

# **Landelijke meting CQ-index kortdurende ambulante GGZ 2009**

**Schoning van data, schaalanalyses en vergelijking van de instellingen**

NIVEL:

J.C. Booij

N.C. Zwijnenberg

L. Koopman

L.S. van der Hoek

D. de Boer

M. Hendriks

CKZ:

D. Delnoij



ISBN 978-94-6122-030-1

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 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

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Methode</b>	<b>9</b>
2.1 Dataverzameling	9
2.2 Opschoning	10
2.3 Schaalanalyse	11
2.4 Multilevel analyse en case-mix correctie	11
<b>3 Beschrijving van de populatie</b>	<b>13</b>
3.1 Kenmerken van de bevroegde populatie	14
<b>4 Analyse van de data</b>	<b>17</b>
4.1 Schaalanalyses	17
4.2 Verschillen tussen instellingen en case-mix correctie	18
4.3 Ervaringen van respondenten	20
4.4 Case-mix gecorrigeerde scores	21
4.5 Driesterrenindeling	22
<b>5 Discussie</b>	<b>25</b>
5.1 Respons en representativiteit	25
5.2 Opschoning	25
5.3 Schaalanalyse	26
5.4 Ervaringen	27
5.5 Verschillen tussen de instellingen en case-mix correctie	27
5.6 Beperkingen van de studie	28
5.7 Conclusie	28
<b>Literatuur</b>	<b>29</b>
<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1: Vragenlijst CQ-index kortdurende ambulante zorg GGZ	31
Bijlage 2: Gemiddelde scores en vergelijkingsintervallen GGZ instellingen	41
Bijlage 3: Gemiddelde en frequentieverdeling van de individuele vragen uit de vragenlijst	47



# 1 Inleiding

Aan het meten van de kwaliteit van zorg wordt in Nederland steeds meer waarde gehecht. De Nederlandse overheid stimuleert bovendien de vergroting van de transparantie van de zorg met als doel verbeterde zorg door zorginstellingen en meer marktwerking (Ministerie van VWS, 2000). Niet alleen wordt aandacht besteed aan zaken als het aantal complicaties per afdeling van een ziekenhuis, maar ook de ervaringen van de zorggebruiker worden steeds belangrijker geacht. Zo kan de kwaliteit van de zorg verbeterd worden met behulp van informatie die direct afkomstig is van de zorggebruiker zelf. Het huidige rapport richt zich op de ervaringen van zorggebruikers in de geestelijke gezondheidszorg. Het doel van het registreren van de ervaringen van de zorggebruiker is onder andere dat kwaliteitsinformatie voor de consument beschikbaar wordt. Verzamelde informatie kan via het internet worden gepresenteerd, bijvoorbeeld op de website 'kiesBeter.nl'. Zo wordt de informatie voor het brede publiek beschikbaar en kunnen cliënten een weloverwogen keus maken voor een zorgaanbieder. Ook wordt de informatie aan de zorgverzekeraars verstrekt zodat deze hun zorginkoop hierop kunnen baseren. Ten slotte geeft de kwaliteitsinformatie zorginstellingen zicht in verbeterpunten en kunnen de zorginstellingen de informatie gebruiken voor het opstellen van hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) ([www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)).

Verschillende instanties werken samen aan het ontwikkelen van zogenaamde prestatie-indicatoren voor het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg. In samenwerking met patiënten, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en ondersteund door bureau Zichtbare Zorg (ZiZo) wordt vastgesteld welke aspecten voor de verschillende zorgsectoren van belang zijn.

Zowel in het buitenland als in Nederland zijn vragenlijsten ontwikkeld om cliëntervaringen te meten. In Nederland wordt hiervoor de methode van de Consumer Quality Index (CQ-index) gebruikt. Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) waarborgt de kwaliteit van de ontwikkeling en implementatie van de vragenlijsten. Hierbij wordt onder meer aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door gedurende de ontwikkeling van de vragenlijst aan patiënten te vragen wat zij belangrijk vinden en daar vragen over op te nemen in de vragenlijst. Inmiddels zijn voor meerdere medische disciplines CQ-index vragenlijsten ontwikkeld, 17 verschillende vragenlijsten zijn op de website van het CKZ beschikbaar ([www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)).

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van een CQ-index vragenlijst voor de kortdurende ambulante GGZ. Voor de ontwikkeling van deze CQ-index is gebruik gemaakt van de GGZ thermometer die cliëntervaringen in de GGZ meet en sinds 2003 in gebruik was. Ook is gebruik gemaakt van de Basisset Prestatie-Indicatoren voor de GGZ en verslavingszorg die in 2005 is

ontwikkeld, met als belangrijk onderdeel ruimte voor het meten van ervaringen van cliënten (Basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg, 2006). Deze prestatie-indicatoren worden gebruikt voor de ontwikkeling van vragenlijsten die aan de cliënten worden voorgelegd. In 2006 begon het Trimbos-instituut aan de ontwikkeling van een CQ-index voor de GGZ, waarvoor de data verzameling in 2008 plaatsvond. Dit leidde in 2007 en 2008 tot het uitkomen van twee rapporten over de ontwikkeling en het discriminerend vermogen van de CQ-index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg (Van Wijngaarden et al., 2007; Van Wijngaarden et al., 2008a). Zoals in het eerste rapport van de pilot studie is te lezen, is gekozen voor een CQ-index specifiek voor ambulante zorg, mede omdat deze groep de meeste patiënten bevatte en omdat deze groep beter in staat werd geacht om een uitgebreide vragenlijst in te vullen. Ook werd gekozen om de CQ-index in eerste instantie te richten op de kortdurende zorg (<2 jaar in behandeling), omdat deze patiënten beter in staat zijn de vragenlijst zelfstandig in te vullen (Van Wijngaarden et al., 2007; Van Wijngaarden et al., 2008a). Er wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een vragenlijst voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg en voor de klinische gezondheidszorg (Van Wijngaarden et al., 2008b).

De pilot studies van het Trimbos instituut wezen uit dat de vragenlijst geschikt is om door cliënten uit de kortdurende ambulante GGZ te worden ingevuld. Ook bleek er grote onderlinge samenhang te bestaan tussen de factoren uit beide pilot studies en was het onderscheidend vermogen van de vragenlijst goed. Het uitvoeren van een landelijke meting naar de kwaliteit van zorg in de GGZ is van groot maatschappelijk belang. De Stuurgroep Zichtbare Zorg (ZiZo) heeft de CQ-index kortdurende ambulante GGZ als standaard instrument voor GGZ instellingen ingesteld en in 2009 heeft een landelijke meting plaatsgevonden met dit instrument. In 2009 konden GGZ instellingen ook nog gebruik maken van de GGZ thermometer. ZiZo heeft het NIVEL en het CKZ opdracht gegeven voor de analyse van de verzamelde data. Het huidige rapport is een openbare verantwoording van de verwerking van deze gegevens en presenteert de belangrijkste resultaten. Ook is een vergelijking gemaakt met de resultaten van de tweede pilot studie van het Trimbos instituut (van Wijngaarden, 2008a). Resultaten die herleidbaar zijn naar individuele instellingen worden in dit rapport niet getoond, maar zijn voor de individuele instellingen wel beschikbaar.

Landelijke metingen met prestatie-indicatoren hebben doorgaans als doel de prestaties van zorgaanbieders in kaart te brengen evenals verschillen tussen zorgaanbieders. De vraagstellingen van het huidige rapport luiden dan ook als volgt:

- *Hoe presteerden GGZ-instellingen in 2009 op de cliëntgebonden prestatie-indicatoren die met de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ gemeten worden?*
- *Verschilden de ervaringen van cliënten die zorg hebben ontvangen van verschillende GGZ-instellingen?*
- *Wat zijn de verschillen tussen en overeenkomsten met de resultaten van het in 2008 door het Trimbos instituut uitgevoerde onderzoek?*

De resultaten van het uitgevoerde onderzoek zullen verder worden gebruikt voor het maken van spiegelrapportages voor de individuele instellingen, voor rapportages voor de zorgverzekeraars en voor de consument.





## 2 Methode

De landelijke meting is verricht met behulp van de CQ-index vragenlijst kortdurende ambulante GGZ versie 4. De vragenlijsten zijn door verschillende meetbureaus aan cliënten van 17 GGZ instellingen verstuurd. Vervolgens zijn de gegevens aangeleverd bij een centrale database van het CKZ en het NIVEL. Vergelijkende analyses van de data zijn uitgevoerd door het CKZ en het NIVEL (de trusted third party, TTP).

### 2.1 Dataverzameling

Voor het gebruik van de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ gold een aantal regels om opgenomen te kunnen worden in de landelijke database. De meting diende te zijn aangemeld bij het CKZ, de vragenlijst diende integraal te zijn overgenomen, de metingen dienden te zijn uitgevoerd volgens de werkinstructie en de richtlijnen uit het Handboek CQ-index metingen (Sixma et al., 2008b; Sixma et al., 2009) en de meting diende te zijn uitgevoerd door een door het CKZ geaccrediteerd meetbureau ([www.centrumklantervaringzorg.nl/accreditiatie.html](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/accreditiatie.html)). De data analyse werd uitgevoerd door het NIVEL en het CKZ (de TTP).

De CQ-index Kortdurende ambulante GGZ is naar 300 cliënten per GGZ instelling gestuurd. Indien er minder dan 300 cliënten bij een instelling in zorg waren, zijn alle cliënten benaderd. Aangeschreven cliënten dienden ouder dan 18 jaar te zijn, in de ambulante zorg te zijn en in de drie maanden voorafgaand aan het versturen van de vragenlijst minimaal één behandelcontact te hebben gehad. Het huidige behandeltraject diende korter dan twee jaar te zijn en de diagnosefase moest voorbij zijn. Exclusie criteria waren een leeftijd onder de 18 jaar, het laatste behandelcontact langer dan drie maanden geleden en een behandeltraject van langer dan twee jaar. Vervolgens selecteerden de meetbureaus de cliënten door middel van steekproeftrekking.

Voor het verzamelen van de data schrijft het handboek CQ-index metingen (deel 1) (Sixma et al., 2000) voor dat het verzoek tot deelname aan het onderzoek volgens de Dillman-methode moet worden verzonden. Hieronder staat kort beschreven uit welke vier stappen deze methode bestaat.

- Week 0: C4 envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan alle respondenten
- Week 1: A6 bedankkaart aan alle respondenten
- Week 4: C4 envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan non-respondenten
- Week 6: A6 bedankkaart of C5 envelop gevuld met brief aan non-respondenten.

In de huidige studie is afgeweken van de Dillman-methode (Dillman, 1978) op het punt van de laatste herinnering. Deze laatste herinnering werd niet gestuurd naar cliënten omdat deze teveel irritatie bleek op te wekken in verband met de privacygevoeligheid van de gegevens. In week 0 werd de vragenlijst met retourenvelop en begeleidende brief verstuurd naar alle respondenten. In week 1 werd een bedankkaart verstuurd aan alle respondenten en in week 4 werd nogmaals de vragenlijst verstuurd aan de non-respondenten.

De meetbureaus dienden alle vragenlijsten elektronisch of eventueel handmatig in te voeren met uitzondering van vragenlijsten die onbestelbaar bleken, van respondenten die overleden zijn of van respondenten die hebben aangegeven niet mee te willen werken.

## 2.2 Opschoning

De meetbureaus dienden het responsbestand op te schonen volgens de werkinstructies voor de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ (Werkinstructie voor de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ, 2009). Meetbureaus dienden hierbij records te markeren die naar hun mening in aanmerking kwamen voor verwijdering. Records dienden niet te worden verwijderd uit het bestand zodat een controle van de opschoningprocedure door de meetbureaus centraal kon worden uitgevoerd. De volgende stappen werden uitgevoerd door de meetbureaus:

- *Markering van dubbele records*  
Als een persoon tweemaal in het bestand voorkwam, werd de minst ingevulde vragenlijst gemarkeerd. Indien beide vragenlijsten evenveel waren ingevuld, werd de laatst naar de cliënt verstuurde vragenlijst verwijderd.
- *Markeren van respondenten die niet tot de doelgroep behoorden*  
Respondenten die in de afgelopen vier maanden geen behandelcontact hadden gehad, waarbij langer dan twee jaar geleden de meest recente behandeling was gestart, die één of beide bovenstaande vragen niet hadden beantwoord of bij de vraag over hun leeftijd niets hadden ingevuld.
- *Markeren van lege vragenlijsten* (indien minder dan vijf vragen zijn ingevuld).
- *Markeren van respondenten die de vragenlijst niet zelf hebben ingevuld.*
- *Opschonen van screenervragen*  
Screenervragen geven aan of vervolgvragen in de vragenlijst ingevuld dienen te worden. Indien een screenervraag niet is ingevuld of vervolgvragen ontbreken wel zijn ingevuld, dienden de antwoorden op de vervolgvragen in de database te worden omgecodeerd tot missende waarde.
- *Markeren van respondenten die de vragenlijst onvoldoende hebben ingevuld*  
Respondenten worden gemarkeerd als minder dan 23 (50%) van de sleutelvragen zijn ingevuld. Dit zijn vragen 1 t/m 11, 15 t/m 25, 29 t/m 36, 43 t/m 44, 48 t/m 56 en 58 tot en met 61.
- *Markeren van respondenten waarbij één of meer case-mix variabelen niet is ingevuld*  
Het gaat om de vragen over leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid, ook als bij opleiding ‘anders, namelijk’ is aangevinkt.

- *Markeren van instellingen met onvoldoende respondenten*  
Als er minder dan tien respondenten uit één instelling zijn, dienen alle respondenten van deze instelling te worden gemarkeerd om de anonimiteit van de respondenten te kunnen waarborgen.

De meetbureaus leverden de databestanden aan bij het CKZ/NIVEL. Vervolgens voerden we een validatie uit van de aangeleverde data door controle van onder andere de naamgeving en codering van de variabelen. Hierna voerden twee onafhankelijke onderzoekers de opschoning van de data uit en werd gekeken of deze opschoning overeenkwam met de opschoning uitgevoerd door de meetbureaus. Bij gevonden verschillen werd bepaald waar de verschillen door veroorzaakt werden en werd na correctie van de fout de opschoning opnieuw uitgevoerd.

