistente toch niet te weten waar dat over gaat.

3. De rol van de huisarts t.o.v. de andere zorgverleners

- + ongevraagd op bezoek komen na ziekenhuisopname (hartinfarct, borstkanker, na ongeluk)
- + bij twijfel gelijk doorsturen naar specialist
- sommige huisartsen denken dat ze alles kunnen en sturen niet door

- + bij doorverwijzing kreeg ik goede instructies over de keuzemogelijkheden naar welk ziekenhuis/specialist, op welke termijn de afspraak gemaakt zou moeten worden, en dat als het niet lukt op die termijn ik terug moet komen, dan zal huisarts de afspraak maken (4x)
- + informatie over behandelaars tweede lijn, wachttijden, en wat te doen als je lang moet wachten.
 - ik zou wel kunnen appreciëren als ik direct naar een orthopeed kon gaan
 - o ik zie huisarts als een soort toegangspoort voor andere hulpverleners
 - o diagnose moet gesteld worden door degene die zo deskundig mogelijk is.
 - + deskundig, bij spoed snel in de gaten hebben wat er aan de hand is en handelen.
 - + door je band kan hij zeggen: “volgens mij is er meer aan de hand, want anders had je dit wel zelf opgelost”. (2x)
- + Dat hij me serieus neemt, dat hij me kent, ziet wanneer het niet goed gaat, verder kan kijken dan de klacht.
 - de eerste vraag: wat denk je er zelf van? (negatief ervaren)
 - + de eerste vraag: wat denk je er zelf van. (2x) (positief ervaren)
 - o belangrijk dat huisarts de continuïteit bewaakt, de spin in het web die alle lijntjes verbindt.
 - o huisarts moet zijn netwerk voeren net als dat hij teruggevoerd moet worden. Dan heb je het gevoel dat er continuïteit is.
 - o “Ik vind het wel belangrijk dat die huisarts alle draadjes steeds weer in handen krijgt en dat steeds weer kan combineren al lopen er 30 leuke hulpverleners iedere dag voor al mijn diverse klachten. Ik kan me voorstellen dat het allemaal reuze logisch is en ook nog efficiënt en effectief en zo, maar dan is het toch handig als je huisarts; mijn huisarts is toch mijn gezondheidscoach. Zo zie ik hem wel. En dan moet hij wel alle info moeten hebben en dan zo nu en dan ook een voortgangsoverlegje met mij hebben”.
 - o Ik denk dat het heel goed is als er één persoon is die daar een beetje de coördinatie over heeft. Die inderdaad alles weet en de lijst heeft van wat je medisch verleden is.

4. Bespreken van negatieve ervaringen met de huisarts

- o meestal wordt er niet teruggegaan
- een vrouw is veranderd van huisarts nadat zij met hulp van de apotheek ontdekte dat ze al tijden het verkeerde middel slikte.
- + een vrouw heeft ervaring met het teruggeven van informatie over fouten die gemaakt zijn (in haar lange geschiedenis is er veel mis gegaan). Ze schrijft brieven met een kopie aan de ziekenhuisdirectie en is hier erg te spreken over.
- o wordt wel belangrijk gevonden om dingen uit te praten, omdat anders de relatie verstoord wordt.
- + huisarts belde zelf terug, nav gesprek dat niet goed gelopen was.

5. (Onnodig) psychische duiding klachten

- o artsen op hun best als het acuut is of als je echt ziek bent
- + Het is meer de specialist die als ze geen ziekte vinden zeggen dat het psychisch is. Huisartsen kijken meer algemeen.

6. Medische informatie (dossier, overdracht, privacy)

- + als mensen inzage wilden hebben in hun dossier dan kregen ze het
- als je uitslag wilt weten dan kun je bellen maar rekenen ze een volledig consult
- + prima dat huisartsen en apotheken 's nachts met elkaar in verbinding staan. Zou ook goed zijn in het ziekenhuis dat als je bij 3 specialisten loopt zij gelijk inzicht hebben in alles.
- + ik juich het alleen maar toe als er goede inzage is in belangrijke achtergrondinformatie.
- o Goed afspreken dat afhankelijk van niveau en functie iemand inzage heeft in dossier.
- + prima ook medicijnpaspoort
- + verwijsbrief in open envelop, dossier mee als je naar een andere huisarts gaat
- + Ik kan zien op een eigen scherm wat huisarts noteert in mijn dossier, heel prettig en heel transparant. (twee schermen)
- + taal is erg cryptisch. Mijn ex-man was alcoholist en die wilde zijn dossier zien. Het stond er allemaal wel, maar als dubbele bodem beschreven. (de vrouw vond dat erg goed want haar man was erg achterdochtig)

7. Identificatie van knelpunten samenwerking verschillende zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk

- + diabetes medisch assistent doet de routinezaken eens per kwartaal. Heeft meer tijd ook om kleine kwaaltjes door te nemen.
- naast diabetes heeft deze persoon ook andere ziekten, en iedere keer was er iets complicerends waardoor de verpleegkundige het niet wist, en hij alsnog naar de huisarts moest gaan. Hij vond het een hoop gedoe voor een klein kwaaltje dat eigenlijk goed onder controle was. Hij heeft nu met de huisarts afgesproken dat die verder de controles doet.
- + prima dat de assistente dingen doet als bloeddrukmeten, wrattenspreekuur, griepvaccinaties etc. (4x)
- + de hulp wordt er efficiënter van als de assistente handelingen doet.
- de dames werken allemaal parttime, je weet nooit wie je treft
- tegenstrijdige adviezen tussen zorgverleners is een probleem (fysiotherapeut huisarts (2x))
- + Andere zorgverlener alleen voor handeling zoals ooruitspuiten, ECG, vaccinaties. Prima ook voor routineklussen zoals controleren voor chronische ziekten.

8. Onderscheid tussen de verschillende zorgverleners

- o Nieuwe persoon of functie staat aangekondigd in de praktijk
- o Verschil tussen "een hele echte" en "een niet echt gediplomeerde verpleegkundige"
- o Het onderscheid tussen bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige en een assistente is eenvoudig, want de eerste heeft een eigen kamer en maakt zelf afspraken.

