



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (R. Coppen
P.F.M. Verhaak, *Indicatoren in de eerstelijns GGZ;
een voorstudie naar de informatievoorziening in de
eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en
verzekeraars*, NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties
in PDF-format op www.nivel.nl

Indicatoren in de eerstelijns GGZ

**Een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor
zorggebruikers en verzekeraars**

R. Coppen
P.F.M. Verhaak



ISBN 97-8906-905-8429

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 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

1 Inleiding	5
1.1 Deze voorstudie	6
1.2 De opbouw van dit rapport	6
2 Het veld van de eerstelijns GGZ in het nieuwe zorgstelsel	7
2.1 De ontvangers van eerstelijns GGZ	7
2.2 De aanbieders van eerstelijns GGZ	7
2.3 De financiers van eerstelijns GGZ	8
3 Informatiebehoefte in de eerstelijns GGZ in het nieuwe zorgstelsel	9
3.1 Inzicht in de eerstelijns GGZ door gebruik van indicatoren	10
4 Domeinen van belang voor een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ	11
4.1 Door zorggebruikers genoemde domeinen	11
4.2 Door verzekeraars genoemde domeinen	14
4.3 Beschouwing: door patiënten en verzekeraars genoemde domeinen	16
4.3.1 Informatiedomeinen en klantervaring	16
4.3.2 Informatiedomeinen en kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief	17
4.3.3 Informatiedomeinen en etalage-informatie	17
5 Bestaande instrumenten die de eerstelijns GGZ transparant (kunnen) maken	19
5.1 Instrumenten die informatie geven over de ervaringen van zorggebruikers	19
5.1.1 Een instrument dat ervaringen van zorggebruikers in de gehele eerstelijns GGZ inzichtelijk maakt	20
5.1.2 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de huisartsenzorg inzichtelijk maken	21
5.1.3 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de diensten van het AMW inzichtelijk maken	23
5.1.4 Een instrument dat ervaringen van zorggebruikers met de ELP inzichtelijk maakt	25
5.1.5 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de SPV inzichtelijk maken	26
5.1.6 Beschouwing instrumenten die informatie leveren over ervaringen van zorggebruikers met de zorg	26
5.2 Instrumenten die informatie geven over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief	27
5.2.1 Instrumenten die informatie leveren over de gehele eerstelijns GGZ	27
5.2.2 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van de huisartsenzorg wat betreft eerstelijns GGZ	29
5.2.3 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van dienstverlening door het AMW	31
5.2.4 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg verleend door de ELP	32

5.2.5	Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg verleend door de SPV	34
5.2.6	Beschouwing instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief	34
5.3	Etalage-informatie	35
5.3.1	Etalage-informatie over de huisarts	36
5.3.2	Etalage-informatie over het AMW	37
5.3.3	Etalage-informatie over de ELP	38
5.3.4	Etalage-informatie over de SPV	38
5.3.5	Beschouwing websites met etalage-informatie	39
6	Nabeschuiving: en hoe nu verder?	41
6.1	Informatie over de ervaringen van zorggebruikers met de zorg: coördinatie en afstemming van instrumenten	41
6.2	Informatie over kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief: de ontwikkeling van indicatoren	42
6.3	Etalage-informatie: één centrale website	43
6.4	Tot slot	44
	Literatuur	47

1 Inleiding

Per 1 januari 2008 zal de wijziging in het zorgstelsel ook voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een feit zijn. Op die datum zal de financiering van de Extramurale GGZ van de AWBZ¹ naar de basisverzekering overgaan. Functionele verstrekkingen GGZ zullen vanaf dan door zorgverzekeraars moeten worden ingekocht en opgenomen worden in hun basispolissen. Vanaf 1 januari 2008 zal de zorg die in de eerstelijns GGZ wordt verstrekt dus vergoed worden door de basisverzekering. Dit houdt onder andere in dat vanaf dan de eerstelijns psycholoog (ELP) vanuit de basisverzekering vergoed zal worden.

Een andere ontwikkeling binnen de eerstelijns GGZ die relevant is, is de toenemende schaalvergroting van de eerstelijnszorg. In het verleden werd die zorg voor een groot gedeelte door de huisarts uitgevoerd. Omdat ook andere professionals dan de huisarts een deel van deze zorg kunnen uitvoeren worden deze andere professionals in toenemende mate in de eerstelijnszorg ingezet. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de inzet van praktijkverpleegkundigen in de diabeteszorg en zorg bij astma/COPD.

Door de wijziging in het zorgstelsel wat betreft de GGZ, de grotere keuzemogelijkheden die dat teweeg brengt en de toenemende schaalvergroting zal er in de nabije toekomst steeds meer behoefte bestaan aan transparantie van de eerstelijns GGZ. Transparantie geeft inzicht in de kwaliteit van de eerstelijns GGZ. Het zal de zorggebruiker houvast geven op basis waarvan hij keuzes kan maken en zal de zorgverzekeraar houvast geven bij het inkopen van eerstelijns GGZ. Daarnaast geeft het de aanbieders van GGZ de gelegenheid om te laten zien wat ze bijdragen aan (de kwaliteit van) de eerstelijns gezondheidszorg. Een informatievoorziening, die de eerstelijns GGZ voor patiënten en zorgverzekeraars transparant maakt, moet daarom in ieder geval inzicht geven in de volgende zaken:

- de klantervaring: met andere woorden hoe heeft de patiënt de zorg ervaren en voldeed de ontvangen zorg aan zijn verwachtingen;
- de kwaliteit vanuit professioneel perspectief: de nadruk ligt hierbij op de professionele uitvoering van de zorg en de resultaten daarvan;
- het aanbod van de aanbieders van zorg, ook wel etalage-informatie genoemd. Aspecten die hieronder vallen zijn onder andere de mogelijke behandelingen door een aanbieder, de tarieven, de kwalificaties van de aanbieder en overige services en dienstverleningsaspecten (zoals bereikbaarheid, openingstijden, wachttijd, aanwezigheid praktijkondersteuning).

¹ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

1.1 Deze voorstudie

Tot dusver is onbekend welke domeinen op het gebied van klantervaringen, van kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief en welke etalage-informatie relevant zijn in het kader van een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ. Hiervoor is een eerste verkenning van het veld noodzakelijk. Zo'n verkenning moet duidelijk maken op welke domeinen informatie gewenst is, welke bestaande instrumenten al informatie leveren en waar de discrepanties tussen beiden liggen. Deze voorstudie heeft daarom als **doel** het opzetten van een conceptueel kader voor de ontwikkeling en het gebruik van een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ en het vaststellen van wat er al aan informatie voorhanden is en voor welke informatievoorziening nog instrumenten ontwikkeld moeten worden. Om tot een conceptueel kader te komen moeten de volgende vragen beantwoord worden:

- 1 Waaruit bestaat het veld van de eerstelijns GGZ?
- 2 Welke domeinen moeten door de informatievoorziening worden bestreken?
- 3 Welke instrumenten bestaan er al die informatie geven over de eerstelijns GGZ?
 - a. In hoeverre sluit de informatie die deze instrumenten leveren aan bij de domeinen die moeten worden bestreken?
 - b. Zijn die meetinstrumenten toepasbaar op de gehele eerstelijns GGZ?
 - c. Wat is de kwaliteit (validiteit, betrouwbaarheid, algemene toepasbaarheid) van al deze meetinstrumenten?
- 4 Welke meetinstrumenten zullen nog ontwikkeld moeten worden en wat is daarbij de meest geëigende aanpak?
- 5 Welke aanpak kan gevolgd worden om de benodigde gegevens te verzamelen bij de onderscheiden eerstelijns GGZ hulpverleners?

1.2 De opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van het veld van de eerstelijns GGZ en hun rol in het nieuwe zorgstelsel. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 3 hoe de eerstelijns GGZ transparant kan worden gemaakt voor de veldpartijen. Welke domeinen vervolgens deel zouden moeten uitmaken van een informatievoorziening wordt in hoofdstuk 4 behandeld. In hoofdstuk 5 komen de instrumenten aan bod die informatie kunnen leveren die relevant kan zijn voor een informatievoorziening. Daarbij wordt bekeken in hoeverre deze instrumenten informatie kunnen leveren over de domeinen die in hoofdstuk 4 naar voren zijn gekomen. Ook wordt in dit hoofdstuk bekeken wat de kwaliteit van deze instrumenten is. Tenslotte volgt in hoofdstuk 6 de beschouwing, waarin wordt vastgesteld in welke mate bestaande instrumenten informatie leveren over de eerstelijns GGZ en wat er nog aan informatie ontbreekt. Tevens zal er een voorzet worden gedaan voor de nog te nemen stappen om tot een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ te komen.

2 Het veld van de eerstelijns GGZ in het nieuwe zorgstelsel

In de oude vergoedingsstructuur, waarbij de extramurale GGZ voor een groot deel vanuit de AWBZ werd gefinancierd en de huisarts via de basiszorgverzekering, stond de vergoeding van de aanbieder van zorg centraal. Dit had tot gevolg dat sommige aanbieders van eerstelijns GGZ-zorg niet standaard vergoed werden (zoals bijvoorbeeld de eerstelijns psycholoog (ELP), terwijl ze praktisch hetzelfde type zorg konden aanbieden als de andere aanbieders. Wanneer de financiering van de extramurale GGZ van de AWBZ naar de basisverzekering is overgegaan zal niet langer de aanbieder centraal staan in de vergoedingsstructuur, maar de geleverde zorg. Dit leidt ertoe dat vanaf dat moment de GGZ-zorg in de eerste lijn volledig onder de basisverzekering valt en er, net als in de zorg in het algemeen, drie verschillende partijen betrokken zijn bij de zorg: de ontvangers van zorg/zorggebruikers/patiënten, de aanbieders van zorg en de financiers van zorg. Deze paragraaf beschrijft wie de ontvangers van zorg, de aanbieders en financiers van zorg zijn en wat de verandering van de financiering van de eerstelijns GGZ voor hen betekent.

2.1 De ontvangers van eerstelijns GGZ

De ontvangers van eerstelijns GGZ zijn patiënten/zorggebruikers die zich bij een hulpverlener uit de eerste lijn melden. Zij hebben doorgaans te maken met psychische/psychosociale problemen en klachten. Over het algemeen melden zorggebruikers met deze problemen/klachten zich bij de huisarts. Afhankelijk van de ernst en de aard van de problemen/klachten zal de arts de zorggebruiker zelf behandelen of doorverwijzen naar een andere hulpverlener in de eerste lijn of de tweedelijns. Daarnaast is het ook mogelijk dat zorggebruikers zich niet bij een huisarts maar bij een andere discipline in de eerstelijns GGZ melden (zie 2.2.). Behandelingen door de huisarts of het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) zijn voor de patiënt kosteloos.¹ Of de behandeling van de ELP wordt vergoed hangt nu (nog) af van de verzekeringspolis die de patiënt/zorggebruiker heeft afgesloten. In de toekomst zal gebruik van de ELP door de basisverzekering worden vergoed. Ontvangers van zorg krijgen meer te kiezen en moeten die keuze verantwoord kunnen maken.

2.2 De aanbieders van eerstelijns GGZ

In de eerstelijns GGZ wordt de zorg in hoofdzaak door de volgende kerndisciplines geleverd: Huisarts, ELP, AMW en de Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de

¹ De kosten voor de huisarts worden gedekt door de zorgverzekering, de financiering van het AMW verloopt via de gemeente.

huisartsen praktijk. Het gaat daarbij om ofwel een kortdurende GGZ-behandeling ofwel eenvoudige (minder gespecialiseerde) diagnostiek om vast te stellen of en naar welke (meer gespecialiseerde) discipline moet worden doorverwezen. Wanneer de eerstelijns GGZ onder de basisverzekering valt is het in principe ook mogelijk dat andere disciplines dan de hierboven genoemde kerndisciplines, zoals vrijgevestigde psychotherapeuten, zelfstandig gevestigde psychiaters, RIAGG's, thuiszorg en ouderenadviseurs (delen van) deze zorg gaan leveren. De overgang naar het nieuwe zorgstelsel zal tot (grootschaligere) samenwerkingsstructuren leiden en leidt tot meerdere mogelijkheden binnen de eerste lijn om **kwalitatief goede zorg** te leveren. Het is daarom van belang te weten wie wat doet in de eerste lijn en hoe die dat doet. Dit geldt zowel voor zorginkopers als voor zorggebruikers.