### **2.3 Schaalanalyse**

Betrouwbaarheidsanalyses werden uitgevoerd op de schalen (een combinatie van items die gezamenlijk een betrouwbaar beeld van een onderliggend thema weergeven) die met de CQ-index vragenlijst gemeten werden. Voor elke schaal werd een alfa berekend. De waarde van alfa geeft aan in hoeverre items in een test hetzelfde meten. Een schaal wordt betrouwbaar geacht, wanneer de alfa groter is dan 0,7. Een alfa van tussen de 0,6 en de 0,7 wordt gezien als matig betrouwbaar en een alfa van kleiner dan 0,6 geeft aan dat verschillende items niet hetzelfde meten (Sixma, 2008a). Indien een schaal uit slechts één vraag bestond, kon geen Cronbach's alfa berekend worden omdat deze maat de overeenkomst tussen verschillende vragen berekent. Deze schalen worden op inhoudelijke gronden gekozen.

In de analyses hebben we ons gericht op de schalen die voor de prestatie-indicatoren van het JMV konden worden gebruikt. De resultaten zullen worden gepresenteerd per prestatie-indicator.

### **2.4 Multilevel analyse en case-mix correctie**

In overeenstemming met het handboek CQ-index Ontwikkeling worden vergelijkende analyses uitgevoerd met behulp van multilevel modellen (Sixma et al., 2008a). Ook internationaal is dit een toonaangevende techniek voor het vergelijken van instellingen (Arling et al., 2007; Goldstein en Spiegelhalter, 1996). Hierbij zijn twee niveaus gespecificeerd: de instellingen en het individu.

Daarnaast is er een case-mix correctie uitgevoerd. Het is bekend dat oudere mensen vaak positiever oordelen dan jonge mensen, gezonde mensen positiever zijn dan minder gezonde mensen en lager opgeleide mensen positiever zijn dan hoger opgeleide mensen (Sixma et al., 2008a). Hierdoor zou een instelling met relatief meer oudere deelnemers onterecht een beter oordeel kunnen krijgen. Voor dit effect moet in de analyse gecorrigeerd worden. Dit gebeurt met behulp van zogenaamde case-mix variabelen, variabelen waarvan bekend is dat ze van invloed kunnen zijn op de uitslag van de analyse

en waarvan de verdeling binnen de GGZ instellingen kan verschillen. Om het effect van case-mix variabelen te beoordelen is een multilevel analyse uitgevoerd waarbij voor iedere schaal zowel een ongecorrigeerd als een gecorrigeerd model is geschat. In de huidige studie zijn de volgende case-mix variabelen gebruikt: leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid (Van Wijngaarden et al., 2008a). Voor alle variabelen is in één keer gecorrigeerd.

De multilevel analyses laten per schaal zien in welke mate de verschillende zorgaanbieders van elkaar verschillen. Voor elke schaal werd een Intra Class Correlation (ICC) berekend, die aangeeft hoeveel procent van de variantie binnen een schaal aan de zorginstelling is toe te schrijven. Het verschil tussen de ICC van het ongecorrigeerde het gecorrigeerde model geeft aan wat de invloed is van de case-mix variabelen. Het gecorrigeerde model is gebruikt om de instellingen te vergelijken. Voor de schalen met een continue uitkomst variabele is gebruik gemaakt van lineaire multilevel analyse met de log likelihood methode. Voor de schalen met een dichotome uitkomst variabele (vraag 27: 'Heeft u ingestemd met uw behandelplan?' en vraag 28 'Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?') is logistische multilevel analyse met de Wald statistiek uitgevoerd. Een chi-kwadraat groter dan 3,84 wordt beschouwd als significant. Case-mix correcties zijn uitgevoerd door lineaire en logistische multilevel regressie analyse met behulp van het software pakket MLwiN (versie 2.02). Alle overige bewerkingen zijn uitgevoerd met het software pakket Stata (versie 10).

### 3 Beschrijving van de populatie

In totaal hadden 17 instellingen bijgedragen aan de 2.120 vragenlijsten die wij ontvingen. Er was alleen informatie beschikbaar over de respondenten. We weten dus niet hoeveel mensen niet hebben gereageerd en we weten niets over de mensen die niet hebben gereageerd. Hier komen we bij de kenmerken van de bevraagde populatie en in de discussie op terug. Voor elke vragenlijst is volgens het opschoningschema bepaald of hij verwijderd diende te worden. In tabel 3.1 staat een overzicht van de aantallen vragenlijsten die zijn verwijderd per schoningstap voor alle instellingen gezamenlijk.

Tabel 3.1 Opschoningschema van de bevraagde populatie

	# vragenlijsten verwijderd (%)	# vragenlijsten in bestand
Ruwe aangeleverde data		2.120
Dubbele records	2 (0,09)	
Behoort niet tot de doelgroep	553 (26)	
Lege vragenlijsten	0 (0)	
Niet zelf ingevuld	23 (1)	
Onvoldoende vragen beantwoord	1 (0,05)	
Missende case-mix variabelen	115 (5)	
Instellingen met onvoldoende respondenten	0 (0)	
Bestand na opschoning		1.426

Van de 2.120 teruggestuurde vragenlijsten, waren er twee dubbel. Er waren 553 respondenten die niet tot de doelgroep behoorden. Of mensen buiten de doelgroep vielen, werd bepaald op basis van hun antwoord op drie verschillende vragen, vraag 1 (de afgelopen vier maanden geen behandelcontact), vraag 43 (langer dan twee jaar geleden met de meest recente behandeling gestart) en vraag 55 (jonger dan 18 jaar). Er waren 51 mensen die bij vraag 1 hadden ingevuld dat ze in de laatste vier maanden niet behandeld waren, 253 mensen die niets hadden ingevuld; 178 mensen hadden bij vraag 43 ingevuld dat hun meest recente behandeling langer dan twee jaar geleden was gestart, 49 mensen hadden daar niets ingevuld; en 22 mensen hadden bij vraag 55 niets ingevuld.

Van alle mensen die uit het databestand verwijderd zijn omdat ze niet tot de doelgroep behoorden, viel meer dan de helft (55%) af bij vraag 1. Van de mensen die bij vraag 1 afvielen had ruim 80% de vraag niet ingevuld. Ruim 40% van de mensen die niet tot de doelgroep behoorden, viel vervolgens af bij de vraag over hoe lang geleden hun meest recente behandeling was gestart (vraag 43). Bijna 80% van deze subgroep had bij vraag 43 ingevuld dat hun meest recente behandeling meer dan twee jaar geleden was gestart.

Uiteindelijk bestond 4% van de mensen die niet tot de doelgroep behoorden uit mensen die vraag 55 over hun leeftijd niet hadden ingevuld.

Er waren geen mensen die een lege vragenlijst hadden teruggestuurd. Wel waren er 23 mensen die de vragenlijst niet zelf hadden ingevuld. Eén persoon had onvoldoende sleutelvragen beantwoord en 115 personen hadden niet alle vragen over case-mix variabelen beantwoord.

Zoals in tabel 3.2 te zien is, had gemiddeld 2,4% van de respondenten per instelling bij vraag 1 ingevuld in de laatste vier maanden geen behandelcontact te hebben gehad, maximaal was dit per instelling ruim 7%. Gemiddeld had bijna 12% bij vraag 43 geantwoord dat hun meest recente behandeling langer dan twee jaar geleden gestart was. Binnen deze vraag was een grote variatie aanwezig tussen de instellingen, het maximum was namelijk 42%. Dit impliceert dat de selectiemethode voor de steekproef wat betreft de start van de meest recente behandeling mogelijk niet overal op dezelfde manier is uitgevoerd, wat heeft geleid tot onnodig veel respondenten die verwijderd moesten worden.

Gemiddeld per instelling had bijna 9% van de respondenten geen antwoord ingevuld bij vraag 1, maximaal was dit 16%. Na verwijdering van deze mensen had nog bijna 3% niets ingevuld bij vraag 43, met maximaal 6,62% per instelling. Na verwijdering van ook deze mensen, had 1,62% gemiddeld per instelling vraag 55 niet ingevuld, met maximaal 3.62%.

Tabel 3.2 Verdeling van de respons over de instellingen

vraag	antwoord leidend tot verwijdering (%)				niets ingevuld (%)			
	min	max	gem	sd	min	max	gem	sd
1 (contact laatste 4 mnd)	0,00	7,08	2,37	2,08	0	16,81	8,94	5,83
43 (meest recente contact)	0,63	42,42	11,54	12,45	0	6,62	2,83	2,02
55 (leeftijd)					0	3,62	1,62	1,22

min: minimum, max: maximum, gem: gemiddelde, sd: standaarddeviatie. Percentages geven aan welk deel van de vragenlijsten afviel bij een bepaalde vraag, op het totaal aantal vragenlijsten dat overbleef na verwijdering van vragenlijsten op basis van de vragen in de rij/rijen erboven.

Bij vraag 55 is niets ingevuld in de categorie 'antwoord leidend tot verwijdering' omdat deze optie (leeftijd onder de 18 jaar) niet in de vragenlijst voorkwam.

### 3.1 Kenmerken van de bevraagde populatie

Dit hoofdstuk beschrijft de algemene kenmerken van de respondenten, na opschoning van de data zoals besproken in hoofdstuk 2.2. Na opschoning bevatte het databestand gegevens van 1.426 personen. Tabel 3.3 toont een overzicht van de verdeling van de populatie naar leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid. Deze vijf kenmerken zijn tevens de kenmerken die gebruikt zijn voor de

case-mix correctie. Slechts 6% van de populatie was 65 jaar of ouder. Het grootste deel van de populatie (70%) was tussen de 25 en 54 jaar. 40% van de bevroegde populatie was man, 60% was vrouw. Acht procent van de populatie had maximaal lager onderwijs afgerond, 27% had hbo of universitair onderwijs gevolgd. De algemene gezondheid werd door 66% ervaren als goed of beter dan goed, door 34% als matig of slecht. De psychische gezondheid in deze populatie werd slechter beoordeeld, 46% was goed of beter dan goed, 54% was matig of slecht.

Tabel 3.3 Achtergrondkenmerken van de respondenten (na opschoning van het bestand)

	N	%
<b>Leeftijd:</b>		
18-24 jaar	165	11,6
25-34 jaar	305	21,4
35-44 jaar	325	22,8
45-54 jaar	363	25,5
55-64 jaar	182	12,8
65-74 jaar	63	4,4
75 jaar of ouder	23	1,6
<b>Geslacht:</b>		
man	563	39,5
vrouw	863	60,5
<b>Opleiding:</b>		
geen opleiding	37	2,6
lager onderwijs	79	5,5
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	204	14,3
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	235	16,5
middelbaar beroepsonderwijs	342	24,0
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	141	9,9
hoger beroepsonderwijs	281	19,7
wetenschappelijk onderwijs	107	7,5
<b>Ervaren gezondheid:</b>		
uitstekend	56	3,9
zeer goed	150	10,5
goed	741	52,0
matig	395	27,7
slecht	84	5,9
<b>Ervaren psychische gezondheid:</b>		
uitstekend	25	1,8
zeer goed	92	6,5
goed	537	37,7
matig	619	43,4
slecht	153	10,7

In vergelijking met de resultaten van de tweede pilot studie door het Trimbos instituut (Van Wijngaarden, 2008a) komt de verdeling qua geslacht, leeftijd en opleiding redelijk overeen. In de pilot studie was 65% van de respondenten vrouw. Slechts 1,6% was 65 jaar of ouder, 76% was tussen de 25 en 54 jaar. In totaal had 10% maximaal lager onderwijs gevolgd, 26% had hbo of universitair onderwijs afgerond. Uit de tweede pilot studie van het Trimbos instituut (Van Wijngaarden, 2008a) bleek dat de groep respondenten niet representatief was voor de totale steekproef qua geslacht en leeftijd. De respons was hoger bij ouderen en bij vrouwen. Gezien de overeenkomsten tussen de respondenten van de pilot studie en de respondenten van de huidige studie is het denkbaar dat ouderen en vrouwen ook in de huidige studie oververtegenwoordigd zijn. Vermoedelijk geldt dit in de huidige studie wat minder sterk voor vrouwen (60%), dan in de pilot studie (65%), en wat sterker voor ouderen dan in de pilot studie.



## 4 Analyse van de data

### 4.1 Schaalanalyses

Door de Stuurgroep Zichtbare Zorg (ZiZo) geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn 12 kwaliteitsindicatoren over cliëntgerichtheid opgesteld ([www.zichtbarezorg.nl/page/Geestelijke-gezondheidszorg/Kwaliteitsindicatoren/](http://www.zichtbarezorg.nl/page/Geestelijke-gezondheidszorg/Kwaliteitsindicatoren/)). Van deze indicatoren is beoordeeld welke schalen uit de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ overeenkwamen met de indicatoren. Drie van de indicatoren (de zorginhoudelijke indicatoren) kunnen niet gemeten worden met de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ omdat ze over de klinische zorg gaan, namelijk 2.4 Dwang, 2.6 Ervaren onveiligheid en 3.9 Woon- en leefomstandigheden. De overige negen indicatoren (de cliëntgebonden indicatoren) worden met behulp van een schaal/item uit de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ gemeten (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Uitkomsten schaalanalyses voor alle respondenten

prestatie-indicator	vragen	Cronbach's alfa	Cronbach's alfa Trimbos studie (Van Wijngaarden et al., 2008a)
1.2 Verandering ernst problematiek	33, 34, 35	0,92	0,93
2.2 Informatie over bijwerkingen	12, 13, 14	0,72	0,73
3.3 Informed consent	27		
3.4 Keuzevrijheid	15, 16, 21, 22	0,59	0,62
3.5 Vervulling zorgwensen	32, 48, 49	0,78	0,80
3.6 Evaluatie behandelplan	26, <b>28*</b>	0,55	#
3.7 Continuïteit van zorg	<b>38, 39, 40<sup>§</sup></b> , 37, 41, 42	0,58	0,63
3.10 Bejegening	20, 29, 30, 31	0,81	0,83
3.11 Informatieverstrekking	7, 8, 9, 10	0,74	0,72

\* de prestatie-indicator vormt geen schaal, de dikgedrukte vraag is gekozen om de prestatie-indicator te vertegenwoordigen

§ de prestatie-indicator bestond in het onderzoeksvoorstel uit twee schalen, voor de analyse is alleen de eerste, dikgedrukte schaal gebruikt, zie tekst, de alfa is berekend op vraag 38, 39 en 40

# in de studie van het Trimbos instituut is voor schaal 3.6 vraag 28 als los item geïnccludeerd en is geen betrouwbaarheid berekend

Voor de negen hierboven genoemde prestatie-indicatoren is per indicator bekeken of de vragen in de huidige dataset een betrouwbare schaal vormden door berekening van Cronbach's alfa zoals beschreven in het Handboek CQ-index metingen, deel 2, paragraaf 2.3 (Sixma et al., 2008b). Tabel 4.1 laat de negen prestatie-indicatoren zien, de vragen

waaruit elke prestatie-indicator bestaat en de betrouwbaarheid van de schaal (Cronbach's alfa). De vragen zijn terug te vinden in bijlage 1 'vragenlijst CQ-index kortdurende ambulante zorg GGZ'. Als een prestatie-indicator betrouwbaar bleek te zijn, werd vervolgens een schaalscore berekend. Dit houdt in dat voor elke respondent de gemiddelde waarde over de ingevulde items berekend wordt, mits meer dan 50% van de vragen is ingevuld (Sixma, 2008b).