9. Samenwerken tussen artsen

- + goede overdracht informatie ook naar de tweede lijn.
- een vervanger schrijft iets voor, wordt daarna afgekeurd door de eigen arts
- vervanger die iets beloofd en niet nakomt
- geen goede communicatie wie welke medicijnen voorgeschreven heeft, gevolg mijn moeder in verzorgingshuis kreeg heel veel verschillende medicijnen

- discontinuïteit is lastig met artsen in opleiding. Het staat wel op papier, maar je moet het toch opnieuw vertellen.
- + goede ervaring met communicatie rondom een spoedsituatie
- o als je bij een ander komt krijg je briefje mee, maar moet je toch nog verhaal opnieuw vertellen.
- + positieve ervaring met terugrapporteren van de cardiologie naar de huisarts
- negatieve ervaring met terugrapporteren van de dermatologie naar de huisarts
- + na spoedopnamen was de huisarts telefonisch en schriftelijk ingelicht
- + fax naar mijn eigen huisarts na behandeling bij huisartsenpost
- ik moet zelf de huisarts vertellen wat er in het ziekenhuis is gebeurd

10. Toegift: Rol verzekeraar:

- Vervelend als verzekeraar alleen maar kijkt naar de efficiency en bijvoorbeeld mensen verplichten naar de diabetesverpleegkundige te gaan. Voor sommige mensen past dit niet, bijvoorbeeld omdat zij meerdere kwalen hebben en daardoor veel vaker voor controle zouden moeten komen als zij voor iedere ziekte apart moeten.
- o Tip voor VGZ om verkwisting tegen te gaan. Soms is het aantal voorgeschreven medicijnen meer dan wat je nodig hebt.
- Ontzettend vervelend als voorgeschreven medicijnen niet in verzekering vallen.
- Raar als je als patiënt moet tekenen in een apotheek dat je graag dat specifieke middel wil

Bijlage 2 Oorsprong items

Screeningsvraag: Selecteert of de juiste mensen de vragenlijst hebben ingevuld
 Onderzoek : Vraag die toegevoegd is voor deze keer om bepaalde aspecten te kunnen onderzoeken.

Achterliggende vragenlijsten

1. QUOTE gebruikt in de Tweede Nationale Studie
2. Europep WOK, NHG vragenlijst over de huisarts (van den Homberg, Grol van Haren, 2003)
3. CEP gebruikt in de Tweede nationale studie
4. CAHPS (CQ Ziekenhuizen, in ontwikkeling)
5. CQ kernvragen geformuleerd door centrum klantervaring zorg.
6. Enquête gezondheidscentrum Groningen West
7. General Practice Questionnaire NHS, www.pickereurope.org
8. Vragenlijst gebruikt door NPCF
9. Onderzoekerforum
10. Focusgroep

Nr	Formulering vraag	Achtergrond
1	Klopt het dat u ingeschreven bent bij de huisartspraktijk die u de brief heeft gestuurd?	Screeningsvraag
2	Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden contact (spreekuur, huisbezoek, telefonisch consult) gehad met de huisartspraktijk?	Screeningsvraag
3	Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?	2,4
4	Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoed-telefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?	1
5	Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk	1,2,3
6	Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?	3,4,10
7	Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de dokters-assistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?	4,6,10
8	Hoe vaak beoordeelde de doktersassistent goed dat u een afspraak nodig had met de arts?	6,10
9	Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?	3,6
10	Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?	2, NPCF
11	Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen?	3,10
12	Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?	1,10
13	Hoe vaak heeft u naar de huisartsenpost gebeld omdat uw huisarts overdag niet bereikbaar was?	Nieuw
14	Hoe vaak bent u naar de huisartsenpost gegaan omdat uzelf overdag geen tijd had?	Nieuw
15	Hoe vaak behandelde de doktersassistent u met respect?	5
16	Hoe vaak besteedde de doktersassistent voldoende tijd aan u?	5
17	Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindervagens en mensen met een lichamelijke handicap?	8

Nr	Formulering vraag	Achtergrond
18	Hoe vaak waren er in de huisartspraktijk voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte?	8
19	Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon?	8
20	Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?	1
21	Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?	1
22	Is uw huisarts een man of een vrouw?	onderzoek
23	Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?	1,4,6
24	Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?	5, 7
25	Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	2,3
26	Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?	5
27	Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamenlijk onderzoek, laboratorium-onderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?	5
28	Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem?	1,2
29	Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamenlijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)?	1,10
30	Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	1,5, 7
31	Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?	3,7,8
32	Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	2,5,7,8
33	Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?	2, 7
34	Hoe vaak schreef uw huisarts u geneesmiddelen voor wanneer u dat nodig vond?	9
35	Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	2,3
36	Verwees uw huisarts u door naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer u dat nodig vond?	1
37	Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)?	Nieuw
38	Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)?	8
39	Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?	2,10
40	Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?	2
41	Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?	5,7
42	Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?	1,2,5,7
43	Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?	3
44	Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?	6,7
45	Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	1,6
46	Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk?	2

Nr	Formulering vraag	Achtergrond
47	Heeft u de afgelopen 12 maanden in de praktijk met een andere zorgverlener dan een arts een afspraak gehad? (bijvoorbeeld voor controle suikerziekte, maken van een uitsrijkje, verwijderen van hechtingen, oor uitspuiten.) Meerdere antwoorden mogelijk.	Screeningsvraag
48	De volgende vragen gaan over contacten die u in de afgelopen 12 maanden heeft gehad met een andere zorgverlener dan de huisarts. Als u met meerdere zorgverleners contact heeft gehad, moet u kiezen over wie u de vragen invult.	Screeningsvraag
49	Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw ziektegeschiedenis?	2
50	Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?	5,7
51	Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?	1,5,7
52	Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	1,5,7
53	Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	2,4,7
54	Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?	5,7
55	Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?	6,7
56	Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?	
57	Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?	2
58	Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	2,3
59	Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	2,10
60	Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?	5,7
61	Was deze zorgverlener bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	1,6
62	Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts?	8
63	Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?	5,8
64	Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener?	6
65	Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.	5
66	Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?	5
67	Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?	4
68	Wat is momenteel uw leeftijd?	5
69	Bent u een vrouw of een man?	5
70	Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?	5
71	Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?	5
72	In welk land bent u geboren?	5
73	Wat is het geboorteland van uw vader?	5
74	Wat is het geboorteland van uw moeder?	5
75	Welke taal spreekt u meestal thuis?	5
76	Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?	5
77	Hoe zou u, over het geheel genomen, uw geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven?	5
78	Bent u iemand die de beslissing over uw medische behandeling graag aan de huisarts overlaat?	Onderzoek
79	Bent u iemand die makkelijk een vraag stelt als u iets niet weet of niet begrijpt?	Onderzoek

Nr	Formulering vraag	Achtergrond
80	Bent u iemand die goed voor zichzelf opkomt?	Onderzoek
81	Is de vragenlijst <u>ingevuld</u> door iemand anders dan de persoon die was aangeschreven?	Screeningsvraag

Bijlage 3: Ervaringsvragenlijst



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

HAG009

VRAGENLIJST

KWALITEIT VAN DE HUISARTSENZORG OVERDAG

Deze vragenlijst heeft tot doel de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten zoals die door patiënten ervaren wordt. Zo kan de zorg beter afgestemd worden op de wensen van patiënten. Het zal u ongeveer een kwartier kosten om de lijst in te vullen.