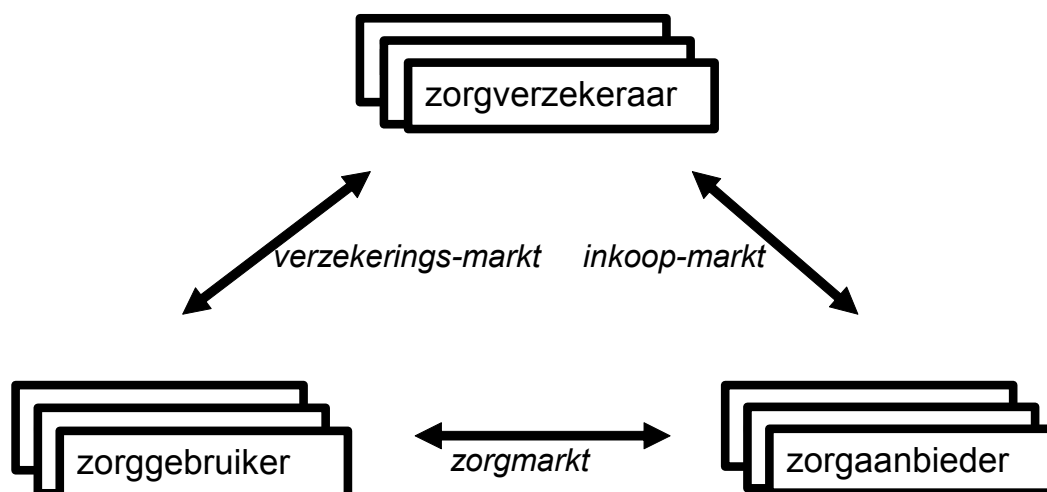
2.3 De financiers van eerstelijns GGZ

In het kader van de uitvoering van de zorgverzekeringswet hebben de zorgverzekeraars op dit moment al contracten met de huisartsen afgesloten wat betreft de algemene zorg. Het AMW en de ELP vallen tot nog toe buiten dit contracteerbeleid. Het AMW zal bijvoorbeeld door de gemeenten uit de WMO gefinancierd worden. Wel zijn er op dit moment experimenten waarbij het AMW zich in opdracht van een zorgverzekering richt op de verstrekking van eerstelijns GGZ. De zorg die de ELP levert wordt nu alleen vergoed als dit in de polis van de betreffende zorggebruiker is opgenomen. Wanneer de extramurale GGZ onder de zorgverzekeringswet valt zal de GGZ-zorg, die in de eerste lijn wordt verleend, door de basisverzekering worden vergoed. Vanaf dan zal de zorg van de ELP dus ook onder de basisverzekering vallen. Dat houdt in dat zorgverzekeraars deze vorm van **GGZ** moeten **inkopen** en **contracten** moeten **sluiten** met zorgaanbieders. Hiervoor is het van belang dat de zorginkoper op de hoogte is van de wensen van de gebruiker en van de kwaliteit van het aanbod.

3 Informatiebehoefte in de eerstelijns GGZ in het nieuwe zorgstelsel

Door de bevordering van de keuzevrijheid van zorggebruikers, de toename van mogelijkheden om kwalitatief goede zorg te verlenen door aanbieders en de verplichting voor zorgverzekeraars om eerstelijns GGZ onderdeel te maken van de basisverzekering is er meer behoefte aan transparantie en informatie in de eerstelijns GGZ. Figuur 3.1 laat schematisch zien wie over wie informatie nodig heeft.

Figuur 3.1 Informatie behoefte in de eerstelijns GGZ



Toelichting:

- De zorgmarkt: De zorggebruiker wil van de aanbieders weten wat ze doen, en hoe ze dat doen en of ze het goed doen.
- De inkoop-markt: De zorgverzekeraar wil van de aanbieders weten wat ze aan te bieden hebben en wat de prijs-kwaliteitverhouding daarvan is.
- De verzekeringsmarkt: De zorgverzekeraar wil van de zorggebruikers weten wat hun behoeften en ervaringen in de zorg zijn.

Bron: D. Delnoij, 'Consumer Quality Index: Wie, wat, waarom en hoe?', NIVEL-colloquium op 21-11-2006.

In deze voorstudie staat de informatiebehoefte vanuit het perspectief van de zorggebruikers en de financiers centraal. De voorstudie richt zich op informatie die nodig is in het kader van de bevordering van de keuzevrijheid van zorggebruikers en het contracteren van eerstelijns GGZ door de verzekeraars. Door middel van de juiste informatie moeten zorggebruikers en financiers inzicht kunnen krijgen in de voor hun relevante kwaliteitsaspecten van de zorg. Dit maakt het voor zorggebruikers mogelijk om te kunnen kiezen voor een bepaald soort zorg en voor zorgverzekeraars mogelijk om de zorg te contracteren.

Zoals in de inleiding al is vermeld zal een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ informatie moeten geven over:

- de klantervaring;
- de kwaliteit vanuit professioneel perspectief;
- etalage-informatie.

Naast deze voorstudie vinden er op dit moment ook andere studies naar informatiebehoefte in de eerstelijns GGZ plaats. Zo brengt het NIZW in kaart wat de afzonderlijke disciplines, die klachten/problemen waarmee de patiënten zich in de eerstelijns GGZ melden, aanbieden. Daarnaast beziet de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) een mogelijk takenpakket voor de Praktijk Ondersteuning Huisartsen (POH) op het gebied van de eerstelijns GGZ.

3.1 Inzicht in de eerstelijns GGZ door gebruik van indicatoren

Een manier om de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en financiers van zorg inzichtelijk te maken is het gebruik van indicatoren. In deze voorstudie wordt de term *indicator* gedefinieerd als 'een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie' (Colsen et al., 1995). Indicatoren geven dus een **indicatie** over hoe het gesteld is met de kwaliteit (van een bepaald aspect) van zorg of de kwaliteit (van een bepaald aspect) van een organisatie. In de praktijk kan de kwaliteit van zorg of de organisatie inzichtelijk worden gemaakt door structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren (Derose et al., 2003; Donabedian, 1980). Wat voor soort indicator men gebruikt hangt af van het aspect van zorg waar men informatie over wil hebben. Voor informatie over de borging van een kwaliteitssysteem is men aangewezen op structuurindicatoren. Voorbeelden van structuurindicatoren zijn het aantal ingezette FTE's van een bepaalde discipline in een regio of het aanwezig zijn van een kwaliteitscertificaat. Procesindicatoren vertellen meer over hoe de zorg wordt uitgevoerd. Een voorbeeld van een procesindicator is bijvoorbeeld het percentage behandelingen waarbij volgens een bepaalde evidence-based richtlijn behandeld is. Uitkomstindicatoren richten zich tenslotte op het resultaat van de geleverde zorg. Daarbij valt te denken aan het percentage patiënten dat binnen een bepaalde periode verlost is van de oorspronkelijke klacht.

Een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ zal uit een combinatie van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren bestaan. Met name de etalage-informatie zal dan bestaan uit structuurindicatoren. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan een indicator die aangeeft of een zorgaanbieder gecertificeerd of geaccrediteerd is. Proces- en uitkomstindicatoren kunnen inzicht geven in klantervaringen en de kwaliteit vanuit professioneel perspectief. Een voorbeeld van een uitkomstindicator die inzicht geeft in de klantervaring is de mate waarin een zorggebruiker na de hulpverlening vrij is van klachten. Een voorbeeld van een procesindicator voor de kwaliteit vanuit professioneel perspectief is de mate waarin volgens een bepaalde richtlijn wordt gewerkt. Voor het invullen van de indicatoren is het noodzakelijk periodiek metingen bij zorgaanbieders te doen of is men afhankelijk van de toelevering van data uit registraties van de zorgaanbieders.

4 Domeinen van belang voor een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ

Voor het opzetten van een conceptueel kader voor de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren is het allereerst nodig om vast te stellen over welke domeinen deze indicatoren informatie moeten leveren. Deze domeinen worden in dit rapport informatiedomeinen genoemd. In deze voorstudie wordt verondersteld dat een informatievoorziening gebaseerd moet zijn op wat zorggebruikers en verzekeraars wensen aan informatie en wat ze belangrijk vinden in de eerstelijns GGZ. In paragraaf 4.1 worden de domeinen benoemd waar zorggebruikers informatie over willen hebben. In paragraaf 4.2 komen vervolgens de domeinen aan bod die de zorgverzekeraars belangrijk vinden en waar ze informatie over willen hebben. Op basis van deze twee inventarisaties zal in paragraaf 4.3 uiteindelijk worden vastgesteld op welke domeinen dit onderzoek zich zal richten.

4.1 Door zorggebruikers genoemde domeinen

Bij de uitvoering van deze voorstudie is geen literatuur gevonden die specifiek iets zegt over wat zorggebruikers aan **informatie wensen** in de eerstelijns GGZ. Wel is er literatuur over wat zorggebruikers in het algemeen in de zorg aan informatie wensen en wat zorggebruikers belangrijk vinden in de ambulante GGZ (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Zorggebruikers over wat ze aan informatie wensen in de zorg

Door zorggebruiker gewenste informatie ¹	Door cliënten en clientvertegenwoordigers belangrijk geachte kwaliteitsinformatie in de ambulante GGZ ²
<ul style="list-style-type: none">• Bejegening	<ul style="list-style-type: none">• Respectvolle bejegening
<ul style="list-style-type: none">• Informatie(bereidheid)	<ul style="list-style-type: none">• Informatie
<ul style="list-style-type: none">• Kwaliteit medisch technisch handelen/vakbekwaamheid/ervaring van hulpverlener (met specifieke aandoeningen)	<ul style="list-style-type: none">• Bekwaamheid
<ul style="list-style-type: none">• Continuïteit/samenwerking 1e en 2e lijn/integrale zorg	<ul style="list-style-type: none">• Continuïteit (samenwerking)
<ul style="list-style-type: none">• Wachtlijsten/wachttijden/ gemakkelijk afspraken te maken	<ul style="list-style-type: none">• Bereikbaarheid
<ul style="list-style-type: none">• Ervaringen andere patiënten (qua proces en uitkomst)	<ul style="list-style-type: none">• Clientenrechten
<ul style="list-style-type: none">• Ondersteuning mantelzorg, familie, vrienden	<ul style="list-style-type: none">• Zelfstandigheid

Tabel 4.1 wordt vervolgd

Vervolg tabel 4.1

Door zorggebruiker gewenste informatie ¹	Door cliënten en clientvertegenwoordigers belangrijk geachte kwaliteitsinformatie in de ambulante GGZ ²
<ul style="list-style-type: none"> • Aanbod zorgaanbieder (bv. welke specialisatie) • Zorguitkomsten • Veiligheid en hygiëne 	<ul style="list-style-type: none"> • Verplichtingen van de instelling vastgelegd in regels en procedures • Beleid mbt bescherming/veiligheid binnen de instelling • Beleid mbt communicatie binnen de instelling • Kwaliteitshandhaving

¹ Groenewoud, S., Huijsman, R., Prestatieindicatoren voor de kiezende zorggebruiker, Den Haag: ZonMw 2003.

² Gras, M., Berg, M. van den, Goossensen, A., Straten, A. van, Bouwstenen voor kwaliteitsinformatie in de geestelijke gezondheidszorg, Den Haag: ZonMw 2005.

De in tabel 4.1 besproken onderzoeken geven aan wat zorggebruikers aan informatie wensen over de gezondheidszorg in het algemeen en in de (ambulante) GGZ. Soms benoemen de verschillende onderzoeken aspecten weliswaar met een andere term, maar blijken ze grosso modo op hetzelfde neer te komen. Domeinen die in beide onderzoeken genoemd worden zijn: bejegening, informatie, vakbekwaamheid, continuïteit en samenwerking en bereikbaarheid.

In het verleden zijn er wel focusgroepgesprekken gehouden in het kader van de ontwikkeling van een CQ-index voor de eerstelijns GGZ. Daarin is gevraagd wat zorggebruikers belangrijk vinden in de eerstelijns GGZ. Er is echter geen specifieke literatuur gevonden over dit onderwerp. Wel zijn er een aantal rapportages gevonden van onderzoeken die inzicht geven in wat men van belang vindt in de eerstelijns zorg in het algemeen en de tweedelijns GGZ (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in de (eerstelijns GGZ)zorg

Mening Nederlanders over ideale eerstelijnszorg ¹	Tien pijlers voor de toekomstige eerstelijnszorg (1voor1)	Kwaliteitscriteria vanuit GGZ cliëntenperspectief ³	Relevante aspecten voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief ⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over eigen gezondheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect 	<ul style="list-style-type: none"> • Bejegening
<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over 1^o lijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwen
<ul style="list-style-type: none"> • Bereikbaarheid buiten kantoor tijden 	<ul style="list-style-type: none"> • Aansluiting 2^o lijn en andere sectoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionaliteit hulpverlening 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect
<ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijk voor iedereen 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuïteit en samenhang 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaringsdeskundigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Privacy

tabel 4.2 wordt vervolgd

vervolg tabel 4.2

Mening Nederlanders over ideale eerstelijnszorg ¹	Tien pijlers voor de toekomstige eerstelijnszorg (1voor1)	Kwaliteitscriteria vanuit GGZ cliëntenperspectief ³	Relevante aspecten voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief ⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Eén aanspreekpunt in de 1^elijn • Toegang medische gegevens • 1^e lijn helpt met zelfredzaamheid • Keuzevrijheid • Alternatieven bieden • Omkijken naar risicogroepen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereikbaarheid • Toegang • Erkenning regionale verschillen • ICT en elektronisch patiënten dossier • Acute zorg • Klachtenregeling als sluitstuk kwaliteitsbeleid 	<ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijkheid • Zelfbeschikkingsrecht • Verantwoordelijkheid cliënt • Behandelplan • Medezeggenschap • Wonen/verblijf • Diagnosestelling/onderzoek • Indicatie/zorgtoewijzing • Tussentijdse evaluatie • Vervolgzorg • Eindevaluatie • Tevredenheid uitkomsten • Ontslag • Nazorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie • Vakbekwaamheid • Zelfstandigheid • keuzevrijheid/zelfbeschikking • Stimulatie

¹ Linschoten, C.P., Moorer, P., Voorrips, R., Langs de eerste lijn: wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg, Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen 2004.

