

# **Regionale pilot CQI Huisartsenzorg**

**Een vergelijking van verschillende methoden van implementatie**

Dr. H.J.M. Sixma, NIVEL

Dr. C.P. van Linschoten, ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV

Drs. W. Betten, ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV

Dr. J. Rademakers, NIVEL



ISBN 978-94-6122-097-4

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 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>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergronden bij de veldtest	11
1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek	14
1.3 Verwachte resultaten en toepassingen	16
1.4 Korte schets van de opzet van het onderzoek	17
1.5 Opbouw van het rapport	19
<b>2 Implementatie via vier proefopstellingen</b>	<b>21</b>
2.1 Aanpak van de evaluatie	21
2.2 Werving van huisartspraktijken	22
2.3 Privacy	23
2.4 Steekproeftrekking	23
2.5 De onderzoeksgroep	24
2.6 Beschrijving proefopstelling 1: Dillman schriftelijk	25
2.6.1 Verloop proefopstelling 1	26
2.7 Resultaten proefopstelling 2: Dillman mixed-mode	30
2.7.1 Verloop proefopstelling 2	30
2.7.2 Resultaten proefopstelling 3: uitdelen schriftelijke vragenlijsten	33
2.7.3 Resultaten proefopstelling 4: uitdelen brieven met inlogcode	36
2.7.4 Algemene opmerkingen	40
<b>3 Validiteit van de CQI huisartsenzorg</b>	<b>45</b>
3.1 Resultaten referentiemeting CQI Huisartsenzorg, Stichting Miletus	45
3.2 Resultaten meting CQI Huisartsenzorg Pilotregio's	47
3.3 Vergelijking CQI Huisartsenzorg – EUROPEP vragenlijsten	49
<b>4 Implementatie CQI huisartsenzorg</b>	<b>51</b>
4.1 Resultaten on-line enquête bij de huisartsen in de pilot regio	51
4.2 Interviews met sleutelpersonen	53
4.2.1 Sterke punten CQI Huisartsenzorg	54
4.2.2 Zwakke punten CQI Huisartsenzorg	55
4.2.3 Kansen en uitdagingen CQI Huisartsenzorg	55
4.2.4 Bedreigingen CQI Huisartsenzorg	56
4.2.5 Regie landelijke implementatie CQI Huisartsenzorg	57

<b>5 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>61</b>
5.1 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de methodologie van steekproeftrekking en dataverzameling	61
5.2 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de validiteit van de CQI Huisartsenzorg	63
5.3 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot het proces van implementatie van de CQI Huisartsenzorg	65
<b>Literatuur</b>	<b>67</b>
<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1 Referentiemeting Huisartsenzorg overdag	71
Bijlage 2 Resultaten pilot CQI Huisartsenzorg in detail	79
Bijlage 3 Resultaten pilot CQI Huisartsenzorg: respondentkenmerken in de vier groepen	83
Bijlage 4 CQI Huisartsenzorg vragenlijst	85
Bijlage 5 EUROPEP vragenlijst	93

# Voorwoord

Dit onderzoek kwam mede tot stand dankzij de medewerking van een aantal partijen die we langs deze weg graag willen bedanken.

We zijn de deelnemende huisartspraktijken erkentelijk voor hun medewerking aan het veldwerk, waarbij met name de steekproeftrekking soms een hele inspanning was, en hun bijdrage aan de discussie over de uitkomsten van het onderzoek. De praktijken in Lelystad en Zuidwolde stelden hun accommodatie ter beschikking voor een discussiebijeenkomst naar aanleiding van de meting.

Mede dankzij LHV-Noord Nederland kon voor het project bestuurlijk draagvlak worden ontwikkeld en konden we beschikken over de contactgegevens van alle praktijken in het werkgebied. Ook het feit dat de onderzoeksgegevens door NPA werden geaccepteerd in het kader van de praktijkaccreditatie hielp bij het verkrijgen van draagvlak voor het project. De organisaties ProGez, Elann en ROS Friesland danken wij voor hun ondersteunende rol in het werven van 40 huisartspraktijken.

Het onderzoeksteam:

NIVEL,  
Jany Rademakers  
Herman Sixma

ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV,  
Willemien Betten  
Peter van Linschoten



## Samenvatting

In 2008 verscheen het rapport waarin verslag werd gedaan van de ontwikkeling van de CQI (Consumer Quality Index) Huisartsenzorg, een vragenlijst waarmee klantervaringen worden gemeten in de huisartsenpraktijk (Meuwissen en De Bakker, 2008). In hetzelfde jaar verscheen van dezelfde auteurs een rapport waarin in meer algemene zin wordt ingegaan op de ervaringen met CQ-index vragenlijsten en andere, vergelijkbare meetinstrumenten. Aandachtspunten bij de implementatie van CQI-meetinstrumenten in met name de eerstelijnszorg zijn volgens Meuwissen en De Bakker (2008) de omvang van de eerstelijnszorg en de wijze waarop deze sector is georganiseerd. Ook ontbreken vaak referentiegegevens en meer methodologische kennis over hoe CQI meetinstrumenten het beste kunnen worden uit- en ingezet.

In het nu voorliggende rapport wordt verslag gedaan van de regionale implementatie van de CQI huisartsenzorg via een veldtest. Bij deze veldtest is gebruik gemaakt van vier proefopstellingen, met in principe tien huisartspraktijken per proefopstelling. In elk van de vier proefopstellingen is de CQI Huisartsenzorg op een andere wijze afgenomen. De varianten waren:

- 1 schriftelijke afname;
- 2 afname in de 'mixed mode' variant, dus deels schriftelijk en deels via internet;
- 3 uitdelen van de CQI Huisartsenzorg;
- 4 afname volledig via internet.

Sterke en zwakke punten van elk van de vier uitgeteste methoden van implementatie zijn geïnventariseerd. Als aanvulling op deze veldtest zijn interviews gehouden met sleutelpersonen op het terrein van de huisartsenzorg en deelnemers uit de pilotregio's en is gebruik gemaakt van 'deskresearch'.

Met betrekking tot de te volgen methode van steekproeftrekking en dataverzameling zijn met behulp van proefopstellingen de voor- en nadelen van elke methode geïnventariseerd.

### ***1 'Wat zijn de voor- en nadelen van de vier geselecteerde manieren waarop de CQI Huisartsenzorg verspreid kan worden met betrekking tot de logistiek, de respons, de kwaliteit van de data en de kosten van dataverzameling?'***

Op basis van de ervaringen in de vier proefopstellingen, de interviews met sleutelpersonen en de mate waarin de keuze voor een methode toekomstbestendig moet zijn, concluderen wij dat proefopstelling waarin gebruik wordt gemaakt van een 'mixed mode' dataverzameling (internet + schriftelijk) vooralsnog de voorkeur verdient. Hoewel deze methode relatief duur is – bij een steekproefgrootte van 200 patiënten worden, bij landelijke implementatie, de kosten per praktijk geschat op circa 1650 euro – wegen de voordelen van deze methode (hoge respons, betrouwbaarheid onderzoeksresultaten,

draagvlak bij de huisartsen indien de resultaten worden gebruikt voor verantwoordings- en/of keuze-informatie) op tegen het nadeel van de hoge kosten. Een oplossing voor de geconstateerde problemen rond de steekproeftrekking kan worden gevonden in het ontwikkelen en toepassen van één of meerdere specifieke internetapplicaties die het trekken van een steekproef op het niveau van de huisartspraktijk via het Huisarts Informatie Systeem moet vergemakkelijken.

**2 *Op welke wijze kunnen ICT en internet een bijdrage leveren aan de realisatie van een onafhankelijke steekproeftrekking en een zo efficiënt mogelijke dataverzameling en terugrapportage?***

In deze pilot is in twee proefopstellingen geëxperimenteerd met afname van de CQI Huisartsenzorg via internet. De resultaten laten zien dat een mixed mode aanpak resulteerde in een zeer bevredigend responspercentage, maar in deze setting vooralsnog geen kostenbesparing opleverde. Wel lijkt deze toepassing, zo blijkt ook uit de interviews, meer toekomstgericht dan een volledig ‘papieren’ dataverzameling. Wanneer zou worden gekozen voor een 100% online-aanpak met steekproeftrekking (niet in dit onderzoek getest), zou het veldwerk aanzienlijk goedkoper kunnen worden.

Het volledig online uitvoeren van onderzoek met de CQI kán een redelijke respons opleveren. Wel is er bij deze variant een grote spreiding voor wat betreft het aantal ingevulde vragenlijsten. Bovendien geldt dat, wanneer de CQI Huisartsenzorg wordt ingezet voor het genereren van verantwoordings- of keuzeinformatie, moet worden voorkomen dat selectief inlogcodes worden uitgereikt. Immers, het door de huisarts laten uitreiken van brieven met inlogcodes biedt geen garanties voor een onafhankelijke meting en geeft mogelijkheden voor manipulatie.

**3 *Wat is de validiteit van de CQI Huisartsenzorg in relatie tot het EUROPEP-meetinstrument en hoe verhouden gegevens verkregen met behulp van de CQI Huisartsenzorg in de veldtest zich tot referentiegegevens verzameld door de Stichting Miletus?***

Via twee manieren is nader onderzoek gedaan naar de validiteit van de CQI Huisartsenzorg, zoals toegepast in de pilotregio. Gekeken is naar de CQI resultaten in vergelijking tot de resultaten verkregen met een andere, gevalideerde vragenlijst die de kwaliteit van de huisartsenzorg meet: de EUROPEP vragenlijst. Daarnaast zijn de resultaten uit de pilotregio gelegd naast de resultaten verkregen via een door de Stichting Miletus uitgevoerde (landelijke) referentiemeting met behulp van de CQI Huisartsenzorg.

De resultaten uit de veldtest laten zien dat beide instrumenten een vergelijkbaar beeld van geven van de door de patiënt ervaren kwaliteit. Huisartsen die hoog scoren op de CQI Huisartsenzorg scoren ook meer dan gemiddeld hoog op de EUROPEP vragenlijst. Geconcludeerd kan worden dat zowel de EUROPEP als de CQI Huisartsenzorg valide en betrouwbare instrumenten zijn voor het meten van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Welk instrument het beste in welke situatie gebruikt kan worden zal vooral worden bepaald door het gebruiksdoel en de kosten/baten afweging. Is het gebruiksdoel het



genereren van verbeter- en verantwoordingsinformatie op landelijk niveau, dan lijkt de CQI Huisartsenzorg hiervoor meer geschikt dan de EUROPEP.

Vergelijking van de CQI Huisartsenzorg gegevens uit de pilotregio met de gegevens verkregen via de door de Stichting Miletus uitgevoerde referentiemeting laat zien dat er een zeer grote mate van overlap is in de resultaten. Dit geldt zowel voor de resultaten op het niveau van de schaalscores en het waarderingscijfer, als op het niveau van de verbanden tussen respondentkenmerken en de ervaringscores.

Met betrekking tot het proces van implementatie zijn drie onderzoeksvragen gesteld die beantwoord moeten worden. Deze vragen hebben betrekking op het draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg en de manier waarop de CQI Huisartsenzorg landelijk kan worden geïmplementeerd.

#### ***4 Op welke wijze kan de CQI Huisartsenzorg het beste landelijk worden geïmplementeerd en wat is het draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg bij huisartsen en beleidsmakers?***

De meeste huisartsen in de pilot zijn van mening dat onderzoek naar de ervaringen van patiënten niet meer valt weg te denken uit de gezondheidszorg. Sommigen zijn kritisch hierover, maar de meesten zien nut en noodzaak van deze ontwikkeling voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg. Voor het meten van patiëntervaringen moet, naar de mening van de deelnemende huisartsen in de veldtest, gebruik worden gemaakt van meetinstrument en een meetmethode die resulteren in valide en betrouwbare resultaten die bruikbaar moeten zijn voor het detecteren van mogelijke verbeterpunten. Implementatie via bijvoorbeeld het traject van praktijkaccreditatie is volgens deze huisartsen een mogelijkheid. Voor wat betreft de acceptatie van de CQI Huisartsenzorg bij de groep van huisartspraktijken die hebben deelgenomen aan de veldtest moet worden aangehouden dat de deelnemende huisartsen waarschijnlijk behoren tot de groep van 'voorlopers' als het gaat om vernieuwingen en kwaliteitsverhogende maatregelen. Deelname aan de pilot geschiedde op vrijwillige basis en vanuit een positieve (of op z'n minst nieuwsgierige) grondhouding ten opzichte van de CQI Huisartsenzorg.

Ook in de interviews met sleutelpersonen werd integratie van de CQI Huisartsenzorg in een accreditatietraject genoemd als mogelijkheid voor landelijke implementatie, met daarbij de kanttekening dat het percentage geaccrediteerde huisartsen op dit moment nog relatief gering is. Voordeel van opname in het accreditatietraject is dat de CQI-metingen niet op zichzelf komen te staan, maar worden ingebed in een structuur van kwaliteitsverbetering en kwaliteitstoetsing. Het draagvlak voor landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg kan, naar de mening van enkele geïnterviewde personen, verder uitgebouwd en geborgd kan worden door de koepelorganisaties van huisartsen (NHG en LHV) nadrukkelijk en van het begin af aan te betrekken bij het implementatieproces. Andere mogelijkheden voor landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg die worden genoemd zijn: implementatie via zorggroepen, implementatie via ROS-organisaties, implementatie via afspraken tussen zorgverzekeraars en (groepen van) huisartspraktijken en implementatie via individuele huisartspraktijken op vrijwillige basis. Van deze mogelijkheden lijkt een combinatie van strategieën het meest kansrijk.

Implementatie via de NHG-accreditatie kan worden gecombineerd met bijvoorbeeld een afname via zorggroepen, gefaciliteerd door zorgverzekeraars.

Toepassing van de CQI Huisartsenzorg in de vorm van reguliere metingen zou – in de ogen van de deelnemers aan de veldtest en de geraadpleegde sleutelpersonen – met een bescheiden frequentie zou kunnen plaatsvinden. Hierbij kan gedacht worden aan eens in de 2 tot 5 jaar. Dit zou de kosten kunnen beperken.

# 1 Inleiding

Dit rapport heeft betrekking op een veldtest, waarbij wordt gekeken naar de mogelijkheden voor implementatie van een vragenlijst die de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief meet: de Consumer Quality Index (CQ-index) huisartsenzorg. In dit inleidende hoofdstuk worden allereerst de achtergronden bij het onderzoeksproject en de ontwikkeling van de CQ-index Huisartsenzorg beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de doel- en vraagstellingen van het onderzoek en wordt een korte toelichting op deze vraagstellingen gegeven (paragraaf 1.2). Daarna komen de relevantie van het onderzoek (paragraaf 1.3) en de wijze waarop het onderzoek is vormgegeven (paragraaf 1.4) aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de opbouw van dit eindverslag is weergegeven.

## 1.1 Achtergronden bij de veldtest

In 2008 verschenen twee rapporten over het meten van klantervaringen in de huisartsenpraktijk. Het eerste rapport van Meuwissen en De Bakker (2008) betreft de ontwikkeling van de CQI Huisartsenpraktijk. Het tweede rapport van dezelfde auteurs is meer algemeen van aard en gaat in op de ervaringen tot nu toe opgedaan met CQ-index en andere, vergelijkbare meetinstrumenten. Op basis van deze ervaringen wordt een visie ontwikkeld om te komen tot een samenhangende informatievoorziening in de eerstelijnszorg, met een belangrijke rol voor de CQI meetinstrumenten (Meuwissen en De Bakker, 2008). We vatten de belangrijkste conclusies van beide rapporten kort samen.

Het ontwikkelrapport van de CQI huisartsenzorg leert ons dat het meetinstrument modulair is opgebouwd en 69 items telt, waarvan 55 vragen die betrekking hebben op de ervaringen van patiënten met de huisartspraktijk. Onderdelen van de vragenlijst zijn gericht op het eerste contact met de huisartspraktijk (toegankelijkheid + rol assistente), op het contact met de huisarts (bejegening, communicatie, zorg op maat) en op de contacten met andere zorgverleners in de praktijk (samenwerking en deskundigheid, bejegening, zorg op maat). De psychometrische eigenschappen van de CQI Huisartsenzorg zijn ‘goed tot uitstekend’; hetzelfde geldt voor het onderscheidend vermogen. Met de CQI Huisartsenzorg kunnen op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk verantwoorde manier (statistisch) significante verschillen tussen praktijken worden vastgesteld met betrekking tot de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg, zodat CQI-informatie verzameld met behulp van dit meetinstrument in principe geschikt is als stuur- en verbeterinformatie, keuze-informatie, benchmarkinformatie en inkoopinformatie. De huisartsen die hebben meegewerkt aan de ontwikkeling van de CQI Huisartsenzorg herkende zich in het algemeen in de gepresenteerde CQI onderzoeksbevindingen, zouden mee willen doen aan een vervolgtraject op basis van CQI-uitkomsten en zouden bereid

zijn het meetinstrument aanbevelen bij collega-huisartsen buiten hun praktijk. Wel werden kanttekeningen geplaatst bij de wijze waarop CQI-informatie wordt gepresenteerd aan de huisartsenpraktijken ten behoeve van verbeteractiviteiten.

Wordt gekeken naar de toepassing van CQI meetinstrumenten in meer algemene zin, dan is een belangrijke conclusie van het rapport van Meuwissen en De Bakker (2008) dat er bij de verschillende stakeholders een positieve grondhouding is ten opzichte van de introductie van de CQI in de eerstelijnszorg. Naast deze positieve oordelen noemen Meuwissen en De Bakker een aantal belangrijke aandachtspunten voor een landelijke implementatie van CQI meetinstrumenten in met name de eerstelijnszorg. Deze aandachtspunten hebben vooral te maken met de omvang van de eerstelijnszorg en de wijze waarop deze sector is georganiseerd in de vorm van relatief kleinschalige praktijken en vaak mono-disciplinair georganiseerde voorzieningen. Zij betreffen het ontbreken van referentiegegevens, het ontbreken aan kennis over het concrete keuzegedrag van zorggebruikers en het ontbreken van meer methodologische kennis over hoe CQI meetinstrumenten tegen minder kosten uitgezet kunnen worden zonder in te boeten op representativiteit en a-selectiviteit van de gegevens. Belangrijke voordelen van CQI meetinstrumenten zijn: de standaardisatie van meetinstrumenten waardoor het mogelijk wordt binnen beroepsgroepen en zorgverleners de ervaringen van cliënten te vergelijken, de vergelijkbaarheid van ervaringsgegevens tussen sectoren, het feit dat CQI meetinstrumenten vragen naar ervaring en het belang dat aan kwaliteitsaspecten wordt toegekend, de mogelijkheid te corrigeren voor verschillen in case-mix voor een eerlijker vergelijking en het feit dat CQI informatie voor meerdere doeleinden gebruikt kan worden en in meerdere informatiebehoeften voorziet. Een van de slotconclusies van het rapport van Meuwissen en De Bakker is dat het aanbeveling verdient te onderzoeken welke methodes er te vinden zijn om de dataverzameling met CQI meetinstrumenten minder kostbaar te maken. Daarbij kan, met betrekking tot de CQI Huisartsenzorg, worden voortgebouwd op de ervaringen opgedaan bij het ontwikkeltraject van de CQI Huisartsenzorg (Meuwissen en De Bakker, 2008).