Een schaal met een alfa groter dan 0,7 wordt beschouwd als betrouwbaar, tussen de 0,6 en de 0,7 is de schaal matig betrouwbaar en onder de 0,6 is hij onbetrouwbaar.

Voor de prestatie-indicator 'Evaluatie behandelplan' (3.6) bleek geen schaal met hetzelfde thema gevormd te zijn. Daarom is in overleg met ZiZo vraag 28 (Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?) gekozen om de prestatie-indicator te vertegenwoordigen. Voor de prestatie-indicator 'Continuïteit van zorg' (3.7) kwamen twee schalen in aanmerking. Voor de analyse is gekozen voor de eerste schaal omdat de vragen uit die schaal inhoudelijk het beste pasten. De schaal bestaat dus uit de vragen 38 (Moet u aan de andere zorgverlener(s) alles opnieuw vertellen over uw klachten), 39 (Zitten uw behandelaar en de andere zorgverlener(s) op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?) en 40 (Geven uw behandelaars u tegenstrijdige informatie?). De in de tabel 4.1 weergegeven alfa is gebaseerd op deze drie vragen.

De interne consistentie van de items in de huidige vragenlijst is vergeleken met de interne consistentie van de items in de vragenlijst uit de pilot studies door het Trimbos instituut (Van Wijngaarden et al., 2008a). Uit de eerste en tweede pilot studie samen kwamen twaalf factoren, vier van deze factoren zijn in de huidige studie niet meegenomen omdat ze betrekking hadden op de klinische zorg. Voor de overgebleven schalen gold dat de bijbehorende alfa in vijf gevallen maximaal 0,03 punt daalde (prestatie-indicator 1.2, 2.2, 3.4, 3.5 en 3.10). Bij één schaal steeg de alfa 0,02 punt (prestatie-indicator 3.11 'Informatieverstrekking'). Bij een schaal (prestatie-indicator 3.7 Continuïteit van zorg) daalde de alfa aanzienlijk, 0,05 punt, waardoor hij van net boven 0,6 in de tweede pilot studie daalden tot net onder de 0,6 in de huidige studie. Prestatie-indicator 3.6 (Evaluatie behandelplan) bestond in de tweede pilot studie uit twee losse items, dus zonder alfa.

Bij vier schalen (3.5, 3.7, 3.10 en 3.11) zijn in de tweede pilot studie van het Trimbos Instituut (Van Wijngaarden et al., 2008a) één of meerdere vragen verwijderd om het totaal aantal vragen in de vragenlijst te beperken. Vragen werden verwijderd als het weglaten ervan niet leidde tot een verlaagde alfa in de bijbehorende schaal.

## 4.2 Verschillen tussen instellingen en case-mix correctie

Tabel 4.2 geeft weer in welke mate ervaringen van cliënten zijn toe te schrijven aan instellingen. Dit wordt weergegeven met behulp van de ICC die staat voor het percentage van de variantie in cliëntervaringen dat is toe te schrijven aan instellingen. Hoe hoger dit percentage, hoe groter de verschillen tussen instellingen. In de tabel zijn ICC's weergegeven die zijn gebaseerd op een ongecorrigeerd model en ICC's die zijn gebaseerd

op een gecorrigeerd model. In het gecorrigeerde model is rekening gehouden met verschillen tussen de cliëntenpopulaties wat betreft leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid. Het effect van deze zogeheten case-mix correctie kan worden beoordeeld aan de hand van het verschil in ICC tussen het ongecorrigeerde en het gecorrigeerde model.

De ICC-waardes van de ongecorrigeerde data variëren van 0% tot 44%. De case-mix gecorrigeerde ICC-waardes variëren van 0% tot 22%. Bij vijf van de prestatie-indicatoren valt de gecorrigeerde ICC lager uit dan de ongecorrigeerde. Dit betekent dat een deel van de gemeten variantie verklaard kan worden door verschillen tussen de populaties per instelling. Bij twee prestatie-indicatoren is de gecorrigeerde ICC hoger; dit betekent dat een deel van de verschillen tussen de instellingen gemaskeerd werd door de samenstelling van de populaties. Bij één prestatie-indicator blijkt de ICC gelijk; hier was geen invloed van de samenstelling van de populatie. Drie prestatie-indicatoren (2.2 ‘Informatie over bijwerkingen’, 3.4 ‘Keuzevrijheid’ en 3.11 ‘Informatieverstrekking’) zijn na correctie nog steeds significant. Er zijn dus significante verschillen tussen instellingen op het gebied van de gegeven informatie over bijwerkingen, in de mate van keuzevrijheid die cliënten ervaren en op het gebied van de informatieverstrekking. Voor vijf prestatie-indicatoren (3.3 ‘Informed consent’, 3.5 ‘Vervulling zorgwensen’, 3.6 ‘Evaluatie behandelplan’, 3.7 ‘Continuïteit van zorg’ en 3.10 ‘Bejegening’) is de variantie op instellingsniveau na correctie niet significant. Dit houdt in dat er op die vlakken geen significante verschillen zijn tussen de instellingen.

Tabel 4.2 ICC-waardes per prestatie-indicator voor de ongecorrigeerde en case-mix gecorrigeerde gegevens

prestatie-indicator	ongecorrigeerde gegevens			gecorrigeerde gegevens <sup>^</sup>		
	ICC (%)	p-waarde	X <sup>2</sup> (1df)	ICC	p-waarde	X <sup>2</sup> (1df)
1.2 Verandering ernst problematiek <sup>s</sup>	44,21	0,00*				
2.2 Informatie over bijwerkingen	3,99	0,05*		5,22	0,02*	
3.3 Informed consent**	4,31		0,33	3,83		0,26
3.4 Keuzevrijheid	18,85	0,00*		22,41	0,00*	
3.5 Vervulling zorgwensen	0,91	0,34		0,00	1,00	
3.6 Evaluatie behandelplan**	0,00		ntb	0,00		ntb
3.7 Continuïteit van zorg	0,36	0,55		0,00	1,00	
3.10 Bejegening	12,50	0,00*		3,29	0,07	
3.11 Informatieverstrekking	29,27	0,00*		16,93	0,00*	

<sup>s</sup> op deze prestatie-indicator is geen case-mix correctie toegepast, zie de tekst

\*\* deze prestatie-indicatoren zijn met logistische regressie geanalyseerd; voor de overige prestatie-indicatoren is de ICC berekend met de log likelihood methode

ntb bij een ICC van 0,00 is de chi-kwadraat waarde niet te bepalen

\* deze ICC-waarde is significant ( $p < 0,05$  of  $X^2 > 3,84$ )

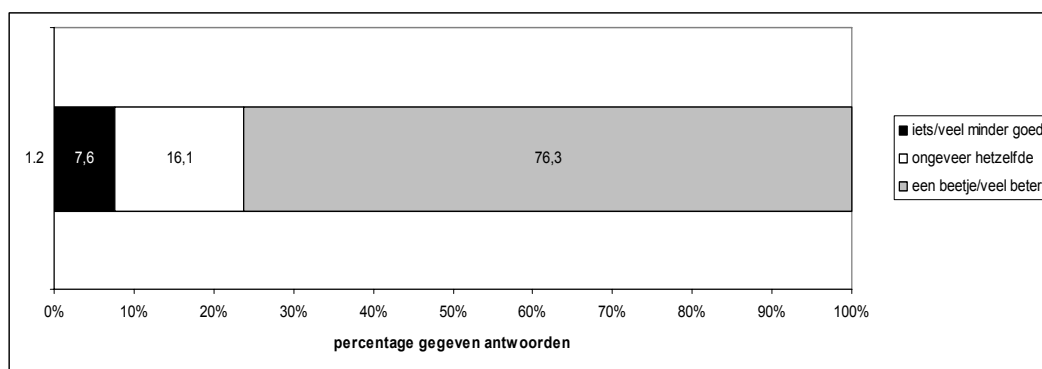
<sup>^</sup> gecorrigeerde gegevens zijn gecorrigeerd voor de case-mix variabelen leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid

Ten slotte is op één prestatie-indicator (1.2 ‘Verandering ernst problematiek’) geen correctie toegepast. De ernst van de problematiek van cliënten bij het begin van de behandeling was niet bekend, terwijl dit voor deze prestatie-indicator een belangrijke factor is waarvoor zou moeten worden gecorrigeerd. Omdat correctie voor de uitgangswaarde niet mogelijk was, is geen case-mix correctie toegepast. Correctie met de overige case-mix variabelen zou een vertekend beeld geven. Zo zou bijvoorbeeld een goede instelling met veel patiënten met ernstige problematiek afgerekend worden op het feit dat ze veel van deze patiënten behandelen en daar vaak minder vooruitgang in te zien is dan bij patiënten met minder ernstige problematiek.

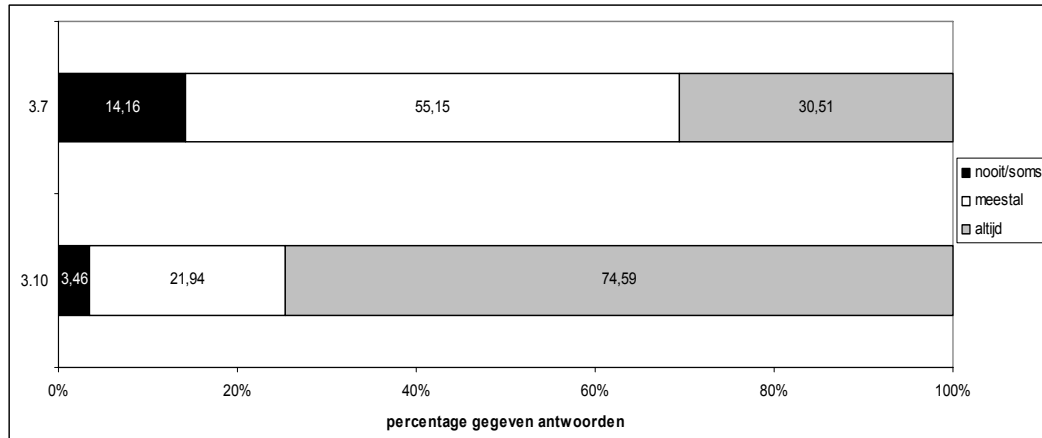
### 4.3 Ervaringen van respondenten

Voor elk van de prestatie-indicatoren geven we in figuren 4.1 tot en met 4.3 weer wat, over de totale bevraagde populatie, de verdeling is van de gegeven antwoorden. Voor prestatie-indicator 1.2 (verandering ernst problematiek) gold dat ruim driekwart van de ondervraagden een beetje tot veel verbetering zag in de ernst van hun problematiek. Driekwart van de ondervraagden gaf aan informatie te hebben gekregen over bijwerkingen van medicijnen (prestatie-indicator 2.2). Bijna iedereen (99%) had ingestemd met het behandelplan (prestatie-indicator 3.3). Slechts 38% gaf aan keuzevrijheid te hebben gehad bij het opstellen van de behandeling (prestatie-indicator 3.4). Daar tegenover staat dat 89% van de ondervraagden het achteraf met de gekozen behandeling eens was (prestatie-indicator 3.5). Ook gaf 93% van de ondervraagden aan inspraak te hebben gehad in eventuele aanpassingen van het behandelplan (prestatie-indicator 3.6). Verder vond 86% van de respondenten dat er meestal of altijd voldoende continuïteit in de zorg was (prestatie-indicator 3.7). De overgrote meerderheid vond de bejegening door de behandelaar meestal tot altijd goed, 75% altijd, 22% meestal (prestatie-indicator 3.10). Tot slot vond 87% van de populatie dat de informatieverstrekking voldoende was (prestatie-indicator 3.11). In bijlage 2 zijn de gemiddelde scores en vergelijkingsintervallen van de individuele GGZ instellingen weergegeven.