De vragenlijst wordt anoniem verwerkt; dit betekent dat niemand ooit zal weten wie welke antwoorden heeft gegeven. Invullen is geheel vrijwillig en heeft geen enkel gevolg voor de zorg die u krijgt.

Als u ervoor kiest om deze vragenlijst niet in te vullen, wilt u dan zo vriendelijk zijn om dit vakje aan te kruisen en de vragenlijst toch terug te sturen in de antwoordenvelop (een postzegel is niet nodig).

De meeste vragen kunt u beantwoorden door 'nooit-soms-meestal-altijd' aan te kruisen of in te kleuren . Sommige vragen zijn misschien niet op u van toepassing, omdat ze in het afgelopen jaar niet zijn voorgevallen. U kunt dan n.v.t. (niet van toepassing) aankruisen. Wij willen graag weten hoe vaak u iets ervaren heeft. Als u in de afgelopen 12 maanden maar één keer contact heeft gehad met de praktijk, gaan de vragen over dat ene contact.

U kunt de vragenlijst ook op Internet invullen. U gaat naar www.nivel.nl/huisartsenzorg en vult de zes cijfers in die bovenaan de papieren vragenlijst staan. Het wachtwoord staat in de bijgevoegde brief.

Mocht u vragen hebben dan kunt u met de onderzoekers van het NIVEL contact opnemen:

Judith Wijnands: 030 27 29 632, email j.wijnands@nivel.nl

Liesbeth Meuwissen: 030 27 29 842, email l.meuwissen@nivel.nl

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL op basis van de QUOTE-huisartsenzorg, de CEP, de Amerikaanse CAHPS-vragenlijsten, de Europep en de variatie NHS, en aangevuld met vragen die gericht zijn op nieuwe ontwikkelingen als toenemende taakverschuiving.

-
1. Klopt het dat u ingeschreven bent bij de huisartspraktijk die u de brief heeft gestuurd?
 ja nee *Als u niet bij deze huisartspraktijk staat ingeschreven wilt u dan zo vriendelijk zijn de vragenlijst verder oningevuld terug te sturen.*

 2. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden contact (spreekuur, huisbezoek, telefonisch consult) gehad met de huisartspraktijk? *Kruis het totaal aantal contacten aan.*
 0 keer 1 keer 2-4 keer 5-9 keer 10 keer of meer
↓
Als u in de afgelopen 12 maanden nooit (0 keer) contact met de huisarts gehad heeft, wilt u dan zo vriendelijk zijn de vragenlijst verder oningevuld terug te sturen.
-

Huisartspraktijk

De volgende vragen gaan over de contacten (spreekuur, huisbezoek en telefonisch contact) die u in de afgelopen 12 maanden met uw huisartspraktijk heeft gehad.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoed-telefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?
 <input type="checkbox"/> nee
 <input type="checkbox"/> ja
 5. Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk aan de telefoon te krijgen?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 <input type="checkbox"/> n.v.t. (ik heb niet geprobeerd de praktijk overdag te bellen)
 6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 <input type="checkbox"/> n.v.t. (ik heb niet geprobeerd overdag te bellen) | <ol style="list-style-type: none"> 7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 <input type="checkbox"/> n.v.t. (ik hoefde nooit iets te vertellen)
 8. Hoe vaak beoordeelde de doktersassistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 9. Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd
 <input type="checkbox"/> n.v.t. (heb ik nooit nodig gehad)
 10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?
 <input type="checkbox"/> nooit
 <input type="checkbox"/> soms
 <input type="checkbox"/> meestal
 <input type="checkbox"/> altijd |
|--|--|

11. Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
⁸ n.v.t. (heb ik nooit geprobeerd)
12. Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
13. Hoe vaak heeft u naar de huisartsenpost gebeld omdat uw huisarts overdag niet bereikbaar was?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
⁸ n.v.t. (mijn huisarts was overdag bereikbaar)
14. Hoe vaak bent u naar de huisartsenpost gegaan omdat uzelf overdag geen tijd had?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
15. Hoe vaak behandelde de dokters-assistente u met respect?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
16. Hoe vaak besteedde de dokters-assistente voldoende tijd aan u?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindervagens en mensen met een lichamelijke handicap?
- ¹ nee
² ja
18. Hoe vaak waren er in de huisartspraktijk voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
20. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd
21. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd

Huisarts

De volgende vragen gaan over contacten die u in de afgelopen 12 maanden heeft gehad met uw huisarts (spreekuur, huisbezoek of telefonisch consult).

22. Is uw huisarts een man of een vrouw?
- ¹ man
² vrouw
23. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?
- ¹ nooit
² soms
³ meestal
⁴ altijd

24. Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
25. Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
26. Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
27. Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
28. Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/gezondheidsprobleem?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
29. Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
8 n.v.t. (ik ben niet met zulke klachten bij de huisarts geweest)
30. Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
31. Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
32. Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
33. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
8 n.v.t. (ik heb geen geneesmiddelen voorgeschreven gekregen)
34. Hoe vaak schreef uw huisarts u geneesmiddelen voor wanneer u dat nodig vond?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
5 n.v.t. (ik heb het nooit nodig gevonden)
35. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
36. Verwees uw huisarts u door naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer u dat nodig vond?
- 1 nooit
2 soms
3 meestal
4 altijd
8 n.v.t. (ik heb het nooit nodig gevonden)

37. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
 8 n.v.t. (het ik nooit nodig gehad)
38. Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
 8 n.v.t. (ik ben niet bij een andere zorgverlener geweest)
39. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
40. Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
41. Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
42. Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
43. Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
44. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
45. Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
 8 n.v.t. (er zijn geen dingen geweest die niet goed zijn gegaan)
46. Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk?
- 1 nooit
 2 soms
 3 meestal
 4 altijd
 8 n.v.t. (ik heb geen informatie gezocht)
47. Heeft u de afgelopen 12 maanden in de praktijk met een andere zorgverlener dan een arts een afspraak gehad? (bijvoorbeeld voor controle suikerziekte, maken van een uitstrijkje, verwijderen van hechtingen, oor uitspuiten.) *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- nee, ga door naar vraag 65, pag. 6
 ja, met de doktersassistente
 ja, met de (gespecialiseerd) verpleegkundige
 ja, met de diabetesverpleegkundige
 ja, met de praktijkondersteuner
 anders, namelijk

Andere zorgverlener(s) in de huisartspraktijk

48. De volgende vragen gaan over contacten die u in de afgelopen 12 maanden heeft gehad met een andere zorgverlener dan de huisarts. Als u met meerdere zorgverleners contact heeft gehad, moet u kiezen over wie u de vragen invult.