De CQI Huisartsenzorg maakt deel uit van de Consumer Quality Index (CQI) meetinstrumenten; een familie van meetinstrumenten die zijn voortgekomen uit de CAHPS (Consumer Assessment of Health Providers and Services) vragenlijsten (zie: <http://www.cahps-sun.org/home/index.asp>, Hays e.a., 1999; Hargraves e.a., 2003; Guadagnoli, 2000; Zaslavsky, 2002) en de QUOTE (QUality Of care Through the Patient's Eyes) vragenlijsten (zie Van Campen e.a., 1997; Sixma e.a., 1998; Sixma e.a., 2000; Van Eijk e.a., 2001). CQI meetinstrumenten richten zich op de concrete **ervaringen** van consumenten van zorg en beschouwen kwaliteit van zorg als een multi-dimensioneel begrip, waaraan verschillende thema's en per thema verschillende kwaliteitsaspecten kunnen worden onderscheiden. Ook wordt aandacht geschonken aan het belang dat door zorggebruikers aan kwaliteitsaspecten wordt toegekend. Toepassing van CQI meetinstrumenten (steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage) geschiedt volgens een geprotocolleerde aanpak en kan resulteren in zorginkoopinformatie, verbeterinformatie, vergelijkingsinformatie en keuze-informatie. Er zijn algemene CQI vragenlijsten ontwikkeld zoals de CQI over ervaringen van verzekerden met zorg en de zorgverzekeraars (Hendriks e.a., 2005), sectorspecifieke CQI instrumenten zoals voor de verpleeg- en thuiszorg (Wiegers e.a., 2007), fysiotherapeuten

(Sonsbeek e.a., 2006) en farmacie (Vervloet e.a., 2007), aandoeningspecifieke CQI meetinstrument zoals bijvoorbeeld voor mensen met diabetes (Stubbe e.a., 2007) of reumatoïde artritis (Zuidgeest e.a., 2007) en CQI meetinstrumenten die zich richten op specifieke ingrepen zoals staaroperaties (Brouwer e.a., 2006) en borstoperaties (Damman e.a., 2009). De CQI Huisartsenzorg kan worden gezien als een sectorspecifiek meetinstrument.

De introductie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland kan worden gezien als een belangrijke innovatie op weg naar meer transparantie in de zorg en het meer patiëntgericht maken van de huisartsenzorg in Nederland. Volgens Rogers worden innovaties gekenmerkt door vijf elementen:

- 1 de mate waarin een innovatie wordt gezien als voordelig door de gebruikers waarvoor ze is bestemd en de mate waarin oplossingen worden geboden voor de problemen die worden ervaren: het relatieve voordeel;
- 2 de mate waarin een innovatie overeenstemt met bestaande waarden, ervaringen en werkprocessen van potentiële gebruikers: de inpasbaarheid of compatibility
- 3 de mate waarin de innovatie gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken is: de complexiteit;
- 4 de mate waarop de innovatie door een gebruiker eerst op relatief kleine schaal kan worden doorgevoerd en aan te passen is aan de individuele omstandigheden: de testbaarheid of trialability;
- 5 de mate waarin de innovatie zichtbaar is voor de buitenwereld: de zichtbaarheid of observability (Rogers, 2003; zie ook Schrijvers, 2005).

Daarbij worden vijf typen gebruikers onderscheiden: de vernieuwers (innovators), de vroege volgers (early adoptors), de vroege meerderheid (early majority), de rest van de meerderheid (late majority) en de laatkomers (laggards). Het feit dat vanuit deze theorie wordt benadrukt dat innovaties niet in één keer op één moment geïntroduceerd kunnen worden en dat het verstandig is om op relatieve kleine schaal te beginnen, maken deze theorie bij uitstek geschikt om vanuit deze optiek te kijken naar de introductie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland. Daarbij zal, door gebruikmaking van de techniek van SWOT-analyses, op zowel het niveau van individuele huisartspraktijken (microniveau) als van landelijke organisaties (macroniveau) gekeken worden naar de Sterke (Strong) punten, de zwakke (Weak) punten, de kansen (Opportunities) en de bedreigingen (Threats) die gemoeid zijn met de introductie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland.

Introductie van de CQI Huisartsenzorg past binnen het beleid van het Ministerie van VWS om CQI meetinstrumenten in te zetten als een nationale standaard voor het meten van klantervaringen in de sector van de gezondheidszorg. Gelet op de omvang van de sector van de huisartsenzorg en de vragen die er nog bestaan met betrekking tot de meest kostenefficiënte wijze van toepassing van CQI meetinstrumenten wordt gekozen voor een stapsgewijze introductie. Onderhavig project richt zich op de eerste stap van dit proces: de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in een pilotregio.

## 1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek

Doel van het project is te komen tot concrete voorstellen voor de implementatie van de CQI-Huisartsenzorg in alle huisartsenpraktijken in Nederland op basis van de resultaten van een veldtest uitgevoerd in een pilotproject. In deze regionale pilot wordt de CQI Huisartsenzorg toegepast in individuele huisartspraktijken, waarbij verschillende manieren van dataverzameling worden vergeleken op hun logistieke, methodologische en kosten-gerelateerde eigenschappen.

De concrete onderzoeksvragen die worden beantwoord hebben betrekking op:

- 1 de te volgen methodologie bij de steekproeftrekking en dataverzameling bij de CQI Huisartsenzorg;
- 2 de validiteit van de CQI Huisartsenzorg;
- 3 het proces van implementatie van de CQI Huisartsenzorg.

Met betrekking tot de te volgen **methodologie bij de steekproeftrekking en dataverzameling** zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

- 1 *‘Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende manieren waarop de CQI Huisartsenzorg verspreid kan worden met betrekking tot de logistiek, de respons, de kwaliteit van de data en de kosten van dataverzameling?’*
- 2 *‘Op welke wijze kunnen ICT en internettoepassingen een bijdrage leveren aan de realisatie van een onafhankelijke steekproeftrekking en een zo efficiënt mogelijke dataverzameling en terugrapportage?’*

### **Toelichting**

Met de CQI huisartsenzorg is er een instrument beschikbaar, waarmee op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk gevalideerde manier de ervaringen van zorggebruikers met betrekking tot de prestaties van huisartspraktijken kunnen worden gemeten. Aan metingen met behulp van CQI instrumenten worden hoge eisen gesteld, zowel wat betreft de steekproeftrekking, de dataverzameling, de te volgen analysemethoden als de wijze van rapporteren. De eisen zijn neergelegd in het handboek CQI meetinstrumenten (Sixma e.a., 2008). De onderzoeksvragen 1 en 2 zijn bedoeld om, met behulp van de resultaten van kwantitatief onderzoek in de pilotregio, gedetailleerd inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van drie alternatieve methoden van dataverzameling in vergelijking met de standaard CQI-aanpak. Daarbij zal, via een SWOT analyse, gekeken worden naar zowel de logistiek, de respons, de inhoud van de meetresultaten en de kosten verbonden aan de verschillende methoden van dataverzameling. Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt voortgebouwd op de resultaten van ander onderzoek waarbij is gekeken naar verschillende vormen van dataverzameling met behulp van CQI vragenlijsten (Zuidegeest e.a., 2008; Van Linschoten e.a., 2008).

Met betrekking tot de **validiteit van de CQI Huisartsenzorg** worden de volgende onderzoeksvragen gesteld en beantwoord:

- 3 *‘Hoe verhouden zich de resultaten die worden verkregen bij toepassing van de CQI Huisartsenzorg tot de resultaten verkregen bij toepassing van het EUROPEP-meetinstrument?’*
- 4 *‘Hoe verhouden de resultaten die in de pilotregio worden verkregen via implementatie van de CQI Huisartsenzorg zich tot de referentiegegevens verzameld bij een onderzoek dat door de Stichting Miletus is uitgevoerd met de CQI Huisartsenzorg?’*

### **Toelichting**

Patiëntenraadplegingen in het kader van de NHG-praktijkaccreditatie vinden op dit moment plaats met behulp van de EUROPEP vragenlijst (Grol, 2000). Deze vragenlijst is beperkt van omvang en richt zich op de mening van patiënten via een oordeel over 22 kwaliteitsaspecten. EUROPEP-vragenlijsten worden uitgereikt in de huisartspraktijk aan 30 patiënten. Onbekend is in hoeverre EUROPEP-vragenlijsten discrimineren tussen huisartspraktijken. Met onderzoeksvragen 3 en 4 wordt inzicht verkregen in de validiteit van de CQI Huisartsenzorg in vergelijking tot zowel de EUROPEP vragenlijsten als de (landelijke) referentiegegevens voor de CQI Huisartsenzorg die zijn verzameld door de Stichting Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars in Nederland. Overigens geldt dat de ontwikkeling van de CQI Huisartsenzorg mede is gebaseerd op de inhoud van de EUROPEP vragenlijst. De gegevens met betrekking tot het onderzoek van de Stichting Miletus zijn in de loop van 2010 beschikbaar gekomen en betreffen een deel van een steekproef van 14.000 patiënten van huisartspraktijken verspreid over geheel Nederland. Behalve dat wordt gekeken naar de validiteit van de CQI Huisartsenzorg, zal ook worden gekeken naar de praktische toepasbaarheid van het meetinstrument in vergelijking tot de EUROPEP. Bij deze praktische bruikbaarheid zal met name worden ingegaan op de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten in de vorm van verbeterinformatie, stuurinformatie, benchmarkinformatie en keuzeinformatie.

Met betrekking tot het **proces van implementatie** zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

- 5 *‘Welke mogelijkheden biedt het door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde proces van accreditering van huisartspraktijken voor de implementatie van de CQI Huisartsenzorg; is integratie van de CQI Huisartsenzorg in dit proces van accreditering mogelijk, welke problemen treden hierbij op en welke oplossing zijn daarbij voorhanden?’*
- 6 *‘Wat is het draagvlak van de CQI Huisartsenzorg onder huisartsen in Nederland en op welke manieren kunnen huisartsen een actieve bijdrage leveren aan de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland?’*

- 7 *‘Zijn er, naast verspreiding van de CQI Huisartsenzorg via het NHG accreditatietraject, andere manieren waarop dit meetinstrument kan worden geïmplementeerd binnen de huisartsenzorg in Nederland?’*

### ***Toelichting***

In 2005 is de NHG-praktijkaccreditering® gestart. Doelstelling van deze praktijkaccreditering is het waarborgen van de continuïteit van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk. Huisarts(en) en praktijkmedewerkers kunnen door deel te nemen aan praktijkaccreditering voor alle partijen in de gezondheidszorg – patiënten, hulpverleners, zorgverzekeraars en overheid – zichtbaar maken dat zij systematisch werken aan kwaliteitsverbetering. Het instrument van praktijkaccreditatie is in 2008 een nieuwe driejarige cyclus ingegaan, waarbij de indicatoren van het Visitatie-Instrument voor de Accreditering (VIA) gedeeltelijk zijn herzien. Inhoudelijk is de procedure van de NHG-praktijkaccreditering® in de loop van 2005-2008 hetzelfde gebleven. (zie Witmer e.a., 2005), de administratieve en logistieke uitvoering van het traject zijn door het NHG overgedragen aan de NHG Praktijk Accreditering b.v. (NPA). Ondersteuning van de huisartspraktijken bij toepassing van het VIA vindt plaats via praktijkconsulentes en/of de regionale ondersteuningsstructuren (NHG, 2008). Een van de onderdelen van de VIA betreft het oordeel van patiënten over de praktijkorganisatie en de praktijkvoering. Patiëntenraadplegingen vinden op dit moment plaats met behulp van patiënten-vragenlijsten die sinds 2005 onderdeel vormen van de VIA, waaronder de EUROPEP vragenlijst (Grol, 2000).

De onderzoeksvragen 5 t/m 7, die gericht zijn op de mogelijkheden om de CQI Huisartsenzorg te implementeren in Nederland, hebben met name betrekking op implementatie via het accrediteringstraject van het NHG en het draagvlak voor een dergelijke implementatie bij de huisartsen in Nederland. Ter beantwoording van deze beleidsmatig gerichte onderzoeksvragen zal worden voortgebouwd op onderzoek dat reeds is verricht rond de implementatie van CQI meetinstrumenten (zie Meuwissen en De Bakker, 2008). Tevens zal worden gezocht worden naar alternatieve mogelijkheden de CQI Huisartsenzorg te implementeren, bijvoorbeeld via zorgverzekeraars.

## **1.3 Verwachte resultaten en toepassingen**

De antwoorden op de onderzoeksvragen moeten resulteren in concrete voorstellen voor de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland. Deze antwoorden zullen betrekking hebben op de te volgen methode van dataverzameling, de kosten verbonden aan de logistieke afname van de CQI Huisartsenzorg en de wijze waarop het proces van implementatie het beste kan worden vormgegeven.

Behalve dat het onderzoek antwoord zal geven op de vragen die concreet betrekking hebben op de verdere introductie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland, hebben de resultaten van het onderzoek ook een meer algemene uitstraling. In meer algemene zin wordt inzicht verkregen in de toepassingmogelijkheden voor CQI meetinstrumenten in de



eerstelijnszorg, met name waar het gaat om de meest kostenefficiënte manier waarop CQI meetinstrumenten het beste kunnen worden afgenomen.

## 1.4 Korte schets van de opzet van het onderzoek

Het onderzoek is ingericht rondom de drie groepen van onderzoeksvragen:

- 1 vragen met betrekking tot de methodologie van steekproeftrekking en dataverzameling;
- 2 vragen met betrekking tot de validiteit van de CQI Huisartsenzorg;
- 3 vragen met betrekking tot het proces van implementatie.

Met betrekking tot de onderzoeksvragen rond de methodologie van steekproeftrekking en dataverzameling zijn vier varianten van dataverzameling getest en geëvalueerd, waarbij met name ook wordt gekeken naar het kostenaspect verbonden aan de verschillende toepassingsmogelijkheden. Bij de vragen rond de validiteit en praktische toepasbaarheid van de CQI Huisartsenzorg is vooral gekeken naar de verschillen en overeenkomsten in de uitkomsten op basis van de CQI huisartsenzorg en de EUROPEP en hun toepasbaarheid in projecten gericht op kwaliteitsverbetering. Met betrekking tot de onderzoeksvragen die zich richten op het proces van implementatie zal de nadruk liggen op het draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg.

### *Methodologie van steekproeftrekking en validiteit CQI Huisartsenzorg*

De onderzoeksvragen 1 t/m 4 worden beantwoord met behulp van de resultaten verkregen via een veldtest met vier zogenaamde ‘**proefopstellingen**’ waarbij elke proefopstelling wordt toegepast in tien huisartsenpraktijken. Centraal doel van deze proefopstellingen is het opdoen van ervaring met verschillende vormen van toepassing van de CQI-huisartsenzorg en het komen tot een sterkte/zwakte analyse van verschillende modellen, inclusief kosten en opbrengsten.

Het resultaat van de proefopstellingen moet uiteindelijk zijn:

- CQI-meting en rapportage in 40 huisartsenpraktijken (200 patiënten per praktijk);
- uitmondend in acties tot kwaliteitsverbetering;
- evaluatie van kosten, opbrengsten, risico's bij implementatie per proefopstelling;
- rapportage per proefopstelling in de vorm van een ‘business-case’;
- dataset voor statistische evaluatie.

Doelpopulatie van het onderzoek zijn in alle vier de proefopstellingen patiënten van de betreffende huisartspraktijk in de leeftijdsklasse van 18 tot 70 jaar die in het kwartaal voorafgaand aan de steekproeftrekking minimaal één keer voor een consult of een visite bij de huisarts zijn geweest. De steekproef van 40 benodigde huisartspraktijken zijn in principe aselekt getrokken uit het bestand van huisartspraktijken in de te kiezen pilotregio. We beschrijven elk van de vier opstellingen wat meer in detail.

### **1. CQI conform CKZ draaiboek**

In 10 praktijken wordt de meting uitgevoerd conform de voorschriften neergelegd in het handboek van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) voor de toepassing van CQI meetinstrumenten (Sixma e.a., 2008) met behulp van een volledig schriftelijke dataverzameling. Dit is het basismodel voor de toepassing van de CQI, waarbij in dit

deelonderzoek vooral zal worden gekeken naar de verhouding tussen kosten en baten van de methode.

## **2. CQI mixed mode**

Het via internet aanbieden van de CQI kan een belangrijke kostenbesparing opleveren (zie Zuidgeest e.a., 2008). In andere CQI-sectoren is gewezen op nadelen inzake selectieve respons. Een 'mixed mode', waarin zowel de vragenlijst schriftelijk als online wordt aangeboden, biedt mogelijkheden na te gaan of het online aanbieden bij de CQI Huisartsenzorg leidt tot vertekening en of eventuele vertekening opweegt tegen mogelijke besparingen. Het veldwerk vindt opnieuw plaats conform de voorschriften neergelegd in de handboeken voor de ontwikkeling en toepassing van CQI meetinstrumenten van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ).

## **3. CQI uitreiken in de praktijk**

In 10 praktijken wordt de CQI uitgereikt door de huisarts. De patiënten worden random benaderd op basis van een protocol dat controle op selectief uitreiken en selectieve respons mogelijk maakt. Met deze methode is in het kader van de CQ-index Farmacie ervaring opgedaan door ARGO en NIVEL (Van Linschoten e.a., 2008). Belangrijke vraag is of potentiële voordelen (het gemak van uitreiken, geringe kosten) opwegen tegen de nadelen (weinig instrumentele karakter)

## **4. CQI elektronisch op locatie**

In de vierde en laatste proefopstelling (10 praktijken) staat centraal hoe eventuele drempels bij elektronische dataverzameling kunnen worden verlaagd. Patiënten krijgen de gelegenheid om in de praktijk, op een speciaal daarvoor ingerichte plek de CQI op een 'zuil' met pc in te vullen. Uitnodiging van respondenten vindt plaats volgens een vergelijkbaar protocol als bij opstelling 3. Ook worden controles op selectief uitdelen en respons uitgevoerd.

Per model is een evaluatie uitgevoerd waarbij vooral is gekeken naar de sterktes en de zwaktes van elk van de modellen. Aan deze evaluatie is deelgenomen door vertegenwoordigers van de 40 deelnemende huisartspraktijken in de pilotregio, vertegenwoordigers van regionale huisartsverenigingen, vertegenwoordigers van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). Daarnaast zijn interviews gehouden met andere stakeholders zoals zorgverzekeraars, koepelorganisaties, vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties en vertegenwoordigers van regionale samenwerkingsverbanden van huisartsen. Met behulp van de resultaten van deze evaluatie worden de onderzoeksvragen 1 t/m 3 beantwoord.