² NPCF, 1voor1: de 1e plaats voor de 1elijnszorg, Utrecht, NPCF 2004.

³ Nederland, T., Steketee, M., De cliëntenvisatie in de GGZ, Handboek voor kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2004.

⁴ Borghuis-Lub, Th., Minneman, E., Hoogma, R., Een begrippenkader voor kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: voor de beroepsgroep verpleeghuisartsen, Utrecht: NVVA 2003.

Tabel 4.2 laat zien dat de domeinen die in beide onderzoeken uit tabel 4.1 naar voren kwamen (bejegening, informatie, vakbekwaamheid, continuïteit en samenwerking, bereikbaarheid) ook naar voren komen als zorggebruikers wordt gevraagd wat ze

belangrijk vinden. Daarnaast blijkt dat sommige domeinen die in tabel 4.2 genoemd worden ook in tabel 4.1 bij één van de twee onderzoeken genoemd werd. Dit zijn: toegankelijkheid, zelfstandigheid, keuzevrijheid en de uitkomst van het zorgproces.

De overeenkomsten tussen de verschillende onderzoeken uit de tabellen vormen een kader voor deze voorstudie dat bestaat uit informatiedomeinen. Deze informatiedomeinen geven dus aan waar een informatievoorziening zich op zou moeten richten. De genoemde domeinen komen overigens ook naar voren in een onderzoek naar wat patiënten van belang vinden in de huisartsenzorg (Smit et al., 2005) en in een onderzoek naar wat patiënten belangrijk vinden in het kader van verantwoorde zorg (Friele et al., 2006). Over het algemeen lijken deze informatiedomeinen dus niet alleen voor de eerstelijns GGZ te gelden, maar gelden zij ook voor andere sectoren in de gezondheidszorg.

Het gewicht dat een zorggebruiker aan een bepaald domein toekent zal afhankelijk zijn van het type zorgvraag.² Dit gewicht zal voor GGZ-gebruikers weer anders liggen dan voor gebruikers van zorg in het algemeen. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) geeft bijvoorbeeld aan dat het weliswaar ook in de GGZ belangrijk is dat er een goede samenwerking is tussen hulpverleners waarbij hulpverleners informatie over een zorggebruiker uitwisselen, maar dat het juist in de GGZ ook erg belangrijk is dat gegevens niet zomaar voor iedere hulpverlener toegankelijk zijn in verband met privacy. Om te voorkomen dat bijvoorbeeld somatische klachten als psychisch worden afgedaan zal de GGZ-gebruiker het belangrijk vinden dat hij zelf bepaalt wie toegang heeft tot welke gegevens.

Toch is er wel een zekere algemene rangorde in het belang van de verschillende domeinen aan te tekenen. Uit vergelijking van een groot aantal cliënt waarderingsonderzoeken (19 onderzoeken in 12 Europese landen) komt bejegening en informatievoorziening vrij unaniem als belangrijkste aspect naar voren, gevolgd door deskundigheid. Lager in prioriteit staan aspecten van toegankelijkheid, keuzevrijheid en samenwerking, hoewel dit laatste aspect juist in Nederland relatief nog hoog scoorde (Groenewegen et al. 2005).

Uit onderzoek blijkt er overigens een verschil te bestaan tussen wat zorggebruikers willen weten en wat zorgaanbieders belangrijk vinden om naar buiten te brengen (Groenewoud et al., 2003; Smit et al., 2005). Kenmerkend hierbij is dat zorgaanbieders het doorgaans belangrijk vinden om zorggebruikers te informeren over de inhoudelijke kant van een aandoening. Ze proberen bijvoorbeeld uit te leggen hoe een medicijn werkt. Terwijl zorggebruikers vaak behoefte hebben aan begrip voor hun emoties en wat het hebben van een aandoening voor hun en het dagelijkse leven betekent.

4.2 Door verzekeraars genoemde domeinen

Tijdens de duur van dit onderzoek is niet veel literatuur gevonden over wat verzekeraars belangrijke domeinen in de zorg vinden en waar zij informatie over wensen. Uiteindelijk

² Zie brochure NPCF (verwacht januari 2007).

bleken het HKZ-certificatieschema³ voor de ELP-praktijken en een serie van het tijdschrift 'Kwaliteit in Beeld' enige informatie hierover te bevatten.

In het HKZ-certificatieschema voor de ELP-praktijken stelt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat ze veel belang hecht aan:

- een optimale verhouding tussen prijs, kwaliteit en doelmatigheid;
- voldoende zorg(capaciteit) van voldoende niveau beschikbaar;
- de aansluiting van de zorg aan de (reële) behoefte van de verzekerde/cliënt en de klantgericht daarvan;
- de tevredenheid van de verzekerden/cliënten;
- een goede relatie met zorgaanbieders.

Daarom verwachten zorgverzekeraars de volgende informatie van zorgaanbieders:

- productspecificatie, wat heeft een zorgaanbieder te bieden en tegen welke prijs;
- processpecificatie, waarmee inzicht wordt gegeven in de doelmatigheid van het zorgproces;
- resultaatsspecificatie, waarmee wordt aangegeven of de behandeling het gewenste effect heeft op de zorgvraag.

Daarnaast hebben verschillende zorgverzekeraars zich in de serie van het tijdschrift 'Kwaliteit in Beeld' uitgelaten over wat ze belangrijk vinden bij de inkoop van zorg. Daarbij staat het begrip kwaliteit centraal. Wat de verschillende verzekeraars onder kwaliteit verstaan verschilt. Zo verstaat het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ) onder kwaliteit 'dat wat een verzekerde belangrijk vindt bij de zorgverlening' (Boelema, 2005; Smit et al., 2005). In de praktijk gaat het volgens het CTZ dan om zaken als effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, en bejegening. Daarnaast noemt het CTZ wachttijden, patiëntenervaringen en betrouwbare keuze-informatie als belangrijke aspecten om over te onderhandelen met zorgaanbieders. Hendriks & Poll geven aan dat de zorginkoop, naast het belang van klantenervaringen, volgens hen draait om de toegankelijkheid tot kwalitatief goede zorg en beheersing van de kosten (Hendriks et al., 2005).

De door enkele verzekeraars genoemde informatiedomeinen worden erg abstract beschreven. Over het algemeen lijken zorgverzekeraars met name op de volgende aspecten te letten wanneer zij zorg inkopen:

- 1 het aanbod en de prijs;
- 2 de uitvoering van de zorg, waaronder doeltreffendheid, doelmatigheid, veiligheid en tijdigheid;
- 3 resultaat, waarmee wordt aangegeven of de behandeling het gewenste effect heeft op de zorgvraag.
- 4 patiëntenervaringen, waaronder bejegening, tevredenheid, klantgerichtheid;
- 5 de toegankelijkheid, waaronder wachttijden;

Zorgverzekeraars vinden het belangrijk om in grote lijnen informatie over diverse aspecten van de zorg te krijgen. In die grote lijnen willen ze zowel informatie over de

³ De HKZ-certificatieschema's worden ontwikkeld door de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ).

structuur, het proces en de uitkomsten van zorg krijgen.

Bij de presentatie van het rapport “kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop in 2007” benadrukt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het belang van naleving van richtlijnen.

Richtlijnen worden immers op nationaal- en internationaal niveau opgezet door de beroepsgroepen zelf en geven daarmee een weerspiegeling van hoe de beroepsgroep zelf denkt dat er in bepaalde gevallen het best gehandeld kan worden (Bos, 2006). ZN is dan ook van mening dat een betere naleving van richtlijnen een grote kwaliteitsverbetering zal opleveren.

4.3 Beschouwing: door patiënten en verzekeraars genoemde domeinen

Op basis van de inventarisatie van wat zorggebruikers en verzekeraars belangrijk vinden en waarop ze hun keuze voor een (groep) hulpverlener(s) baseren komen een aantal domeinen naar voren. Deze domeinen zouden het uitgangspunt moeten vormen voor een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ.

Zoals in de inleiding al vermeld gaat het om drie soorten informatie: klantervaringen, de professionele kwaliteit en etalage informatie.

4.3.1 Informatiedomeinen en klantervaring

Over welke domeinen dient op een systematische wijze informatie voorhanden te zijn om aan de diverse behoeften tegemoet te komen? Op welke gebieden is er behoefte aan indicatoren? We ordenen deze in de aangekondigde indeling van kwaliteitsaspecten: structuur, proces en uitkomst.

Wat de potentiële *gebruiker* betreft zijn de bejegening en de informatie die de zorgverlener geeft over ziekte en behandeling de belangrijkste domeinen, meteen gevolgd door deskundigheid. Daarna komen een aantal aspecten van toegankelijkheid en keuzevrijheid. Samenwerking komt in de meeste landen op een van de laatste plaatsen, behalve in Nederland, waar men hier relatief meer waarde hecht aan samenwerking. In termen kwaliteitsaspecten wordt door gebruikers dus het meeste waarde gehecht aan kenmerken van het **zorgproces** (bejegening en informatie), gevolgd door een aantal **structuur**kenmerken (deskundigheid, toegankelijkheid, keuze, samenwerking). Over **uitkomst**kenmerken zijn patiënten of patiëntenorganisaties minder uitgesproken. Wellicht is “beter worden” een vanzelfsprekende uitkomst en is men meer geïnteresseerd in de wijze hoe men beter wordt. Het kan ook bepaald zijn door de gedachte dat de uitkomst van zorg (of beter gezegd, de inschatting dat de uitkomst anders gekund had) moeilijk te beoordelen valt door de patiënt.

Voor de *zorgverzekeraar* daarentegen zijn vooral de **structuur**kenmerken (wat is het aanbod dat een zorgverlener te bieden heeft, in termen van inhoud, deskundigheid, toegankelijkheid, samenwerking) en hoe verhouden de **uitkomsten** zich tot de kosten (doelmatigheid). Uiteraard is de zorgverzekeraar ook wel in kwaliteit in het algemeen

geïnteresseerd (zie hieronder) maar het snelle oordeel zal bepaald worden door aanbod en uitkomsten.

Juist waar het aanbod en uitkomsten betreft, zal de zorgverzekeraar zich niet uitsluitend kunnen verlaten op klantervaringen maar ook heeft deze ook behoefte aan meer “afstandelijke” kwaliteitsmaten zoals die uitgedrukt worden door kwaliteitsindicatoren vanuit het professionele perspectief.

4.3.2 Informatiedomeinen en kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief

Om kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief inzichtelijk te maken worden doorgaans indicatoren gebruikt die de structuur, het proces en de uitkomsten van dat proces inzichtelijk maken (Donabedian, 1980). Een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ zou dus over deze drie aspecten van de zorg informatie moeten geven waarbij de eerder door de zorggebruikers en verzekeraars genoemde domeinen in acht worden genomen. Domeinen die iets zeggen over de **structuur** van zorg zijn:

- Toegankelijkheid en bereikbaarheid (gemiddelde wachtduur tot een eerste consult en de openingstijden van een aanbieder)
- Deskundigheid en vakbekwaamheid (het opleidingsniveau van de aanbieder)

Domeinen die iets zeggen over het **proces** van zorg zijn:

- Bejegening (de manier waarop een zorggebruiker bejegend wordt)
- Informatie aan de zorggebruiker (de mate waarin de zorggebruiker geïnformeerd wordt)
- Samenwerking (de mate waarin een zorgaanbieder samenwerkt met de zorggebruiker en andere disciplines)
- Keuzevrijheid (de mate waarin een zorggebruiker zelf kan bepalen hoe zijn behandeling eruit ziet)
- Handelen volgens richtlijnen (de mate waarin een zorgaanbieder volgens een bepaalde richtlijn handelt. Dit geeft o.a. inzicht in de doelmatigheid van het handelen)

Domeinen die iets zeggen over de **uitkomsten** van zorg zijn:

- Zelfstandigheid (de mate waarin een zorggebruiker al dan niet afhankelijk is van anderen)
- Zorguitkomsten (de resultaten die bereikt zijn met de behandeling, waaronder doelmatigheid en effectiviteit)

4.3.3 Informatiedomeinen en etalage-informatie

Bij informatiedomeinen op het gebied van etalage-informatie zal het om eenduidige informatie gaan die op grote schaal beschikbaar is. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) de opdracht gegeven om een website te beheren met etalage-informatie over zorgaanbieders, de KiesBeter website (www.kiesbeter.nl). De website beheert op dit moment al van verschillende branches, waaronder de GGZ, in de zorg etalage-informatie op basis waarvan zorggebruikers keuzes kunnen maken. In deze voorstudie veronderstellen we dat de informatie die de KiesBeter website over instellingen voor Geestelijke Gezondheid en Zorg beschikbaar stelt ook relevant is in het kader van een informatievoorziening voor de

eerstelijns GGZ. Domeinen die specifiek voor de tweedelijns GGZ zijn, zoals informatie over opvang, opname en woonvoorzieningen, zijn achterwege gelaten. Daarentegen zijn wel enkele domeinen die tijdens een pilot onder huisartsen in Zoetermeer op de website zijn gezet in de onderstaande lijst opgenomen. Deze domeinen zijn relevant in het kader zorg in de eerste lijn en hebben betrekking op de bereikbaarheid van hulpverleners die op hetzelfde praktijkadres werkzaam zijn.