Ik vul de volgende vragen in over:

- 1 de doktersassistente
- 2 de (gespecialiseerd) verpleegkundige
- 3 de diabetesverpleegkundige
- 4 de praktijkondersteuner
- 5 anders, namelijk

49. Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw ziekte-geschiedenis?

- 1 nee
- 2 ja

50. Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

51. Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

52. Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

53. Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

54. Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

55. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

56. Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

57. Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

58. Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

59. Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

60. Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

61. Was deze zorgverlener bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd
- 8 n.v.t. (er zijn geen dingen geweest die niet goed zijn gegaan)

62. Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd
- 8 weet ik niet

63. Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd

64. Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener?

- 1 nee
- 2 ja

Algemeen

→ 65. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.

- 0 Slechtste
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Beste

66. Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?

- 1 beslist niet
- 2 waarschijnlijk niet
- 3 waarschijnlijk wel
- 4 beslist wel

67. Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?

.....
.....
.....

68. Wat is momenteel uw leeftijd?

..... jaar

69. Bent u een vrouw of een man?

- 1 vrouw
- 2 man

70. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- 1 geen onderwijs gevolgd of lagere school (nog) niet afgemaakt
- 2 lagere school (basisonderwijs)
- 3 lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- 4 voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- 5 middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- 6 middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool, etc.)
- 7 voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO, etc.)
- 8 hoger beroepsonderwijs en universiteit
- 9 anders, nl.

(a.u.b. in blokletters)

71. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

.....

72. In welk land bent u geboren?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Anders, namelijk

73. Wat is het geboorteland van uw vader?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Anders, namelijk

74. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- 1 Nederland
- 2 Indonesië
- 3 Suriname
- 4 Marokko
- 5 Turkije
- 6 Duitsland
- 7 Nederlandse Antillen
- 8 Anders, namelijk

75. Welke taal spreekt u meestal thuis?

- 1 Nederlands
- 2 Fries of een dialect
- 3 Indonesisch
- 4 Surinaams
- 5 Marokkaans
- 6 Turks
- 7 Duits
- 8 Papiamentó
- 9 Anders, namelijk

81. Is de vragenlijst ingevuld door iemand anders dan de persoon die was aangeschreven?

- 1 nee
- 2 ja, hoe heeft u die persoon geholpen?

Kruis alles aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

↓

- ik heb de vragen vertaald
 - ik heb de vragen in zijn/haar plaats beantwoord
 - ik heb de vragen voorgelezen
 - ik heb zijn/haar antwoorden opgeschreven
 - ik heb op een andere manier geholpen, nl.
-

76. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- 1 slecht
- 2 matig
- 3 goed
- 4 zeer goed
- 5 uitstekend

77. Hoe zou u, over het geheel genomen, uw geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven?

- 1 slecht
- 2 matig
- 3 goed
- 4 zeer goed
- 5 uitstekend

78. Bent u iemand die de beslissing over uw medische behandeling graag aan de huisarts overlaat?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd
- 8 n.v.t. (kind)

79. Bent u iemand die makkelijk een vraag stelt als u iets niet weet of niet begrijpt?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd
- 8 n.v.t. (kind)

80. Bent u iemand die goed voor zichzelf opkomt?

- 1 nooit
- 2 soms
- 3 meestal
- 4 altijd
- 8 n.v.t. (kind)

Eventuele opmerkingen:

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.
Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst in bijgevoegde antwoordenvolp
aan het NIVEL te retourneren (een postzegel is niet nodig).**

Bijlage 4: Belangenlijst



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

HAG009

VRAGENLIJST

BELANG VAN DE HUISARTSENZORG OVERDAG

Deze vragenlijst heeft tot doel het belang van de huisartsenzorg te meten, zoals die door patiënten wordt ervaren. Zo kan de zorg beter afgestemd worden op de wensen van patiënten. Het zal u ongeveer een kwartier kosten om de lijst in te vullen.

De vragenlijst wordt anoniem verwerkt; dit betekent dat niemand ooit zal weten wie welke antwoorden heeft gegeven. Invullen is geheel vrijwillig en heeft geen enkel gevolg voor de zorg die u krijgt.

Als u ervoor kiest om deze vragenlijst niet in te vullen, wilt u dan zo vriendelijk zijn om dit vakje aan te kruisen en de vragenlijst toch terug te sturen in de antwoordenvelop (een postzegel is niet nodig).

De meeste vragen kunt u beantwoorden door 'niet belangrijk-eigenlijk wel belangrijk-belangrijk-van het allergrootste belang' aan te kruisen of in te kleuren . Sommige vragen zijn misschien niet op u van toepassing, omdat ze in het afgelopen jaar niet zijn voorgevallen. U kunt dan n.v.t. (niet van toepassing) aankruisen.

Mocht u vragen hebben dan kunt u met de onderzoekers van het NIVEL contact opnemen:

Judith Wijnands: 030 27 29 632, email j.wijnands@nivel.nl

Liesbeth Meuwissen: 030 27 29 842, email l.meuwissen@nivel.nl

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL op basis van de QUOTE-huisartsenzorg, de CEP, de Amerikaanse CAHPS-vragenlijsten, de Europep en de variatie NHS, en aangevuld met vragen die gericht zijn op nieuwe ontwikkelingen als toenemende taakverschuiving

-
1. Klopt het dat u bent ingeschreven bij de huisartspraktijk die u de brief heeft gestuurd?
 ja nee *Als u niet bij deze huisartspraktijk staat ingeschreven, wilt u dan zo vriendelijk zijn de vragenlijst verder oningevuld terug te sturen.*
 2. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden contact (spreekuur, huisbezoek, telefonisch consult) gehad met de huisartspraktijk? *Kruis het totaal aantal contacten aan.*
 0 keer 1 keer 2-4 keer 5-9 keer 10 keer of meer

Huisartspraktijk

De volgende vragen gaan over wat u belangrijk vindt in de contacten (spreekuur, huisbezoek, telefonisch contact) met uw huisartspraktijk.