Inzicht in de wijze waarop de resultaten uit de veldtest in de pilotregio zich verhouden tot de referentiegegevens die worden ontwikkeld in de pilot van de Stichting Miletus, wordt verkregen door de gegevens uit beide onderzoekspopulaties met elkaar te vergelijken. Met behulp van de uitkomsten van deze analyses wordt onderzoeksvraag 4 beantwoord.

### ***Proces van implementatie***

De onderzoeksvragen 5 t/m 7, die betrekking hebben op het proces van implementatie van de CQI Huisartsen, zullen eveneens worden beantwoord met behulp van een combinatie van onderzoeksmethoden. Voortbouwend op deskresearch en de reeds aanwezige onderzoeksliteratuur (zie bijvoorbeeld: Meuwissen en De Bakker, 2008) zijn interviews gehouden met een aantal sleutelfiguren, waarbij de gesprekspartners bestonden uit vertegenwoordigers van landelijke of regionale koepelorganisaties van huisartsverenigingen en patiëntenorganisaties. Daarnaast zijn groepsbijeenkomsten georganiseerd met de huisartsen in de pilotregio's en is bij de deelnemende huisartsen in de pilotregio's een korte, on-line vragenlijst worden afgenomen om het draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg te peilen.

Gedurende het project zijn werkconferenties met vertegenwoordigers van de deelnemende huisartsen in de pilotregio georganiseerd, waarbij de onderzoeksresultaten zijn gepresenteerd en gesproken is op de voor- en nadelen van de verschillende implementatiemogelijkheden. Daarnaast zijn resultaten van de veldtest onderwerp van bespreking geweest tijdens een aantal bijeenkomsten met vertegenwoordigers van het NHG en andere stakeholders. Tijdens deze besprekingen is daarnaast gekeken naar de mogelijkheden voor landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg als standaard meetinstrument voor patiëntervaringen in de huisartsenzorg.

## **1.5 Opbouw van het rapport**

Het project is ingericht rondom de drie groepen van onderzoeksvragen:

- 1 vragen met betrekking tot de methodologie van steekproeftrekking en dataverzameling;
- 2 vragen met betrekking tot de validiteit van de CQI Huisartsenzorg;
- 3 vragen met trekking tot het proces van een landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg.

De indeling van dit rapport volgt deze drie groepen onderzoeksvragen.

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de resultaten van de vier proefopstellingen waarbinnen de CQI Huisartsenzorg is geïntroduceerd. Daarbij wordt vooral gekeken naar de sterke en zwakke punten van het meetinstrument, met inbegrip van het kostenaspect.

In hoofdstuk drie wordt gekeken naar de resultaten van het onderzoek naar de validiteit van de CQI Huisartsenzorg. Hierbij worden de resultaten met betrekking tot de CQI Huisartsenzorg vergeleken met de resultaten verzameld via de, in dezelfde praktijken afgenomen, EUROPEP vragenlijsten.

In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de uitkomsten van de interviewronde langs sleutelpersonen, waarin de landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg centraal stond.

Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk met de samenvattende conclusies van het onderzoek en de aanbevelingen.



## 2 Implementatie via vier proefopstellingen

In dit hoofdstuk worden de methode van onderzoek en de informatiebronnen beschreven. De onderzoeksvragen 1 t/m 4 worden beantwoord met behulp van de resultaten verkregen via een veldtest met vier ‘proefopstellingen’ bij elk 10 huisartsenpraktijken. Centraal doel van deze proefopstellingen is het opdoen van ervaring met verschillende vormen van toepassing van de CQI Huisartsenzorg en het komen tot een sterkte/zwakte analyse van verschillende modellen, inclusief kosten en opbrengsten. In alle vier de proefopstellingen liep het meetinstrument EUROPEP mee om een vergelijking in uitkomsten mogelijk te maken.

### 2.1 Aanpak van de evaluatie

Per model is een evaluatie uitgevoerd, waarbij is gekeken naar de sterktes, de zwaktes, de kansen en de bedreigingen van elk van de vier modellen. Respondenten voor de evaluatie waren de deelnemende huisartsen. Daarnaast wordt gerapporteerd op basis van informatieverzameling bij vertegenwoordigers van regionale huisartsverenigingen, vertegenwoordigers van de LHV en het NHG, maar ook andere stakeholders zoals zorgverzekeraars, koepelorganisaties, vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties en experts.

Voor wat betreft de vier proefopstellingen komen per proefopstelling de volgende onderwerpen aan de orde:

- non respons en gevolgen;
- kosten en opbrengsten;
- tijdsinvestering huisarts;
- kosten materieel;
- resultaten: acties kwaliteitsverbetering;
- evaluatie door de huisarts;
- risico's voor implementatie;
- borgen betrouwbaarheid en eventuele beïnvloeding;
- inbedding in het kwaliteitssysteem van de huisarts.

#### *Tijdsregistratie*

Door middel van tijdsregistratie is de tijdsinvestering van de huisartsenpraktijk en het onderzoeksbureau in kaart gebracht. Aan de bestede tijd werden de volgende globale uurtarieven gehangen:

- huisarts €65,-
- assistente €40,-

- extern senior onderzoeker €100,-
- externe onderzoeksondersteuning €65,-

### ***Logboek***

Gedurende het project werd per deelnemende huisartspraktijk een elektronisch ‘logboek’ bijgehouden waarin bijzonderheden over verloop van het onderzoek werden genoteerd.

### ***Online enquête***

Met een online enquête onder deelnemende huisartsen is informatie verzameld over praktijkkenmerken, uitvoering, verloop en kwalitatieve aspecten van kosten en opbrengsten. De online enquête vond plaats op het moment dat het veldwerk werd afgerond.

### ***Workshops***

In workshops met huisartsen werd de rapportage besproken op opbrengsten en sterke en zwakke punten, en werd aan de hand van een aantal stellingen en vragen aandacht besteed aan kosten, opbrengsten en implementatie van onderzoek met de CQI Huisartsenzorg. Hiermee werd informatie verzameld ter beantwoording van onderzoeksvragen de implementatie van de CQI Huisartsenzorg.

## **2.2 Werving van huisartspraktijken**

De werving van huisartspraktijken vond plaats in het noorden des lands: Groningen, Friesland, Overijssel, Drenthe en Flevoland. Bij de definitie van ‘praktijk’ werd als criterium gehanteerd daar waar de patiënt was ingeschreven. Bij een gezondheidscentrum met meerdere huisartsen was het afhankelijk van deze inschrijving of één of meer praktijken aan het onderzoek konden meedoen.

Bij aanvang van het project werd beoogd om door middel van een steekproef een representatieve afspiegeling van huisartspraktijken te krijgen. Al snel bleek dat dit te ambitieus was en dat er hard moest worden gewerkt om de pilot bij huisartsen in beeld te krijgen. Teneinde hen te ‘verleiden’ aan de pilot mee te doen. Via twee ingangen zijn vervolgens huisartsen benaderd. Via de Regionale ondersteuningsorganisaties (ROS Friesland, Progez en Elann) en via de LHV-Noord. Met deze partijen is overleg gevoerd teneinde bestuurlijke toestemming (LHV) te verkrijgen, waarna via ROS en LHV-Noord een mailing kon plaatsvinden. Ondersteunende communicatie werd via de ROS en LHV in een nieuwsbrief geboden (juni/juli 2009). Deze aanpak leverde enige, maar onvoldoende initiële respons op. Daarop zijn de huisartsenpraktijken in september en oktober afzonderlijk benaderd. Ook dit gebeurde na afstemming met LHV-Noord.

Uiteindelijk konden de startbijeenkomsten eind november 2009 plaatsvinden, 3 maanden later dan beoogd. De redenen voor het langzame verloop van de werving zijn:

- 1 Een zorgvuldige afstemming met LHV en ROS werd als essentieel gezien; het verkrijgen van bestuurlijk draagvlak vroeg door zomervakantie en vergaderschema's meer tijd dan beoogd.

- 2 In het najaar van 2009 trok de griep pandemie zeer veel aandacht. De organisatie en uitvoering van de landelijke inentingscampagne blokkeerde bij veel huisartsen de agenda's voor overige activiteiten.
- 3 De besluitvorming door de individuele huisarts, al dan niet in samenwerking met collega's en assistenten in de praktijk, vroeg soms veel tijd.

## 2.3 Privacy

Bij aanvang van het onderzoek werd de huisartsen in de steekproefvarianten (proefopstellingen 1 en 2) gevraagd of men zelf de verzending van uitnodigingsbrieven en vragenlijsten wilde uitvoeren of dit wilde uitbesteden aan ARGO. De meeste deelnemers kozen voor uitbesteding en ook de huisartsen die aanvankelijk de verzending zelf wilden verzorgen kozen, nadat instructie had plaatsgevonden, alsnog voor verzending door ARGO.

Op basis van een instructie werd een steekproef getrokken die aan de volgende eisen voldeed:

- geboortjaar tussen 1939 t/m 1991
  - laatste contactdatum na 15 augustus 2009
  - aard contact: visite, consult, telefonisch spreekuur. Uitsluitend vaccinatie verwijderen
- Afwezigheid van:
- dementie of ernstige psychische stoornissen
  - terminale zorg of andere zwaarwegende medische factoren

Om tegemoet te komen aan eisen inzake vertrouwelijkheid van persoonsgegevens werden de volgende maatregelen genomen:

- 1 De deelnemende huisarts ontving vanuit het project een getekende geheimhoudings-overeenkomst.
- 2 Er vond een juridische toetsing plaats, met als uitkomst dat het ter beschikking stellen van algemene NAW-patiëntgegevens was toegestaan mits e.e.a. gebeurt (a) ten behoeve van kwaliteitsverbetering en wetenschappelijk onderzoek en (b) in algemene zin wordt gecommuniceerd naar de patiënten. Om aan dit laatste te voldoen werd een wachtkamerposter opgesteld en opgehangen in de deelnemende praktijken; ook met een algemene mededeling op de website van de praktijk kon aan dit 'transparantievereiste' worden voldaan.

## 2.4 Steekproeftrekking

Om de huisartsen zelf de steekproeftrekking te laten verrichten werd een instructie opgesteld. Omdat er verschillende huisartsinformatie systemen in de onderzoeksgroep werden gebruikt, en de mogelijkheden daarnaast per systeem bleken af te hangen van versie en aard van het abonnement, werd de haalbaarheid in een individueel bezoek per praktijk onderzocht. Hierop wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

## 2.5 De onderzoeksgroep

Uiteindelijk leverde de werving 44 deelnemende praktijken op, minimaal 10 per proefopstelling. In onderstaande tabellen is een aantal kenmerken van de 44 deelnemende huisartspraktijken weergegeven. De gegevens zijn gebaseerd op een online enquête die door 34 huisartsen werd ingevuld; 10 huisartsen hebben de vragen ook na een reminder niet beantwoord.

Voor het overgrote deel is de praktijkgrootte bij alle vier de proefopstellingen tussen de 2.000 en 4.000 patiënten. Bij elk van de proefopstellingen waar de Dillman methode met steekproeftrekking werd toegepast (#1 en #2) heeft een grote (>10.000 patiënten) praktijk meegedaan; bij de ‘uitdeelvarianten’ (#3 en #4) waren enkele kleinere praktijken (<2.000 patiënten) betrokken.

Tabel 2.1 Omvang van de patiëntenpopulatie naar proefopstelling

	proefopstelling			
	#1	#2	#3	#4
<2.000 patiënten	0	0	3	3
2.000 - 4.000 patiënten	6	7	7	3
4.000 - 6.000 patiënten	1	1	0	0
6.000 - 8.000 patiënten	0	0	1	0
8.000 - 10.000 patiënten (5)	0	0	0	0
>10.000 patiënten	1	1	0	0
sbtotaal	8	9	11	6
mssing	2	1	3	4
ttaal	10	10	14	10

(n=34; missing = 10)

De huisartsen is gevraagd om de patiëntenpopulatie globaal te typeren (tabel 2.2). De samenstelling in de verschillende proefopstellingen is vergelijkbaar op de kenmerken ‘relatief veel ouderen’ en ‘stedelijk’. Er zijn verschillen wat betreft opleidingsniveau: bij de proefopstellingen met de Dillman-methode typeren de praktijken de populatie vaker als relatief laag opgeleid. Eventuele effecten van deze verschillen in samenstelling zullen worden onderzocht in verdere de analyse van de patiëntervaringsgegevens.

Voor de meeste deelnemers was het de eerste keer dat men aan een onderzoek naar patiëntervaringen meedeed (tabel 2.3). Voor zover men eerdere ervaringen had, was dit veelal met een andere vragenlijst dan de CQ-Index of de EUROPEP. Het aantal door de NPA geaccrediteerde praktijken is laag.



Tabel 2.2 Globale typering patiëntenpopulatie door huisarts

	proefopstelling #			
	#1	#2	#3	#4
relatief veel ouderen (65+)	4	5	5	4
relatief veel gezinnen met jonge kinderen	2	1	3	2
relatief veel jongeren (21-)	1	0	0	0
relatief laag opleidingsniveau	3	2	2	0
relatief hoog opleidingsniveau	0	0	2	1
stedelijk	2	5	4	4
platteland	3	4	4	0
module achterstandsfonds	0	0	0	0

(n=34; > 1 antwoord mogelijk)

Tabel 2.3 Heeft de praktijk eerder meegedaan aan onderzoek naar patiëntervaringen?

	proefopstelling			
	#1	#2	#3	#4
ja, met de EUROPEP (accreditatie)	0	0	0	0
ja, met CQ-index	2	0	0	0
ja, met andere vragenlijst	4	4	1	2
nee	3	5	10	4
is uw praktijk geaccrediteerd door NPA?				
ja	1	1	0	1
nee	7	8	10	5
totaal	8	9	11	6

(n=34; missing = 10)

Alle praktijken zijn bezocht voor een ‘startbijeenkomst’. Met de huisarts en de assistente werd het doel van het onderzoek doorgenomen en werden de specifieke aandachtspunten rond de betreffende proefopstelling doorgenomen. Daartoe werd een checklist gehanteerd. Voor communicatie naar patiënten was een poster en flyer beschikbaar. In de volgende vier paragrafen worden de ervaringen met vier proefopstellingen gerapporteerd. Eerst wordt de methode van veldwerk beschreven, daarna de kosten en opbrengsten.

## 2.6 Beschrijving proefopstelling 1: Dillman schriftelijk

### *CQI conform CKZ draaiboek*

In 10 praktijken is het CQI onderzoek uitgevoerd conform de voorschriften CKZ (Sixma e.a., 2008). Dit is het basismodel voor de toepassing van de CQI. In proefopstelling 1 vonden de volgende activiteiten plaats:

- a startbijeenkomst per praktijk;
- b schriftelijke dataverzameling met de CQI vragenlijst bij een steekproef van 200 patiënten (Dillman methode);

- c dataverzameling bij 30 patiënten met de EUROPEP, uitgereikt volgens protocol;
- d rapportage per praktijk;
- e workshop met ca 10 andere huisartsen;
- f online evaluatie.

### 2.6.1 *Verloop proefopstelling 1*

#### **Steekproeftrekking**

De steekproeftrekking verliep moeizaam. Op voorhand gaf een aantal praktijken aan de steekproef zelf te willen trekken, maar toen de specificaties vanuit het onderzoeksbureau werden aangereikt bleek ‘maatwerk’ nodig. De HIS-software levert lijsten en overzichten ten behoeve van de praktijkvoering, maar niet ten behoeve van steekproeftrekking en wetenschappelijk onderzoek. Alle aandacht was er vervolgens op gericht om lijsten met patiënten te verkrijgen die aan de gestelde criteria voldeden. Voor een aantal HIS-systemen kon expertise bij collega’s worden ingeschakeld teneinde deze patiëntlijsten te genereren.

Waar mogelijk werden de instructies uitgeschreven ten behoeve van het samenstellen van deze lijsten bij andere huisartsen.

#### Tabel 2.4 Opmerkingen huisartsen over steekproeftrekking

---

Lastig was dat onze computer niet deed wat wij wilden. Uiteindelijk is het na aantal malen proberen toch gelukt.

De juiste gegevens uit het gehele bestand halen was ingewikkeld. Daarna ging het goed (stappenplan).

Exclusiecriteria: dementie moest met de hand worden gecontroleerd.

ARGO was niet bekend met Omnihis en hoe daar een steekproef uit te nemen. De timing was niet ideaal (op het drukste moment van de dag).

Het juiste programma onderdeel van medicom ontbrak bij ons.

---

In alle gevallen werd de steekproeftrekking aan ARGO uitbesteed. Daartoe werden de patiëntlijsten in een beveiligd bestand op datastick gezet of per email toegestuurd. Steekproeftrekking vond plaats door middel van het toewijzen van random nummers aan de patiëntlijst en het ordenen van de lijst volgens deze nummers. De 200 verkregen patiënten werden ter controle op exclusiecriteria aan de huisarts voorgelegd.

#### **Veldwerk**

Het veldwerk in proefopstelling 1 werd uitgevoerd volgens de instructies in het Handboek CQ-metingen (Centrum Klantervaring Zorg, december 2009).

De procedure bestond uit de volgende zendingen. Verstuurd zendingen werden bij voorkeur op vrijdag of zaterdag bij de respondent bezorgd. Omdat een deel van de dataverzameling gedurende de kerstvakantie plaatsvond, is hiervan op een aantal momenten afgeweken.

- Week 0: Envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan alle respondenten
- Week 1: Bedankkaart aan alle respondenten
- Week 4: Envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan non-respondenten
- Week 6: Bedankkaart aan non-respondenten.

### Verloop veldwerk

Als de steekproef eenmaal was getrokken, hadden huisartsen weinig werk van deze aanpak: *‘Bij mij verliep de enquête gemakkelijk; de CQI vragenlijst werd door jullie verstuurd; de EUROPEP-lijst makkelijk meegegeven; dus beperkte inspanning mijnerzijds’*. Echter, het uitreiken van de EUROPEP vragenlijsten werd door andere huisartsen in een groepspraktijk als ‘nauwelijks goed uitvoerbaar’ aangemerkt. In de drukte werd 'vergeten' lijsten mee te geven, aldus een deelnemer.

In tabel 2.5 staan de resultaten van de online evaluatie van de proefopstelling waar steekproeftrekking aan de orde was (#1 en #2).