Voor deze studie wordt het als eerste relevant geacht om in het kader van etalage-informatie te kunnen beschikken over **contactinformatie**. Het gaat hierbij dan om de naam van de praktijk, het type aanbieder, het adres en het telefoonnummer, de bereikbaarheid, de namen van de hulpverleners die werkzaam zijn op het adres en de namen van het ondersteunend personeel. Daarnaast is ook **informatie over het aanbod** van de zorgaanbieder relevant. Dan gaat het om informatie over de leeftijdsgroepen en doelgroepen waar de praktijk zich op richt, de levensbeschouwingen (indien relevant voor de behandeling), de soorten problemen die de aanbieder behandelt, het soort informatie en advies dat de aanbieder geeft, de therapieën en trainingen waar de aanbieder over beschikt, het aanbod van begeleidende en ondersteunende activiteiten en de medische zorg die wordt aangeboden.

Tenslotte geeft de KiesBeter website nog aan of er bij een zorgaanbieder gekozen kan worden voor de behandeling door een **man of een vrouw** en of er een **taalkeuze** mogelijk is.

5 Bestaande instrumenten die de eerstelijns GGZ transparant (kunnen) maken

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de instrumenten die gebruikt worden om de eerstelijns GGZ transparant te maken. Per instrument wordt aangegeven in hoeverre het informatie levert over de verschillende aanbieders van zorg wat betreft ervaringen zorggebruikers, kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief en etalage-informatie. Deze beschrijving en vergelijking is gebaseerd op de bestudering van de betreffende instrumenten en de overeenkomsten daarvan met de gewenste informatiedomeinen. De eerste paragraaf zal de instrumenten behandelen die informatie geven over de ervaringen van zorggebruikers. Paragraaf twee zal de instrumenten behandelen die inzicht geven in de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief. Paragraaf 3 beschrijft tenslotte de instrumenten waaruit etalage informatie naar voren komt.

5.1 Instrumenten die informatie geven over de ervaringen van zorggebruikers

In de afgelopen jaren zijn er door de verschillende disciplines, die in de eerstelijns GGZ werkzaam zijn, diverse instrumenten ontwikkeld om inzicht te krijgen in hoe zorggebruikers hun diensten hebben ervaren (zie tabel 5.1). Daarnaast wordt er op dit moment door het Trimbos-Instituut een CQ-index⁴ ontwikkeld voor zorggebruikers die gebruik hebben gemaakt van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

Tabel 5.1 Overzicht van instrumenten die informatie geven over de ervaringen van zorggebruikers in de eerstelijns GGZ

Gehele eerstelijns GGZ:	<ul style="list-style-type: none">• CQ-index voor de eerstelijns GGZ
<i>Per discipline:</i>	
- Huisarts	<ul style="list-style-type: none">• CQ-Index Huisartsenzorg (NIVEL)• Onderdeel Patiëntenoordeel van het Visitatie Instrument voor Accreditering (NHG/WOK)
- AMW	<ul style="list-style-type: none">• Sater (Verwey-Jonker Instituut)• OOG (bureau KWIZ)
- Eerstelijns Psycholoog	<ul style="list-style-type: none">• Cliënttevredenheidsinstrument (LVE)
- SPV	<ul style="list-style-type: none">• (geen specifiek op de SPV gericht instrument bekend)

In navolging van de tabel beschrijft deze paragraaf eerst de CQ index “ervaringen met de

⁴ Voor meer informatie over CQ-indexen zie: <http://www.nivel.nl/cqindex> (geraadpleegd op 15-01-2007)

geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn” en vervolgens per aanbieder de in de tabel genoemde instrumenten.

5.1.1 Een instrument dat ervaringen van zorggebruikers in de gehele eerstelijns GGZ inzichtelijk maakt

Zoals eerder vermeld is het Trimbos instituut bezig met de ontwikkeling van de CQ-Index “ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn”.⁵ Tabel 5.2 geeft een overzicht van de domeinen waar de CQ-index “ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn” informatie over geeft.

Tabel 5.2 Overeenkomsten tussen de CQ-index “ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn” en de gewenste informatiedomeinen

<i>Gewenst informatiedomein</i>	
• Bejegening	√
• Informatie aan de zorggebruiker	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√
• Keuzevrijheid	√
• Zelfstandigheid	
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√
• Samenwerking	√
• Zorguitkomsten	√
Status van het instrument:	In ontwikkeling

√: Dit gewenst informatiedomein komt ook terug in de CQ-index voor ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Deze vergelijking is gebaseerd op de versie van de vragenlijst uit mei 2006

Uit de tabel blijkt dat de CQ-index voor de eerstelijns GGZ over vrijwel alle domeinen informatie over ervaringen van zorggebruikers geeft. Zo worden er vragen gesteld over de ervaren omgang met de behandelaar (bejegening), de informatievoorziening, het beslisproces rondom de behandeling (keuzevrijheid), de laagdrempeligheid en de financiële toegankelijkheid, de samenwerking tussen verwijzer en behandelaar, en de ervaren resultaten (zorguitkomsten). Ook wordt er gevraagd of de behandelaar de klachten goed begrijpt en of er een diagnose is gesteld (deskundigheid). De ervaren zelfstandigheid komt slechts summier naar voren uit items die vragen naar de rol van de zorggebruiker bij de totstandkoming van het behandelplan. In de vragenlijst is geen vraag opgenomen over hoe de geografische bereikbaarheid werd ervaren.

⁵ Voor meer informatie over de totstandkoming van een CQ-index zie <http://www.nivel.nl/cqindex> (geraadpleegd op 15-01-2007)

Deze CQ-index is inmiddels onder 260 zorggebruikers in een pilot uitgetest. Tijdens deze pilot is aan de respondenten gevraagd hoe zij bepaalde aspecten van de zorgverlening hebben ervaren en wat voor belang ze aan die aspecten hechten. In februari 2007 heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden waarbij de resultaten van de pilot zijn besproken met verschillende belangstellenden uit het veld.

Tijdens die bijeenkomst werden enkele kanttekeningen bij de vragenlijst besproken. Zo bleek dat er nog geen duidelijke instructies zijn over de verspreiding van de vragenlijst. Tijdens de pilot bepaalde de hulpverlener welke zorggebruikers de vragenlijst kregen. Ook werd duidelijk dat de aanwezigen hun vraagtekens hadden bij bruikbaarheid van deze vragenlijst. Voor de verbetering van de kwaliteit bevatte de vragenlijst volgens de aanwezigen niet alle essentiële vragen en werd ook de inzet van andere instrumenten noodzakelijk geacht. De vragenlijst werd beter geschikt geacht om een beeld te krijgen van de ervaringen van zorggebruikers in de eerstelijns GGZ, waar hij uiteindelijk ook voor ontwikkeld is. Er moet echter nog wel aanvullend onderzoek worden verricht waarbij wordt bekeken welke items overlap vertonen (psychometrische testfase) en of de vragenlijst significante verschillen tussen aanbieders aantoon (discriminerend onderzoek). Pas wanneer de vragenlijst de vastgestelde ontwikkelingsprocedure voor een CQ-index heeft doorlopen is het instrument valide en betrouwbaar.

5.1.2 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de huisartsenzorg inzichtelijk maken

Om ervaringen van zorggebruikers met de huisartsenzorg in kaart te brengen ontwikkelt het NIVEL de CQ-index huisartsenzorg.⁶ De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen. Eén onderdeel bevat vragen over de praktijkvoering (inclusief vragen over de dokterassistente). Een tweede onderdeel bevat vragen over de huisarts zelf. Vervolgens bevat de vragenlijst een onderdeel met vragen die zich richten op de ervaring van zorggebruikers wat betreft zorg die is verleend door een andere hulpverlener dan de huisarts. Dit kan bijvoorbeeld een SPV-er, een POH-er of de doktersassistente zijn. Tenslotte is er nog een onderdeel met algemene vragen. Gezien de zorgvuldigheid waarmee CQ-indexen totstandkomen gaan we er vanuit dat deze CQ-index valide en betrouwbare informatie over ervaringen van zorggebruikers oplevert. Op dit moment vindt er een pilot plaats waarin de CQ-index huisartsenzorg wordt getest.

Het Visitatie Instrument voor Accreditering (VIA), dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gebruikt om huisartsen te accrediteren, bestaat uit drie modules: (1) Praktijkorganisatie, bedrijfsvoering en financiën, (2) Medisch handelen, (3) Patiëntenoordeel (Witmer et al., 2005). De eerste twee modules zullen op een later moment worden behandeld. De uitvoering van de derde module vindt plaats aan de hand van een patiëntenquête, waarin de mening van de patiënt over een aantal aspecten van de huisartsenzorg wordt gevraagd. Rond de 80 praktijken zijn inmiddels door de NHG geaccrediteerd.

⁶ Voor meer informatie over de totstandkoming van een CQ-index zie <http://www.nivel.nl/cqindex> (geraadpleegd op 15-01-2007)

Tabel 5.3 toont de overeenkomsten tussen de CQ-index huisartsenzorg en de patiëntenmodule van het VIA en de gewenste informatiedomeinen.

Tabel 5.3 Overeenkomsten tussen beschikbare informatie in de huisartsenzorg en de gewenste informatiedomeinen

Gewenst informatiedomein	CQ-index Huisartsenzorg	Visitatie Instrument voor Accreditering (module patiëntenoordeel)
• Bejegening	√	√
• Informatie aan de zorggebruiker	√	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√	√
• Keuzevrijheid	√	√
• Zelfstandigheid		
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√	√
• Samenwerking	√	√
• Zorguitkomsten	√	

Status van het instrument: In ontwikkeling sinds 2005 81 praktijken geaccrediteerd

√: Dit gewenst informatiedomein komt terug in het betreffende instrument

Deze vergelijking is gebaseerd op de CQ-index kwaliteit van de huisartsenzorg (november 2006) en de module 'patiëntenoordeel' uit de NHG-praktijkaccreditering 2005.

Allereerst moet worden opgemerkt dat de huisarts, als poortwachter van de zorg, zich met een grote diversiteit aan problemen en klachten bezighoudt. Slechts een deel ervan valt onder de eerstelijns GGZ. Instrumenten die in de huisartsenpraktijk worden ingezet richten zich daarom op de huisartsenzorg in het algemeen, en niet specifiek op de eerstelijns GGZ.

Net als in de CQ-index "ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn" worden er in de CQ-index huisartsenzorg vragen gesteld over de ervaren omgang tijdens de contacten met de praktijk (bejegening), de informatievoorziening, het beslisproces rondom de behandeling (keuzevrijheid), de deskundigheid, de laagdrempeligheid, de samenwerking met andere hulpverleners, en de ervaren resultaten (zorguitkomsten). Ook hier komt de ervaren zelfstandigheid slechts summier naar voren uit items die vragen naar de rol van de zorggebruiker bij de totstandkoming van het behandelplan. In de vragenlijst is geen vraag opgenomen over hoe de geografische bereikbaarheid werd ervaren.

Ook de module "patiëntenoordeel" van het VIA bevat vragen over de ervaren omgang

tijdens de contacten met de praktijk (bejegening), de informatie over de eigen gezondheid en de praktijkorganisatie, het gezamenlijk (huisarts en patiënt) opstellen van een behandelplan (keuzevrijheid), de samenwerking met andere hulpverleners, de vakbekwaamheid, de laagdrempeligheid en de telefonische bereikbaarheid. Net als in de CQ-index huisartsenzorg komt de ervaren zelfstandigheid slechts summier naar voren bij de vraag of de patiënt vindt dat de huisarts het behandelplan in samenspraak met de patiënt heeft opgesteld.

Uit de vragenlijst van het VIA komt niet naar voren hoe de patiënten de zorguitkomsten ervaren en hoe de patiënten de geografische bereikbaarheid ervaren.

In beide instrumenten wordt niet gevraagd naar de ervaren financiële toegankelijkheid bij de huisarts. Een bezoek aan de huisarts wordt voor iedereen vergoed door de basisverzekering en is niet van invloed op de no-claim korting. Hiermee is de financiële toegankelijkheid van de huisarts voor iedereen gegarandeerd.