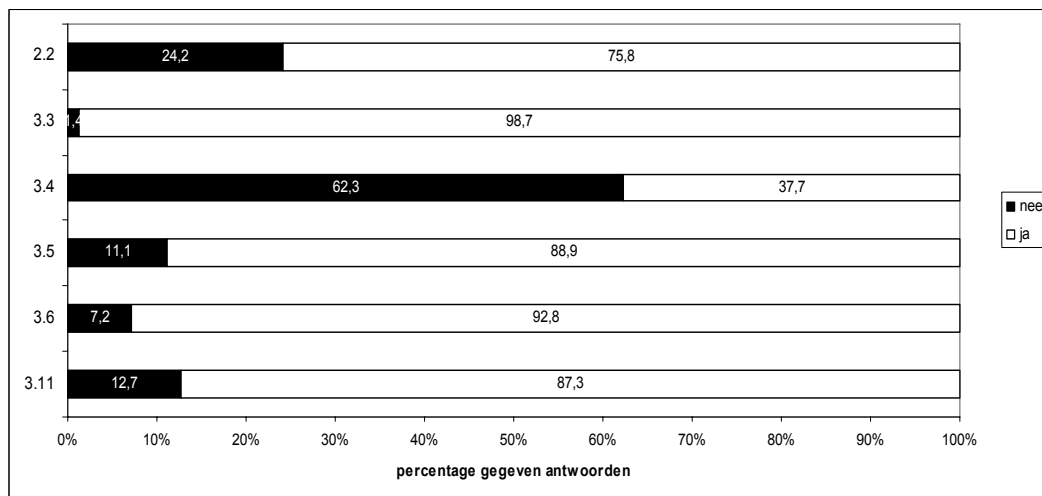
Figuur 4.1 Verdeling van de gegeven antwoorden over de totale bevraagde populatie voor de prestatie-indicator met antwoord mogelijkheden ‘minder goed’, ‘hetzelfde’, ‘beter’ (1.2 ‘Verandering ernst problematiek’)



Figuur 4.2 Verdeling van de gegeven antwoorden over de totale bevroegde populatie voor de prestatie-indicatoren met antwoord mogelijkheden ‘nooit/soms’, ‘meestal’, ‘altijd’ (3.7 ‘Continuïteit van zorg’ en 3.10 ‘Bejegening’)



Figuur 4.3 Verdeling van de gegeven antwoorden over de totale bevroegde populatie voor de prestatie-indicatoren met antwoord mogelijkheden ‘nee’, ‘ja’ (2.2 ‘Informatie over bijwerkingen’, 3.3 ‘Informed consent’, 3.4 ‘Keuzevrijheid’, 3.5 ‘Vervulling zorgwensen’, 3.6 ‘Evaluatie behandelplan’ en 3.11 ‘Informatieverstrekking’)



#### 4.4 Case-mix gecorrigeerde scores

Voor het berekenen van de gemiddelde score per zorginstelling op een prestatie-indicator is gebruik gemaakt van de gecorrigeerde gegevens uit tabel 4.2, behalve voor prestatie-indicator 1.2 (Verandering ernst problematiek) waar het ongecorrigeerde model is gebruikt omdat een gedegen correctie daar niet mogelijk was. Per prestatie-indicator is voor elke zorginstelling een gemiddelde score berekend die kon worden afgezet tegen het

gemiddelde van alle instellingen voor die prestatie-indicator. Tabel 4.3 geeft de gemiddelde scores voor de prestatie-indicatoren weer van alle respondenten. De gemiddelde scores per instelling zijn voor alle prestatie-indicatoren terug te vinden in bijlage 3, met uitzondering van de prestatie-indicatoren waar iedereen gelijk scoorde.

Tabel 4.3 Gemiddelden van de prestatie-indicatoren

prestatie-indicator	bereik van de score	gemiddelde over alle instellingen
1.2 Verandering ernst problematiek	1-5	4,01
2.2 Informatie over bijwerkingen	1-2	1,70
3.3 Informed consent	0%-100%	98,94%
3.4 Keuzevrijheid	1-2	1,45
3.5 Vervulling zorgwensen	1-2	1,88
3.6 Evaluatie behandelplan	0%-100%	90,46%
3.7 Continuïteit van zorg	1-4	3,20
3.10 Bejegening	1-4	3,65
3.11 Informatieverstrekking	1-2	1,82

hoe hoger de score, hoe positiever, 1 en 0% zijn de laagste scores

## 4.5 Driesterrenindeling

Voor de vergelijking van de instellingen is gebruik gemaakt van een indeling in drie groepen. Voor elke prestatie-indicator per instelling is een gemiddelde score en een vergelijkingsinterval berekend. De boven- en ondergrens van het vergelijkingsinterval wordt berekend met de volgende formule 'score +/- 1,39 \* standaard deviatie' (Goldstein en Healy, 1995). Hogere waarden worden geassocieerd met positieve scores. Instellingen waarvan het vergelijkingsinterval onder het gemiddelde van alle instellingen ligt, overlapt met het gemiddelde of boven het gemiddelde ligt, krijgen respectievelijk één, twee of drie sterren. De gemiddelden over alle instellingen zijn terug te vinden in tabel 4.3. In tabel 4.4 staat per prestatie-indicator het aantal instellingen dat één, twee en drie sterren kreeg.

Tabel 4.4 Verdeling van de instellingen in drie groepen voor elke prestatie-indicator (in drie sterren)

prestatie-indicator	1 ster (%)	2 sterren (%)	3 sterren (%)
1.2 Verandering ernst problematiek	4 (23,5)	9 (52,9)	4 (23,5)
2.2 Informatie over bijwerkingen	2 (11,8)	14 (82,4)	1 (5,9)
3.3 Informed consent	0 (0)	17 (100)	0 (0)
3.4 Keuzevrijheid	3 (17,6)	11 (64,7)	3 (17,6)
3.5 Vervulling zorgwensen	0 (0)	17 (100)	0 (0)
3.6 Evaluatie behandelplan	0 (0)	17 (100)	0 (0)
3.7 Continuïteit van zorg	0 (0)	17 (100)	0 (0)
3.10 Bejegening	1 (5,9)	15 (88,2)	1 (5,9)
3.11 Informatieverstrekking	3 (17,6)	12 (70,6)	2 (11,8)

Zowel uit de frequentieverdelingen van de prestatie-indicatoren uit tabel 4.4 als uit de gemiddelde waarden uit tabel 4.5 zijn vergelijkbare conclusies te trekken. Op het vlak van verandering van de ernst van de problematiek (prestatie-indicator 1.2) scoren negen instellingen gemiddeld met twee sterren. Vier instellingen scoren hoog, drie sterren, en vier instellingen scoren laag, één ster. Hierbij dient te worden opgemerkt dat voor deze prestatie-indicator geen correctie op de data kon worden uitgevoerd. Een bias door scheve verdeling van de ondervraagden is hier niet uit te sluiten. Of de laagscorende instellingen op dit gebied echt slechter scoren, is dus niet met zekerheid vast te stellen. De meeste instellingen scoren gemiddeld op het gebied van het verstrekken van informatie over bijwerkingen (2.2). Twee instellingen zouden meer of beter passende informatie kunnen leveren aan cliënten. Wat betreft informed consent (3.3), vervulling van de zorgwensen (3.5), evaluatie van het behandelplan (3.6) en de continuïteit van de zorg (3.7) scoren alle instellingen gemiddeld. Op dit punt kunnen instellingen dus niet van elkaar worden onderscheiden. Met betrekking tot de keuzevrijheid scoren 3 instellingen hoger dan gemiddeld, drie instellingen scoren lager dan gemiddeld. Op het gebied van de bejegening (3.10) scoren de meeste instellingen gemiddeld. Tot slot zijn er drie instellingen die matig scoren op het gebied van informatieverstrekking (3.11), twee instellingen scoren beter dan gemiddeld op dit punt.

Voor alle drie de groepen (met één, twee en drie sterren) is bovendien per prestatie-indicator berekend wat de gemiddelde score was. Dit is weergegeven in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Gemiddelde en standaard deviatie van de instellingen per aantal sterren, per prestatie-indicator

prestatie-indicator	1 ster		2 sterren		3 sterren	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
1.2 Verandering ernst problematiek	3,38	0,04	3,98	0,08	4,24	0,09
2.2 Informatie over bijwerkingen	1,61	0,02	1,70	0,02	1,79	ntb
3.3 Informed consent			98,93	0,17		
3.4 Keuzevrijheid	1,39	0,01	1,43	0,02	1,55	0,04
3.5 Vervulling zorgwensen			1,88	0		
3.6 Evaluatie behandelplan			90,46	0		
3.7 Continuïteit van zorg			3,20	0		
3.10 Bejegening	3,60	ntb	3,65	0,02	3,70	ntb
3.11 Informatieverstrekking	1,78	0	1,82	0,02	1,88	0,01

lege velden in deze tabel geven aan dat er voor die prestatie-indicator geen instellingen waren met het betreffende aantal sterren

ntb: niet te bepalen sd-waarde omdat het gemiddelde gebaseerd was op één meting

Uit tabel 4.5 valt op te maken dat de gemiddelde scores van instellingen met één ster maximaal 0,6 punt onder de gemiddelde scores van instellingen met twee sterren liggen. Het grootste verschil is te zien bij verandering van de ernst van de problematiek (1.2). De instellingen met drie punten scoren gemiddeld maximaal 0,3 punt hoger dan de instellingen met twee sterren en steken dus niet ver boven de gemiddelde instellingen uit.





## 5 Discussie

Deze meetverantwoording beschrijft de resultaten van de landelijke meting met de CQ-index GGZ vragenlijst, de gevolgde procedure, de analyse van de prestatie-indicatoren, de opschoning, de schaalanalyses en de case-mix correcties. Het huidige rapport bevat twee vragen. De eerste was: 'Hoe presteerden GGZ-instellingen in 2009 op de cliëntgebonden prestatie-indicatoren die met de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ gemeten worden?' Over het algemeen scoorden de instellingen redelijk tot goed op de verschillende prestatie-indicatoren. Alleen op gebied van de keuzevrijheid scoorden de instellingen minder goed. De tweede vraag die deze studie probeerde te beantwoorden was: 'Verschilden de ervaringen van cliënten die zorg hebben ontvangen van verschillende GGZ-instellingen?' Op een aantal prestatie-indicatoren was geen verschil te zien tussen de instellingen, maar op het gebied van de verandering van de ernst van de problematiek wel. Hierbij dient te worden opgemerkt dat bij deze prestatie-indicator niet kon worden gecorrigeerd voor case mix variabelen en dat de resultaten na correctie heel anders kunnen uitvallen. Ook wat betreft keuzevrijheid en informatieverstrekking werden, ook na correctie, aanzienlijke verschillen gevonden tussen de instellingen.

### 5.1 Respons en representativiteit

Het werkelijke responspercentage is in deze studie niet bekend omdat gegevens over aantallen verzonden vragenlijsten en onbestelbare vragenlijsten door de instellingen niet zijn aangeleverd. Hierdoor was het ook niet mogelijk om de representativiteit van de respondenten ten opzichte van alle verzonden vragenlijsten te bepalen. De verdeling van de respondenten qua geslacht, leeftijd en opleidingsniveau uit de huidige vragenlijst kwam sterk overeen met de verdeling van de respondenten uit de tweede pilot studie van het Trimbos instituut (Van Wijngaarden, 2008a). Daarom was het wel mogelijk om een vergelijking te maken tussen de uitkomsten van beide studies, zoals hieronder is beschreven.

### 5.2 Opschoning

In deze landelijke meting is gekozen om de meetbureaus de dataschoning niet te laten uitvoeren door ze records te laten verwijderen, maar door ze records te laten markeren. Dit had twee voordelen. Ten eerste kon de analyse en opschoning achteraf nog worden bijgesteld, mocht uit de eerste opschoning blijken dat bepaalde criteria te streng waren. Ten tweede stelde het ons in staat om de schoningsstappen te herhalen en te vergelijken met de resultaten van de meetbureaus. Bovendien is de schoning door twee onafhankelijk van elkaar werkende onderzoekers uitgevoerd. Uit de vergelijking van de schoning tussen

de twee onderzoekers binnen de TTP kwamen geen verschillen. Uit de vergelijking met de opschoning met de meetbureaus kwamen kleine verschillen. Deze bleken gebaseerd te zijn op fouten in de syntax. De aanwezigheid van deze verschillen geeft het belang aan van een duidelijke werkinstructie voor de meetbureaus en een controle van de opschoning.

Van alle ingevulde vragenlijsten viel 33% af. Dit was voor het grootste deel (26%) terug te voeren op de groep mensen die niet tot de doelgroep behoorden. Mensen vielen deels af omdat ze een vraag niet hadden ingevuld, deels omdat ze een antwoord hadden ingevuld dat leidde tot exclusie.

Bij vraag 1 (heeft u in de laatste vier maanden een behandelcontact gehad?) viel 14% van alle respondenten af. De overgrote meerderheid van deze mensen had bij vraag 1 niets ingevuld. Mogelijk staat deze vraag voor veel mensen op een plek die makkelijk te missen is omdat de tekst bij deze vraag in een één-kolom lay-out staat, terwijl alle overige vragen in een twee-kolommen lay-out staat. Door ook vraag 1 op te nemen in de twee-kolommen lay-out zullen mogelijk meer mensen deze vraag invullen.

Vervolgens viel 11% van alle vragenlijsten af bij vraag 43 (wanneer is uw meest recente behandeling gestart?). Meer dan driekwart van deze mensen had ingevuld dat hun meest recente behandeling langer dan twee jaar geleden was gestart. Mogelijk wordt door patiënten een behandeling voor een reeds langer bestaande klacht niet gezien als nieuwe behandeling, terwijl de instelling dit wel classificeert als nieuwe behandeling. Bovendien bleken er aanzienlijke verschillen te bestaan tussen instellingen: per instelling had tussen de 0,6% en 42% van de respondenten aangegeven dat hun meest recente behandeling langer dan twee jaar geleden was gestart. Dit geeft aan dat de selectiecriteria op dit punt mogelijk verschillen tussen instellingen, anders worden toegepast in verschillende instellingen of dat in de registratie van nieuwe behandelingen verschillen zitten. Het is belangrijk om deze verschillen in kaart te brengen zodat de procedure op deze punten verder aangescherpt kan worden.

### 5.3 Schaalanalyse

De betrouwbaarheid van de schalen uit de huidige studie kwam sterk overeen met die uit de tweede pilot studie van het Trimbos instituut (Van Wijngaarden et al., 2008a). In de pilot studie vormden twee prestatie-indicatoren een matig betrouwbare schaal, namelijk prestatie-indicator 3.4 'Keuzevrijheid' en prestatie-indicator 3.7 'Continuïteit van zorg'. Dit werd bevestigd in de huidige studie, waar de alfa voor beide schalen zelfs onder de 0,6 uitkwam. Desondanks zijn deze schalen toch gebruikt. Het is de vraag of voor deze prestatie-indicatoren niet beter een representatieve vraag gekozen had kunnen worden. Bij een vervolg onderzoek met deze CQ-index moet bij deze schaal in ieder geval opnieuw worden bepaald of de vragen samen een betrouwbare schaal vormen.

Mogelijk kan op basis van een onderzoek met meer instellingen dan de 17 uit deze studie worden bepaald of een schaal met een alfa <0,6 in een vervolgonderzoek nog wel een betrouwbare schaal vormt of dat kan worden vastgesteld dat hij een onbetrouwbare schaal

vormt. Daarnaast zal dan opnieuw moeten worden beoordeeld of een onbetrouwbare schaal wel moet worden gebruikt voor de prestatie-indicator of dat beter een representatieve vraag kan worden gekozen.

## **5.4 Ervaringen**

Over het algemeen scoorden de instellingen redelijk goed. De instellingen scoorden relatief slecht op het punt van de continuïteit van zorg (prestatie-indicator 3.7) en keuzevrijheid (prestatie-indicator 3.4). Deze resultaten moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden aangezien deze beide schalen een lage betrouwbaarheid hadden.