Tabel 2.5 Boordeling aspecten proefopstelling 1 en 2 door huisartsen

	proefopstelling	
	#1	#2
steekproeftrekking (zeer) gemakkelijk	1	3
steekproeftrekking kostte (zeer) weinig tijd	1	3
instructie mbt steekproef duidelijk	6	8
steekproeftrekking is goed uitvoerbaar	1	2
versturen vragenlijst door huisarts is goed uitvoerbaar	1	1
<b>totaal</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

Het jaarlijks uitvoeren van een onderzoek naar de ervaringen van patiënten volgens proefopstelling 1 is maar voor 2 (van de 8) huisartsen ‘goed in te passen’.

## Respons

In aansluiting op ervaringen met toepassing van CQI onderzoeken in andere sectoren met de Dillman methode, werd ook in dit onderzoek een uitstekende respons van gemiddeld 68,4% gerealiseerd (tabel 2.6).

Tabel 2.6 Respons proefopstelling #1. CQI schriftelijk Dillman

praktijknummer	retour mailing 1	retour mailing 2	totaal aantal retour	respons %
	n	n	n	
101	132	16	148	74,0
102	137	6	143	71,5
103	137	8	145	72,5
104	99	4	103	51,5
105	143	9	152	76,0
107	132	15	147	73,5
108	100	28	128	64,0
109	119	4	123	61,5
110	128	6	136	68,0
111	128	14	142	71,0
gemiddeld	126	11	137	68,4

## Kosten en opbrengsten van proefopstelling 1

### *Kosten*

Uit verschillende bronnen werd informatie verzameld over kosten. Het gaat hierbij om tijdsinvestering van de huisartsen, gebaseerd op een opgave door de huisarts en tijdsregistratie van het onderzoeksbureau en de materiële kosten van het veldwerk. Bij proefopstelling #1 betreft dit het drukken van vragenlijsten en herinneringskaarten, de portokosten van de 4 verzendingen en de portokosten van het retourneren van vragenlijsten. In tabel 2.7 staan de kosten van deze proefopstelling weergegeven, zowel in de pilot als bij landelijke uitrol.

De kosten van proefopstelling #1 bedragen per praktijk (€1.522,- + €761,-) €2.283,-. Per gerealiseerde respondent is dit €16,66, waarvan €5,55 aan materiële kosten. Tweederde deel van deze kosten kan worden toegeschreven aan tijdsbesteding ten behoeve van steekproeftrekking en het afhandelen van het veldwerk conform de Dillman-methode.

### *Kosten bij landelijke implementatie van proefopstelling 1*

Bij landelijke implementatie zullen de kosten op een aantal onderdelen worden verlaagd door leer- en schaaffecten. De tijd van huisarts en assistente kunnen aanzienlijk worden teruggebracht wanneer een tool voor steekproeftrekking uit de HIS beschikbaar wordt gesteld. De kosten van een onderzoeksbureau en materialen blijven globaal gelijk. Geschat wordt dat bij landelijke implementatie de kosten ongeveer €1.606,- bedragen. Per respondent is dit €11,72.

Tabel 2.7 Kosten proefopstelling #1 per praktijk

	kosten proefopstelling #1 in pilot		kosten proefopstelling #1 landelijke implementatie	
	aantal	€	aantal	€
<b>Tijd:</b>				
huisarts: instructie en voorbereiding	1	65	1	65
huisarts: steekproeftrekking en controle	1,9	123,5	0,5	32,5
huisarts: uitdelen				
assistente/poh	3,4	136	1	40
werving en instructie ARGO	2,4	240		
onderzoeker: steekproef	3,5	350	1	100
onderzoeksondersteuning dillman	5,8	377	5,8	377
datainvoer (10 / uur)	13,7	205,5	13,7	205,5
inpakken	2	25	2	25
subtotaal tijd	33,7	1.522	25	845
<b>Materieel:</b>				
drukwerk: vragenlijst en reminders				
porto: vragenlijst, reminders				
porto retour vragenlijsten				
rapportage				
subtotaal porto en drukwerk		761		761
huur pc				
online capaciteit				
subtotaal materiaal		761		761
gemiddelde respons (n)	137		137	
materiële kosten per gerealiseerde respondent		5,55		5,55
totale kosten per gerealiseerde respondent		16,66		11,72
kosten per praktijk		2.283,00		1.606,00

### *Opbredingen proefopstelling # 1*

Proefopstelling #1 had een hoge respons: gemiddeld 68,4%. Bij de huisartsen in deze proefopstelling resulteerde dit in groot vertrouwen in de uitkomsten zoals neergelegd in de terugrapportage, waarmee deze rapportage werd gezien als een goede basis voor gesprekken over de mogelijkheden van kwaliteitsverbetering op concrete punten.

### **Sterke en zwakke punten van proefopstelling 1**

#### *Sterk*

De aanpak met een steekproeftrekking geniet veel vertrouwen van de huisartsen. De methode leidt tot een hoge respons hetgeen naar alle waarschijnlijkheid de betrouwbaarheid van de uitkomsten ten goede komt.

Naast de robuustheid is een sterk punt van deze aanpak dat de huisartspraktijk er niet of nauwelijks ‘last’ van heeft. In de workshops brengen de deelnemers naar voren dat dit soort patiëntenonderzoek door gespecialiseerde bureaus moet worden gedaan, niet door de huisarts. De regie moet echter wel in handen van de huisarts liggen: ‘Het is *mijn* praktijk, *mijn* kwaliteitsverbetering en dus *mijn* onderzoek’, en opmerkingen van vergelijkbare strekking, werden in alle workshops gehoord.

*Zwak*

Zwakke punten van de aanpak met steekproeftrekking zijn:

- de tijdsinvestering van huisarts en met name assistente om de lijsten met patiënten te genereren volgens de instructies van het onderzoeksbureau;
- de hoge materiële kosten.

## **2.7 Resultaten proefopstelling 2: Dillman mixed-mode**

### **CQI mixed mode**

Het via internet aanbieden van de CQI vragenlijst kan een belangrijke kostenbesparing opleveren (zie Zuidgeest e.a., 2008). In andere CQI-projecten is gewezen op nadelen inzake selectieve respons. Een 'mixed mode', waarin zowel de vragenlijst schriftelijk als online wordt aangeboden, biedt mogelijkheden na te gaan of het online aanbieden bij de CQI Huisartsenzorg leidt tot afwijkende resultaten.

Het veldwerk vond conform de CKZ voorschriften plaats. De activiteiten waren:

- a startbijeenkomst per praktijk;
- b dataverzameling met de CQI vragenlijst in een 'mixed mode' design: verzenden inlogcodes en vragenlijsten bij een steekproef van 200 patiënten volgens Dillman methode;
- c dataverzameling bij 30 patiënten met de EUROPEP, uitgereikt volgens protocol;
- d rapportage per praktijk;
- e workshop met circa 10 andere huisartsen;
- f online evaluatie.

### **2.7.1 Verloop proefopstelling 2**

#### **Steekproeftrekking**

Voor de ervaringen met steekproeftrekking wordt verwezen naar proefopstelling #1.

#### **Veldwerk**

De procedure bestond uit vier zendingen. Verstuurde zendingen werden op vrijdag of zaterdag bij de beoogde respondent besteld, waarbij rekening werd gehouden met feestdagen.

- Week 0: respondenten ontvingen een envelop met een brief van de huisarts met een inlogcode en het verzoek om de vragenlijst op Internet in te vullen
- Week 1: Envelop met bedankkaart aan alle respondenten.
- Week 4: Envelop gevuld met een brief met inlogcode, een papieren versie van de vragenlijst en retourenvelop aan non-respondenten
- Week 6: Bedankkaart aan non-respondenten

#### **Verloop veldwerk**

Voor opmerkingen over het verloop van het veldwerk wordt verwezen naar proefopstelling 1.

## Respons

De respons met de Dillman-mixed mode is eveneens zeer goed: 64,1% van de aangeschreven patiënten vult de vragenlijst via internet of op papier in. Gemiddeld is 61% van deze respons gerealiseerd met internet. De overige 39% heeft via de schriftelijke vragenlijst gereageerd. Het aandeel van de online respons op de totale respons is globaal gesproken vergelijkbaar, op één huisartspraktijk na.

Tabel 2.8 Respons proefopstelling #2. CQI mixed mode Dillman

praktijknummer	retour internet	retour schriftelijk	totaal aantal retour	respons %
201	81	28	109	54,5
202	115	48	163	81,5
203	69	33	102	51,0
204	0	55	55	27,5
205	111	43	154	77,0
206	68	52	120	60,0
207	67	51	118	59,0
208	65	63	128	64,0
209	71	43	114	57,0
210	68	45	113	56,5
211	70	37	107	53,5
gemiddeld	79	50	129	64,1

## Kosten en opbrengsten van proefopstelling 2

### *Kosten*

De kosten van proefopstelling #2 bedragen per praktijk (€1.510,- + €790,-) €2.300,-. Per gerealiseerde respondent is dit €17,83. Ook hier kan tweederde deel van de kosten worden toegeschreven aan tijdsbesteding ten behoeve van steekproeftrekking en het afhandelen van het veldwerk conform de Dillman-methode. Er wordt slechts een kleine materiële besparing gerealiseerd door het aanbieden van de vragenlijst online in een Dillman mixed-mode protocol: een groot deel van de materiële kosten wordt alsnog gemaakt door een schriftelijke vragenlijst te versturen aan non-respondenten op de codebrief. Door de iets lagere respons zijn de kosten per gerealiseerde respondent hoger dan in de schriftelijke variant (proefopstelling #1).

### *Kosten bij landelijke implementatie van proefopstelling 2*

Bij landelijke implementatie zullen de kosten wat lager uitkomen door leer- en schaaffecten. De tijd van huisarts en assistente kunnen worden teruggebracht wanneer een tool voor steekproeftrekking uit de HIS beschikbaar wordt gesteld. De kosten van een onderzoeksbureau en materialen blijven globaal gelijk. Geschat wordt dat bij landelijke implementatie de kosten ongeveer €1623 bedragen. Per respondent is dit €12,58.

### *Opbrengsten*

Proefopstelling 2 heeft een uitstekende respons. Nadere analyses laten zien dat er (kleine) verschillen zijn met betrekking tot de persoonskenmerken van de respondenten in de

online dan wel de schriftelijke vragenlijst, maar dat deze verschillen niet of nauwelijks van invloed zijn op oordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Tabel 2.9 Kosten proefopstelling # 2 per praktijk

	kosten proefopstelling #2 in pilot		kosten proefopstelling #2 landelijke implementatie	
	aantal	€	aantal	€
<b>Tijd:</b>				
huisarts: instructie en voorbereiding	1	65	1	65
huisarts: steekproeftrekking	1,9	123,5	0,5	32,5
huisarts: uitdelen				
assistente/poh	3,4	136	1	40
werving en instructie ARGO	2,4	240		
onderzoeker: steekproef	3,5	350	1	100
onderzoeksondersteuning dillman	5,8	377	5,8	377
datainvoer (10 / uur)	12,9	193,5	12,9	193,5
inpakken	2	25	2	25
subtotaal tijd	32,9	1.510	24,2	833
<b>Materieel:</b>				
drukwerk vragenlijst en reminders				
porto vragenlijst en reminders				
porto retour vragenlijsten				
rapportage				
subtotaal porto en drukwerk		703		703
huur pc				
online capaciteit		87		87
subtotaal materiaal		790		790
gemiddelde respons (n)	129		129	
materiële kosten per gerealiseerde respondent		6,12		6,12
totale kosten per gerealiseerde respondent		17,83		12,58
kosten per praktijk		2.300,00		1.623,00

### Overige sterke en zwakke punten van proefopstelling 2

Huisartsen geven aan geen verschil te zien in de beide proefopstellingen. Alle patiënten in de steekproef worden in de gelegenheid gesteld om aan het onderzoek mee te doen, ook de patiënten die niet over internet beschikken. Door het uitsluiten van patiënten ouder dan 70 jaar zijn eventuele nadelige effecten van de eerste verzending (met een uitnodiging voor internetvragenlijst) weliswaar niet volledig zichtbaar, maar huisartsen verwachten hiervan geen bijzonder effect. Zie verder het overzicht van sterke en zwakke punten bij proefopstelling 1.



## 2.7.2 Resultaten proefopstelling 3: uitdelen schriftelijke vragenlijsten

### CQI vragenlijsten uitreiken in de praktijk

In 10 praktijken is de CQI vragenlijst uitgereikt door de huisarts. Aan 200 patiënten tussen 18 en 70 jaar die de huisartspraktijk bezochten, werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Aan de hand van een registratie van weigeringen, in combinatie met een uitvoer uit de ‘daglijst’ van de huisarts, werd beoogd om de non-respons te evalueren. Met deze methode is in het kader van de CQ-index Farmacie ervaring opgedaan door ARGO en NIVEL. De volgende activiteiten worden uitgevoerd:

- a startbijeenkomst per praktijk;
- b uitreiken vragenlijsten aan 200 bezoekers van de praktijk volgens protocol;
- c dataverzameling bij 30 patiënten met de EUROPEP, uitgereikt volgens protocol;
- d rapportage per praktijk;
- e workshop met circa 10 andere huisartsen;
- f online evaluatie.

### Verloop proefopstelling 3

#### *Uitdelen vragenlijst*

Het uitreiken van vragenlijst was niet ingewikkeld en tijdrovend, aldus de meeste deelnemers aan proefopstelling 3 (zie tabel 2.10). Toch is het beeld hierin niet eenduidig. Enkele huisartsen gaven aan dat men het bezwaarlijk vindt om de vragenlijst in de praktijk te overhandigen. Het kost tijd, en soms wordt ervaren dat deze handeling niet goed aansluit bij het voorgaande consult.

Echter, het bijhouden van weigeringen aan de hand van daglijsten is zeer moeizaam verlopen, en dit komt ook terug in de evaluatie bij de huisartsen. Het jaarlijks uitvoeren van een dergelijk onderzoek zou volgens de meeste huisartsen (8 van de 11) in deze proefopstelling redelijk tot goed zijn in te passen.

Tabel 2.10 Beoordeling aspecten proefopstelling #3 door deelnemende huisartsen

uitdelen vragenlijst	aantal
(zeer) gemakkelijk	3
kostte (zeer) weinig tijd	4
instructies mbt uitdelen gevolgd	4
uitdelen vragenlijst/codekaart is goed uitvoerbaar	1
bijhouden weigeringen in de praktijk is goed uitvoerbaar	1
totaal	6

#### *Respons*

In tabel 2.11 zijn de responspercentages weergegeven. In een aantal praktijken werden de 200 vragenlijsten niet volledig uitgedeeld. Hiervoor is gecorrigeerd in de responsberekening.

Tabel 2.11 Respons proefopstelling #3. Uitdelen vragenlijst

praktijknummer	netto uitgedeeld	aantal vragenlijsten schriftelijk retour	netto-respons %
301	200	65	32,5
302	200	98	49,0
303	169	108	63,9
304	200	49	24,5
305	200	76	38,0
306	30	11	36,7
307	200	110	55,0
308	200	119	59,5
309	76	48	63,2
310	200	106	53,0
311	177	112	63,3
312	200	37	18,5
313	200	69	34,5
gemiddeld	173,2	78	45,5

De uitdeelvariant leidt tot een respons van 45,5%. Omdat daglijsten en non-responsformulieren slecht werden bijgehouden kan niet worden nagegaan of het uitdelen van de vragenlijsten aselekt is geschied en of selectieve respons heeft plaatsgevonden.

### **Kosten en opbrengsten van proefopstelling 3**

#### *Kosten*

Om de kosten in beeld te brengen werd informatie verzameld over de tijdsinvestering van praktijk en onderzoeksbureau en de materiële kosten van het veldwerk. Bij proefopstelling #3 gaat het dan om het drukken van vragenlijsten en portokosten retour.

De uitvoering van de 'uitdeelvariant' in een huisartspraktijk kost ongeveer €1.018,- per praktijk. De kosten van deze methode bedragen €13,05 per gerealiseerde respondent, waarvan €3,14 voor materialen.

#### *Kosten bij landelijke implementatie van proefopstelling 3*

Bij landelijke implementatie zullen de kosten op een aantal onderdelen worden verlaagd. De tijd van assistente kan aanzienlijk worden teruggebracht omdat in de pilot de non-respons registratie veel tijd vroeg. De kosten van een onderzoeksbureau en materialen blijven globaal gelijk. Geschat wordt dat bij landelijke implementatie de kosten ongeveer €718 per praktijk bedragen. Per respondent is dit €9,21.

#### *Opbrengsten*

De respons op het uitdelen van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk is met 45,5% minder dan 50%. Dit sluit aan op ervaringen die in andere trajecten (bijvoorbeeld Apotheken Door Cliënten Bekeken) zijn opgedaan met het uitreiken van vragenlijsten door de zorgverlener.

Tabel 2.12 Kosten proefopstelling # 3 per praktijk

	kosten proefopstelling #3 in pilot		kosten proefopstelling #3 landelijke implementatie	
	aantal	€	aantal	€
<b>Tijd:</b>				
huisarts: instructie en voorbereiding	1	65	1	65
huisarts: steekproeftrekking				
huisarts: uitdelen	2,6	169	2,6	169
assistente/poh	5	200	1	40
werving en instructie ARGO	2,4	240	1	100
onderzoeker: steekproef				
onderzoeksondersteuning	0,5	32,5	0,5	32,5
datainvoer (10 / uur)	3,6	54	3,6	54
inpakken	1	12,5	1	12,5
subtotaal tijd	16,1	773	10,7	473
<b>Materieel:</b>				
drukwerk vragenlijst en reminders				
porto vragenlijst en reminders				
porto retour vragenlijsten				
rapportage				
subtotaal porto en drukwerk		245		245
online capaciteit				
subtotaal materiaal		245		245
gemiddelde respons (n)	78		78	
materiële kosten per gerealiseerde respondent		3,14		3,14
totale kosten per gerealiseerde respondent		13,05		9,21
kosten per praktijk		1.018,00		718,00

### Sterke en zwakke punten van proefopstelling 3

#### *Positief*

Het uitdelen van vragenlijsten is zeer efficiënt. Huisartsen verschillen van mening over deze activiteit: sommigen vinden het niet goed om dit zelf te doen, anderen vinden het juist een goede manier om duidelijk te maken dat men zélf geïnteresseerd is in het patiëntoordeel.

#### *Negatief*

Het globale eindoordeel van deze methode door de huisartsen zelf is overwegend negatief. Zeker als de informatie gebruikt wordt voor praktijkaccreditatie en het objectief informeren van patiënten, is de aanpak met het uitdelen van vragenlijsten (volgens de deelnemende huisartsen) te gemakkelijk te beïnvloeden.

De waarborgen ter controle bleken in de praktijk slecht te functioneren: de daglijsten en non responsformulieren werden slecht bijgehouden. Deze aanpak kostte de praktijk te veel tijd.