5.1.3 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de diensten van het AMW inzichtelijk maken

Sater (Self Administered Treatment Evaluation Rating) is door het Verwey-Jonker instituut voor het AMW en de maatschappelijke dienstverlening ontworpen. Dit instrument geeft inzicht in de tevredenheid van de cliënt met de hulpverlening en of de problemen zijn opgelost. Het richt zich daarbij zowel op de materiele als immateriële diensten van maatschappelijk werk. De uitkomsten van Sater worden opgeslagen in een landelijke databank waardoor het mogelijk is de uitkomsten van een instelling of gemeente te vergelijken met het landelijk gemiddelde (benchmarking). Voor de uitvoering van Sater wordt gebruik gemaakt van vier modules: een vragenlijst, analyse, rapportage en een beoordeling van het maatschappelijk belang.

Een tweede instrument dat in het AMW wordt ingezet om inzicht te krijgen in de cliëntwaardering van maatschappelijke dienstverlening is OOG (Onder Ons Gezegd). Dit instrument maakt onderdeel uit van de MaDiMonitor(MO-groep, 2006). Het instrument is door projectbureau Care for C in samenwerking met onderzoeks- en adviesbureau KWIZ ontwikkeld en gebaseerd op de QUOTE-systematiek.⁷ De MO-groep is de opdrachtgever van dit project. OOG bestaat uit een gestructureerde vragenlijst die uit 29 gesloten vragen⁸ bestaat en zich richt op hoe de cliënt de dienstverlening heeft ervaren. De handleiding van het instrument geeft aan dat het zowel voor cliëntwaarderingsonderzoek als voor een benchmark kan worden gebruikt. Naast de standaardvragenlijst is er ook een verkorte vragenlijst beschikbaar. Deze verkorte versie is bedoeld voor cliënten die voor een kortlopend advies contact hebben gehad.

⁷ Voor meer informatie over de QUOTE-systematiek zie <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=2184> (geraadpleegd op 21-12-2006)

⁸ Dit is inclusief een aantal vragen over de achtergrond van de cliënt. Er is voor instellingen plaats om zelf vragen toe te voegen.

Tabel 5.4 geeft aan in hoeverre de gewenste informatiedomeinen terug te vinden zijn in Sater en OOG.

Tabel 5.4 Overeenkomsten tussen instrumenten die informatie geven over cliëntervaringen in het AMW en de gewenste informatiedomeinen

Gewenst informatiedomein	Sater	OOG
• Bejegening	√	√
• Informatie aan de zorggebruiker	√	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√	√
• Keuzevrijheid		√
• Zelfstandigheid	√	
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√	√
• Samenwerking	√	√
• Zorguitkomsten	√	√
Status van het instrument	In 7 organisaties toegepast	Onderdeel van de MaDiMonitor sinds 2006

√ : Dit gewenst informatiedomein komt terug in het betreffende instrument

Deze vergelijking is gebaseerd op de vragenlijst uit de handleiding van OOG (versie maart 2006) en de demo cd-rom van Sater.

De vragenlijst van de Sater demo cd-rom bevat vragen over de ervaren omgang met de hulpverlener (bejegening), informatie die werd gegeven over de instelling en eigen gezondheid, de deskundigheid van de hulpverlener, wachttijden en wachtlijsten (laagdrempeligheid) de telefonische bereikbaarheid, huiswerkopdrachten (zelfstandigheid), de samenwerking tussen hulpverleners en de baat die cliënten hebben ervaren (zorguitkomsten). De vragenlijst van de demo cd-rom bevat geen vragen over de ervaren keuzevrijheid, de financiële toegankelijkheid en geografische bereikbaarheid.

OOG bevat vragen over de ervaren omgang met de hulpverlener (bejegening), kennis van de hulpverlener (deskundigheid), de bereikbaarheid in het algemeen, de wachttijd tussen aanmelding en eerste afspraak (laagdrempeligheid), de persoonlijke inbreng van de cliënt in het proces (keuzevrijheid) en het resultaat van de hulpverlening (zorguitkomsten). OOG bevat geen vragen over de ervaren samenwerking tussen hulpverleners, informatie over de eigen gezondheid of organisatie en over de zelfredzaamheid of zelfstandigheid.

Tot slot moet worden opgemerkt dat Sater een uitgebreidere vragenlijst hanteert dan OOG. Dit heeft tot gevolg dat OOG minder inspanning vergt van respondent en onderzoeker, maar dat Sater een uitgebreider beeld geeft van hoe cliënten de diensten van het AMW hebben ervaren.

5.1.4 Een instrument dat ervaringen van zorggebruikers met de ELP inzichtelijk maakt

Zoals in het jaarbericht van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) over 2005 staat heeft de LVE een instrument ontwikkeld dat de cliënttevredenheid van ELP-cliënten meet (LVE, 2006). De ontwikkelde vragenlijst is onderdeel van het LVE kwaliteitshandboek en wordt in ELP-praktijken ingezet om inzicht te krijgen in de tevredenheid van de zorggebruikers.

De vragenlijst is afgeleid van de GGZ-thermometer (Trimbos instituut), waardoor de meeste vragen qua strekking overeenkomen met de vragen uit de GGZ-thermometer. De vragenlijst bevat een 15-tal vragen met de antwoordcategorieën “ja”, “nee”, “weet niet” en “n.v.t.”. Daarmee is het instrument betrekkelijk eenvoudig te noemen.

Tabel 5.5 geeft een overzicht van de domeinen die terugkomen in de vragenlijst.

Tabel 5.5 Overeenkomsten tussen het LVE-cliënttevredenheidsinstrument en de gewenste informatiedomeinen

Gewenst informatiedomein	LVE-cliënttevredenheidsinstrument
• Bejegening	√
• Informatie aan de zorggebruiker	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√
• Keuzevrijheid	√
• Zelfstandigheid	
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√
• Samenwerking	√
• Zorguitkomsten	√
Status van het instrument:	Onderdeel van het kwaliteitshandboek sinds 2004

√ : Dit gewenst informatiedomein komt ook terug in het LVE-cliënttevredenheidsinstrument

Deze vergelijking is gebaseerd op de vragenlijst uit het LVE-kwaliteitshandboek (versie 2004)

De tabel laat zien dat vrijwel alle gewenste informatiedomeinen (zie tabel 5.5) in het instrument naar voren komen al is dat wel vaak summier. De vragenlijst bevat vragen over de ervaren omgang met de behandelaar (bejegening), de toegestuurde schriftelijke informatie, hoe de deskundigheid van de hulpverlener werd ervaren, de gelegenheid mee te beslissen over de geboden hulp (keuzevrijheid), de zelfredzaamheid (zelfstandigheid), de laagdrempeligheid en financiële toegankelijkheid, de verwijzing (samenwerking) en de resultaten (zorguitkomsten). Er wordt in de vragenlijst niet gevraagd naar de tevredenheid met de informatie over de eigen toestand en de (bijvoorbeeld telefonische) bereikbaarheid van de ELP. Door de eenvoud is de vragenlijst gemakkelijk in te vullen en de data eenvoudig te verwerken. Doordat de meeste domeinen slechts in één vraag terugkomen is de informatie die de vragenlijst oplevert beperkt.

5.1.5 Instrumenten die ervaringen van zorggebruikers met de SPV inzichtelijk maken

Op dit moment zijn er geen instrumenten bekend die zich specifiek richten op het transparant maken van de werkzaamheden van zelfstandig werkende SPV-ers. Wel is er de mogelijkheid voor patiënten om hun ervaringen met de SPV in de huisartsenpraktijk te rapporteren in de CQ-index Huisartsenzorg (zie daarvoor het specifieke deel in de vragenlijst met betrekking tot ‘andere hulpverlener(s) in de huisartsenpraktijk).

5.1.6 Beschouwing instrumenten die informatie leveren over ervaringen van zorggebruikers met de zorg

In het algemeen bestrijken de thans beschikbare instrumenten om patiëntervaringen weer te geven de belangrijk geachte domeinen (met uitzondering van “zelfstandigheid”). Voor alle instrumenten geldt echter dat ze nog niet routinematig volgens een gestandaardiseerde logistiek worden afgenomen.

De in ontwikkeling zijnde CQ-index “ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn” lijkt het meest voor de hand liggende instrument om informatie te krijgen over de ervaringen van zorggebruikers op de gewenste informatiedomeinen. Dit is het enige instrument dat zich specifiek richt op zorggebruikers die gebruik maken van de eerstelijns GGZ. Daarnaast hebben diverse partijen (zoals het ministerie, de inspectie, de patiënten-/consumentenorganisaties en de verzekeraars) de CQ-index als standaardinstrument aangewezen om informatie over ervaringen van zorggebruikers inzichtelijk te maken. En ten slotte garandeert een opname in de CQ -systematiek dat de logistiek rond onafhankelijke afname en verspreiding van resultaten goed geregeld zal zijn in de nabije toekomst.

Aan de andere kant hanteren zorgaanbieders in de praktijk al instrumenten die specifiek voor de gebruikers van de betreffende disciplines zijn bedoeld. Deze instrumenten laten zich onderscheiden in twee groepen: de eenvoudige, korte vragenlijsten (zoals OOG en het instrument dat de LVE hanteert) en de uitgebreidere vragenlijsten (zoals Sater en de CQ-index voor de huisartsenzorg). De eenvoudige, korte vragenlijsten zijn makkelijk in te vullen en geven snel, maar beperkt inzicht in de ervaringen van zorggebruikers. De uitgebreidere vragenlijsten leveren veel informatie over de ervaringen van zorggebruikers, maar vergen ook meer inspanning van zowel respondent als onderzoeker. De verschillende besproken instrumenten verschillen nauwelijks in de “dekkingsgraad” van de relevant geachte domeinen. Over betrouwbaarheid, validiteit en psychometrische eigenschappen van geen der besproken instrumenten is op dit moment iets bekend. Het is mogelijk dat zorgaanbieders die meerdere patiëntengroepen bedienen meer geïnteresseerd zijn in de ervaringen van al hun zorggebruikers dan slechts van een bepaalde groep. Het is daarom aannemelijk dat bijvoorbeeld huisartsen eerder de CQ-index voor de huisartsenzorg zullen hanteren dan de CQ-index die zich richt op de eerstelijns GGZ.

Voor de instrumenten uit de CQ-familie (die zich alle nog in de fase van ontwikkeling

bevinden) zal in de toekomst, bij officiële uitgifte door het Centrum Klant Ervaring Zorg, een garantie bestaan dat ze op een gestandaardiseerde en onafhankelijke wijze zullen worden afgenomen en verspreid.

5.2 Instrumenten die informatie geven over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief

Ook op het gebied van het transparant maken van de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief zijn er in de afgelopen jaren door de verschillende disciplines die in de eerstelijns GGZ werkzaam zijn diverse instrumenten ontwikkeld (zie tabel 5.6). De onderstaande tabel geeft een overzicht van de instrumenten die gevonden zijn.

Tabel 5.6 Overzicht van instrumenten die informatie geven over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief leveren

Gehele eerstelijns GGZ:	<ul style="list-style-type: none"> Voorlopig HKZ-schema voor eerstelijnsamenwerkingsverbanden
Per discipline:	
- Huisarts	<ul style="list-style-type: none"> Benchmark huisartsenzorg IGZ-indicatoren huisartsenzorg Visitatie Instrument voor Accreditering (NHG/WOK)
- AMW	<ul style="list-style-type: none"> MaDiMonitor HKZ-schema Algemeen Maatschappelijk Werk
- Eerstelijns Psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> LVE Codeboek HKZ-schema voor eerstelijnspsychologenpraktijken
- SPV	<ul style="list-style-type: none"> (geen specifiek op de SPV gericht instrument bekend)

Deze paragraaf zal eerst de instrumenten voor de gehele eerstelijns GGZ beschrijven en daarna per aanbieder de instrumenten.

5.2.1 Instrumenten die informatie leveren over de gehele eerstelijns GGZ

In juni 2006 is het Normstelsel Ketenkwaliteit Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden, dat is ontwikkeld door HKZ, voorlopig vastgesteld. Dit normstelsel maakt het mogelijk om de borging van de kwaliteit van zorg te toetsen. Aangezien het normstelsel nu nog een voorlopige status heeft is het nog niet mogelijk hiervoor gecertificeerd te worden. Het is wel de bedoeling dat dit snel mogelijk wordt.

Tabel 5.7 laat zien welke gewenste informatiedomeinen terugkomen in het normstelsel.

Tabel 5.7 Overeenkomsten tussen het HKZ Normstelsel Ketenkwaliteit Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden en de gewenste informatiedomeinen

Gewenst informatiedomein	HKZ
<i>wat betreft de structuur van zorg</i>	
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√
<i>wat betreft het proces van zorg</i>	
• Bejegening	√
• Informatie aan de zorggebruiker	√
• Samenwerking	√
• Keuzevrijheid	√
• Handelen volgens richtlijnen	√
<i>wat betreft de uitkomsten van zorg</i>	
• Zelfstandigheid	√
• Zorguitkomsten	√
Status van het instrument:	Voorlopig vastgesteld
√ : Dit gewenst informatiedomein komt ook terug in het Normstelsel Ketenkwaliteit Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden	

Deze vergelijking is gebaseerd op het HKZ Normstelsel Ketenkwaliteit Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden (versie 2006)

In het normstelsel wordt van de keten geëist dat er tussen de ketenpartners afspraken zijn gemaakt over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de keten, de eisen waaraan beroepsbeoefenaren moeten voldoen (deskundigheid en vakbekwaamheid), de informatie die de zorggebruiker over zijn eigen gezondheid en over de keten krijgt, de samenwerking tussen de ketenpartners, het handelen conform multidisciplinaire werkafspraken (richtlijnen) en de resultaten die met de behandeling worden behaald (zorguitkomsten). Ook bejegening komt in het normstelsel naar voren wanneer er over privacy van de patiënt wordt gesproken en het betrekken van de patiënt bij het behandelplan. Het begrip komt echter niet expliciet in het document voor. Hoofdstuk 2 van het document gaat in op wat de rol van de patiënt is bij de behandeling. Een achterliggende gedachte hierbij is dat samen met de zorggebruiker wordt bekeken in hoeverre hij zorg nodig heeft. Dit sluit aan bij de gedachte van stepped care en daarmee wordt de zelfstandigheid van de zorggebruiker in het normstelsel geborgd.