3. De artsen en andere medewerkers van de huisartspraktijk moeten behulpzaam zijn.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
4. De huisartspraktijk moet mij voldoende informatie geven over de organisatie van de huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoedtelefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
5. Ik moet overdag binnen een minuut iemand van de huisartspraktijk aan de telefoon kunnen krijgen.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
6. Ik moet, als ik overdag met de huisartspraktijk bel, goed geholpen worden.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
7. Ik moet, zonder dat ik mijn verhaal eerst aan de assistente hoef te vertellen, in contact kunnen komen met de huisarts.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
8. Als de doktersassistente beoordeelt of ik een afspraak nodig heb met de arts, moet zij dat goed kunnen.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
9. Ik moet als ik het nodig vind binnen 24 uur op het spreekuur terecht kunnen.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
10. De huisartspraktijk moet open zijn op tijdstippen die voor mij gunstig zijn.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
11. Ik moet zonder veel moeite snel op het spreekuur terecht kunnen.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang
12. Ik moet op redelijke termijn een afspraak kunnen krijgen met mijn eigen huisarts.
 niet belangrijk
 eigenlijk wel belangrijk
 belangrijk
 van het allergrootste belang

13. Ik moet naar de huisartsenpost kunnen bellen als mijn huisarts overdag niet bereikbaar is.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
14. Ik moet naar de huisartsenpost kunnen gaan als ik overdag geen tijd heb.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
15. De doktersassistente moet mij met respect behandelen.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
16. De doktersassistente moet voldoende tijd aan mij besteden.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
17. De huisartspraktijk moet goed toegankelijk zijn voor kindervagens en mensen met een lichamelijke handicap.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
18. In de huisartspraktijk moeten voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte zijn.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
19. De huisartspraktijk moet schoon zijn.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
20. Mensen in de wachtkamer moeten niet kunnen horen wat er aan de balie wordt besproken.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
21. Mensen in de wachtkamer moeten niet kunnen horen wat er in de spreek- of onderzoek kamer gebeurt.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang

Huisarts

De volgende vragen gaan over de contacten met uw huisarts (spreekuur, huisbezoek of telefonisch consult).

22. Is uw huisarts een man of een vrouw?
- ¹ man
² vrouw
23. Ik moet binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen worden.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
24. Mijn huisarts moet aandachtig naar mij luisteren.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
25. Mijn huisarts moet belangstelling tonen voor mijn persoonlijke situatie.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang

26. Mijn huisarts moet mij serieus nemen.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
27. Mijn huisarts moet mij begrijpelijke uitleg geven over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamenlijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje).
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
28. Mijn huisarts moet mij vertellen wat ik wil weten over mijn klacht/gezondheidsprobleem.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
29. Mijn huisarts moet goed inschatten of mijn klacht ook een andere oorzaak heeft dan een lichamenlijke (zoals problemen op het werk/ school/thuis of psychische problemen).
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
30. Mijn huisarts moet mij dingen op een begrijpelijke manier uitleggen.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
31. Mijn huisarts moet mij goed informeren over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor mijn gezondheidsklachten.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
32. Mijn huisarts moet mij de ruimte geven om mee te beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
33. Mijn huisarts moet mij informeren over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
34. Mijn huisarts moet mij geneesmiddelen voorschrijven wanneer ik dat nodig vind.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
35. Mijn huisarts moet mij duidelijk maken waarom het belangrijk is zijn/haar instructies/adviezen op te volgen.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
36. Mijn huisarts moet mij doorverwijzen naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer ik dat nodig vind.
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
37. Ik moet voldoende hulp krijgen bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke).
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
38. Mijn huisarts moet goed samenwerken met mijn andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.).
¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang

39. Mijn huisarts moet aandacht hebben voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met mijn gezondheid.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
40. Mijn huisarts moet mij hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van mijn gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl).
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
41. Mijn huisarts moet mij met respect behandelen.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
42. Mijn huisarts moet voldoende tijd aan mij besteden.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
43. De behandeling van mijn huisarts moet ervoor zorgen dat mijn gezondheidsproblemen verminderen.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
44. Mijn huisarts moet deskundig zijn.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
45. Mijn huisarts moet bereid zijn met mij te praten over fouten of over zaken die, naar mijn mening, niet goed zijn gegaan.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
46. Als ik iets wil lezen over mijn gezondheidsprobleem, moet ik deze informatie kunnen verkrijgen in mijn huisartspraktijk.
- ¹ niet belangrijk
² eigenlijk wel belangrijk
³ belangrijk
⁴ van het allergrootste belang
47. Heeft u de afgelopen 12 maanden in de praktijk met een andere zorgverlener dan een arts een afspraak gehad? (bijvoorbeeld voor controle suikerziekte, maken van een uitstrijkje, verwijderen van hechtingen, oor uitspuiten.) *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- nee
 ja, met de doktersassistente
 ja, met de (gespecialiseerd) verpleegkundige
 ja, met de diabetesverpleegkundige
 ja, met de praktijkondersteuner
 anders, namelijk.....
-

Andere zorgverlener(s) in de huisartspraktijk

De volgende vragen gaan over contacten die u zou kunnen hebben met andere zorgverleners dan uw huisarts zoals de doktersassistente, de (gespecialiseerd) verpleegkundige, de diabetesverpleegkundige, de praktijkondersteuner, of iemand anders. Deze zorgverleners nemen soms taken over van de huisarts, zoals controle bij suikerziekte, het maken van een uitstrijkje, het verwijderen van hechtingen of een oor uitspuiten. U mag kiezen voor welke andere zorgverlener u de vragen invult.