### 2.7.3 Resultaten proefopstelling 4: uitdelen brieven met inlogcode

#### Beschrijving proefopstelling 4: Utdelen inlogcodes + PC in praktijk

##### *CQI elektronisch op locatie*

In de vierde en laatste proefopstelling (10 praktijken) stond de vraag centraal of uitsluitend elektronische dataverzameling haalbaar is, en of eventuele drempels bij online dataverzameling kunnen worden verlaagd door middel van het plaatsen van een invoer-pc in de huisartsenpraktijk. Patiënten kregen de gelegenheid om in de praktijk, op een speciaal daarvoor ingerichte plek, de CQI met pc in te vullen. Uitnodiging van respondenten vond plaats volgens een vergelijkbaar protocol als bij opstelling 3. Ook werd een procedure ontwikkeld om controle op selectief uitdelen en respons mogelijk te maken.

- a startbijeenkomst per praktijk;
- b uitreiken van 200 brieven met inlogcode aan bezoekers van de huisartspraktijk. Respondenten werden volgens een uitdeelprotocol benaderd. De CQI kon tevens met een computer in de huisartspraktijk worden ingevuld;
- c dataverzameling bij 30 patiënten met de EUROPEP, uitgereikt volgens protocol;
- d rapportage per praktijk;
- e workshop met circa 10 andere huisartsen;
- f online evaluatie.

#### Verloop proefopstelling 4

##### *Utdelen codebrief*

Het kostte de huisartsen in proefopstelling #4 een relatief groot aantal dagen om de brief met inlogcode uit te delen. Het veldwerk werd bij deze groep verlengd om een hogere respons te realiseren. De aanvankelijke stopdatum van 14 december 2009 werd verlengd naar 1 februari 2010. Twee praktijken hebben om onduidelijke redenen deze verlenging niet opgepakt, waardoor de respons op een laag niveau bleef. Bij twee andere praktijken bleek het uitdelen van codebrieven voortdurend te worden vergeten.

Bij het afronden van project bleken nog grote aantallen codebrieven in de praktijk te worden aangetroffen. Ook de EUROPEP werd in deze praktijken niet altijd of onvoldoende uitgereikt.

Tabel 2.13 Beoordeling aspecten proefopstelling #4 door deelnemende huisartsen

uitdelen inlogcodes	aantal
(zeer) gemakkelijk	3
kostte (zeer) weinig tijd	4
instructies mbt uitdelen gevolgd	4
uitdelen vragenlijst/codekaart is goed uitvoerbaar	1
bijhouden weigeringen in de praktijk is goed uitvoerbaar	1
zuiltje/pc bij online meten is goed uitvoerbaar	0
totaal	6

Het jaarlijks uitvoeren van een dergelijk onderzoek zou volgens de meeste huisartsen (4 van de 6) in proefopstelling #4 redelijk zijn in te passen. De knelpunten liggen bij het uitdelen van kaarten met inlogcodes en het bijhouden van weigeringen. De ondersteunende pc heeft voor de huisartsen geen meerwaarde gehad.

#### *Opbrengst ondersteunend werkstation in de praktijk*

De toegevoegde waarde van de ondersteunende computer in de huisartspraktijk was te verwaarlozen. In totaal hebben 10 personen (bij 6 praktijken) van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In de online evaluatie vat een huisarts de - ook door andere deelnemers gesignaleerde - oorzaken kernachtig samen: 'Van de computer is nauwelijks gebruik gemaakt. Patiënten hebben meestal weinig tijd en willen na het consult snel weg. Diegenen die een computer hebben, vullen het liever zelf thuis in via hun eigen computer. Ouderen die geen computer hebben, wilden het wel doen met hun kinderen samen of andere kennissen die wél een computer hebben, maar niet op de praktijkcomputer.'

#### *Respons*

De gemiddelde respons (zie tabel 2.14) bedraagt 38,3%. Deze variant, waarbij de vragenlijst uitsluitend via internet werd ingevuld, levert echter een zeer gevarieerd beeld op. Ten eerste zien we twee praktijken waar deze methode prima heeft gewerkt: de 200 codes zijn uitgedeeld en er is een bevredigende respons behaald van 45% respectievelijk 55%. Twee praktijken vertonen hetzelfde beeld, hoewel daar niet de volledige set van 200 brieven is uitgereikt. Ten tweede zien we dat 4 praktijken grote moeite hebben gehad om deze aanpak uit te voeren. Men heeft binnen de onderzoeksperiode niet meer dan 20 tot 76 codekaarten kunnen uitdelen. De respons onder deze kleine groep is dan echter niet slecht. Ten derde zijn er twee praktijken waar veel codebrieven zijn uitgedeeld, maar waar de respons zeer laag was.

Tabel 2.14 Respons proefopstelling #4. Utdelen codebrief

praktijknummer	netto codebrieven uitgedeeld	aantal ingevulde internet vragenlijsten	netto respons %
401	176	7	4,0
402	24	8	33,3
403	200	110	55,0
404	20	6	30,0
405	76	35	46,1
406	35	29	82,9
407	141	55	39,0
408	200	91	45,5
409	200	12	6,0
410	176	73	41,5
gemiddeld	124,8	43	38,3

### *Bijhouden weigeringen*

De knelpunten in het bijhouden van weigeringen aan de hand van een daglijst werden bij proefopstelling 3 reeds gesignaleerd; in proefopstelling 4 kwam dit nog sterker naar voren. Het veldwerk duurde langer, en daarom moesten meer daglijsten worden geproduceerd. Een huisarts geeft in de online-evaluatie aan: *‘Het maken van weigeringslijsten is een ondoenlijke taak: van te voren kan het niet omdat het spreekuur nog ingepland gaat worden. Hoe het achteraf zou moeten weten ik niet, omdat alle journaals dan al afgesloten zijn.’*

### **Kosten en opbrengsten van proefopstelling 4**

#### *Kosten*

De kosten per praktijk bedragen €997,- (zie tabel 2.15). Dit is het laagste bedrag van alle proefopstellingen. De kosten per respondent zijn €7,20, met aanzienlijke materiële kosten door het gebruik van de invulzuil in de praktijk tijdens de pilot.

Tabel 2.15 Kosten proefopstelling # 4 per praktijk

	kosten proefopstelling #4 in pilot		kosten proefopstelling #4 landelijke implementatie	
	aantal	€	aantal	€
<b>Tijd:</b>				
huisarts: instructie en voorbereiding	1	65	1	65
huisarts: steekproeftrekking	0	0	0	0
huisarts: uitdelen	2,3	149,5	2,3	149,5
assistente/poh	5	200	1	40
werving en instructie ARGO	2,4	240	1	100
onderzoeker: steekproef	0	0	0	0
onderzoeksondersteuning	0,5	32,5	0,5	32,5
datainvoer (10 / uur)	0	0	0	0
inpakken	1	12,5	1	12,5
subtotaal tijd	12,2	699,5	6,8	399,5
<b>Materieel:</b> (zie sheet 2)				
drukwerk vragenlijst en reminders				
porto vragenlijst en reminders				
porto retour vragenlijsten				
rapportage				
subtotaal porto en drukwerk		105		105
huur pc		150		
online capaciteit		42		42
subtotaal materiaal		297		147
gemiddelde respons (n)	43		43	
materiële kosten per gerealiseerde respondent		6,91		3,42
totale kosten per gerealiseerde respondent		7,20		3,71
kosten per praktijk		996,50		546,50

#### *Kosten bij landelijke implementatie van proefopstelling 4*

Bij landelijke implementatie van proefopstelling 4 zullen de kosten op een aantal onderdelen worden verlaagd. De tijd van assistente kan aanzienlijk worden teruggebracht omdat in de pilot de non-respons registratie veel tijd vroeg. De invulzuil in de praktijk kan vervallen. Geschat wordt dat bij landelijke implementatie de kosten ongeveer €547 per praktijk bedragen. Per respondent is dit €3,71, waarmee deze variant op termijn het goedkoopste is.

#### *Opbrengsten*

Proefopstelling #4 heeft (in combinatie met #2) laten zien dat uitsluitend online meten als algemeen veldwerkstramien, gelet op een responspercentage van tussen de 35 en 40%, zeker kansen heeft. Het uitdelen van codebrieven in de huisartspraktijk is echter hiervoor geen goede aanpak.

Voor een aantal aan de pilot deelnemende huisartsen kon, als gevolg van het geringe aantal ingevulde vragenlijsten, geen rapportage worden samengesteld. Bij de huisartsen waar dit wel het geval was, speelden vergelijkbare twijfels over de 'robuustheid' van de uitkomsten als in proefopstelling #3.

#### **Sterke en zwakke punten van proefopstelling 4**

Zie voor een aantal algemene aspecten rond het uitdelen van de vragenlijst of codebrief proefopstelling # 3. Op deze plaats wordt een aantal specifieke punten benoemd rond de volledige online-uitvoering van de CQI

#### *Positief*

De kosten van deze aanpak zijn laag, hoewel ten opzichte van de uitdeelvariant met schriftelijke vragenlijsten de kosten per respondent iets hoger zijn.

#### *Negatief*

Hoewel het internetgebruik bij mensen ouder dan 70 jaar sterk toeneemt, is het meedoen aan online onderzoek voor deze groep nog geen vanzelfsprekendheid. Daarmee wordt een drempel ingebouwd. Zeker in combinatie met de werving door de huisarts is dit geen goede PR en draagt het onderzoek niet bij aan de patiënttevredenheid.

De grote variatie in respons geeft aan dat deze variant nogal kwetsbaar is. Dit is wellicht voor de individuele huisartspraktijk niet persé een bezwaar, maar met het oog op gestandaardiseerde dataverzameling ten behoeve van externe informatievoorziening wel. Door enkele huisartsen wordt gerapporteerd dat het risico van 'selectief uitdelen' bij de variant met codekaarten sterker op de loer ligt: 'Ik heb zelf ongeveer ingeschat aan wie ik hem kon meegeven en de codebrief zeker niet aan alle patiënten aangeboden', aldus een huisarts in de online enquête.

De meerwaarde van een ondersteunende PC in de praktijk was erg klein en kan voornoemde nadelen niet oplossen. Als men thuis niet online is, dan gaat men de lijst ook niet in de huisartspraktijk invullen.

#### 2.7.4 Algemene opmerkingen

Een aantal aspecten van de methode was voor alle huisartsen gelijk. Dit betrof: de CQI-vragenlijst, de rapportage en de workshop.

##### **CQI vragenlijst**

De vragenlijst CQI Huisartsenzorg Overdag wordt overwegend positief beoordeeld. Wegens de slechte respons kunnen geen resultaten over het oordeel van huisartsen in de pilotregio over de EUROPEP worden gepresenteerd.

Tabel 2.16 Oordeel CQI vragenlijst

oordeel over CQI vragenlijst	
(zeer) makkelijk te begrijpen	12
(zeer) volledig	9
(zeer) relevant voor mijn praktijk	11
(veel) te lang	1
totaaloordeel positief	8
(n=13; missing = 23)	

Van de 13 respondenten geven er 3 aan dat het eindoordeel over de CQI neutraal tot negatief is. Sommige deelnemers aan de pilot vragen zich af of met dit soort onderzoek wel de kern van de huisartsenzorg wordt gemeten: ‘De CQI meet de dingen goed, maar of je de juiste dingen meet?’. Gewezen wordt dan bijvoorbeeld op de rol van de huisarts in het afleren van slechte leefgewoonten en het feit dat een patiëntcontact plaatsvindt in de context van een vaak jarenlange arts-patiëntrelatie.

Verbetering van de vragenlijst kan volgens huisartsen onder meer plaatsvinden op items waarmee de ‘effecten van de zorg’ worden gemeten. Veel deelnemers geven aan dat de beoogde en haalbare effecten van de huisartsgeneeskunde lang niet altijd op het terrein van ‘genezing’ kunnen liggen. Het ‘omgaan met’ of ‘accepteren van’ zijn echter doelen die vaak niet in één huisartsconsult worden bereikt.

##### **De rapportage**

Ten behoeve van de terugkoppeling ontvingen de huisartsen een rapportage van de CQI-meting. Het doel van de rapportage was om de uitkomsten te presenteren, maar ook om de huisartsen te prikkelen met de uitkomsten aan de slag te gaan.

De rapportage bevatte:

- a grafische weergave van de uitkomsten conform de instructies van het CKZ;
- b een benchmarkgrafiek met beste/slechtste/gemiddelde en de eigen score (zie voorbeelden).

De belangrijkste uitkomsten werden samengevat in een Top-5 sterke punten, een Top-5 zwakke punten en een Top-5 met de thema’s die patiënten het belangrijkste vinden (gebaseerd op de belangscore van de items).

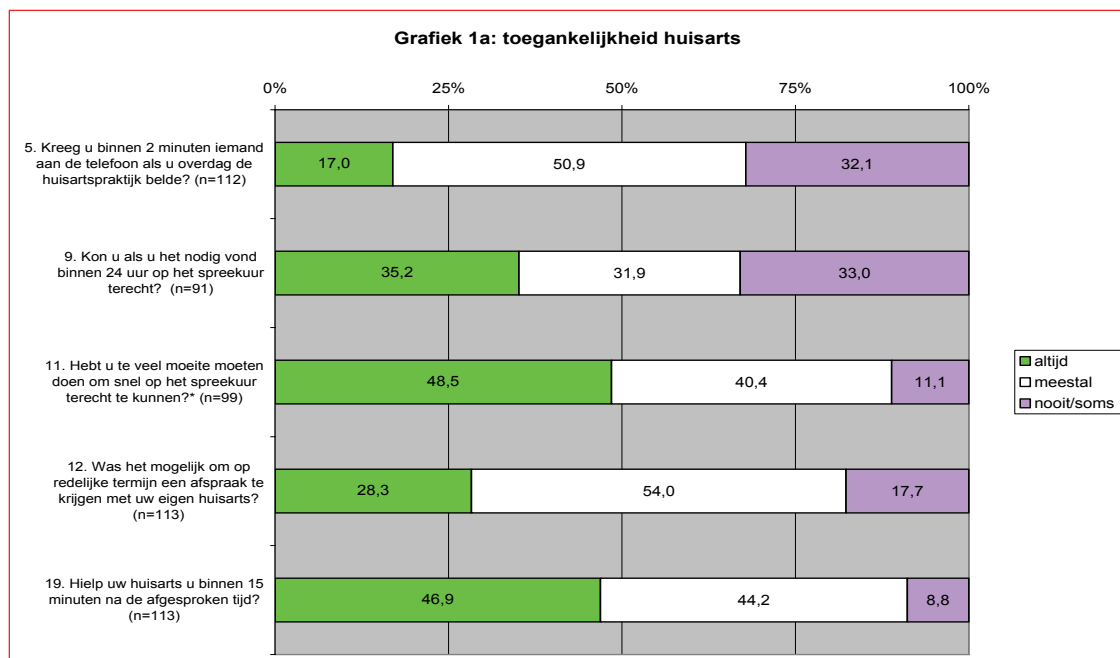


Naast de kwantitatieve uitkomsten werden opmerkingen van de respondenten geordend weergegeven en bevatte de rapportage een aantal basistabellen over de respons en kenmerken van de respondenten. De beoordeling van de rapportage door de deelnemers aan de workshops was positief. Gewaardeerd werden:

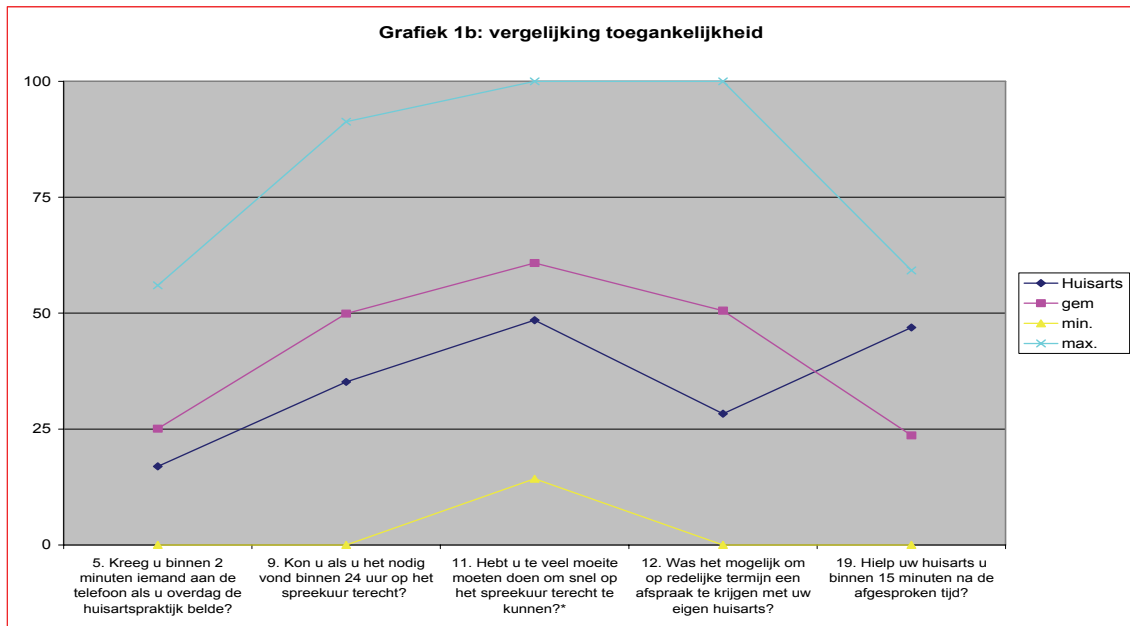
- duidelijk en overzichtelijk; signalen vallen direct op;
- rijkdom aan informatie door verschillende invalshoeken (kwantitatief, kwalitatief, vergelijking).

De bruikbaarheid van de rapportage en validiteit van de gepresenteerde resultaten kwam in de workshops onder meer naar voren in het herkennen van knelpunten die al eerder werden gesignaleerd: ‘We moeten de assistenten op slecht gedrag gaan aanspreken. We hadden al zo’n vermoeden, de rapportage bewijst dat nu duidelijk’.