5.2.2 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van de huisartsenzorg wat betreft eerstelijns GGZ

In de huisartsenzorg worden verschillende activiteiten ondernomen om de zorg die zij leveren transparant te maken. Zo heeft het NIVEL in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) indicatoren opgesteld. Het doel van deze indicatoren is om de IGZ van informatie te voorzien waarmee ze de toezichthoudende taak ten aanzien van huisartsenzorg beter kan uitoefenen. Met behulp van de indicatoren wil de IGZ inzichtelijk maken welke risico's er bestaan voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. In samenwerking met het WOK (Radboud Universiteit Nijmegen) heeft het NHG een systeem voor praktijkaccreditering ontwikkeld. Centraal in de praktijkaccreditatie staat het Visitatie Instrument voor de Accreditering van huisartsenpraktijken (VIA). Dit instrument bestaat uit 3 modules: (1) Praktijkorganisatie, bedrijfsvoering en financiën, (2) Medisch handelen, (3) Patiëntenoordeel. De laatste module werd reeds eerder besproken. De eerste module geeft inzicht in de praktijkvoering van de huisartsenpraktijk. Informatie voor deze module wordt verzameld door middel van een patiëntenenquête en observatie van de auditor(en). De tweede module richt zich op het medisch handelen bij een aantal chronische aandoeningen en het voorschrijfgedrag van de arts wat betreft antibiotica. Specifiek gericht op de behandeling van depressie en angststoornissen heeft de WOK kwaliteits indicatoren ontwikkeld waarmee vastgesteld kan worden of de huisarts conform de richtlijnen handelt. Toepassing van deze indicatoren vooronderstelt echter beschikbaarheid en compleetheid van gegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem. (Smolders e.a. 2006)

Tenslotte voert het NIVEL op dit moment in samenwerking met het Huisartsen District Rotterdam een pilot uit met de Benchmark Huisartsenzorg. Een beperkt aantal huisartsenpraktijken wordt verzocht om in het kader van de Benchmark een vragenlijst in te vullen die zich richt op de tevredenheid van de huisarts over aspecten van zijn werk en een vragenlijst in te vullen die zich richt op aspecten & kenmerken van de praktijk.

Tabel 5.8 laat zien over welke informatiedomeinen de verschillende instrumenten informatie leveren.

Tabel 5.8 Overeenkomsten tussen instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van huisartsenzorg en de gewenste informatiedomeinen

Gewenst informatiedomein	Benchmark Huisartsenzorg	Visitatie Instrument voor Accreditering (modules praktijkorganisatie & medisch handelen)	IGZ-indicatoren Huisartsenzorg
<i>wat betreft de structuur van zorg</i>			
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√	√	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid	√	√	

tabel 5.8 wordt vervolgd

vervolg tabel 5.8

Gewenst informatiedomein			
	Benchmark Huisartsenzorg	Visitatie Instrument voor Accreditering (modules praktijkorganisatie & medisch handelen)	IGZ-indicatoren Huisartsenzorg
<i>wat betreft het proces van zorg</i>			
• Bejegening	√	√	
• Informatie aan de zorggebruiker	√	√	√
• Samenwerking	√	√	√
• Keuzevrijheid		√	
• Handelen volgens richtlijnen		√	√
<i>wat betreft de uitkomsten van zorg</i>			
• Zelfstandigheid			
• Zorguitkomsten			
Is de informatie uit het instrument voor externen openbaar en herleidbaar tot een zorgaanbieder?	nee (pilot)	ja (81x certificaat)	nee (in ontwikkeling)
√ : Dit gewenst informatiedomein komt terug in het betreffende instrument			

De in de tabel genoemde instrumenten richten zich alleen op de huisartsenzorg in het algemeen en niet op de zorg die de huisarts verleent in het kader van de eerstelijns GGZ. De tabel laat zien dat er op een aantal gewenste informatiedomeinen door de verschillende instrumenten informatie wordt geleverd. Er zijn echter ook domeinen waar geen van de instrumenten informatie over levert. Met name over de keuzevrijheid van de patiënt, de zelfstandigheid van de patiënt, de zorguitkomsten wat betreft geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn leveren de betreffende instrumenten geen informatie.

Wat betreft de NHG-praktijkaccreditering concludeert de NHG dat dit instrument goed aansluit bij op dit moment vigerende modellen voor het vastleggen van de kwaliteit van geleverde zorg, zoals het model van Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), de kwaliteitsdimensies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het Britse honoreringsmodel en het balanced scorecards concept (Witmer et al., 2005). Het voordeel van accreditering is dat het op eenvoudige wijze aangeeft dat op de betreffende domeinen de aanbieder voldoet aan de gestelde normen. Het nadeel van accreditering is dat het niet meer informatie geeft dan dat de aanbieder voldoet aan de gestelde norm.

Wat betreft de IGZ-indicatoren in de huisartsenzorg plaatsen van den Berg et al. in hun rapportage kritische kanttekeningen bij het gebruik en de kwaliteit ervan. Zo constateren ze dat er verschillende initiatieven worden uitgevoerd waarbij soortgelijke data van huisartsen wordt gevraagd. Om de inspanningen rondom de gegevensverzameling te reduceren stellen de onderzoekers afstemming van deze projecten voor. Daarnaast blijken de gegevens die uit verschillende Huisartsen Informatie Systemen (HISsen) komen niet altijd onderling vergelijkbaar. Ook dit behoeft afstemming. Om ‘perverse reacties’, dat wil zeggen het manipuleren van gegevens om er een wenselijke score uit te halen, te voorkomen moet er de gelegenheid zijn om uitkomsten van indicatoren toe te lichten. Tenslotte stellen de onderzoekers nog voor om indicatoren voor adequate dossiervorming te ontwikkelen (Berg et al., 2005).

5.2.3 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van dienstverlening door het AMW

Het AMW hanteert de MaDiMonitor als informatiesysteem om de activiteiten van het maatschappelijk werk inzichtelijk te maken. Daarnaast is er ook een HKZ-schema ontwikkeld voor het AMW.

De MaDiMonitor is een informatiesysteem met gecodeerde gegevens die afkomstig zijn van instellingen op het gebied van de maatschappelijke dienstverlening. Dat houdt in dat de MaDiMonitor niet alleen gegevens van het AMW verwerkt, maar bijvoorbeeld ook die van de schuldhulpverlening. Dit instrument bestaat al enige jaren en is oorspronkelijk opgezet als benchmark. De huidige versie van het instrument bevat per cliënt gegevens over de instelling die hij heeft bezocht, het intakegesprek, de problematiek, het ingezette traject, de verwijzing, de evaluatie, het contact met de cliënt, contact met derden. Daarnaast bevat de MaDiMonitor ook informatie over de instelling, zoals de aangeboden werksoorten, het personeel, de bedrijfslasten/-opbrengsten en het financiële resultaat en de uitvoering van het werk (werkgebied, wachtlijst, kwaliteitsbeleid). In 2002 is het huidige HKZ-schema voor organisaties voor Algemeen Maatschappelijk Werk vastgesteld. De ontwikkeling van dit schema had als doel het mogelijk maken van toetsing door neutrale buitenstaanders van de door een AMW-organisatie vastgelegde aanpak en afspraken. Om in aanmerking te kunnen komen voor een HKZ-certificaat is het noodzakelijk dat een zorgaanbieder aantoonbaar kan maken dat hij aan de gestelde normen heeft voldaan en dat de normen effectief operationeel zijn. Het behalen van een HKZ-certificaat laat zien dat de dienstverlening zorgvuldig en professioneel totstandkomt (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 2002).

Tabel 5.9 Overeenkomsten tussen instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van het AMW en de gewenste informatiedomeinen

Kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief:

Gewenst informatiedomein

<i>wat betreft de structuur van zorg</i>	MaDiMonitor	HKZ-Schema
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid		√
<i>wat betreft het proces van zorg</i>		
• Bejegening		√
• Informatie aan de zorggebruiker		√
• Samenwerking	√	√
• Keuzevrijheid		√
• Handelen volgens richtlijnen		√
<i>wat betreft de uitkomsten van zorg</i>		
• Zelfstandigheid		
• Zorguitkomsten		√
Is de informatie uit het instrument voor externen openbaar en herleidbaar tot een zorgaanbieder?	nee	ja (22x certificaat)

√ : Dit gewenst informatiedomein komt terug in het betreffende instrument

De tabel laat zien dat ook bij het AMW lang niet over alle gewenste informatiedomeinen informatie beschikbaar is. Het HKZ-schema dekt een groot deel van de domeinen, maar dat geeft slechts aan dat op die punten de kwaliteit geborgd is. Zoals eerder opgemerkt geeft het hebben van een certificaat geen informatie over hoe een aanbieder zijn zorg heeft geregeld.

Alhoewel de MaDiMonitor per cliënt een verzameling gecodeerde gegevens bevat, zien we dat dit instrument slechts op enkele, voor deze studie relevant geachte, domeinen informatie levert. De MaDiMonitor bevat met name achtergrondgegevens van de cliënt, de problematiek, de soorten contact die er met de cliënt zijn geweest, wanneer die hebben plaatsgevonden en met welke andere hulpverleners de cliënt in contact is geweest. Daarmee kan de monitor enigszins inzicht geven in de toegankelijkheid en bereikbaarheid van het AMW en de samenwerking van het AMW met externen. Voor het overige geeft de monitor geen inzicht in hoe het proces is verlopen.

5.2.4 Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg verleend door de ELP

ELP's die zich aanmelden bij de LVE moeten voldoen aan de door de LVE opgestelde kwaliteitsafspraken. Een van die afspraken is dat ELP's gegevens op uniforme wijze

registreren in een codeboek en dat deze gegevens jaarlijks beschikbaar worden gesteld aan de LVE. Deze database van geanonimiseerde gegevens geeft de LVE informatie over het functioneren van de eerstelijns psychologische zorg.⁹

In 2004 is het HKZ-schema¹⁰ voor eerstelijnspsychologenpraktijken vastgesteld. Op dit moment is er één ELP-praktijk die over een HKZ-certificaat beschikt. De LVE verwacht dat halverwege 2007 vier tot vijf praktijken gecertificeerd zullen zijn. De ontwikkeling van dit schema had als doel om het professioneel handelen van de ELP in een basisnorm vast te leggen die wordt getoetst aan en geharmoniseerd is met de normen van andere maatschappelijke organisaties. Om in aanmerking te kunnen komen voor een HKZ-certificaat is het noodzakelijk dat een zorgaanbieder aantoonbaar kan maken dat hij aan de gestelde normen heeft voldaan en dat de normen effectief operationeel zijn. Het behalen van een HKZ-certificaat geeft aan dat een ELP zichzelf hoge eisen oplegt waardoor hij zoveel als mogelijk is kan garanderen dat de zorggebruiker de best mogelijke hulp- en dienstverlening ontvangt (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 2004).

Tabel 5.10 laat zien in hoeverre de gewenste informatiedomeinen zijn terug te vinden in de registratie volgens het LVE-codeboek en in het HKZ-schema voor eerstelijnspsychologen-praktijken.

Tabel 5.10 Overeenkomsten tussen instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg en de gewenste informatiedomeinen bij ELP's

<i>Gewenst informatiedomein</i>	LVE-Codeboek	HKZ-Schema	LVE-ledenadministratie
<i>wat betreft de structuur van zorg</i>			
• Toegankelijkheid en bereikbaarheid	√	√	√
• Deskundigheid en vakbekwaamheid		√	√
<i>wat betreft het proces van zorg</i>			
• Bejegening		√	
• Informatie aan de zorggebruiker		√	
• Samenwerking	√	√	
• Keuzevrijheid		√	
• Handelen volgens richtlijnen		√	
<i>wat betreft de uitkomsten van zorg</i>			
• Zelfstandigheid			
• Zorguitkomsten	d.m.v. Gaf-score	√	

tabel 5.10 wordt vervolgd

⁹ Op basis van het codeboek zet het NIVEL momenteel het Landelijk Informatienetwerk Eerstelijns Psychologen op.

¹⁰ Meer info over HKZ-schema's: www.hkz.nl (geraadpleegd op 10-01-2007).