48. Ik vul de vragen in over:
- ¹ de doktersassistente
² de (gespecialiseerd) verpleegkundige
³ de diabetesverpleegkundige
⁴ de praktijkondersteuner
⁵ anders, namelijk

49. Deze zorgverlener moet goede informatie hebben over mijn ziektegeschiedenis.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
50. Deze zorgverlener moet aandachtig naar mij luisteren.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
51. Deze zorgverlener moet mij serieus nemen.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
52. Deze zorgverlener moet mij dingen op een begrijpelijke manier uitleggen.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
53. Deze zorgverlener moet mij de ruimte geven mee te beslissen over de behandeling of hulp ik krijg.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
54. Deze zorgverlener moet voldoende tijd aan mij besteden.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
55. Deze zorgverlener moet deskundig zijn.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
56. Deze zorgverlener moet mij op tijd naar de huisarts verwijzen als dat nodig is.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
57. Deze zorgverlener moet mij hulp aanbieden bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van mijn gezondheid.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
58. Deze zorgverlener moet mij duidelijk maken waarom het belangrijk is zijn/haar instructies/adviezen op te volgen.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
59. Deze zorgverlener moet aandacht hebben voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met mijn gezondheidstoestand.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
60. Deze zorgverlener moet mij met respect behandelen.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
61. Deze zorgverlener moet bereid zijn met mij te praten over fouten of over zaken die, naar mijn mening, niet goed zijn gegaan.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
62. Deze zorgverlener moet goed samenwerken met mijn huisarts.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang
63. De verschillende zorgverleners binnen deze praktijk (inclusief de huisarts) moeten geen tegenstrijdige informatie geven.
- 1 niet belangrijk
 - 2 eigenlijk wel belangrijk
 - 3 belangrijk
 - 4 van het allergegrootste belang

64. Als ik liever door de huisarts geholpen wil worden in plaats van door deze zorgverlener, dan moet dat kunnen.
- ¹ niet belangrijk
 - ² eigenlijk wel belangrijk
 - ³ belangrijk
 - ⁴ van het allergrootste belang

Algemeen

65. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.

- ⁰ 0 Slechtste
- ¹ 1
- ² 2
- ³ 3
- ⁴ 4
- ⁵ 5
- ⁶ 6
- ⁷ 7
- ⁸ 8
- ⁹ 9
- ¹⁰ 10 Beste

66. Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?
- ¹ beslist niet
 - ² waarschijnlijk niet
 - ³ waarschijnlijk wel
 - ⁴ beslist wel

67. Als u iets zou kunnen veranderen aan de zorg die u kreeg van deze huisartspraktijk, wat zou dat dan zijn?

.....

68. Wat is momenteel uw leeftijd?
 jaar

69. Bent u een vrouw of een man?
- ¹ vrouw
 - ² man

70. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

71. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- ¹ geen onderwijs gevolgd of lagere school (nog) niet afgemaakt
- ² lagere school (basisonderwijs)
- ³ lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- ⁴ voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- ⁵ middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- ⁶ middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool, etc.)
- ⁷ voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO, etc.)
- ⁸ hoger beroepsonderwijs en universiteit
- ⁹ anders, namelijk.....
(a.u.b. in blokletters)

72. In welk land bent u geboren?

- ¹ Nederland
- ² Indonesië
- ³ Suriname
- ⁴ Marokko
- ⁵ Turkije
- ⁶ Duitsland
- ⁷ Nederlandse Antillen
- ⁸ Anders, namelijk

73. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ¹ Nederland
- ² Indonesië
- ³ Suriname
- ⁴ Marokko
- ⁵ Turkije
- ⁶ Duitsland
- ⁷ Nederlandse Antillen
- ⁸ Anders, namelijk

74. Wat is het geboorteland van uw moeder?
- 1 Nederland
 - 2 Indonesië
 - 3 Suriname
 - 4 Marokko
 - 5 Turkije
 - 6 Duitsland
 - 7 Nederlandse Antillen
 - 8 Anders, namelijk

75. Welke taal spreekt u meestal thuis?
- 1 Nederlands
 - 2 Fries of een dialect
 - 3 Indonesisch
 - 4 Surinaams
 - 5 Marokkaans
 - 6 Turks
 - 7 Duits
 - 8 Papiamentó
 - 9 Anders, namelijk

76. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
- 1 slecht
 - 2 matig
 - 3 goed
 - 4 zeer goed
 - 5 uitstekend

77. Hoe zou u, over het geheel genomen, uw geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven?
- 1 slecht
 - 2 matig
 - 3 goed
 - 4 zeer goed
 - 5 uitstekend

78. Bent u iemand die de beslissing over uw medische behandeling graag aan de huisarts overlaat?
- 1 nooit
 - 2 soms
 - 3 meestal
 - 4 altijd
 - 8 n.v.t. (kind)

79. Bent u iemand die makkelijk een vraag stelt als u iets niet weet of niet begrijpt?
- 1 nooit
 - 2 soms
 - 3 meestal
 - 4 altijd
 - 8 n.v.t. (kind)

80. Bent u iemand die goed voor zichzelf opkomt?
- 1 nooit
 - 2 soms
 - 3 meestal
 - 4 altijd
 - 8 n.v.t. (kind)

81. Is de vragenlijst ingevuld door iemand anders dan de persoon die was aangeschreven?

1 nee

2 ja, hoe heeft u die persoon geholpen?

Kruis alles aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

↓

- ik heb de vragen vertaald
- ik heb de vragen in zijn/haar plaats beantwoord
- ik heb de vragen voorgelezen
- ik heb zijn/haar antwoorden opgeschreven
- ik heb op een andere manier geholpen, nl.

Eventuele opmerkingen:

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.
Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst in bijgevoegde antwoordenvolp
aan het NIVEL te retourneren (een postzegel is niet nodig).**

Bijlage 5: Antwoorden op items en schalen

Eerste Contact	Nooit/Soms /Nee	Meestal	Altijd /Ja
5. Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk	51.8	37.4	10.8
9. Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?	19.9	34.8	45.3
11. Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen? (nvt = 16%) #	91,9	5,6	2,5
12. Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?	14.8	34.7	50.5
23. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?	40.6	42.1	17.3
Schaal 1: toegankelijkheid (N=3838)	20.3	59.6	20.1
3. Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?	5.2	26.0	68.7
6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?	6.6	28.9	64.5
7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts? #	78.9	11.1	10.0
8. Hoe vaak beoordeelde de doktersassistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?	18.8	29.6	51.6
15. Hoe vaak behandelde de doktersassistente u met respect?	6.4	14.6	78.9
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?	6.8	24.9	68.3
Schaal 2: assistente (N=4610)	5.7	42.7	51.6
Schaal toegankelijkheid en assistente samen (1 en 2) (N=3538)	7.7	57.2	35.1
Losse items			
4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoedtelefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)? \$	16.0		84.0
10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?	12.2	36.0	51.8
13. Hoe vaak heeft u naar de huisartsenpost gebeld omdat uw huisarts overdag niet bereikbaar was? (nvt = 23%) #	97,9	1,5	0,6
14. Hoe vaak bent u naar de huisartsenpost gegaan omdat uzelf overdag geen tijd had? #	98,9	0,5	0,6
17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kinderwagens en mensen met een lichamelijke handicap? \$	10.3		89.7
18. Hoe vaak waren er in de huisarts-praktijk voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte?	7.8	30.2	61.9
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon?	1.2	16.8	82.0
20. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken? #	72,9	12,0	15,0
21. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt? #	99,5	0,3	0,2

Deze negatief geformuleerde items zijn voor de schaalanalyses omgecodeerd. Hier zijn de antwoorden weergegeven zoals ze gegeven zijn.