### Voorbeeld 2.1 CQI grafiek



## Voorbeeld 2.2 Benchmarkgrafiek



### De workshop

Eerder werd, op basis van de online enquête bij huisartsen, aangegeven dat de uitkomsten van de meting van patiëntervaringen voor 29 (van de 36 respondenten) input leverde voor kwaliteitsverbetering van de praktijk. In de workshops werd aandacht besteed aan de vertaalslag van uitkomsten naar kwaliteitsverbetering. Daarbij werd onder meer opgemerkt:

‘Het onderzoek levert een veelheid aan informatie, dat is erg lastig te integreren. Je moet er een vervolg aan geven, met je collega’s’  
‘Ik heb eerst een algemene scan gedaan: zijn de patiënten tevreden? Gelukkig wel. Daarna naar de details gekeken, en dan kan er een hoop beter.’  
‘Hoe kan het nou dat we dezelfde balie hebben, maar onze patiënten daar anders over oordelen?’  
‘We hebben veel geïnvesteerd in telefonische bereikbaarheid, maar het is nóg niet goed’  
‘Ze vinden me een goede huisarts, maar ik schrik een beetje van de opmerkingen over mijn persoonlijke stijl’

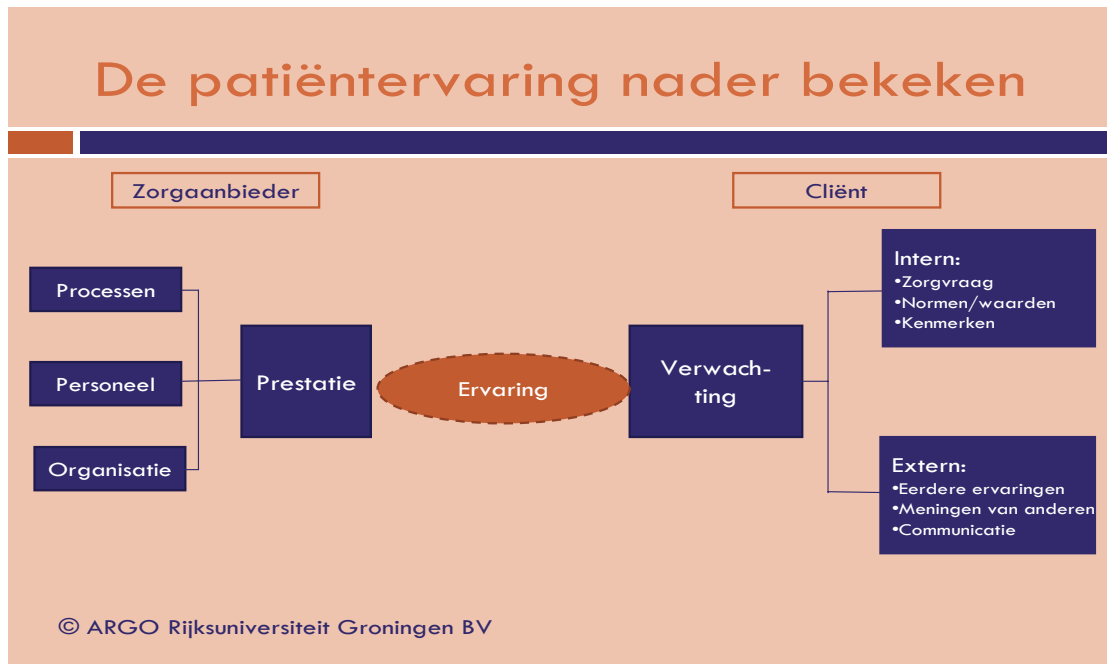
Het onderzoek roept met andere woorden veel vragen op: wat betekent dit nu precies? Wat vertelt de patiënt mij? En wat kan ik eraan doen om dit te verbeteren? In een eerste inventarisatie van actiepunten brachten de deelnemers aan de workshops de volgende actiepunten naar voren:

- aanpak van de voorspelbare bronnen van uitlopen wachttijden;
- verlengen spreekuurtijd van 10 naar 15 minuten;
- bepaalde groepen patiënten (jonger, gezin) zitten sterker in een ‘klantrol’; voor hen lijken serviceaspecten belangrijker dan voor andere groepen;
- aanpak gehorigheid balie. ‘Herkenbaar punt, weer bevestigd’;
- telefonische bereikbaarheid (verschillende huisartsen);
- verbetering van de bejegening door assistentes (diverse praktijken);

- geringe ervaren effectiviteit: wat betekent dit voor de communicatie met de patiënt?;
- gehorigheid van de wachtkamer (diverse praktijken).

Met het oog op de beperkte tijd in de workshops, kon geen uitgebreide analyse worden gemaakt. Aan de hand van onderstaand model werd de huisartsen een aanpak aangereikt om de vertaalslag naar effectieve maatregelen te kunnen maken.

Figuur 2.1 Conceptueel model patiëntervaringen



Dit model vormde in de workshops een handige kapstok en leverde een verdieping op van de wijze waarop de uitkomsten werden geïnterpreteerd. Aan het eind van de workshop werd ingegaan op de vraag: hoe verder? In een aantal gevallen werden onderling afspraken gemaakt om een vervolg aan de analyse te geven en de verbeterpunten te bepalen.



### 3 Validiteit van de CQI huisartsenzorg

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de validiteit van de uitkomsten van de meting waarin de CQI Huisartsenzorg is geïmplementeerd in de pilotregios. Daartoe worden in paragraaf 3.1 en 3.2 de uitkomsten in de pilotregio's vergeleken met de resultaten van een landelijk onderzoek. Daarnaast worden de resultaten verkregen met de CQI Huisartsenzorg vergeleken met de resultaten van een kwaliteitsmeting met behulp van EUROPEP vragenlijsten uitgevoerd in dezelfde pilotregio's

#### 3.1 Resultaten referentiemeting CQI Huisartsenzorg, Stichting Miletus

##### *Inleiding*

In de periode december 2008 - januari 2009 is in opdracht van Stichting Miletus een meting met de CQ-index Huisartsenzorg overdag uitgevoerd met als doel het genereren van landelijke referentiecijfers. In dit stuk worden de resultaten van deze meting besproken.

##### *Methode*

##### **Steekproef**

Door zes zorgverzekeraars (Achmea, Agis, CZ, Delta Lloyd, Menzis en UVIT) zijn twee steekproeven getrokken onder hun verzekerden. De inclusiecriteria van beide steekproeven waren; leeftijd van 18 jaar of ouder, in 2008 ingeschreven bij een huisarts, waarvoor de huisarts in de tweede helft van 2008 een huisbezoek of consult declareerde. De eerste steekproef betrof een willekeurige steekproef onder alle verzekerden die voldeden aan de inclusiecriteria; de tweede steekproef betrof patiënten uit zogenoemde voorkeurspraktijken. Voorkeurspraktijken zijn huisartspraktijken waarvan zorgverzekeraars wilden zien hoe deze beoordeeld zouden worden, een mix van mindere en betere praktijken. Op basis van beide steekproeven resulteerde een groep patiënten (niet uit voorkeurspraktijken) die door de Stichting Miletus wordt gedefinieerd als de groep 'referentiemeting'. Deze groep bestond uit ruim 1.800 patiënten.

##### **Procedure**

De verzending van de vragenlijsten is uitgevoerd door een mailhouse. De opschoning van het databestand is door een extern onderzoek- en adviesbureau gedaan. In figuur 1 is de opschoningsprocedure weergegeven. Van de totaal ruim 1.802 netto verstuurd vragenlijsten zijn er 824 (45,7%) ingevuld terugontvangen.

## Resultaten

### Achtergrondkenmerken van de respondenten

De groep respondenten bestond uit 64% vrouwen en 36% mannen. De meeste respondenten hadden een middelbare opleiding (38%). Het aandeel lager opgeleiden was 34% en het percentage hoger opgeleiden bedroeg 28%. De meeste respondenten gaven aan dat hun gezondheid goed tot zeer goed was (87%). Het percentage respondenten van allochtone afkomst was 13%. De 824 respondenten waren ingeschreven bij in totaal 742 huisartsen.

### Kwaliteitsaspecten

Volgens de werkinstructie Huisartsenzorg overdag zijn verschillende kwaliteitsaspecten gegroepeerd in de vorm van vijf schalen; voor deze schalen zijn (op basis van de itemscores) zijn gemiddelden berekend. In tabel 3.1 zijn de gemiddelden per schaal (inclusief standaarddeviaties) en het gemiddelde waardeoordeel van de huisartsenpraktijk weergegeven. De gemiddelden per schaal en het gemiddelde waardeoordeel van de huisartspraktijk zijn vervolgens uitgesplitst voor mannen en vrouwen, leeftijdscategorieën, verschillende opleidingscategorieën en naar gezondheidstoestand. Drie van deze respondentkenmerken (leeftijd, opleiding, gezondheid) worden bij de CQI Huisartsenzorg gebruikt als case-mix adjusters. De verschillen tussen de groepen zijn niet getoetst. De tabellen met de uitsplitsingen naar respondentkenmerken zijn opgenomen in de bijlagen van dit rapport.

Tabel 3.1 Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde

	N	gemiddelde	standaard- afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
toegankelijkheid huisartspraktijk	808	3,25	0,55	1,2	4
assistente huisartspraktijk	820	3,60	0,47	1,67	4
bejegening huisarts	824	3,74	0,50	1	4
communicatie huisarts	820	3,62	0,54	1	4
zorg op maat huisarts	813	3,29	0,66	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b>	811	7,38	2,61	0	10
huisartspraktijk					

Wanneer via de tabellen in de bijlagen, meer in detail naar trends in de ervaringen wordt gekeken, dan oordeelden mannen iets positiever over de huisartspraktijk bij de kwaliteitsaspecten dan vrouwen. Maar wanneer een algemeen oordeel werd gevraagd waren vrouwen iets positiever dan mannen. Ouderen gaven over het algemeen een hogere waardering voor de verschillende kwaliteitsaspecten dan jongeren. De kwaliteitsaspecten werden door respondenten met verschillende opleidingen niet anders beoordeeld. Bij het waardeoordeel gaven lager opgeleiden over het algemeen een hogere waardering dan hoogopgeleiden. Mensen met een slechtere gezondheidstoestand hadden over het algemeen een hogere waardering voor de kwaliteitsaspecten.

### 3.2 Resultaten meting CQI Huisartsenzorg Pilotregio's

Kijken we binnen de resultaten van de regionale pilotstudie met de CQI Huisartsenzorg naar verschillen in uitkomsten (scores op de kwaliteitsaspecten en het waardeoordeel) tussen de vier proefopstellingen, dan zijn ook hier de verschillen klein. Wel lijkt er een trend aanwezig te zijn dat in de uitdeelvarianten (model 3 en 4) de ervaringen wat positiever zijn dan in de varianten waarbij aan de steekproef van patiënten een vragenlijst of inlogcode is toegestuurd. Dit kan een effect zijn van de gekozen methode, maar het is natuurlijk ook mogelijk dat de huisartspraktijken in de opstellingen 3 en 4 vanuit de willekeurige patiënt gezien inderdaad wat beter scoren. Echter, de verschillen zijn klein en bedragen meestal niet meer dan 0,1 punt op een schaal van 1 - 4.

Tabel 3.2a Pilot CQI Huisartsenzorg, proefopstelling #1. Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde

	N	gemiddelde	standaard- afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
Toegankelijkheid huisartspraktijk	1146	3,17	0,49	1	4
Assistente huisartspraktijk	1152	3,53	0,47	1	4
Bejegening huisarts	1145	3,75	0,41	1	4
Communicatie huisarts	1146	3,63	0,48	1	4
Zorg op maat huisarts	1119	3,21	0,62	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> huisartspraktijk	1126	8,10	1,16	0	10

Tabel 3.2b Pilot CQI Huisartsenzorg, proefopstelling #2. Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde

	N	gemiddelde	standaard- afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
toegankelijkheid huisartspraktijk	1183	3,21	0,52	1	4
assistente huisartspraktijk	1186	3,54	0,51	1	4
bejegening huisarts	1169	3,78	0,42	1	4
communicatie huisarts	1181	3,67	0,50	1	4
zorg op maat huisarts	1111	3,33	0,60	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> huisartspraktijk	1071	7,95	2,61	0	10

Tabel 3.2c Pilot CQI Huisartsenzorg, proefopstelling #3. Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde.

	N	gemiddelde	standaard- afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
toegankelijkheid huisartspraktijk	960	3,27	0,46	1	4
assistente huisartspraktijk	961	3,57	0,47	1	4
bejegening huisarts	966	3,86	0,32	1	4
communicatie huisarts	965	3,73	0,41	1	4
zorg op maat huisarts	945	3,29	0,58	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> huisartspraktijk	1008	8,34	1,14	0	10

Tabel 3.2d Pilot CQI Huisartsenzorg, proefopstelling #4. Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde

	N	gemiddelde	standaard- afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
Toegankelijkheid huisartspraktijk	414	3,23	0,52	1	4
Assistente huisartspraktijk	413	3,56	0,53	1	4
Bejegening huisarts	415	3,84	0,36	1	4
Communicatie huisarts	416	3,74	0,43	1	4
Zorg op maat huisarts	395	3,39	0,60	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> huisartspraktijk	337	7,82	1,10	0	10

Kijken we naar de kwaliteitsoordelen uitgesplitst naar de verschillende respondentkenmerken (niet opgenomen in dit rapport), dan zien we in de pilotregio's dezelfde verschillen als in de referentiemeting van de Stichting Miletus. Ouderen zijn over het geheel genomen wat positiever in hun oordeel dan jongeren; hetzelfde geldt voor laag opgeleiden versus hoger opgeleiden en voor mensen met een goede gezondheid versus mensen met een minder goede gezondheid.

Opgemerkt moet worden dat, bij opsplitsing naar respondentkenmerken in zowel de referentiemeting van de Stichting Miletus als in de metingen in de pilotregios (en dan met name in de varianten 3 en 4) er soms sprake is van relatief kleine aantallen. In de bijlagen zijn, op het niveau van de 44 afzonderlijke praktijken, de scores op de vijf schalen opgenomen na correctie voor (verschillen in) vier achtergrondkenmerken van de



respondenten. Via case-mix adjustment is gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, geslacht en ervaren gezondheid. Ook na case-mix adjustment blijven de verschillen tussen de proefopstellingen en met de referentiemeting van de Stichting Miletus klein.

### 3.3 Vergelijking CQI Huisartsenzorg – EUROPEP vragenlijsten

In de pilotregio's zijn zowel gegevens verzameld met behulp van de CQI Huisartsenzorg als met de EUROPEP-vragenlijsten. Beide meetinstrumenten zijn betrouwbaar en gevalideerd en richten zich op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van patiënten. De EUROPEP-vragenlijst maakt op dit moment deel uit van het pakket instrumenten dat wordt toegepast in het NPA accreditatietraject

De EUROPEP vragenlijsten zijn uiteindelijk in 34 van de deelnemende praktijken uitgereikt volgens het bij de EUROPEP behorende protocol. In variant 4 van de proefopstellingen heeft de helft van de praktijken ook daadwerkelijk meegewerkt aan dit deel van het onderzoek. In principe zijn per praktijk 30 exemplaren van de EUROPEP uitgereikt; de responsgegevens laten zien dat bij dit aantal van 30 uitgereikte vragenformulieren voor een klein aantal praktijken vraagtekens kunnen worden gezet.

De respons voor de vier groepen was als volgt:

- groep 1, met 9 deelnemende praktijken: 58% (range: 30% - 80%);
- groep 2, met 11 deelnemende praktijken: 55% (range: 3% - 90%);
- groep 3, met 9 deelnemende praktijken: 60% (range 13% - 83%);
- groep 4, met 5 deelnemende praktijken: 52% (range 33% - 73%).

Het relatief kleine aantal ingevulde vragenlijsten per praktijk (gemiddeld 17 vragenlijsten), maakt dat ook de meetresultaten met betrekking tot de EUROPEP betrekking hebben op relatief kleine aantallen. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze relatief lage respons wellicht mede wordt veroorzaakt door het feit dat het uitreiken van de EUROPEP vragenlijst bij dit onderzoek vrijblijvend was en op zichzelf stond. Het maakte geen deel uit van een traject op weg naar praktijkaccreditatie.

De meetresultaten verzameld met beide meetinstrumenten laten zich lastig vergelijken. Weliswaar bestrijken de vragen in beide instrumenten deels dezelfde kwaliteitsdimensies, maar de manier waarop deze dimensies zijn geoperationaliseerd verschilt. Bovendien hebben beide typen vragenlijsten wel betrekking op dezelfde huisartspraktijken, maar zijn zij in verschillende aantallen afgenomen bij verschillende respondenten. Dit maakt dat alleen een zinvolle vergelijking op praktijkniveau mogelijk is.

Op het niveau van de huisartspraktijken is gekeken naar de correlaties tussen de scores op de EUROPEP en de scores op de CQI Huisartsenzorg. Deze vergelijking heeft betrekking op 34 praktijken waarin zowel CQI vragenlijsten als EUROPEP vragenlijsten zijn uitgezet en terugontvangen. De scores in de EUROPEP vragenlijsten hebben betrekking op een totaalscore (EU-T), een score 'huisarts' (EU-H) en een score 'praktijk' (EU-P). De scores op basis van de CQI Huisartsenzorg hebben betrekking op het waardeoordeel

(WAA) en op de schalen ‘toegankelijkheid’ (Sch1), ‘bejegening assistente’ (Sch2), ‘bejegening huisarts’ (Sch3), ‘communicatie’ (Sch4) en ‘zorg op maat’ (Sch5).

Tabel 3.3 Vergelijking Uitkomsten EUROPEP en CQI Huisartsenzorg; correlaties tussen de verschillende uitkomstmaten

	EU-T	EU-H	EU-P
WAA	.49	.38	.54
Sch1	.46	ns	.77
Sch2	.40	ns	.56
Sch3	.53	.54	.41
Sch4	.49	.52	.35
Sch5	.35	.45	ns

Tabel 3.3 laat zien dat de scores op de EUROPEP vragenlijst en de CQI Huisartsenzorg vragenlijst ‘matig’ tot ‘redelijk sterk’ (en soms niet significant) met elkaar correleren. Een hoge score op de CQI Huisartsenzorg gaat samen met een hoge score op de EUROPEP vragenlijst. De samenhang is het sterkst tussen de (EUROPEP) score op de praktijkdimensie en de (CQI HA) score op de schaal ‘toegankelijkheid huisartspraktijk’. Tegelijkertijd laat de correlatie van .49 tussen het (via de CQI HA gemeten) waardeoordeel en de EUROPEP-totaalscore zien, dat deze samenhang zeker niet 100% is.

## 4 Implementatie CQI huisartsenzorg

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen met betrekking tot een (landelijke) implementatie van de CQI Huisartsenzorg zijn twee deelonderzoeken gehouden. In de eerste plaats zijn de huisartsen en huisartspraktijken die hebben deelgenomen aan de pilot benaderd via een on-line enquête en voor deelname aan een workshop. Daarnaast is, om inzicht te krijgen in de opvattingen van belangrijke sleutelpersonen en – partijen met betrekking tot het proces van landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg, in de zomer van 2010 een serie interviews gehouden. De resultaten van de on-line enquête en van de interviews worden in twee paragrafen weergegeven.

### 4.1 Resultaten on-line enquête bij de huisartsen in de pilot regio

De vragen die centraal stonden in de workshop en de enquête waren:

- 1 Hoe kijken huisartsen aan tegen de rol van patiëntervaringsonderzoek in de toekomst?
- 2 Hoe kijken ze aan tegen de uitvoering en hun eigen rol daarin?