Het is opvallend dat mensen aangeven geen keuzevrijheid te hebben terwijl patiënten in de huidige tijd bij de dokter steeds mondiger worden. Mensen lijken het echter niet vervelend te vinden dat ze geen keuzevrijheid hebben, want het overgrote deel van de mensen is het achteraf wel eens met de gekozen behandeling. Mogelijk bestaat er bij cliënten in de geestelijke gezondheidszorg minder behoefte om de regie over de behandeling in eigen handen te hebben.

## **5.5 Verschillen tussen de instellingen en case-mix correctie**

Het effect van de correctie op de case-mix variabelen verschilde per prestatie-indicator. Het gemeten effect op de informatie over bijwerkingen en op keuzevrijheid steeg na correctie voor de case-mix variabelen. Door de verschillen tussen de instellingen wat betreft bijvoorbeeld leeftijd werd een deel van het effect dus gemaskeerd. Wat betreft informatieverstrekking bleken de verschillen na correctie te zijn afgenomen, hier was het verschil door de samenstelling van de groepen dus overschat voor correctie. Op het niveau van bejegening bleek na correctie dat er geen significante verschillen meer waren tussen de instellingen. Voor de vergelijking van de instellingen zijn we uitgegaan van het gecorrigeerde model.

Er waren duidelijke verschillen waarneembaar tussen de instellingen op het gebied van de verandering van de ernst van de problematiek (1.2), de informatie over bijwerkingen (2.2), de keuzevrijheid (3.4) en de informatieverstrekking (3.11). Op het gebied van bejegening (3.10), informed consent (3.3), vervulling van zorgwensen (3.5), de evaluatie van het behandelplan (3.6) en de continuïteit van zorg (3.7) waren geen significante verschillen tussen de instellingen te zien.

De meeste verschillen tussen de instellingen waren te zien op het gebied van drie prestatie-indicatoren, verandering van de ernst van de problematiek (1.2), keuzevrijheid (3.4) en informatieverstrekking (3.11). Instellingen die hier drie sterren kregen, scoorden gemiddeld beter dan instellingen met twee sterren. Op het gebied van de vervulling van de zorgwensen (3.5), de evaluatie van het behandelplan (3.6) en de continuïteit van de zorg (3.7) zaten de instellingen zo dicht bij elkaar dat ze allemaal gemiddeld scoorden en twee sterren kregen.

De meeste verschillen in gemiddelde scores voor instellingen met één ster vergeleken met instellingen met meer sterren werden gezien op het gebied van de verandering van de ernst van de problematiek. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze data ongecorrigeerd zijn en de echte verschillen tussen de instellingen op dit vlak dus anders kunnen zijn.

## **5.6 Beperkingen van de studie**

Een belangrijke beperking van de huidige studie is dat deze is gebaseerd op slechts 17 instellingen, die niet perse een representatief beeld van alle Nederlandse GGZ instellingen geven. Vanaf volgend jaar wordt het voor GGZ instellingen echter verplicht om met de CQ-index te werken, wat mogelijk veel waardevolle informatie zal opleveren. Deze informatie zal voor het brede publiek beschikbaar komen en zal dan waardevol zijn voor cliënten bij het kiezen van een zorgaanbieder. Ook zal deze openheid van informatie de zorgaanbieders stimuleren om hun zorg te optimaliseren om zichzelf er zo van te verzekeren dat ze voldoende aanbod van cliënten zullen krijgen dan wel houden.

In de huidige studie is afgeweken van de Dillman-methode voor dataverzameling omdat uit de pilot studie bleek dat de laatste herinneringsbrief teveel irritatie opwekte in verband met de privacy van de cliënten. Mogelijk heeft dit een lagere respons tot gevolg gehad.

Het percentage vragenlijsten dat afviel omdat mensen niet voldeden aan de inclusie criteria was relatief hoog (26%). Dit is ondoelmatig en bovendien zonde van de tijd die mensen besteed hebben aan het invullen van een vragenlijst. Er dient bij een vervolgmeting aandacht aan te worden besteed, onder andere door de instructies voor de te volgen procedures van selectie na te lopen op fouten en onduidelijkheden. Bovendien moet bekeken worden of de inclusiecriteria goed worden gevolgd.

## **5.7 Conclusie**

Concluderend kan gesteld worden op basis van deze bescheiden dataset dat de beschreven zorginstellingen over het algemeen redelijk tot goed scoren op de cliëntgebonden prestatie-indicatoren in de ogen van de cliënten. Alleen op het punt van de keuzevrijheid scoren de instellingen niet erg hoog, wel zijn er op dit punt duidelijke verschillen tussen de instellingen. Daar staat tegenover dat de geboden zorg wel als goed wordt ervaren en dat op dit punt weinig verschillen bestaan tussen instellingen. Het is niet bekend of cliënten positiever zouden zijn over hun behandeling als ze wel zelf inspraak zouden hebben in hun behandelplan. Ook geeft 15% van de cliënten aan dat de continuïteit van de zorg beter zou kunnen.

# Literatuur

- Arling G, Lewis T, Kane RL, Mueller C, Flood S. (2007). Improving quality assessment through multilevel modeling: the case of nursing home compare. *Health Serv Res*, 2007; 42:1177-99
- Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (2006)*. Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleging en Verzorging Nederland en daarbinnen de Federatie Verpleegkundigen in de GGZ, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006
- [http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Vragenlijsten/Werkinstructies\\_CQI\\_Kortdurende\\_ambulante\\_GGZ\\_versie\\_2.0\\_april\\_2009.pdf](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Vragenlijsten/Werkinstructies_CQI_Kortdurende_ambulante_GGZ_versie_2.0_april_2009.pdf)
- Dillman DA. *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley & Sons, 1978
- Goldstein H, Healy MJR. The graphical presentation of a collection of means. *J Royal Stat Soc*, 1995; 158:175
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ. (1996). League Tables and their Limitations: Statistical Issues in Comparisons of Institutional Performance. *J Royal Stat Soc Seris A*, 1996; 159:385-443
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vraag aan bod*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQ-index Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQ-index meetinstrument*. Utrecht: NIVEL, 2008a
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQ-index metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQ-index meetinstrument*. Utrecht: NIVEL, 2008b
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQ-index metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQ-index meetinstrument*. Utrecht: NIVEL, 2009
- Trimbos-instituut. *GGZ thermometer voor Volwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003
- Twisk JWR. *Applied multilevel analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006
- Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L. *Een consumer Quality Index voor kortdurende ambulante GGZ. De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilot studie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007

Wijngaarden B van, Meije D, Kok I. *Het onderscheidend vermogen van een consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008a

Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L. *Een consumer Quality Index voor de langdurende en klinische GGZ. De haalbaarheid van het afnemen van CQ-index vragenlijsten bij Iza- en klinische opgenomen cliënten: verslag van een kwalitatieve pre-pilot studie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008b



Ervaringen met de kortdurende ambulante  
geestelijke gezondheidszorg of  
verslavingszorg

Consumer Quality Index

versie 4.0

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

## **Algemene informatie**

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

## **Over het woordgebruik in de vragenlijst**

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, maatschappelijk werker, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandelovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.



### **Instructies voor het invullen van deze vragenlijst**

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen op u niet van toepassing zijn. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u kunt verdergaan:

Nee

Ja → ***ga verder met vraag 10***

De meeste vragen hebben betrekking op de **afgelopen 12 maanden**. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan 12 maanden duurt. U kunt de vraag dan beantwoorden voor deze periode.

Beantwoord de lijst vraag voor vraag. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaringen weergeeft.

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. U hoeft geen postzegel te plakken.

## VRAAG VOORAF

**1. Heeft u in de afgelopen 4 maanden tenminste één behandelcontact gehad met een therapeut, maatschappelijk werker, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog?**

- Nee
- Ja

***Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp?***

### **HULPVRAAG**

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

**2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.*

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**3. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?**

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

### **BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)**

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen 12 maanden in gedachten.

**4. Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

**5. Is het een probleem om uw behandelaar overdag tussen **9.00 en 17.00** uur telefonisch te bereiken?**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

6. Is het een probleem om een behandelaar 's avonds of in het weekend telefonisch te bereiken, in geval van nood?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

### **INFORMATIEVOORZIENING**

Deze vragen hebben betrekking op de afgelopen 12 maanden.

7. Heeft u informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?

- Nee
- Ja

8. Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw huidige behandeling?

- Nee
- Ja

9. Heeft u informatie gekregen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Nee
- Ja

10. Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- Nee
- Ja

11. Heeft u in de afgelopen 12 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → *ga verder met vraag 15*
- Ja

12. Heeft u informatie gekregen over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?

- Nee
- Ja

13. Heeft u informatie gekregen over de werking van de medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

14. Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

15. Heeft u informatie gekregen over behandelmogelijkheden elders?

- Nee
- Ja

16. Heeft u informatie gekregen over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?

- Nee
- Ja

17. Heeft u informatie gekregen over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

**18. Heeft u informatie gekregen over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?**

- Nee
- Ja

**19. Heeft u informatie gekregen over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?**

- Nee
- Ja

**20. Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

#### **INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID**

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij *de laatste 12 maanden* in gedachten.

**21. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?**

- Nee
- Ja

**22. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?**

- Nee
- Ja

**23. Kunt u kiezen wie uw behandelaar is?**

- Nee
- Ja

**24. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?**

- Nee
- Ja

**25. Is er een behandelplan gemaakt?**

- Nee → *ga verder met vraag 29*
- Ja

**26. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?**

- Nee
- Ja

**27. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?**

- Nee
- Ja

**28. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?**

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

#### **BEJEGENING**

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de *afgelopen 12 maanden*.

**29. Heeft uw behandelaar genoeg tijd voor u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**30. Luistert uw behandelaar aandachtig naar u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**31. Neemt de behandelaar u serieus?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**32. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?**

- Nee
- Ja

**VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN**

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met 12 maanden geleden.

**33. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**34. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**35. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS**

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Hou hierbij de afgelopen 12 maanden in gedachten.

**36. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere zorgverlener (bijvoorbeeld van uw huisarts)?**

- Nee → *ga verder met vraag 43*
- Ja

**37. Heeft uw behandelaar aan u toestemming gevraagd om informatie over u met andere zorgverleners te delen?**

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

**38. Moet u aan de andere zorgverlener(s) alles opnieuw vertellen over uw klachten?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**39. Zitten uw behandelaar en de andere zorgverlener(s) op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**40. Geven uw behandelaars u tegenstrijdige informatie?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**41. Wordt uw huisarts geïnformeerd over uw behandeling door uw behandelaar?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

**42. Wordt uw behandelaar geïnformeerd over uw lichamelijk functioneren door uw huisarts?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

### **EVALUATIE EN AFRONDING** **BEHANDELING**

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

**43. Wanneer is uw meest recente behandeling gestart?**

- Kortere dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

**44. Is uw behandeling inmiddels afgerond?**

- Nee → *ga verder met vraag 48*
- Ja

**45. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?**

- Nee
- Ja

**46. Zijn er afspraken gemaakt over nazorg?**

- Nee
- Ja

**47. Zijn er afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?**

- Nee
- Ja

**48. Is/was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?**

- Nee
- Ja

**49. Wordt/werd het behandelplan naar uw wens uitgevoerd?**

- Nee
- Ja

**50. Zou u deze instelling bij anderen aanbevelen?**

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

**51. Welk cijfer geeft u aan de behandeling? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend**

- 0 heel erg slechte behandeling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende behandeling

## **OVER UZELF**

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

### **52. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

### **53. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

### **54. Bent u een man of een vrouw?**

- Man
- Vrouw

### **55. Wat is uw leeftijd?**

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

### **56. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of getuigschrift)**

- Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

### **57. Heeft u op dit moment een betaalde baan?**

- Nee
- Ja

### **58. Wat is het geboorteland van uzelf?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**59. Wat is het geboorteland van uw vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**60. Wat is het geboorteland van uw moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**61. In welke taal praat u thuis het meeste?**

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**62. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?**

- Nee → **einde vragenlijst**
- Ja

**63. Hoe heeft die persoon u geholpen? (U mag meer dan één vakje aankruisen)**

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**Hartelijk dank voor uw medewerking**

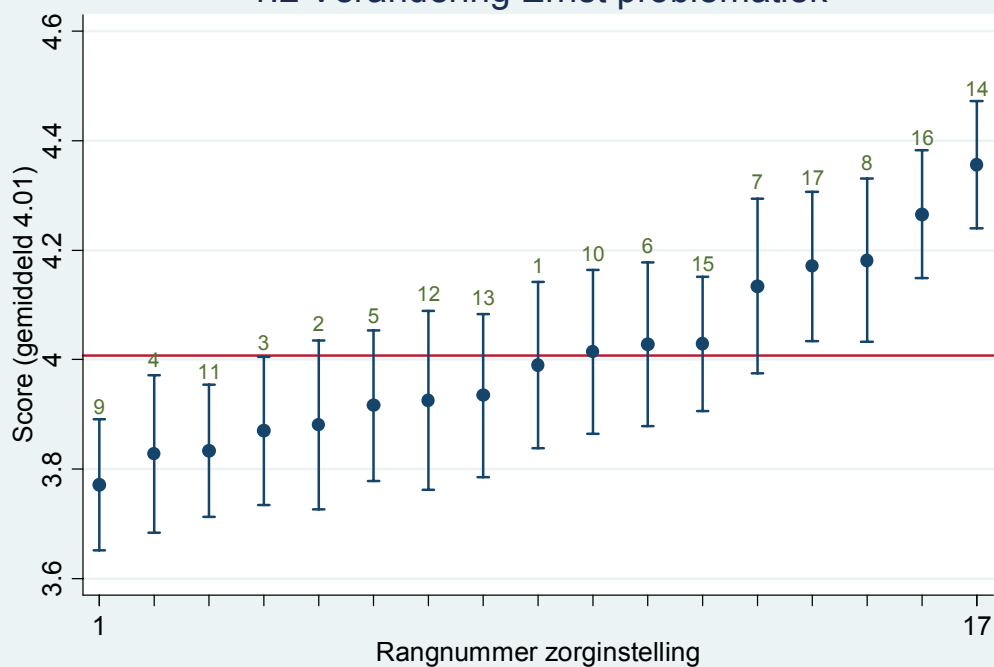


## **Bijlage 2 Gemiddelde scores en vergelijkingsintervallen GGZ instellingen**

De volgende figuren tonen per GGZ instelling de gemiddelde score met het vergelijkingsinterval ( $\pm 1.39$  \* de standaarddeviatie) voor de prestatie-indicatoren uit de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ 2009. Alle instellingen scoorden hetzelfde op de prestatie-indicatoren 3.3 'Informed consent', 3.5 'Vervulling zorgwensen', 3.6 'Evaluatie behandelplan' en 3.7 'Continuïteit van zorg', deze zijn in de bijlage dan ook niet weergegeven. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor de case-mix variabelen: leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en ervaren psychische gezondheid. Alleen indicator 1.2 'Verandering ernst problematiek' is gebaseerd op de ongecorrigeerde data (zie tekst). De horizontale lijn in iedere figuur geeft het gecorrigeerde gemiddelde voor alle instellingen samen. Voor de instellingen met één ster geldt dat het vergelijkingsinterval geheel onder de horizontale lijn ligt. Bij de instellingen met twee sterren is er overlap van het vergelijkingsinterval en de horizontale lijn. Voor de instellingen met drie sterren geldt dat hun hele vergelijkingsinterval boven de horizontale lijn ligt.