Vervolg tabel 5.10

Gewenst informatiedomein

wat betreft de structuur van zorg

LVE-Codeboek

HKZ-Schema

LVE-
ledenadministratie

Is de informatie uit het instrument voor externen openbaar en herleidbaar tot een zorgaanbieder?

nee

ja (1x certificaat)

ja (website)

√ : Dit gewenst informatiedomein komt terug in het betreffende instrument

De tabel laat zien dat de betreffende instrumenten lang niet over alle gewenste informatiedomeinen informatie leveren. Het HKZ-schema dekt een groot deel van de domeinen, maar dat geeft slechts aan dat op die punten de kwaliteit geborgd is, niet meer en niet minder. Een HKZ-schema geeft geen informatie over hoe een aanbieder zijn zorg heeft geregeld. Daarnaast zijn tot nu toe slechts een beperkt aantal praktijken HKZ-gecertificeerd.

De registratie volgens het LVE codeboek levert slechts voor een deel informatie op de gewenste domeinen. Daarnaast wordt, ondanks dat het registreren volgens het codeboek een kwaliteitsafspraken binnen de LVE is, het codeboek nog niet door alle ELP's gebruikt. Dat ELP's die het codeboek gebruiken op een eenduidige manier over hun werkzaamheden registreren leidt er wel toe dat ze onderling vergelijkbare informatie kunnen opleveren. De informatie die volgens het codeboek wordt geregistreerd is echter niet openbaar. Wel wordt op basis van het codeboek geaggregeerde informatie in het LVE jaarbericht weergegeven.

5.2.5 *Instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg verleend door de SPV*

Op dit moment zijn er geen instrumenten bekend die zich specifiek richten op het transparant maken van de werkzaamheden van zelfstandig werkende SPV-ers.

5.2.6 *Beschouwing instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief*

Het belangrijkste kenmerk van de diverse instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief is dat de besproken initiatieven ofwel niet voor externen toegankelijke informatie bevat, ofwel zich nog in de implementatiefase bevindt. Op dit moment is er dus slechts mondjesmaat informatie voor handen over de borging van kwaliteit vanuit professioneel perspectief. Voorts kenmerken de meeste certificatieschema's zich door een nadruk op procedures en veel minder op feitelijke gegevens. Mede hierdoor is er nog weinig systematisch zicht op zorguitkomsten bij verschillende zorgaanbieders. Ook over het feitelijk zorgaanbod zijn maar fragmentarische gegevens voorhanden.

Meer in detail kan het volgende opgemerkt worden. Uit het voorgaande blijkt dat er voor de huisartsenzorg een accreditatiesysteem bestaat en voor het AMW en de ELP certificatieschema's beschikbaar zijn. Daarnaast is er een voorlopig Normstelsel Ketenkwaliteit voor Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden. De gewenste informatiedomeinen komen grotendeels terug in de normen van de HKZ schema's voor het AMW en de ELP. Het domein zelfstandigheid van de zorggebruiker komt echter niet in de schema's naar voren. In het voorlopig vastgestelde HKZ Normstelsel Ketenkwaliteit Multidisciplinaire Eerstelijnsamenwerkingsverbanden is een hoofdstuk gewijd aan de (actieve) rol van de individuele zorggebruiker bij het behandelplan. Hiermee lijkt het domein zelfstandigheid van de zorggebruiker terug te komen in het Normstelsel Ketenkwaliteit.

De gewenste informatiedomeinen komen ook grotendeels terug in het NHG accreditatiesysteem voor huisartsen. Zorguitkomsten maken weliswaar ook deel uit van het accreditatiesysteem, maar deze zijn niet relevant voor de eerstelijns GGZ. In dit instrument maakt het gewenste informatiedomein zelfstandigheid van de zorggebruiker geen deel uit van de toetsing. Wanneer een zorgaanbieder ofwel geaccrediteerd is, ofwel gecertificeerd is wil dat zeggen dat die zorgaanbieder zijn zaakjes op orde heeft.

De overige gevonden instrumenten geven vaak maar over een paar domeinen informatie. Om het proces van zorgverlening transparant te krijgen worden er diverse onderzoeken uitgevoerd waarbij indicatoren worden ontwikkeld. Het blijkt een lastige klus te zijn om die indicatoren vast te stellen die ook daadwerkelijk iets zeggen over de verschillende aspecten van het zorgproces en tegelijkertijd recht doen aan de inspanningen die zorgaanbieders leveren.

Uit deze voorstudie blijkt dat er uit de verschillende instrumenten, die zich niet richten op certificering/accreditering, over het algemeen slechts informatie over de toegankelijkheid en de samenwerking is te halen. Over de samenwerking is dan slechts bekend hoe de verwijzing van de ene naar de andere aanbieder is verlopen.

De voorgaande paragrafen laten ook zien dat er op sommige gebieden overlap is tussen instrumenten die in eenzelfde discipline, in deze studie de huisarts, worden ingezet. De verschillende instrumenten meten (ongeveer) hetzelfde aspect. Van den Berg et al. wezen er al op dat het van belang is om projecten en instrumenten op elkaar af te stemmen. Dit ter voorkoming van onnodige bureaucratische werklust voor zorgaanbieders.

Naast het ontwikkelen van indicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van hun handelen van professionals zullen er voor de vergelijking van professionals ook afspraken moeten worden gemaakt over de coördinatie en afstemming van de registratie en verzameling van gegevens.

5.3 Etalage-informatie

Op verschillende websites wordt etalage informatie geleverd over aanbieders van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Deze paragraaf bespreekt per discipline welke etalage-informatie op de verschillende websites beschikbaar is.

5.3.1 Etalage-informatie over de huisarts

Voor etalage-informatie over huisartsen zijn op dit moment drie websites beschikbaar. Tabel 5.11 laat zien welke informatie op de websites is terug te vinden.

Tabel 5.11 Overeenkomsten tussen websites met etalage-informatie over huisartsen en de gewenste informatiedomeinen

Etalage-informatie	www.kiesbeter.nl	www.independer.nl	www.huisartsen.nl
• Naam van de praktijk	√	√	√
• Type aanbieder	√	√	√
• Contact gegevens	√	√	√
• Bereikbaarheid	√	√	√
• Andere hulpverleners op het adres	√	√	
• Ondersteunend personeel	√	√	
• Leeftijdsgroepen en doelgroepen			
• Levensbeschouwing			
• Soorten problemen			
• Informatie en advies	√	√	
• Therapie/training			
• Begeleiding en ondersteuning			
• (Medische) zorg	√	√	
• Keuze tussen man/vrouw	√	√	
• Taalkeuze			
Dekking	vanaf medio 2007 landelijk	Landelijk	ruim 2000 huisartsen

Zowel op www.kiesbeter.nl als www.independer.nl is veel verschillende informatie over huisartsen beschikbaar. Op www.huisartsen.nl is basisinformatie over ongeveer 2000 huisartsen terug te vinden. Volgens www.independer.nl kunnen zij over alle in Nederland werkzame huisartsen etalage-informatie leveren. Op www.kiesbeter.nl staan tot nu toe slechts de huisartsen die hebben deelgenomen aan een pilot in Zoetermeer. Het is de bedoeling dat KiesBeter vanaf medio 2007 etalage-informatie over alle huisartsen kan geven. Naast de contactgegevens, die op alle drie de websites beschikbaar zijn, geven www.kiesbeter.nl en www.independer.nl ook informatie over andere hulpverleners op het praktijkadres en over de ondersteuning. Daarnaast geven de websites aan over welke onderwerpen er schriftelijke informatie is en of er speciale spreekuren zijn (informatie en advies). Tenslotte vermeldt www.kiesbeter.nl nog of een huisarts (medische) zorg

verricht die niet elke huisarts normaal gesproken aanbiedt, zoals het houden van een apotheek of het aanbieden van homeopathie.

5.3.2 *Etalage-informatie over het AMW*

Voor etalage-informatie over het AMW zijn op dit moment twee websites beschikbaar. Tabel 5.12 laat zien welke informatie op de websites is terug te vinden.

Tabel 5.12 websites met etalage-informatie over het AMW

Etalage-informatie	www.mogroep.nl	www.amw-vangnet.nl
• Naam van de praktijk	√	√
• Type aanbieder	√	√
• Contact gegevens	√	√
• Bereikbaarheid		
• Andere hulpverleners op het adres		
• Ondersteunend personeel		
• Leeftijdsgroepen en doelgroepen		
• Levensbeschouwing		
• Soorten problemen		
• Informatie en advies		
• Therapie/training		
• Begeleiding en ondersteuning		
• (Medische) zorg		
• Keuze tussen man/vrouw		
• Taalkeuze		
Dekking	De leden van de MO-groep	Alle organisaties die zich bij de MO-groep als AMW-instelling hebben aangemeld

Beide websites beschikken slechts over basisinformatie over aanbieders van AMW. Op www.mogroep.nl staan de webadressen van instellingen vermeld met daarbij de branche waartoe ze behoren. Op www.amw-vangnet.nl staan de adressen van AMW-instellingen vermeld.

5.3.3 *Etalage-informatie over de ELP*

Voor etalage-informatie over de ELP zijn op dit moment twee websites beschikbaar. Tabel 5.13 laat zien welke informatie op de websites is terug te vinden.

Tabel 5.13 websites met etalage-informatie over de ELP

Etalage-informatie	www.lve.nl	www.kiesbeter.nl
• Naam van de praktijk	√	√
• Type aanbieder	√	√
• Contact gegevens	√	√
• Bereikbaarheid		
• Andere hulpverleners op het adres		
• Ondersteunend personeel		
• Leeftijdsgroepen en doelgroepen		
• Levensbeschouwing		
• Soorten problemen		
• Informatie en advies		
• Therapie/training		
• Begeleiding en ondersteuning		
• (Medische) zorg		
• Keuze tussen man/vrouw	√	√
• Taalkeuze		
Dekking	Leden van de LVE	Leden van de LVE

Zowel www.lve.nl als www.kiesbeter.nl leveren etalage-informatie over de ELP. Deze informatie is afkomstig uit het ledenbestand van de LVE en komt om die reden overeen met elkaar. De websites beschikken over basisinformatie, die betrekking heeft op de LVE-leden.

5.3.4 *Etalage-informatie over de SPV*

Omdat de SPV doorgaans in een huisartsenpraktijk werkzaam is is er geen aparte website met etalage-informatie over de SPV. Wel kan via de websites www.kiesbeter.nl en www.independer.nl informatie over de huisartsenpraktijk waar de SPV werkzaam is ingewonnen worden.

5.3.5 *Beschouwing websites met etalage-informatie*

De contactgegevens van zorgaanbieders in de eerstelijns GGZ zijn op verschillende websites aanwezig. Slechts één van deze websites, www.independ.nl, claimt dat het overzicht compleet is, dat wil zeggen informatie over alle huisartsen in Nederland bevat. Over het aanbod van zorgaanbieders op onderwerpen als problemen die de aanbieder behandelt, de mogelijke therapieën, de taalkeuze en de levensbeschouwing vermelden de websites niets.

6 Nabeschuwing: en hoe nu verder?

In deze voorstudie is een eerste aanzet gedaan om inzichtelijk te maken op welke domeinen een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ, die bedoeld is voor patiënten en verzekeraars, zich zou moeten richten en of er op die domeinen door de zorgaanbieders al informatie wordt geleverd. Hierbij moet worden opgemerkt dat de resultaten en bevindingen bezien moeten worden in het beperkende en verkennende karakter van deze voorstudie. In het kader van deze voorstudie was het lastig om te bepalen of een informatiedomein voldoende uit de beschreven instrumenten naar voren komt. Dat er op een gewenst informatiedomein items in een instrument voorkomen wil dus niet automatisch zeggen dat het instrument op dat terrein voldoende doorontwikkeld is. Dat er op een gewenst informatiedomein geen items in een instrument werden gevonden wil wel zeggen dat daar op dit moment helemaal geen informatie over is. Bij het opzetten van een informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ moet hier dus rekening mee worden gehouden.

Het uitgangspunt van deze voorstudie is dat een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ zich met name moet richten op het leveren van:

- informatie over ervaringen van zorggebruikers met de zorg;
- informatie over kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief;
- etalage-informatie.

6.1 Informatie over de ervaringen van zorggebruikers met de zorg: coördinatie en afstemming van instrumenten

Met de ontwikkeling van de CQ-index voor ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn ziet het er naar uit dat ervaringen van zorggebruikers met de eerstelijns GGZ op een adequate manier in beeld kunnen worden gebracht. Dat houdt wel in dat een zorgaanbieder met enige regelmaat deze CQ-index onder zijn patiënten moet verspreiden en de teruggekomen antwoorden moet (laten) analyseren. Op dit moment is deze CQ-index echter nog volop in ontwikkeling. Tijdens de bijeenkomst van 1 februari 2007 bleek dat de vragenlijst eerst nog een aantal stappen moet doorlopen voordat hij in gebruik kan worden genomen. Zo moet de vragenlijst eerst nog aan een psychometrische analyse worden blootgesteld en moet er vervolgens het discriminerend vermogen worden onderzocht.