Tabel 4.1 Algemene opinies

	n 'eens'	n 'sterk eens'
De mening van patiënten is belangrijk	25	8
Onderzoek onder patiënten levert input voor kwaliteitsverbetering	21	8
Uitvoering van een patiëntonderzoek mag mijn praktijk best tijd kosten	14	1
Voor het uitvoeren van een patiëntonderzoek mag een financiële bijdrage van de praktijk gevraagd worden	5	0
De CQI Huisartsenzorg is te lang	2	1
Het openbaar maken van patiëntoordelen is een goede zaak	12	3
Totaal n =36		

De deelnemers zijn eensgezind over het nut van patiëntervaringsonderzoek: de mening van patiënten is belangrijk en het onderzoek levert input voor kwaliteitsverbetering op. Minder draagvlak is er voor het openbaar maken van deze informatie. Wat betreft de kosten: enige tijdsinspanning door de huisarts wordt redelijk gevonden; een financiële bijdrage niet.

In de vier workshops met de huisartsen in de pilotregio's werd aan de hand van een aantal stellingen en vragen gediscussieerd.

Algemeen wordt de opinie gedeeld dat onderzoek naar patiëntervaringen niet meer weg te denken is uit de gezondheidszorg, hoewel daar een aantal kanttekeningen bij werden geplaatst. Een minderheid van de deelnemers is uitgesproken sceptisch over deze ontwikkeling. De uitkomsten hebben voor hen weinig betekenis. Daarbij is een relatie met de respons. Met andere woorden: een hogere respons vergroot zowel extern als intern het draagvlak voor de uitkomsten. Toch worden ook andere vraagtekens gezet: 'We zijn al jaren bezig met investeren in telefonisch bereikbaarheid, hebben de hele LHV-toolkit toegepast, inclusief nieuwe centrale met 24 lijnen, is het nog niet goed...worden met dit onderzoek niet voortdurend nieuwe verwachtingen gecreëerd?'

### ***Methodie: welke proefopstelling?***

Ook al verschillen uiteindelijk de uitkomsten van de verschillende proefopstellingen op het eerste gezicht niet erg, de meest robuuste methode (steekproeftrekking) geniet de voorkeur van de deelnemende huisartsen. Elke schijn van beïnvloeding moet worden tegengegaan, want het gebruik van deze gegevens buiten de huisartspraktijk (bijvoorbeeld in overleg met de zorgverzekeraar) staat voor de meerderheid van de huisartsen niet of nauwelijks ter discussie.

### ***Uitvoering***

Wat betreft de uitvoering is de algemene mening dat de regie voor onderzoek naar patiëntervaringen bij de huisarts zou moeten liggen. 'Zeker niet van hogerhand organiseren', aldus verschillende deelnemers. Als toelichting daarbij wordt naar voren gebracht dat de methode moet aansluiten op de dynamiek van de praktijk en het kwaliteitssysteem.

Daarentegen is ook het waarborgen van onafhankelijkheid en objectiviteit van groot belang, omdat de huisartsen voorzien dat de ontwikkeling naar meer transparantie de komende jaren zal doorzetten. Dat is mede in het belang van de sector zelf: 'We weten allemaal dat er praktijken zijn waar structureel kwaliteitsproblemen zijn!', aldus een deelnemers aan de workshops. 'Te allen tijde moet de indruk worden voorkomen dat de slager zijn eigen vlees keurt'.

### ***Frequentie***

Voor de meeste huisartspraktijken was het de eerste keer dat er op deze uitvoerige en systematische wijze feedback van de patiënten werd verkregen.

Over de frequentie van dit soort onderzoek wordt door een meerderheid van de huisartsen in de online meting aangegeven dat men jaarlijkse uitvoering niet reëel maar ook niet van belang vindt. Slechts één huisarts vindt jaarlijkse uitvoering 'heel belangrijk'.

Ook in de workshop zijn de meningen tamelijk eensluidend: eens per één, maar ook per twee jaar is teveel. Eens per 5 jaar lijkt een algemeen geaccepteerd gemiddelde. 'Liever wat minder vaak en dan goed; dan mag het ook wat kosten', aldus een huisarts in de workshop.

### ***Meerwaarde CQI Huisartsenzorg***

De meerwaarde van de CQI Huisartsenzorg ten opzichte van bestaande instrumenten ligt voor de huisartsen in de uitgebreidheid van de vragenlijst. De relevantie van sommige thema's wordt echter ook in twijfel getrokken: 'Het gaat vooral over service.'

De onafhankelijkheid van het instrument – tot stand gekomen door een samenwerking van alle partijen in het veld - vormt voor een meerderheid van de huisartsen een belangrijk positief aspect. Hoewel er nog veel vraagtekens zijn bij ontwikkelingen naar keuze-informatie en transparantie, is men er in het algemeen van overtuigd dat deze maatschappelijk ontwikkelingen zullen doorzetten. De CQI Huisartsenzorg is voor de huisartsen een betrouwbaar instrument en een betrouwbare methode, die robuuste onderzoeksresultaten kan opleveren.

### ***CQI en accreditering***

Kan de CQI worden ingebouwd in NHG-accreditering? Hierover zijn de huisartsen die aan de workshops deelnamen in het algemeen positief. De CQI zou de EUROPEP zonder moeite kunnen vervangen. De methodiek van onderzoek met de EUROPEP, waarbij 30 vragenlijsten in de praktijk worden uitgedeeld, wordt als weinig robuust gezien en levert minder informatie op.

Er zijn echter ook huisartsen die de aanpak met een korte vragenlijst (zoals de EUROPEP) ondersteunen. Zij vinden dat het onderzoek in grote lijnen hetzelfde oplevert en hechten minder waarde aan de externe doelen van dergelijke informatie: 'Ik zie in zowel de CQI als EUROPEP uitkomsten dat mijn patiënten tevreden zijn. Meer hoeft ik niet te weten', aldus een huisarts.

### ***Rol huisarts***

Hoe kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan de implementatie van de CQI Huisartsenzorg? Huisartsen brengen naar voren dat zij zelf graag 'eigenaar' van het onderzoek zijn. Huisartsen vinden dat dit onderzoek een wezenlijk onderdeel is van goede praktijkvoering. Daarom wil men de regie en het initiatief niet overlaten aan een externe partij, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Hiermee is niet gezegd dat men het onderzoek zelf wil uitvoeren: ondersteuning door een onafhankelijke externe partij wordt positief beoordeeld. Niet alleen vanuit praktische argumenten, maar ook om de objectiviteit te waarborgen.

## **4.2 Interviews met sleutelpersonen**

In het najaar van 2010 zijn zeven gesprekken gehouden, waaraan is deelgenomen door in totaal 10 personen. Tijdens deze interviews met sleutelpersonen zijn een aantal vragen gesteld met betrekking tot de CQI Huisartsenzorg en de manier waarop het meetinstrument landelijk kan worden geïmplementeerd. Gesprekspartners tijdens de interviewronde waren vertegenwoordigers van:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2 personen);
- de NPA;
- de Stichting Miletus (2 personen);
- de NPCF;

- de ROS regio's Friesland, Groningen en Drenthe (2 personen);
- ProGez;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Tijdens de interviews werd achtereenvolgens ingegaan op de (in de ogen van de gesprekspartners) sterke en zwakke punten van de CQI Huisartsenzorg en de uitdagingen en bedreigingen van een landelijke implementatie. Met betrekking tot de landelijke implementatie is nader ingegaan op wie de regie moet hebben bij een dergelijk traject, wie de kosten zou moeten dragen voor de implementatie en hoe deze implementatie het beste vorm kan krijgen (eenheid van analyse, vorm van het meetinstrument en de tijdsduur tussen metingen, gefaseerd of in één keer, partij verantwoordelijk voor implementatie). Het merendeel van de interviews vond plaats ten kantore van de externe gesprekspartners en is op band opgenomen. De interviews duurden tussen de 35 en 55 minuten.

#### **4.2.1 Sterke punten CQI Huisartsenzorg**

Een sterk punt van de CQI Huisartsenzorg dat door alle gesprekspartners is genoemd betreft de validiteit en betrouwbaarheid van zowel het meetinstrument, als de gestandaardiseerde manier van dataverzameling, analyse en rapportage. Ofwel in de woorden van vertegenwoordigers van de NHG “met een stevig meetinstrument als de CQI Huisartsenzorg die betrouwbare en gestandaardiseerde informatie levert in de vorm van een goede spiegelrapportage en ingebed in een structuur die gericht is op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging, dan denk ik dat het mogelijk is om een goede stap voorwaarts te maken”. Daarbij wordt door een aantal gesprekspartners wel de kanttekening gemaakt dat die validiteit, betrouwbaarheid en mate van standaardisatie vooral belangrijk zijn als het instrument wordt gebruikt voor externe verantwoording of benchmarking.

Andere sterke punten die door de verschillende gesprekspartners worden genoemd zijn de reikwijdte van het instrument (“alle belangrijke elementen van de huisartsenzorg, met uitzondering van wellicht de effectiviteit, zitten erin...” en “voor ons is de multidimensionaliteit van het instrument een belangrijk en sterk punt...”), het feit dat zowel wordt gekeken naar het belang en concrete ervaringen, het feit dat de CQI Huisartsenzorg op een aantal kwaliteitsdimensies duidelijk onderscheidend vermogen heeft op het niveau van huisartspraktijken (“voordeel is dat de CQI Huisartsenzorg vraagt naar concrete ervaringen met betrekking tot een breed spectrum van de huisartsenzorg.....”).

Met betrekking tot de sterke punten van de CQI Huisartsenzorg wordt tenslotte door een aantal partijen benadrukt dat het punt dat ‘de CQI betrouwbare, objectieve informatie levert’ is gekoppeld aan zowel het doel waarmee het CQI instrument wordt ingezet als de wijze van dataverzameling. Ofwel in de woorden van één van de NHG-vertegenwoordigers “Bij verantwoording naar buiten is het uitdelen van vragenlijsten geen optie...”.

#### **4.2.2 Zwakke punten CQI Huisartsenzorg**

Net zoals er bij de sterke punten overeenstemming was over de robuustheid en betrouwbaarheid van de CQI Huisartsenzorg, is er met betrekking tot de zwakke punten van het meetinstrument nagenoeg overeenstemming over het feit dat de vragenlijst in zijn huidige vorm lang en weinig flexibel is (“door te werken met een korte kernvragenlijst met de essentiële vragen of kwaliteitsdimensies en een meer flexibel deel dat al naar gelang de omstandigheden kan bestaan uit specifieke modules die de diepte ingaan of een beperkt aantal regionaal interessante vragen, maak je het voor de plaatselijke of regionale huisartsen tot een instrument dat meer ‘van hen’ is....”).

Andere zwakke punten die worden genoemd betreffen het feit dat de vragenlijst geen aandacht schenkt aan specifieke groepen (chronisch zieken, allochtonen) en/of zorgketens en aan het feit dat weinig tot geen aandacht wordt geschonken aan de preventieve elementen in de zorgverlening van huisarts naar patiënt (en daarmee voorbij lijkt te gaan aan één van de kernelementen van de taakuitoefening door huisartsen). Overigens wordt hierbij ook opgemerkt dat het wellicht verstandig is om eerst maar eens te beginnen met deze, algemene variant en in een later stadium te kijken of uitbreiding naar specifieke groepen of ketenzorg mogelijk is.

Een ander punt is dat het werken met de CQI Huisartsenzorg wordt gezien als een voor huisartsen ingewikkeld en kostbaar proces is. Dit laatste punt heeft niet alleen betrekking op het trekken van de, volgens het CQI Handboek, voorgeschreven steekproeven, maar ook op de wijze hoe men uitkomsten van CQI onderzoek moet interpreteren. Of, zoals één van de ROS-vertegenwoordigers uit de pilotregio's het verwoordde: “de terugrapportages komen, zeker als zij niet worden voorzien van een mondelinge toelichting, op de huisarts over als een brij van informatie in een taal die de huisarts vreemd is. Een vertaalslag op weg naar concrete verbeterinformatie, bijvoorbeeld met behulp van communicatiedeskundigen, lijkt ons erg nuttig en gewenst...”.

#### **4.2.3 Kansen en uitdagingen CQI Huisartsenzorg**

De belangrijkste kans van de CQI Huisartsenzorg is gelegen in het feit dat het instrument past in het algemene beleid van met name de overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars om te komen tot gestandaardiseerde, betrouwbare informatie over de kwaliteit van zorgverleners en zorgsectoren vanuit verschillende perspectieven. Het meten van kwaliteit van zorg via zorginhoudelijke indicatoren is daarbij één kant van de medaille, kwaliteit van zorg gemeten via de ervaringen van zorggebruikers is een andere kant. Ofwel, in de woorden van een van de gesprekspartners: “het meten van klantervaringen is een ‘must’; de CQI Huisartsenzorg is voor wat betreft deze beroepsgroep één van de weinige gevalideerde en bruikbare meetmethodes”. Inspelen op en aanhaken bij deze beleidsontwikkeling biedt kansen voor de CQI Huisartsenzorg. Daarnaast wordt de CQI Huisartsenzorg gezien als een instrument dat past in de maatschappelijke ontwikkeling, waarbij zorggebruikers met name via internet meer inzicht willen hebben in hun aandoening wat hun mogelijkheden zijn voor behandeling

(“laten we die handschoen opnemen, al is het alleen al om te voorkomen dat anderen vergelijkbare informatie maar van mindere kwaliteit gaan aanbieden...”).

Een uitdaging die door de gesprekspartners wordt gesignaleerd is meer in te spelen op de ‘eisen’ van de gebruikers van de CQI Huisartsenzorg en de informatie die met behulp van het meetinstrument wordt gegenereerd (“er is in het ontwikkeltraject veel aandacht geweest voor dingen als validiteit, betrouwbaarheid en standaardisatie en waarschijnlijk te weinig over de implementatie, de praktische toepasbaarheid en de behoefte van individuele gebruikers aan een flexibel meetinstrument. De uitdaging is om dat in deze fase op te pikken...”).

Tenslotte wordt door nagenoeg alle gesprekspartners aangestipt dat de CQI Huisartsenzorg niet gezien moet worden als een ‘los’ meetinstrument, maar moet worden ingebed in een kwaliteitscyclus. In deze cyclus moet behalve voor toetsing ook plaats zijn voor een planmatige aanpak van kwaliteitsverbetering en evaluatie.

#### **4.2.4 Bedreigingen CQI Huisartsenzorg**

Naast de genoemde zwakke punten van de CQI Huisartsenzorg worden er door de meeste gesprekspartners drie belangrijke bedreigingen gesignaleerd. Dit zijn (1) het ontbreken van voldoende draagvlak bij de beroepsgroep van huisartsen, (2) problemen met betrekking tot de organisatorische inbedding van een landelijk traject van implementatie, en (3) de veelheid van doelen waarop CQI Huisartsenzorg is gericht..

Het eventueel ontbreken van draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg bij de beroepsgroep van huisartsen wordt door nagenoeg alle gesprekspartners als de grootste potentiële bedreiging voor een landelijke implementatie van het meetinstrument gezien. “NHG en LHV moeten er zelf achter staan, de beroepsgroep moet zelf willen weten waar zij staat, wanneer het gaat om de oordelen van hun patiënten over de huisartsenzorg. Draagvlak binnen de beroepsgroep is hier de cruciale factor”. Dit draagvlak kan, naar de mening van de gesprekspartners, worden gecreëerd door de beroepsgroep zo vroeg mogelijk te betrekken bij een proces van landelijke implementatie, door helder en transparant te zijn over wat er met CQI informatie wordt gedaan, door goede regels op te stellen voor zowel de dataverzameling als het ‘ownership’ en het gebruik van CQI informatie en door de toepassing van de CQI Huisartsenzorg in te bedden in verbeterplannen en een verbeterproces.

Een tweede bedreiging voor landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg die de gesprekspartners zien, bestaat uit een serie kanttekeningen die allen zijn onder te brengen onder de noemer ‘organisatorische inbedding’ van het proces van implementatie. Het gaat om vragen zoals ‘wie gaat de kosten dragen?’, ‘op welk niveau vind een landelijke implementatie plaats?’, ‘werken we toe naar een gefaseerde implementatie of naar metingen op één moment?’, ‘wie gaat de CQI data beheren en bewerken?’ en ‘op welke manier wordt gerapporteerd naar de verschillende stakeholders?’. Daarbij worden door de verschillende gesprekspartners verschillende suggesties gedaan voor oplossingen, waarbij de kern is dat door de landelijke overheid, in nauw overleg met alle belanghebbenden,



gewerkt moet worden aan een implementatieplan en -traject waarin al deze aspecten uitgewerkt dienen te worden (zie ook paragraaf 4.2.5). De meeste eenduidigheid is er met betrekking tot de oordelen over de uitvoering van de metingen, het beheer en de bewerking van CQI-data en de rapportage. Hierbij wordt vooral gedacht aan ‘TTP’s (Trusted Third Parties), in overleg met het Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ) teneinde te borgen dat de metingen ook daadwerkelijk conform het handboek worden uitgevoerd. Voor wat betreft de kosten variëren de meningen van ‘de huisarts zelf’ tot een bekostiging uit overheidsmiddelen, gelden van de verzekeraars al dan niet via een (geringe) verhoging van de premies voor verzekerden. Met betrekking tot de invoering lijkt een gefaseerd traject, uitgesmeerd over een periode van bijvoorbeeld vijf jaar, het meest kansrijk. Begonnen kan worden met (op basis van vrijwilligheid of via een accreditatietraject) voorlopers, waarna geleidelijk het aantal wordt uitgebreid naar de volledige populatie van huisartspraktijken.

Een derde bedreiging die een aantal gesprekspartners zien betreft de veelheid van doelen die wordt nagestreefd bij toepassing van de CQI Huisartsenzorg het gebruik van de CQI-informatie die via reguliere metingen beschikbaar komt. Bij de gesprekspartners bestaat de angst dat door de veelheid van doelen (keuze-informatie, zorginkoop-informatie, verbeterinformatie, benchmarkinformatie, toezichtsinformatie) er niets optimaal wordt gemeten (“door de vele doelstellingen en de vele brillen waarmee - via de patiënt - naar de huisartsenzorg wordt gekeken, dreigt het gevaar dat je niks goed doet...”). Bovendien worden kanttekeningen geplaatst bij het nut van CQI informatie bij sommige van deze informatiedoelen, vanwege de aard van de informatie (“kiezen patiënten nu echt via de lijstjes op KiesBeter.nl, of baseren ze zich ook via internet op hele andere bronnen waarbij huisartsen met naam en toenaam worden genoemd?”) of vanwege het feit dat CQI informatie soms niet los kan worden gezien van lokale, bijzondere omstandigheden.