Op de horizontale as staan de nummers van de GGZ instellingen weergegeven. Deze nummers zijn in de bijlage noch in het rapport tot de instelling herleidbaar. De titel van de grafiek geeft het nummer van de prestatie-indicator aan.

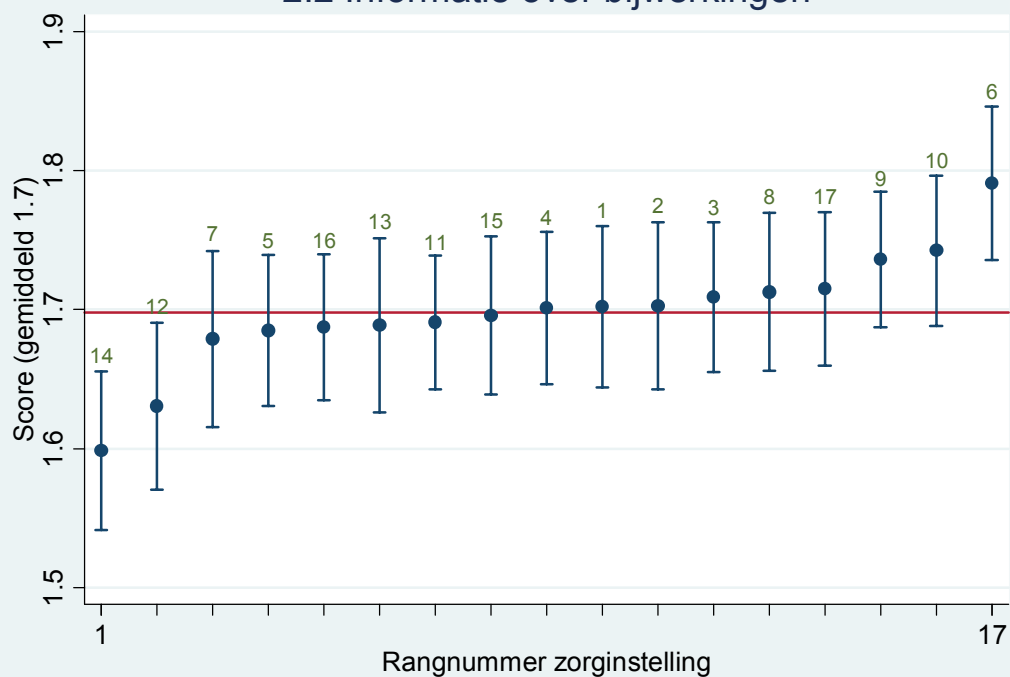
## 1.2 Verandering Ernst problematiek



nr. GGZ instelling	gemiddelde
9	3.77
4	3.83
11	3.83
3	3.87
2	3.88
5	3.92
12	3.93
13	3.93
1	3.99
10	4.01
6	4.03
15	4.03
7	4.13
17	4.17
8	4.18
16	4.27
14	4.36

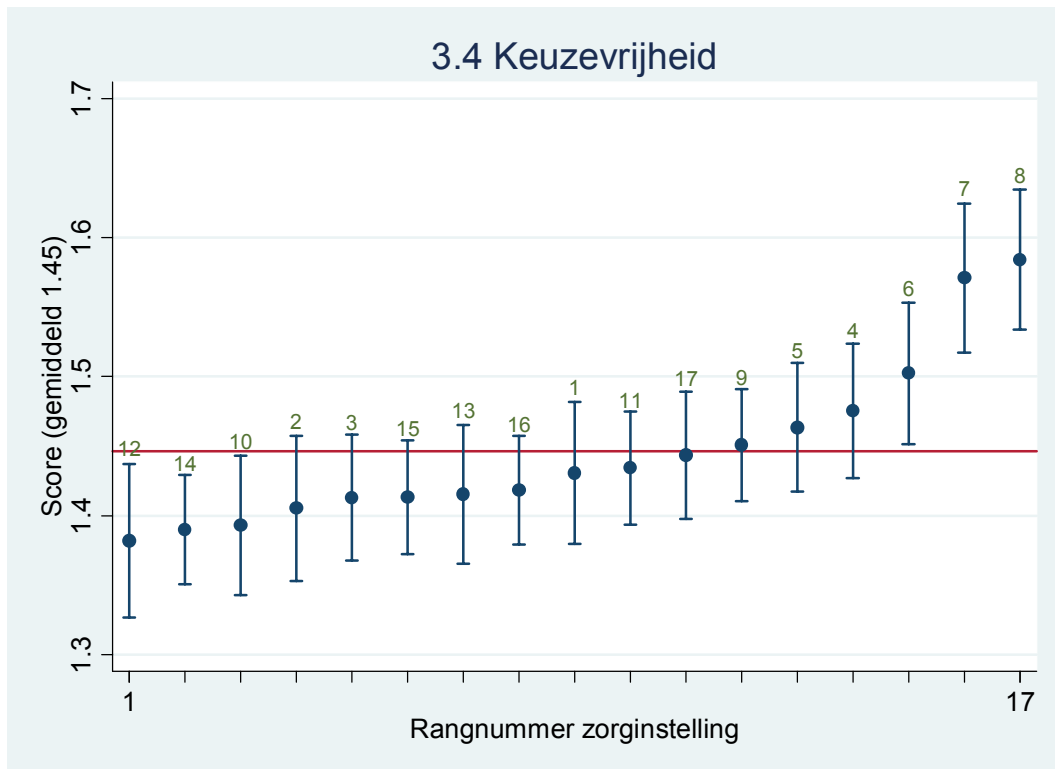
Totaalgemiddelde 4.01

## 2.2 Informatie over bijwerkingen



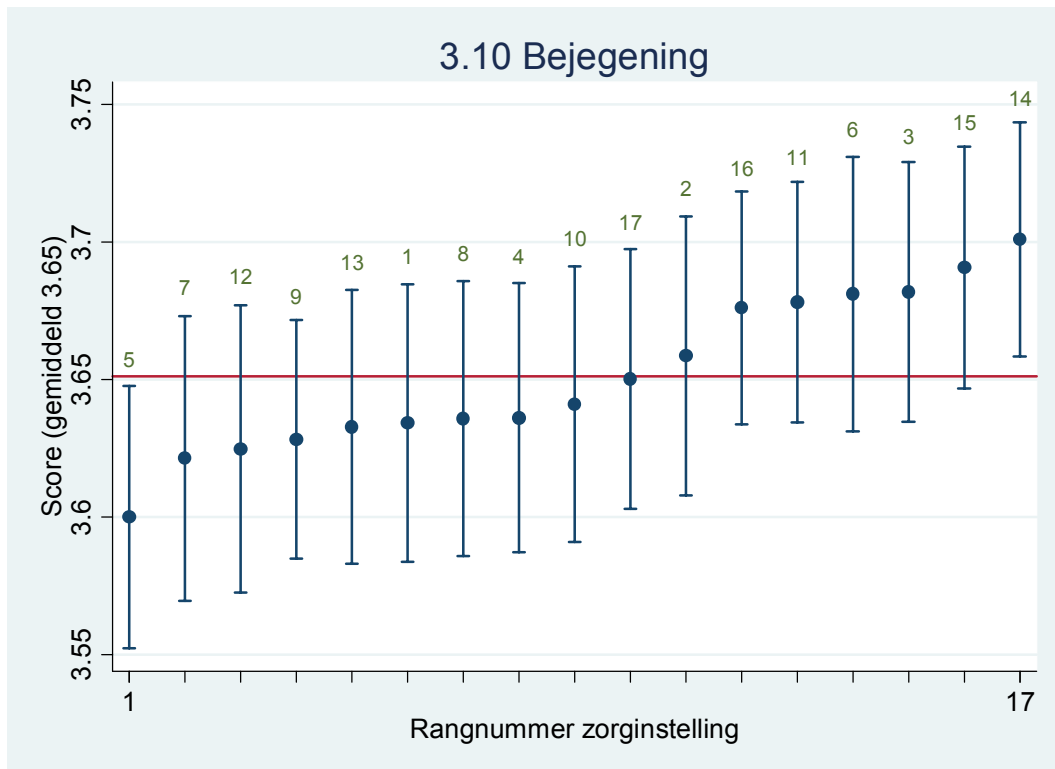
nr. GGZ instelling	gemiddelde
14	1.60
12	1.63
7	1.68
5	1.69
16	1.69
13	1.69
11	1.69
15	1.70
4	1.70
1	1.70
2	1.70
3	1.71
8	1.71
17	1.71
9	1.74
10	1.74
6	1.79

Totaalgemiddelde 1.70



nr. GGZ instelling	gemiddelde
12	1.38
14	1.39
10	1.39
2	1.41
3	1.41
15	1.41
13	1.42
16	1.42
1	1.43
11	1.43
17	1.44
9	1.45
5	1.46
4	1.48
6	1.50
7	1.57
8	1.58

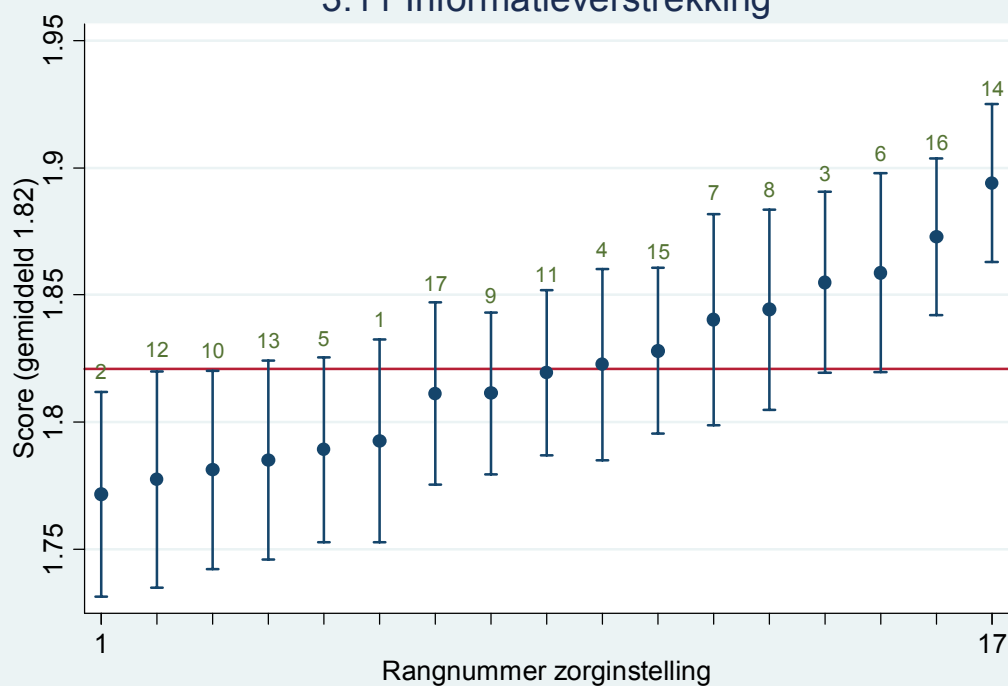
Totaalgemiddelde 1.45



nr. GGZ instelling	gemiddelde
5	3.60
7	3.62
12	3.62
9	3.63
13	3.63
1	3.63
8	3.64
4	3.64
10	3.64
17	3.65
2	3.66
16	3.68
11	3.68
6	3.68
3	3.68
15	3.69
14	3.70

Totaalgemiddelde 3.65

### 3.11 Informatieverstrekking



nr. GGZ instelling	gemiddelde
2	1.77
12	1.78
10	1.78
13	1.79
5	1.79
1	1.79
17	1.81
9	1.81
11	1.82
4	1.82
15	1.83
7	1.84
8	1.84
3	1.86
6	1.86
16	1.87
14	1.89

Totaalgemiddelde 1.82

### Bijlage 3 Gemiddelde en frequentieverdeling van de individuele vragen uit de vragenlijst

Deze bijlage toont de gemiddelde score, met minimum en maximum te geven score, per vraag als achtergrondinformatie bij dit rapport in tabelvorm. Het aantal observaties in de tabel geeft aan hoeveel mensen de bijbehorende vraag hebben beantwoord. De nummering van de vragen in de tabel komt overeen met de nummering van de vragen in de vragenlijst (zie bijlage 1). Ook worden de frequentieverdelingen van de antwoorden weergegeven in tabellen en staafdiagrammen gegroepeerd op type antwoordcategorie.