Naast de CQ-index voor de eerstelijns GGZ worden er ook per discipline verschillende instrumenten ingezet om een beeld te krijgen van de ervaringen van zorggebruikers. Doordat de opzet en de uitwerking van gebruikte vragenlijsten sterk verschilt moet men rekening houden met een groot verschil in validiteit en betrouwbaarheid tussen deze instrumenten. Niettemin valt te verwachten dat zorgaanbieders de voorkeur zullen hebben

voor het instrument dat het meest aansluit bij hun eigen belang.

Een goede coördinatie en afstemming van de verschillende instrumenten (zowel inhoudelijk als logistiek) moet bevorderen dat de informatie over ervaringen van zorggebruikers met de verschillende aanbieders onderling vergelijkbaar en volledig is en voldoet aan de wensen van zorggebruikers en verzekeraars. De ontwikkelde systematiek voor de CQ-index en de oprichting van het Centrum Klantervaring zorg dragen hieraan bij.¹¹

Samengevat: Er bestaan instrumenten die betrekking hebben op de klantervaringen m.b.t. (aspecten van) de eerstelijns GGZ. In principe worden alle relevant geachte domeinen door dergelijke instrumenten gedekt. Met betrekking tot validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid zijn deze instrumenten nog niet af. De komst van het Centrum Klantervaring in de Zorg zal een gestandaardiseerde afname en distributie van een aantal van deze instrumenten in de toekomst vergemakkelijken.

6.2 Informatie over kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief: de ontwikkeling van indicatoren

De instrumenten die informatie leveren over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief zijn ofwel niet voor externen toegankelijk, ofwel net geïntroduceerd in het veld, waardoor ze zich nog in de implementatiefase bevinden. Hierdoor is er op dit moment geen systematische informatie beschikbaar die inzicht geeft in de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief van een individuele zorgaanbieder in de eerstelijns GGZ.

De gegevens uit de registratiesystemen die de ELP's en het AMW gebruiken, worden op macro niveau gebruikt om maatschappelijke verantwoording af te leggen. Deze gegevens worden op dit moment niet gebruikt om individuele aanbieders te kunnen vergelijken. In de huisartsenzorg wordt er in de laatste jaren meer naartoe gewerkt om individuele aanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Dit blijkt uit de pilot met de huisartsen benchmark en het ontwikkelen van indicatoren door de IGZ. De uitkomsten van deze projecten zijn echter nog niet openbaar en/of herleidbaar tot een individuele aanbieder. Daarnaast blijkt uit deze studie dat de informatie, die de onderzochte instrumenten leveren, slechts in beperkte mate overeenkomt met de gewenste informatiedomeinen. Met name informatie over de uitkomst van de zorg, die inzicht biedt in de kosten effectiviteit van de geleverde zorg, ontbreekt. Als de registraties al een aansluiting hebben bij de gewenste informatiedomeinen dan geven ze vaak algemene informatie en geen informatie die specifiek voor de eerstelijns GGZ relevant is. Op dit moment is er dus geen prestatie-informatie beschikbaar over het proces en de uitkomsten van de zorg die door een aanbieder in de eerstelijns GGZ wordt verleend.

Van de huisarts, de ELP en het AMW is wel bekend of sommigen van hen hun zaakjes op orde hebben. In de afgelopen jaren is er namelijk door de NHG een begin gemaakt met het accrediteren van huisartsen(81) en door HKZ met het certificeren van ELP's(1) en het AMW(22). Op dit moment kunnen slechts enkele zorgaanbieders dus aantonen dat er maatregelen zijn getroffen om de kwaliteit op de gewenste informatiedomeinen te kunnen

¹¹ Zie voor meer informatie: <http://www.zonmw.nl/centrumklantervaringzorg> (geraadpleegd op 15-02-2007).

waarborgen. Uit de HKZ-schema's komt echter niet naar voren dat er maatregelen zijn genomen om de zelfstandigheid van de zorggebruiker te waarborgen. Het VIA richt zich op de huisartsenzorg in het algemeen en mist daardoor de borging van de zelfstandigheid van de patiënt en de zorguitkomsten.

Voor een informatievoorziening in de eerstelijns GGZ is het nodig om naast informatie over de borging van kwaliteit van de zorgaanbieders ook informatie te kunnen leveren over de prestaties die zorgaanbieders leveren, ofwel de zorguitkomsten. Het ontwikkelen en vaststellen van indicatoren die iets zeggen over de zorg die een aanbieder levert blijkt echter een lastige taak. Daarom zullen de verschillende disciplines aangemoedigd en ondersteund moeten worden in de ontwikkeling van indicatoren.

Een minstens zo belangrijk punt van aandacht betreft de vraag hoe deze informatie uiteindelijk systematisch en betrouwbaar verzameld zal gaan worden. Er zal nog een hele slag moeten worden gemaakt voordat op landelijk niveau de kwaliteit van het professioneel handelen in zijn algemeenheid vergeleken kan worden en al helemaal specifiek op het gebied van de eerstelijns GGZ. Het Elektronisch Patiënten Dossier zal hierbij mogelijk een belangrijke rol kunnen spelen. Op dit moment bestaan er al registraties die gebruik maken van geanonimiseerde gegevens uit de computersystemen van de huisartsenpraktijk (LINH) en de psychologenpraktijk (LINEP). Omdat er verschillende software pakketten in de praktijken worden gebruikt is het wel belangrijk om erop te letten dat de gegevens die de computersystemen opleveren eenduidig zijn, zodat onderlinge vergelijking mogelijk is.

Samenvattend: Waar het gaat over de kwaliteit van zorg vanuit professioneel perspectief worden uitkomstmaten als meest relevant beschouwd, zeker waar het de verzekeraar betreft. Dergelijke prestatie indicatoren zijn met betrekking tot het handelen van de huisarts in beginsel ontwikkeld, maar kunnen nog niet toegepast worden, zolang de informatie uit de elektronische dossiers niet op gestandaardiseerde wijze beschikbaar zijn voor de buitenwereld. Daar waar de kwaliteit van zorg vanuit het professioneel perspectief hoofdzakelijk uit patiënten informatie wordt afgeleid (dit geldt met name het zorgproces) kunnen we verwijzen naar de conclusie onder 6.1

6.3 Etalage-informatie: één centrale website

Belangrijkste domein voor de etalage-informatie is het aanbod dat geboden wordt. Voor huisartsen begint dit enige vorm aan te nemen, voor andere eerstelijns beroepsgroepen als AMW en ELP beperkt zich dit voornamelijk tot adresgegevens. Het betreft dan voornamelijk contactinformatie.

Het verdient aanbeveling dat er systematisch onder de eerstelijns disciplines geïnventariseerd wordt wat hun aanbod in detail inhoudt. Voor de huisarts houdt dat in dat er informatie op zou moeten staan over onderwerpen als de disciplines die binnen de praktijk beschikbaar zijn, eventuele specifieke deskundigheden (verloskunde, wrattenspreekuur, counseling), eventuele specifieke doelgroepen en mogelijke therapieën die binnen de praktijk mogelijk zijn, de taalkeuze en de levensbeschouwing. Voor de ELP en het AMW houdt dat in dat er naast de voornoemde onderwerpen ook informatie moet

komen over de bereikbaarheid van de praktijkruimte en over andere hulpverleners en ondersteunend personeel in de praktijk.

Samenvattend: op dit moment is de geboden etalage informatie nog summier. Met name via het initiatief Kies Beter zijn de nodige ontwikkelingen in gang gezet om de aanbodinformatie te inventariseren en op de site te plaatsen. Dergelijke initiatieven zouden vanuit de onderscheiden beroepsgroepen gefaciliteerd moeten worden zodat iedere beroepsbeoefenaar de gelegenheid wordt geboden zich zo volledig mogelijk te etaleren.

6.4 Tot slot

Om keuzes in de zorg te kunnen maken is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de kwaliteit van de zorg die de verschillende aanbieders leveren. Zorggebruikers en verzekeraars hebben daarom behoefte aan informatie op verschillende domeinen. Bij het transparant maken van de zorg door middel van deze informatie moet men zich echter wel bewust zijn van een aantal valkuilen. De belangrijkste zijn al even de revue gepasseerd, maar willen we hier toch nog een keer expliciet noemen.

Interpretatie van informatie

‘meten is weten, als je weet wat je meet’. Bij het interpreteren van indicatoren is het erg belangrijk dat duidelijk wordt aangegeven wat de indicator nu precies zegt en wat niet. Ook is het van belang om aan te geven hoe de indicator is gemeten en hoe valide en betrouwbaar de indicator is. Tenslotte zeggen simpele getallen nooit alles en doen alleen de uitkomsten van indicatoren vaak geen recht aan de inspanningen die door het veld worden verricht. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een bepaalde aanbieder op een domein afwijkt van het gemiddelde, maar dat daar een goede reden voor te verzinnen is. Het voorschrijfgedrag van een huisarts kan bijvoorbeeld afwijken van het gemiddelde omdat zijn patiëntenpopulatie een stuk ouder is dan van de gemiddelde praktijk, of omdat zijn praktijk zich in een achterstandswijk bevindt. Als zijn patiëntenpopulatie afwijkt van het gemiddelde dan heeft hij dus een verklaring voor het afwijken van zijn voorschrijfgedrag. Een veld waarin een zorgaanbieder de uitkomst van de indicator voor zijn persoonlijke situatie kan toelichten kan bijdragen aan een juiste interpretatie van de indicator. Indicatoren dienen daarom zorgvuldig wetenschappelijk beproefd te zijn, alvorens ze toegelaten worden tot de praktijk.

Afstemming van registraties en informatievragen

Met name in een veld van verschillende disciplines met uiteenlopende werkzaamheden en een diversiteit aan registraties is afstemming essentieel. Het rapport over de totstandkoming van de basisset met prestatie-indicatoren voor de tweedelijns GGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006) geeft hier een goede oplossing voor. Deze basisset richt zich op een 28-tal hoofdonderwerpen waarop de tweedelijns GGZ informatie moet worden verzameld. De partijen die aan dat project hebben meegewerkt zijn overeengekomen dat de aanbieders de betreffende informatie jaarlijks in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording publiceren. Daarnaast accorderen de

informatievragende partijen (overheid, inspectie, zorggebruikers en verzekeraars) de basisset, waarmee ze bevestigen dat ze geen andere informatie bij de zorgaanbieders zullen opvragen. Hiermee wordt de administratieve last van de zorgaanbieders zoveel mogelijk beperkt.

Regie is belangrijk, maar laat het betere niet de vijand van het goede worden

In het hier voorgaande is regelmatig betoogd dat meer inspanningen nodig zijn om op een gestandaardiseerde wijze betrouwbaar informatie te verzamelen over de kwaliteit van zorg die verschillende zorgverleners leveren. Met name op het gebied van de uitkomsten van zorg en de kosteneffectiviteit schort het hier nog aan. Voorkomen dient echter te worden dat de wens om alles in prestatie indicatoren uit te drukken leidt tot een bureaucratie die uiteindelijk het primaire proces in de hulpverlening belemmert en zo het tegendeel van het beoogde resultaat (n.l. kwalitatief betere zorg) oplevert. Ook in dit licht kan gewezen worden op bovengenoemd voorbeeld van de basisset prestatie indicatoren 2^o lijns GGZ, waar informatievragende partijen beloven zich te beperken in de opvraag aan informatie.

Literatuur

- Berg Mvd, Bakker Dd, Roosmalen Mv, Braspenning J. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2005
- Boelema B. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars. *Kwaliteit in Beeld*, 2005; (3) p. 18-19
- Bos MAJM. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de orginkoop 2007. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland / Kenniscentrum DBC, 2006
- Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact*, 1995; 50(9): p.297-299
- Derose SF, Asch SM, Fielding JE, Schuster MA. Developing Quality Indicators for Local Health Departments: Experience in Los Angeles County 16. *Am J Prev Med*, 2003; 24(4): p.347-357
- Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring (1): The Definition of Quality and Approaches to its Assessment 86. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980
- Friele RD, Albada A, Luijs E. Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtsstudie. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006
- Groenewoud AS, Huijsman R. Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Den Haag: Zon Mw, 2003
- Hendriks J, Poll A. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door Agis Zorgverzekeringen. *Kwaliteit in Beeld*, 2005;(4): p.17-19
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: Basisset. Den Haag: IGZ, 2006
- LVE. Jaarbericht 2005. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, 2006
- MO-groep. Handleiding Instrument voor cliëntwaardering Maatschappelijke Dienstverlening. Utrecht: MO-groep, 2006
- Nederland T, Steketee M. De Cliëntenvisite in de GGZ. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2004
- Smit MC, Friele RD. De Agenda van de patiënt. Utrecht: NIVEL, 2005
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Certificatieschema: Organisaties voor Algemeen Maatschappelijk werk. Utrecht: HKZ, 2002

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Certificatieschema:
Eerstelijnspsychologenpraktijken. Utrecht: HKZ, 2004

Witmer H, Bouman M, Braspenning J, Veld Ki', Grol R. NHG-praktijkaccreditering: een nieuwe stap in de
ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijken. Utrecht/Nijmegen: NHG/WOK, 2005