\$ Deze dichotome variabelen hadden antwoordcategorie ja en nee.

Huisarts	Nooit/Soms /Nee	Meestal	Altijd /Ja
24. Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?	2.8	15.4	81.7
26. Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?	4.1	16.1	79.8
41. Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?	2.7	9.3	88.0
42. Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?	5.0	20.5	74.5
Schaal 4: bejegening huisarts (N=5553)	3.1	18.5	78.4
25. Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	13.1	23.6	63.2
27. Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek, laboratorium-onderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?	8.7	19.1	72.2
28. Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/gezondheidsprobleem?	6.7	23.3	70.0
30. Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	4.6	22.6	72.8
45. Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan? (nvt = 73.9%)	33.1	23.4	43.5
Schaal 5: communicatie (N=5294)	5.2	25.6	69.2
Schaal bejegening en communicatie samen (5 en 6) (N=5253)	3.3	20.7	76.0
31. Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?	12.1	30.4	57.5
32. Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	15.4	31.9	52.7
33. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen? (nvt = 15.7%)	33.2	27.5	39.3
35. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	13.6	30.9	55.6
37. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)? (nvt = 35.9%)	13.7	31.2	55.1
38. Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)? (nvt = 42.4%)	12.6	25.7	61.6
39. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?	22.5	26.5	51.0
40. Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?	40.8	22.3	36.8
43. Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?	13.1	47.8	39.1
Schaal 3: Zorg op maat (N=2179)	15.1	47.4	37.5
Losse items			
29. Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/ thuis of psychische problemen)? (nvt = 63.5%)	27.8	33.4	38.8
34. Hoe vaak schreef uw huisarts u geneesmiddelen voor wanneer u dat nodig vond? (nvt = 21%)	17.3	31.2	51.6
36. Verwees uw huisarts u door naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer u dat nodig vond? (nvt = 29.4%)	16.8	25.2	58.0
44. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?	5.6	23.0	71.4
46. Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk? (nvt = 63.5%)	20.0	35.0	45.0

Negatief geformuleerde items zijn voor de schaalanalyses omgecodeerd. Hier zijn de antwoorden weergegeven zoals ze gegeven zijn. \$ Dichotome variabelen met antwoordcategorie ja en nee.

Andere Zorgverlener	Nooit/Soms /Nee	Meestal	Altijd /Ja
49. Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw ziektegeschiedenis? §	10.5		89.5
52. Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	6.2	22.1	71.7
55. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?	7.3	25.7	67.0
56. Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?	6.7	21.7	71.6
Schaal 6: samenwerking en deskundigheid (N=1691)	7.2	26.1	66.7
50. Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?	5.0	24.1	70.9
51. Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?	4.2	17.5	78.3
54. Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?	4.7	20.7	74.7
60. Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?	3.0	12.5	84.5
Schaal 7: bejegening (N=1745)	4.2	21.6	74.2
Schaal bejegening en samenwerking (6 en 7) (N=1664)	4.5	21.8	73.7
53. Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	16.8	27.4	55.7
57. Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?	33.0	23.8	43.2
58. Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	20.8	26.0	53.2
59. Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	32.6	24.5	42.9
Schaal zorg op maat (N=1489)	29.3	32.7	38.0
Losse items			
61. Was deze zorgverlener bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	27.6	26.3	46.1
62. Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts? (nvt 24.6%)	5.3	20.1	74.7
63. Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?	3.7	9.6	86.8
64. Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener? (missing 12.6%) # §	75,6		24,4
Algemeen oordeel	Nooit/Soms	Meestal	Altijd
65. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u aan uw huisartspraktijk geven? Hierbij is 0 de slechtst mogelijke huisartspraktijk en 10 de best mogelijke huisartspraktijk.	2.8	20.9	76.3
66. Zou u uw huisartspraktijk bij uw vrienden en familie aanbevelen?	7.4	37.9	54.7

Deze negatief geformuleerde items zijn voor de schaalanalyses omgecodeerd. Hier zijn de antwoorden weergegeven zoals ze gegeven zijn.

§ Deze dichotome variabelen hadden antwoordcategorie ja en nee.

Bijlage 6: Gemiddelde belangscores op volgorde van belang per onderdeel

Eerste Contact	Belangscores
21. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?	3.6
8. Hoe vaak beoordeelde de doktersassistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?	3.3
17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindervagens en mensen met een lichamelijke handicap?	3.3
3. Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?	3.2
9. Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?	3.2
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon?	3.2
15. Hoe vaak behandelde de doktersassistente u met respect?	3.2
6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?	3.2
12. Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?	3.1
4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoed-telefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?	3.1
13. Hoe vaak heeft u naar de huisartsenpost gebeld omdat uw huisarts overdag niet bereikbaar was? (nvt = 23%)	3.0
20. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?	3.0
11. Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen? (nvt = 16%)	2.9
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?	2.8
5. Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk	2.7
18. Hoe vaak waren er in de huisartspraktijk voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte?	2.6
23. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?	2.5
7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?	2.4
10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?	2.3
14. Hoe vaak bent u naar de huisartsenpost gegaan omdat uzelf overdag geen tijd had?	2.2

Huisarts	Belangscores
44. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?	3.7
26. Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?	3.5
27. Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?	3.5
24. Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?	3.4
28. Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem?	3.4
31. Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?	3.4
30. Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3.3
41. Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?	3.3
43. Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?	3.2
29. Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)? (nvt = 63.5%)	3.2
45. Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan? (nvt = 73.9%)	3.2
33. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen? (nvt = 15.7%)	3.2
32. Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	3.2
42. Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?	3.2
25. Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	3.1
35. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	3.1
38. Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)? (nvt = 42.4%)	3.1
39. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?	3.0
37. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)? (nvt = 35.9%)	3.0
40. Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?	2.8
36. Verwees uw huisarts u door naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer u dat nodig vond? (nvt = 29.4%)	2.7
46. Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk? (nvt = 63.5%)	2.6
34. Hoe vaak schreef uw huisarts u geneesmiddelen voor wanneer u dat nodig vond? (nvt = 21%)	2.2