Tabel B3.1 Gemiddelde scores van alle vragen

vraagnummer	aantal observaties	gemiddelde score	standaard deviatie	minimum score	maximum score
1	1426	2,00	0,00	2	2
2a*	1426	0,59	0,49	0	1
2b*	1426	0,27	0,44	0	1
2c*	1426	0,07	0,25	0	1
2d*	1426	0,04	0,20	0	1
2 <sup>e</sup> *	1426	0,24	0,43	0	1
2f*	1426	0,10	0,30	0	1
2g*	1426	0,12	0,32	0	1
2h*	1426	0,35	0,48	0	1
2i*	1426	0,11	0,32	0	1
2j*	1426	0,19	0,39	0	1
2k*	1426	0,17	0,37	0	1
2l*	1426	0,08	0,27	0	1
2m*	1426	0,14	0,35	0	1
3	1410	5,05	1,10	1	6
4	1401	2,66	0,59	1	3
5	1341	2,69	0,56	1	3
6	910	2,41	0,80	1	3
7	1403	1,86	0,35	1	2
8	1400	1,88	0,32	1	2
9	1395	1,87	0,33	1	2
10	1399	1,70	0,46	1	2
11	1412	1,53	0,50	1	2
12	724	1,59	0,49	1	2
13	724	1,83	0,38	1	2
14	717	1,74	0,44	1	2
15	1362	1,25	0,43	1	2
16	1401	1,31	0,46	1	2
17	1373	1,42	0,49	1	2
18	1376	1,20	0,40	1	2

vraagnummer	aantal observaties	gemiddelde score	standaard deviatie	minimum score	maximum score
19	1380	1,31	0,46	1	2
20	1404	3,57	0,66	1	4
21	1374	1,75	0,43	1	2
22	1334	1,55	0,50	1	2
23	1335	1,44	0,50	1	2
24	1379	1,86	0,35	1	2
25	1374	1,67	0,47	1	2
26	881	1,90	0,30	1	2
27	887	1,97	0,17	1	2
28	885	2,42	0,62	1	3
29	1398	3,52	0,67	1	4
30	1403	3,75	0,54	1	4
31	1407	3,76	0,54	1	4
32	1397	1,92	0,27	1	2
33	1399	4,01	1,06	1	5
34	1400	4,09	0,93	1	5
35	1404	3,98	1,04	1	5
36	1408	1,40	0,49	1	2
37	548	2,03	0,71	1	3
38	550	2,43	0,95	1	4
39	527	3,05	0,79	1	4
40	541	1,43	0,67	1	4
41	558	2,39	0,64	1	3
42	555	2,34	0,88	1	3
43	1426	3,39	1,18	1	5
44	1415	1,26	0,44	1	2
45	357	1,84	0,36	1	2
46	357	1,55	0,50	1	2
47	354	1,77	0,42	1	2
48	1336	1,86	0,34	1	2
49	1320	1,88	0,33	1	2
50	1393	3,39	0,73	1	4
51	1404	7,60	1,65	0	10
52	1426	2,79	0,85	1	5
53	1426	2,45	0,83	1	5
54	1426	1,61	0,49	1	2
55	1426	3,26	1,42	1	7
56	1426	5,00	1,79	1	8
57	1411	1,58	0,49	1	2
58	1418	1,59	1,88	1	9
59	1409	1,75	2,08	1	9
60	1407	1,73	2,03	1	9
61	1375	1,58	1,65	1	10
62	1383	1,07	0,25	1	2
63a	92	0,76	0,43	0	1

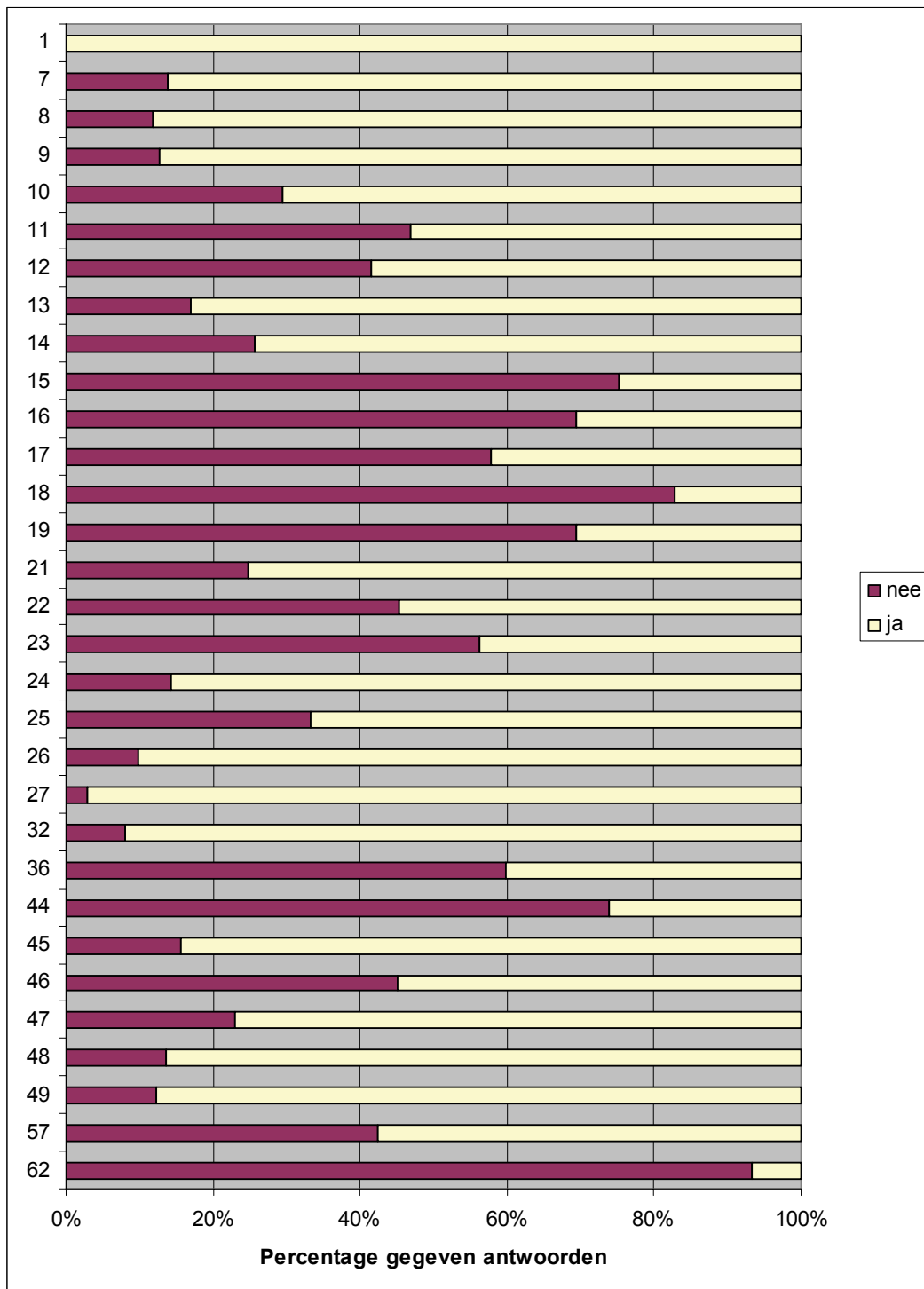
\* voor vraag 2 waren meerdere antwoorden mogelijk



Tabel B3.2 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘Nee’ en ‘Ja’

vraagnummer	nee (%)	ja (%)
1	0	100
7	13,90	86,10
8	11,86	88,14
9	12,83	87,17
10	29,52	70,48
11	46,88	53,12
12	41,44	58,56
13	16,99	83,01
14	25,66	74,34
15	75,26	24,74
16	69,31	30,69
17	57,90	42,10
18	80,31	16,69
19	69,35	30,65
21	24,82	75,18
22	45,35	54,65
23	56,18	43,82
24	14,21	85,79
25	33,26	66,74
26	9,76	90,24
27	2,82	97,18
32	8,02	91,98
36	59,87	40,13
44	73,78	26,22
45	15,69	84,31
46	45,10	54,90
47	22,88	77,12
48	13,55	86,45
49	12,27	87,73
57	42,31	57,69
62	93,35	6,65

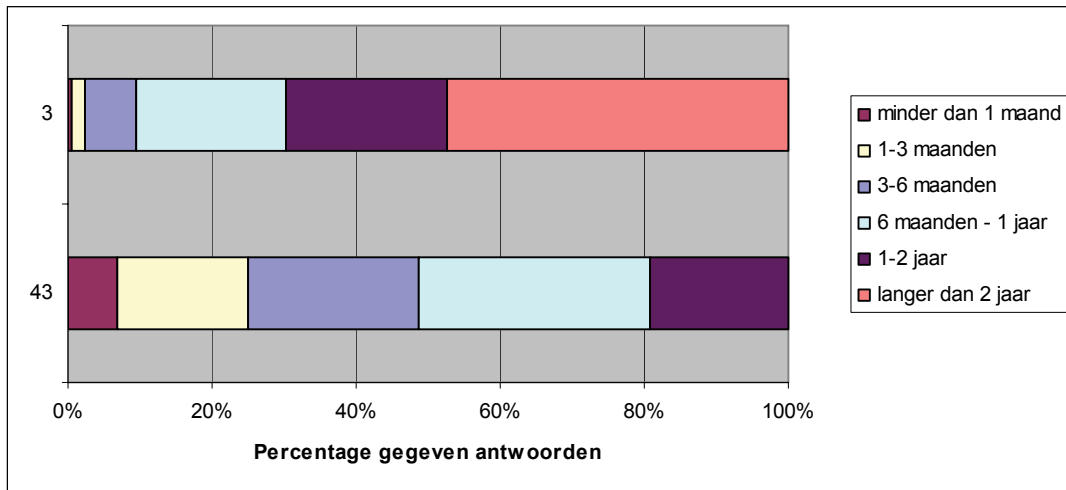
Figuur B3.1 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘Nee’ en ‘Ja’



Tabel B3.3 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën '1 tot 3 maanden', '3 tot 6 maanden', '6 maanden tot 1 jaar', '1 tot 2 jaar' en 'langer dan 2 jaar'

vraagnummer	minder dan 1 maand (%)	1-3 maanden (%)	3-6 maanden (%)	6 maanden - 1 jaar (%)	1-2 jaar (%)	langer dan 2 jaar (%)
3	0,43	1,99	7,16	20,78	22,34	47,3
43	6,94	18,02	23,63	32,26	19,14	0

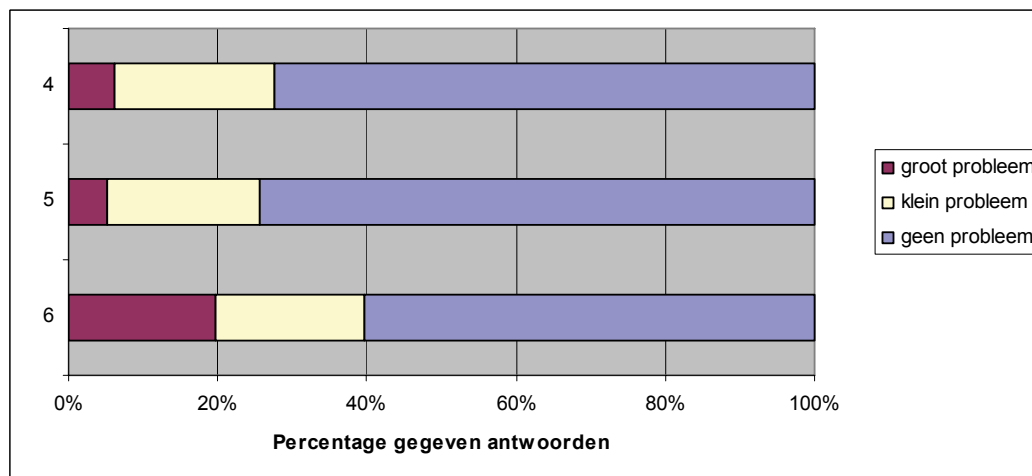
Figuur B3.2 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën '1 tot 3 maanden', '3 tot 6 maanden', '6 maanden tot 1 jaar', '1 tot 2 jaar' en 'langer dan 2 jaar'



Tabel B3.4 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën 'groot probleem', 'klein probleem' en 'geen probleem'

vraagnummer	groot probleem (%)	klein probleem (%)	geen probleem (%)
4	6,14	21,48	72,38
5	5,22	20,28	74,50
6	19,67	19,89	60,44

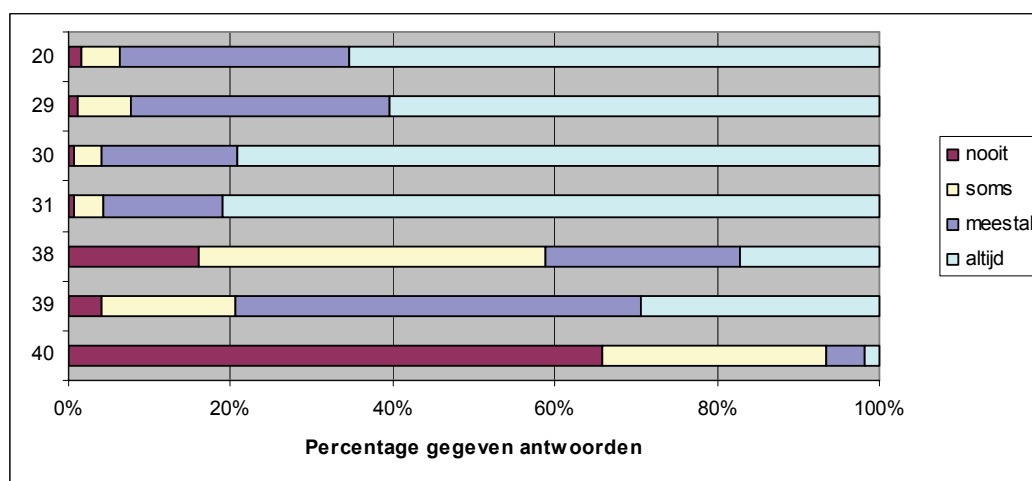
Figuur B3.3 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘groot probleem’, ‘klein probleem’ en ‘geen probleem’



Tabel B3.4 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘nooit’, ‘soms’, ‘meestal’ en ‘altijd’

vraagnummer	nooit (%)	soms (%)	meestal (%)	altijd (%)
20	1,57	4,77	28,28	65,38
29	1,14	6,44	32,12	60,30
30	0,57	3,49	16,68	79,26
31	0,71	3,55	14,78	80,95
38	16	42,73	24	17,27
39	4,17	16,51	49,91	29,41
40	65,80	27,73	4,62	1,85

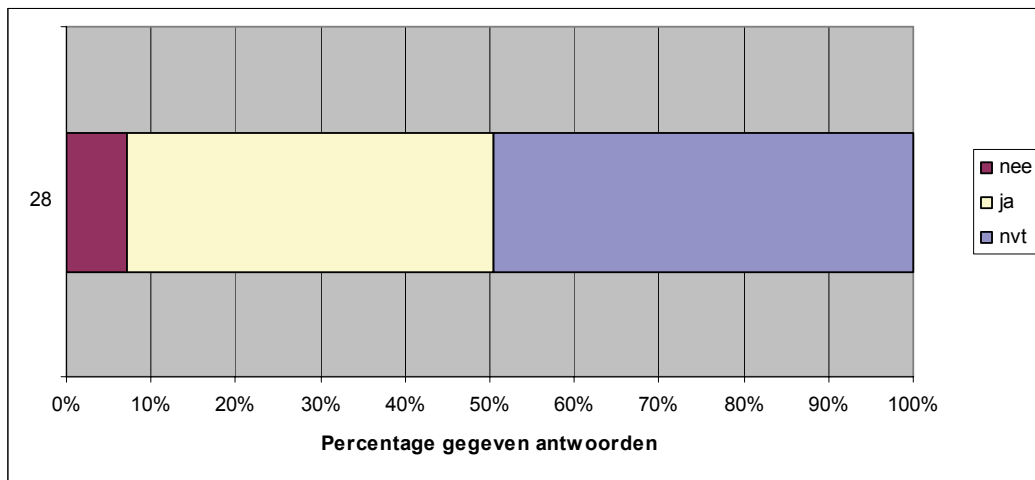
Figuur B3.4 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘nooit’, ‘soms’, ‘meestal’ en ‘altijd’



Tabel B3.5 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja’ en ‘niet van toepassing’

vraagnummer	nee (%)	ja (%)	niet van toepassing (%)
28	7,23	43,28	49,49

Figuur B3.4 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja’ en ‘niet van toepassing’

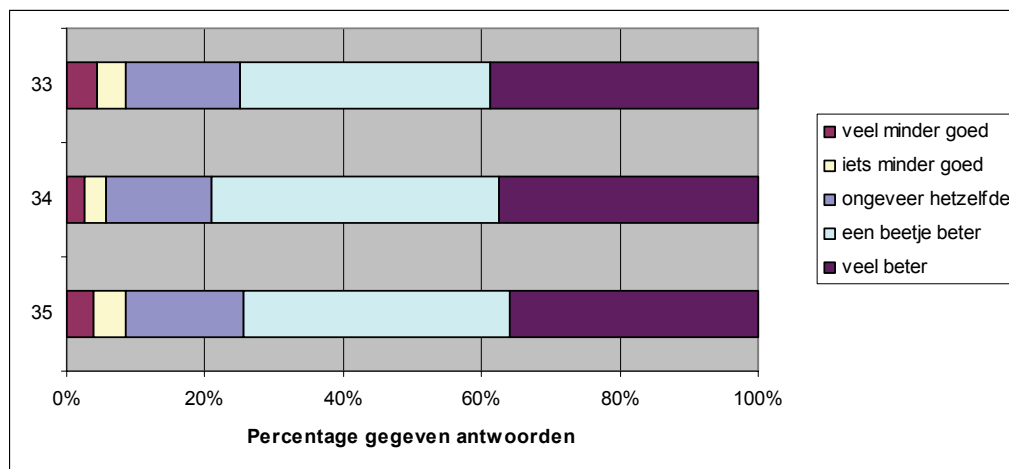


nvt: niet van toepassing

Tabel B3.6 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘veel minder goed’, ‘iets minder goed’, ‘ongeveer hetzelfde’, ‘een beetje beter’ en ‘veel beter’

vraagnummer	veel minder goed (%)	iets minder goed (%)	ongeveer hetzelfde (%)	een beetje beter (%)	veel beter (%)
33	4,50	3,93	16,58	36,31	38,67
34	2,57	3	15,36	41,50	37,57
35	3,99	4,63	16,88	38,46	36,04

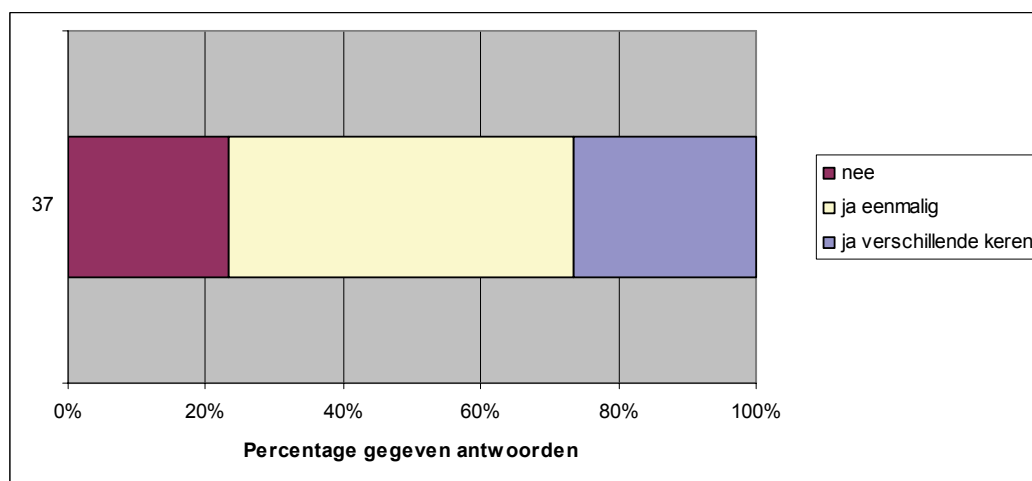
Figuur B3.5 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘veel minder goed’, ‘iets minder goed’, ‘ongeveer hetzelfde’, ‘een beetje beter’ en ‘veel beter’



Tabel B3.7 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja eenmalig’ en ‘ja verschillende keren’

vraagnummer	nee (%)	ja eenmalig (%)	ja verschillende keren (%)
37	23,36	50,18	26,46

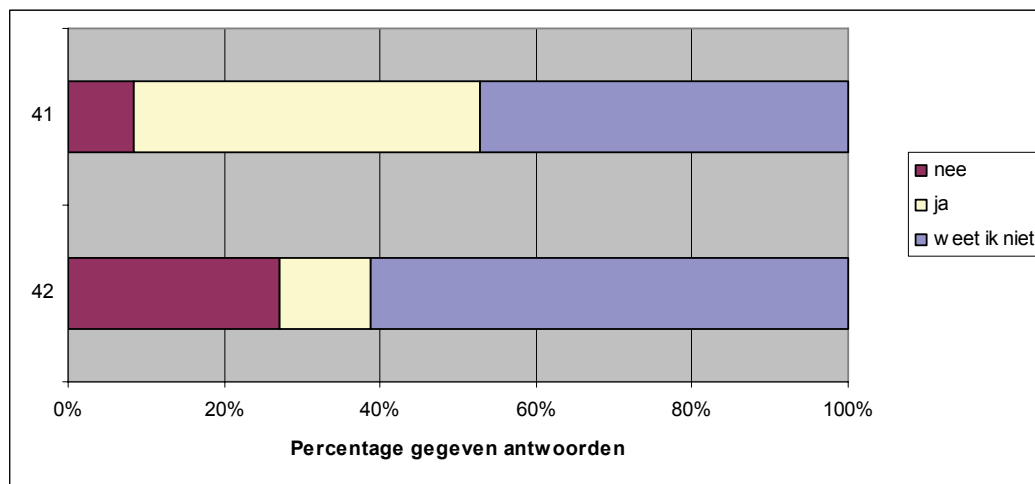
Figuur B3.6 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja eenmalig’ en ‘ja verschillende keren’



Tabel B3.8 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja’ en ‘weet ik niet’

vraagnummer	nee (%)	ja (%)	weet ik niet (%)
41	8,42	44,27	47,31
42	27,03	11,71	61,26

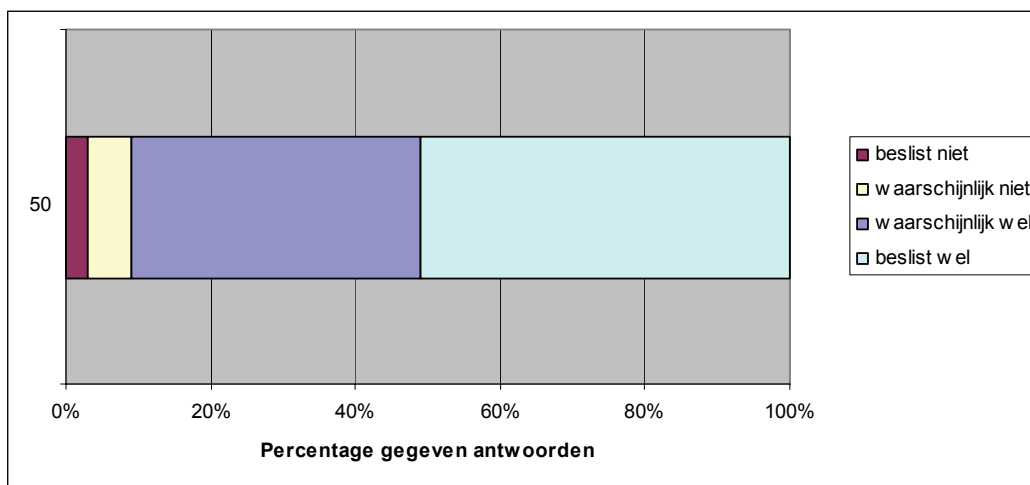
Figuur B3.7 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja’ en ‘weet ik niet’



Tabel B3.9 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘beslist niet’, ‘waarschijnlijk niet’, ‘waarschijnlijk wel’ en ‘beslist wel’

vraagnummer	beslist niet (%)	waarschijnlijk niet (%)	waarschijnlijk wel (%)	beslist wel (%)
50	2,94	6,03	39,99	51,04

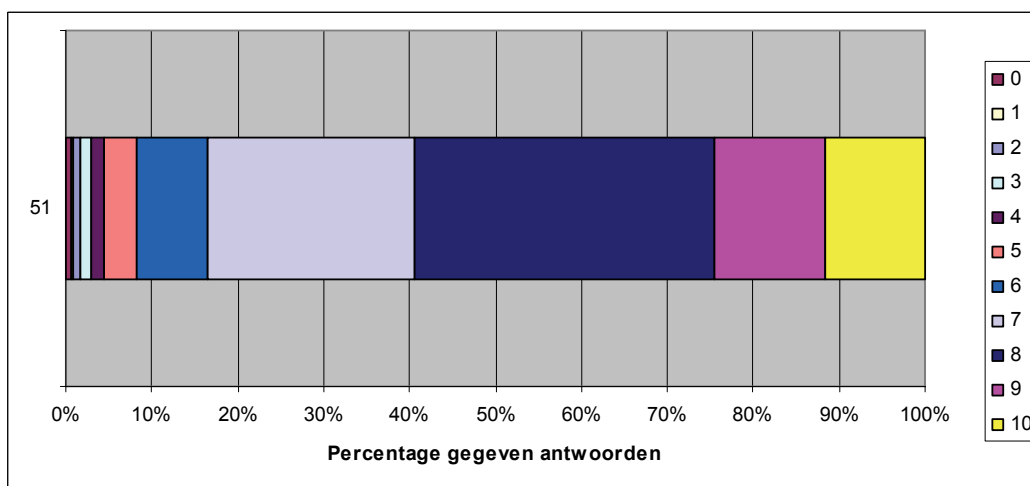
Figuur B3.8 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘beslist niet’, ‘waarschijnlijk niet’, ‘waarschijnlijk wel’ en ‘beslist wel’



Tabel B3.10 Percentage gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘0’ tot en met ‘10’

vraagnummer	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)
51	0,57	0,36	0,85	1,14	1,57	3,85	8,12	24,07	34,9	12,96	11,61

Figuur B3.9 Frequentieverdelingen voor vragen met antwoordcategorieën ‘0’ tot en met ‘10’

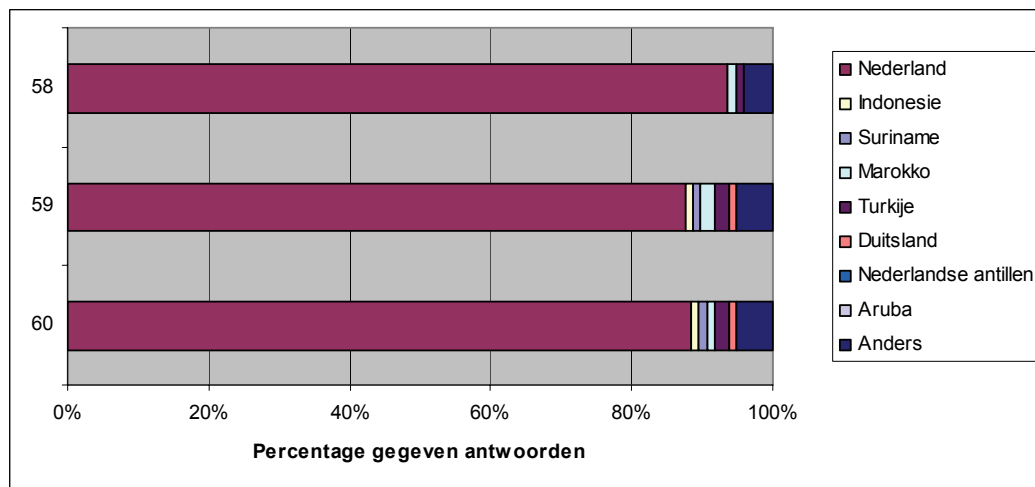




Tabel B3.11 Percentage gegeven antwoorden op vragen over het land van herkomst

vraagnr.	Nederland (%)	Indonesië (%)	Suriname (%)	Marokko (%)	Turkije (%)	Duitsland (%)	Ned. Antillen (%)	Aruba (%)	anders (%)
58	89	0	0	1	1	0	0	0	4
59	85	1	1	2	2	1	0	0	5
60	85	1	1	1	2	1	0	0	5

Figuur B3.10 Frequentieverdelingen voor vragen over het land van herkomst



Tabel B3.12 Percentage gegeven antwoorden op vragen over gesproken taal

vraagnr.	Nederlands (%)	Fries (%)	Nederlands dialect (%)	Indonesisch (%)	Sranan (%)	Marokkaans-Arabisch (%)	Turks (%)	Duits (%)	Papiaments (%)	anders (%)
61	81,75	3,13	9,09	2,11	0,07	0,44	0,73	0,07	0,29	2,33

Figuur B3.11 Frequentieverdelingen voor vragen over gesproken taal