Andere zorgverlener	Belangscores
63. Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?	3.5
62. Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts? (nvt 24.6%)	3.5
56. Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?	3.5
55. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?	3.3
51. Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?	3.3
60. Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?	3.2
52. Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3.1
50. Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?	3.1
54. Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?	3.0
61. Was deze zorgverlener bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	2.9
58. Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	2.9
53. Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	2.9
49. Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw ziektegeschiedenis?	2.8
57. Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?	2.7
59. Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	2.6
64. Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener? (missing 12.6%)	2.4

Bijlage 7: Verbeterscores op volgorde van belangrijkheid

Verbeterscores in volgorde van belangrijkheid	Belang-scores	% Nooit/Soms	Verbeter-scores
5. Hoe vaak is het in de afgelopen 12 maanden gelukt om overdag binnen een minuut iemand van uw huisartspraktijk	2.7	51.8	1.41
40. Hoe vaak bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?	2.8	40.8	1.16
33. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?	3.2	33.2	1.05
45. Hoe vaak was uw huisarts bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	3.2	33.1	1.05
23. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?	2.5	40.6	1.03
57. Hoe vaak bood deze zorgverlener u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of het verbeteren van uw gezondheid?	2.7	33.0	0.90
29. Hoe vaak heeft uw huisarts goed ingeschat dat uw klacht ook een andere oorzaak had dan een lichamelijke (zoals problemen op het werk/school/thuis of psychische problemen)?	3.2	27.8	0.89
59. Had deze zorgverlener aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	2.6	32.6	0.84
61. Was deze zorgverlener bereid met u te praten over fouten of over zaken die, naar uw mening, niet goed zijn gegaan?	2.9	27.6	0.81
20. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?	3.0	27.1	0.81
39. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?	3.0	22.5	0.67
9. Hoe vaak kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?	3.2	19.9	0.65
8. Hoe vaak beoordeelde de doktersassistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?	3.3	18.8	0.62
58. Maakte deze zorgverlener u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	2.9	20.8	0.60
64. Had u liever geholpen willen worden door de huisarts dan door deze zorgverlener? (missing 12.6%)	2.4	24.4	0.59
46. Hoe vaak was het mogelijk dat, als u iets wilde lezen over uw gezondheidsprobleem, deze informatie te verkrijgen was in uw huisartspraktijk? (nvt = 63.5%)	2.6	20.0	0.51
7. Hoe vaak heeft u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de doktersassistente moest vertellen, voordat u in contact kon komen met uw huisarts?	2.4	21.1	0.50
4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoedtelefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?	3.1	16.0	0.49
32. Hoe vaak gaf uw huisarts u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	3.2	15.4	0.49
53. Hoe vaak gaf deze zorgverlener u de ruimte om mee te beslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?	2.9	16.8	0.49
36. Verwees uw huisarts u door naar een medisch specialist in het ziekenhuis wanneer u dat nodig vond?	2.7	16.8	0.46
12. Hoe vaak was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?	3.1	14.8	0.46
43. Hoe vaak zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?	3.2	13.1	0.42

Verbeterscores in volgorde van belangrijkheid	Belang- scores	% Nooit/ Soms	Verbeter- scores
35. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?	3.1	13.6	0.41
25. Hoe vaak toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	3.1	13.1	0.41
31. Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?	3.4	12.1	0.41
37. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg	3.0	13.7	0.40
38. Hoe vaak werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)?	3.1	12.6	0.39
34. Hoe vaak schreef uw huisarts u geneesmiddelen voor wanneer u dat nodig vond?	2.2	17.3	0.38
17. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindervagens en mensen met een lichamelijke handicap?	3.3	10.3	0.34
27. Hoe vaak gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek	3.5	8.7	0.31
49. Had u de indruk dat deze zorgverlener goede informatie had over uw ziektegeschiedenis?	2.8	10.5	0.29
10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?	2.3	12.2	0.27
55. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van deze zorgverlener?	3.3	7.3	0.24
56. Heeft u er vertrouwen in gehad dat deze zorgverlener u op tijd naar de huisarts verwijst als dat nodig is?	3.5	6.7	0.23
11. Hoe vaak heeft u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen?	2.9	8.1	0.23
28. Hoe vaak vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/ gezondheidsprobleem?	3.4	6.7	0.23
6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, hoe vaak werd u dan goed geholpen?	3.2	6.6	0.21
44. Heeft u vertrouwen gehad in de deskundigheid van uw huisarts?	3.7	5.6	0.21
18. Hoe vaak waren er in de huisartspraktijk voldoende comfortabele zitplaatsen in de wachtruimte?	2.6	7.8	0.21
15. Hoe vaak behandelde de doktersassistente u met respect?	3.2	6.4	0.21
52. Hoe vaak legde deze zorgverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3.1	6.2	0.20
16. Hoe vaak besteedde de doktersassistente voldoende tijd aan u?	2.8	6.8	0.19
62. Hoe vaak vond u dat deze zorgverlener goed samen werkte met uw huisarts?	3.5	5.3	0.19
3. Hoe vaak vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?	3.2	5.2	0.17
42. Hoe vaak besteedde uw huisarts voldoende tijd aan u?	3.2	5.0	0.16
50. Hoe vaak luisterde deze zorgverlener aandachtig naar u?	3.1	5.0	0.15
30. Hoe vaak legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3.3	4.6	0.15
26. Hoe vaak nam uw huisarts u serieus?	3.5	4.1	0.14
54. Hoe vaak besteedde deze zorgverlener voldoende tijd aan u?	3.0	4.7	0.14
51. Hoe vaak nam deze zorgverlener u serieus?	3.3	4.2	0.14
63. Hoe vaak kreeg u van verschillende zorgverleners (inclusief de huisarts) binnen deze praktijk tegenstrijdige informatie?	3.5	3.7	0.13
60. Hoe vaak behandelde deze zorgverlener u met respect?	3.2	3.0	0.10
24. Hoe vaak luisterde uw huisarts aandachtig naar u?	3.4	2.8	0.10
41. Hoe vaak behandelde uw huisarts u met respect?	3.3	2.7	0.09

Verbeterscores in volgorde van belangrijkheid	Belang- scores	% Nooit/ Soms	Verbeter- scores
13. Hoe vaak heeft u naar de huisartsenpost gebeld omdat uw huisarts overdag niet bereikbaar was?	3.0	2.1	0.06
19. Hoe vaak was de huisartspraktijk schoon?	3.2	1.2	0.04
14. Hoe vaak bent u naar de huisartsenpost gegaan omdat uzelf overdag geen tijd had?	2.2	1.1	0.02
21. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?	3.6	0.5	0.02