#### **4.2.5 Regie landelijke implementatie CQI Huisartsenzorg**

Met betrekking tot de vraag wie de regie moet hebben bij een eventuele landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg, zijn de meningen van de gesprekspartners verdeeld. De meeste steun lijkt te bestaan voor een implementatiemodel, waarin de stuurgroep kwaliteit huisartsenzorg (met daarin vertegenwoordigd alle belangrijke partijen betrokken zo’n implementatieproces) een belangrijke rol vervult. Met betrekking tot de implementatie wordt daarbij door de gesprekspartners nadrukkelijk gewezen op (1) het draagvlak bij met name de beroepsgroep van huisartsen, (2) een organisatorische inbedding met aandacht voor zowel het proces van implementatie als de uitvoering van reguliere metingen, en (3) de implementatie van de CQI Huisartsenzorg te zien als onderdeel van een landelijke ‘plan – do – act – check ‘ verbetercultuur binnen de beroepsgroep van huisartsen.

#### **Kosten landelijke implementatie CQI Huisartsenzorg**

Hoewel de kosten van invoering van de CQI Huisartsenzorg zullen afhangen van het te kiezen implementatiemodel, is dit onderwerp tijdens de interviewronde toch alvast aan de orde gesteld. De meningen over welke partij de kosten moet dragen zijn verdeeld.

Eenzijds wordt geopperd dat een deel van de kosten wellicht door de huisartspraktijk zelf kan worden opgebracht; anderzijds wordt opgemerkt dat het een illusie is te veronderstellen dat de huisarts zelf voor de kosten van een CQI Huisartsenzorg gaat opdraaien. Andere suggesties die zijn gedaan betreffen een (co) financiering (al dan niet via de algemene middelen) door zorgverzekeraars, het faciliteren van de implementatie met behulp van middelen van het Ministerie van VWS en mogelijke combinaties van de verschillende modellen.

### **Wijze van implementatie CQI Huisartsenzorg**

Met betrekking tot de wijze van implementatie van de CQI Huisartsenzorg is onderzocht hoe de meningen liggen met betrekking tot twee punten: (1) de structuur waarbinnen een landelijke implementatie het beste kan geschieden, en (2) de fasering van een landelijke implementatietraject.

Met betrekking tot de structuur waarbinnen een landelijke implementatie het beste kan geschieden zijn een vijftal suggesties gedaan: (1) via de circa 20-25 zorggroepen die inmiddels in Nederland bestaan en waarin circa 80% van alle huisartsen participeren, (2) via de ROS organisaties, die in principe heel Nederland bestrijken, (3) door invoering van de CQI Huisartsenzorg te koppelen aan de accreditatie via de NPA, (4) via zorgverzekeraars en de afspraken die met individuele huisartspraktijken worden gemaakt, en (5) via de individuele huisartspraktijken, op basis van een model van vrijwilligheid, maar wel vanuit het idee dat elke praktijk bijvoorbeeld tussen 2012 en 2017 een keer getoetst moet zijn met behulp van de CQI Huisartsenzorg.

Met betrekking tot de fasering zijn, afhankelijk van de te kiezen structuur, suggesties gedaan voor een fasegewijze implementatie en een implementatie via pilot-regio's uit te breiden naar in principe alle huisartsen. Daarnaast is de mogelijkheid geopperd van één-moment metingen, bijvoorbeeld via de administratie van zorgverzekeraars. In z'n algemeenheid geldt dat eerst een keuze gemaakt dient te worden voor een centraal of een decentraal model van implementatie en vervolgens gekeken kan worden voor welke structuur het meeste draagvlak bestaat.

### **Toe te passen variant CQI Huisartsenzorg bij landelijke implementatie**

De keuze voor de toe te passen variant van dataverzameling met de CQI Huisartsenzorg wordt voor de gesprekspartners voor een belangrijk deel bepaald door de doelstelling van het implementatietraject. Indien het instrument enkel wordt ingezet voor 'eigen gebruik' (bijvoorbeeld enkel kwaliteitsverbetering of kwaliteitsborging) dan zou kunnen worden volstaan met de minst belastende en goedkoopste variant die toch valide informatie oplevert. Dit zijn de 'uitdeelvarianten' van vragenlijsten en/of inlogcodes voor een internetversie van de CQI Huisartsenzorg.

Wordt het instrument, behalve voor het interne kwaliteitsbeleid op het niveau van de huisartspraktijk, ook ingezet voor een externe verantwoording naar derden (inspectie, KiesBeter.nl, zorgverzekeraars) dan kan niet worden volstaan met de vrijblijvendheid van de uitdeelvariant, maar is (volgens de meerderheid van de gesprekspartners) de mixed-mode variant de meest aangewezen manier van dataverzameling. Bij deze combinatie

worden de voordelen van een schriftelijke dataverzameling en een dataverzameling via internet gecombineerd. De dataverzameling zelf dient, omdat het doel is te komen tot valide en betrouwbare vergelijkingsinformatie, daarbij wel te voldoen aan de (strengere) eisen van het handboek voor toepassing van CQI-meetinstrumenten.

**Tijdsduur tussen reguliere metingen bij landelijke toepassing CQI Huisartsenzorg**

Met betrekking tot de tijdsduur tussen reguliere metingen met behulp van de CQI Huisartsenzorg, worden suggesties gedaan die variëren tussen ‘eens per twee jaar’ (NPCF) tot ‘eens per vijf jaar’. De wens om eens per twee jaar te toetsen wordt daarbij vooral ingegeven door het streven te komen tot zo actueel mogelijke (keuze)informatie. De gedachte om de CQI Huisartsenzorg eens in de drie tot vijf jaar in te zetten, lijkt vooral te worden ingegeven vanuit het oogpunt van kostenefficiëntie en belasting voor de huisartsenpraktijk.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk staan de conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek waarbij is gekeken naar de regionale implementatie van de CQI Huisartsenzorg centraal. De belangrijkste onderzoeksvraag, op weg naar een landelijke implementatie, is wat de ervaringen met de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in een pilotregio ons leren over (1) de toe te passen meetmethode, (2) de validiteit van het meetinstrument, en (3) het verloop van het implementatieproces? In drie paragrafen worden eerst de specifieke onderzoeksvragen herhaald. Vervolgens worden de belangrijkste bevinding op basis van de onderzoeksresultaten kort weergegeven.

### 5.1 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de methodologie van steekproeftrekking en dataverzameling

Met betrekking tot de te volgen methode van steekproeftrekking en dataverzameling zijn met behulp van proefopstellingen de voor- en nadelen van vier proefopstellingen geïnventariseerd. De onderzoeksvraag was:

#### *1 ‘Wat zijn de voor- en nadelen van de vier geselecteerde manieren waarop de CQI Huisartsenzorg verspreid kan worden met betrekking tot de logistiek, de respons, de kwaliteit van de data en de kosten van dataverzameling?’*

De methoden waarin steekproeftrekking en een schriftelijke vragenlijst worden gehanteerd (#1) kent als voordelen:

- beperkte tijdsbesteding door huisarts;
- hoge respons;
- vertrouwen in de ‘stevigheid’ en validiteit van de uitkomsten;
- onafhankelijkheid.

Nadelen zijn:

- hoge materiële kosten;
- hoge kosten externe ondersteuning.

De methoden waarin steekproeftrekking, online dataverzameling in combinatie met een schriftelijke vragenlijst worden gehanteerd (#2) kent als voordelen:

- beperkte tijdsbesteding door huisarts;
- hoge respons;
- vertrouwen;
- onafhankelijkheid.

Nadelen zijn:

- hoge materiële kosten;
- hoge kosten externe ondersteuning.

De methode waarin vragenlijsten zijn uitgedeeld (#3) kent als voordelen:

- eenvoudige logistiek;
- lage kosten;
- bevredigende respons.

Nadelen zijn:

- mogelijke selectie door huisarts;
- bijhouden non-respons in de praktijk niet haalbaar.

De methode waarin codebrieven zijn uitgedeeld (#4) heeft als voordelen:

- eenvoudige logistiek;
- lage materiële kosten.

Nadelen zijn:

- grote variatie in respons;
- selectie door huisarts;
- bijhouden non-respons in de praktijk niet haalbaar.

Op basis van met name de ervaringen in de vier proefopstellingen, de interviews met sleutelpersonen en de mate waarin de keuze voor een methode toekomstbestendig moet zijn, concluderen wij dat proefopstelling #2 de voorkeur verdient. Een oplossing voor de problemen rond de steekproeftrekking kan worden gevonden in het ontwikkelen en toepassen van één of meerdere specifieke internetapplicaties die het trekken van een steekproef op het niveau van de huisartspraktijk via het Huisarts Informatie Systeem vergemakkelijkt.

## ***2 'Op welke wijze kunnen ICT en internet een bijdrage leveren aan de realisatie van een onafhankelijke steekproeftrekking en een zo efficiënt mogelijke dataverzameling en terugrapportage?'***

In deze pilot is in twee proefopstellingen geëxperimenteerd met afname van de CQI Huisartsenzorg via internet. De resultaten laten zien dat een mixed mode aanpak resulteerde in een zeer bevredigend responspercentage, maar in deze setting vooralsnog geen kostenbesparing opleverde. Wel lijkt deze toepassing, zo blijkt ook uit de interviews, meer toekomstgericht dan een volledig 'papieren' dataverzameling. Wanneer zou worden gekozen voor een 100% online-aanpak met steekproeftrekking (niet in dit onderzoek getest), zou het veldwerk aanzienlijk goedkoper kunnen worden.

Het volledig online uitvoeren van onderzoek met de CQI kán een redelijke respons opleveren, zo blijkt uit het experiment met het uitreiken van inlogcodes in proefopstelling #4. Wel is er bij deze variant een grote spreiding voor wat betreft het aantal ingevulde vragenlijsten. Bovendien geldt dat, wanneer de CQI Huisartsenzorg wordt ingezet voor het genereren van verantwoordings- of keuzeinformatie, moet worden voorkomen dat

selectief inlogcodes worden uitgereikt. Immers, het door de huisarts laten uitreiken van brieven met inlogcodes biedt geen garanties voor een onafhankelijke meting en geeft (te veel?) mogelijkheden voor manipulatie. De in deze veldtest toegepaste variant via het uitreiken van brieven met inlogcodes in de huisartspraktijk niet geslaagd. Het veldwerk kost veel tijd omdat - naar inschatting van de huisarts - veel patiënten niet aan online onderzoek kunnen of willen meedoen; de in de praktijken opgestelde pc werd niet tot zeer weinig gebruikt. Of de inschatting met betrekking tot de tijdsinvestering correct is of niet, het vormt een indicatie van een algemeen nadeel van de uitdeelvariant. Deze variant heeft, volgens de meeste deelnemers aan het pilotonderzoek, als belangrijkste nadeel de schijn van en mogelijkheid tot beïnvloeding/selectie. Dit gaat ten koste van de 'robustheid' van de CQI informatie en is onverenigbaar als deze informatie (mede) bedoeld is als verantwoordingsinformatie.

## **5.2 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de validiteit van de CQI Huisartsenzorg**

Via twee manieren is nader onderzoek gedaan naar de validiteit van de CQI Huisartsenzorg, zoals toegepast in de pilotregio. Gekeken is naar de CQI resultaten in vergelijking tot de resultaten verkregen met een andere, gevalideerde vragenlijst die de kwaliteit van de huisartsenzorg meet: de EUROPEP vragenlijst. Daarnaast zijn de resultaten uit de pilotregio gelegd naast de resultaten verkregen via een door de Stichting Miletus uitgevoerde (landelijke) referentiemeting met behulp van de CQI Huisartsenzorg.

### **3 'Hoe verhouden zich de resultaten die worden verkregen bij toepassing van de CQI Huisartsenzorg tot de resultaten verkregen bij toepassing van het EUROPEP-meetinstrument?'**

Op basis van de in dit deelonderzoek gerapporteerde informatiebronnen geven beide instrumenten een vergelijkbaar beeld van de door de patiënt ervaren kwaliteit. Huisartsen die hoog scoren op de CQI Huisartsenzorg scoren, wat vaker dan gemiddeld, ook hoog op de EUROPEP vragenlijst. De gemiddelde correlatie tussen de overall scores op beide meetinstrumenten (gemeten op het niveau van de 34 huisartsenpraktijken die bij de vergelijking kunnen worden betrokken) is .49. De hoogste correlatie wordt gevonden tussen de de EUROPEP-dimensie 'huisartspraktijk' en de CQI schaal 'toegankelijkheid praktijk', namelijk .77.

De EUROPEP hanteert een uitdeelmethode bij n=30 patiënten en vraagt naar oordelen met betrekking tot 23 kwaliteitsaspecten op een schaal die loopt van 1 ('slecht') tot 5 ('uitstekend'). Afname van de EUROPEP maakt deel uit van een totaalpakket gericht op accreditatie van en kwaliteitsverbetering binnen de huisartspraktijk. Met name door het kleine aantal vragenlijsten, levert het de huisartsen vooral een indicatie op voor wat betreft de kwaliteit van de geboden zorg en de tevredenheid van patiënten daaromtrent. Uitkomsten op detailniveau van de EUROPEP worden door de huisartsen niet of

nauwelijks als een bruikbaar aanknopingspunt voor verbeteringen gezien; daarvoor vindt men de resultaten te weinig robuust.

De CQI Huisartsenzorg is uitgebreider, richt zich op concrete ervaringen en levert daardoor meer concrete aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering op. Op onderdelen worden kritische kanttekeningen bij de CQI vragenlijst geplaatst. De uitkomsten zijn specifiek, maar 'de essentie' van de huisartsenzorg wordt er (naar de mening van de huisartsen zelf) niet altijd mee gedekt. Vergelijking van de resultaten verkregen met behulp van beide meetinstrumenten leert dat er weliswaar een overlap is in de scores (huisartsen die relatief goed scoren op de CQI Huisartsenzorg, scoren vaker dan gemiddeld ook goed op de EUROPEP) maar er is geen sprake van een één-op-één relatie. Op het niveau van afzonderlijke vragen is de overlap tussen uitkomsten verkregen via de EUROPEP-meting en de uitkomsten op basis van een CQI-meting wat groter dan bij de algemene scores. Geconcludeerd kan worden dat zowel de EUROPEP als de CQI Huisartsenzorg valide en betrouwbare instrumenten zijn voor het meten van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Welk instrument het beste in welke situatie gebruikt kan worden zal vooral worden bepaald door het gebruiksdoel en de kosten/baten afweging. Vormt, zoals bij een mogelijke landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg, het gebruiksdoel een mix van vooral verbeter- en verantwoordingsinformatie, dan is de CQI Huisartsenzorg een valide en betrouwbaar meetinstrument.

#### ***4 'Hoe verhouden zich de resultaten die in de pilotregio zijn verkregen met de toepassing van de CQI Huisartsenzorg tot de resultaten verkregen bij de door de Stichting Miletus uitgevoerde referentiemeting?'***

Vergelijking van de CQI Huisartsenzorg gegevens uit de pilotregio met de gegevens verkregen via de door de Stichting Miletus uitgevoerde referentiemeting laat zien dat er een zeer grote mate van overlap is in de resultaten. Dit geldt zowel voor de resultaten op het niveau van de schaalscores en het waarderingscijfer, als op het niveau van de verbanden tussen respondentkenmerken en de ervaringsscores.

Binnen de verschillende proefopstellingen zijn er (naast de verschillen in de responspercentages en de spreiding in deze percentages) kleine, systematische verschillen tussen de uitdeelvarianten (model #3 en #4) en de proefopstellingen met vaste steekproeftrekking (modellen #1 en #2). In de variant #3 zien we een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen, alsmede een percentage respondenten dat eigenlijk niet geïnccludeerd had mogen worden. Dit betreft respondenten jonger dan 18 jaar of ouder dan 70 jaar. In de varianten #2 en #4 (de beide varianten waarbij de gegevens deel of helemaal via internet zijn verzameld) zien we een oververtegenwoordiging van de leeftijdsgroepen 35-44 jaar en 45-54 jaar. In variant #4 (internet via inlogcodes) zijn mannen en respondenten met een relatief wat hogere opleiding wat oververtegenwoordigd.



### **5.3 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot het proces van implementatie van de CQI Huisartsenzorg**

Met betrekking tot het proces van implementatie zijn drie onderzoeksvragen gesteld die beantwoord moeten worden. Deze vragen hebben betrekking op het draagvlak voor de CQI Huisartsenzorg en de manier waarop de CQI Huisartsenzorg landelijk kan worden geïmplementeerd.

#### **5 *‘Welke mogelijkheden biedt het door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde proces van accreditering van huisartspraktijken voor de implementatie van de CQI Huisartsenzorg; is integratie van de CQI Huisartsenzorg in dit proces van accreditering mogelijk?’***

De meeste huisartsen in de pilot zijn van mening dat onderzoek naar de ervaringen van patiënten niet meer valt weg te denken uit de gezondheidszorg. Sommigen zijn kritisch over deze ontwikkeling, maar de meesten zien nut en noodzaak van deze ontwikkeling voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg. Hun voorkeur ligt bij een instrument dat goed meet en nuttige uitkomsten oplevert. Het inbouwen van de CQI in de praktijkaccreditatie zou wat hen betreft een goede stap zijn. Op een enkeling na zijn de huisartsen in de pilot overigens niet geaccrediteerd.

Ook in de interviews met sleutelpersonen werd integratie van de CQI Huisartsenzorg genoemd als mogelijkheid voor landelijke implementatie, met daarbij de kanttekening dat het percentage geaccrediteerde huisartsen op dit moment nog relatief gering is. Voordeel van opname in het accreditatietraject is dat de CQI-metingen niet op zichzelf komen te staan, maar worden ingebed in een structuur van kwaliteitsverbetering en kwaliteitstoetsing.

#### **6 *‘Wat is het draagvlak van de CQI Huisartsenzorg onder huisartsen en hoe kunnen huisartsen een actieve bijdrage leveren aan de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in Nederland?’***

Het draagvlak bij de huisartsen in de pilot was groot. Men heeft de voorkeur voor de methode die onafhankelijk en betrouwbaar is. Men kiest in grote mate voor een aanpak met steekproeftrekking en ondersteuning door een onderzoeksbureau voor verzending en verwerking. Dit is tevens de duurste variant; binnen de beroepsgroep lijkt er vooralsnog weinig tot geen animo te zijn voor het betalen van deze kosten door de huisarts zelf.

Deze conclusies op basis van de online enquête bij de huisartsen in de pilotregio, worden ondersteund door de resultaten uit de interviews met sleutelpersonen. Daarbij moet worden aangetekend dat het draagvlak voor landelijke implementatie van de CQI Huisartsenzorg verder uitgebouwd en geborgd kan worden door de koepelorganisaties van huisartsen (NHG en LHV) nadrukkelijk en van het begin af aan te betrekken bij het implementatieproces (“men moet het als iets ‘eigens’ gaan zien). Daarnaast zou

implementatie van de CQI Huisartsenzorg niet op zichzelf moeten staan, maar onderdeel moeten en kunnen vormen van meer gestructureerde en planmatige aanpak van kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering.

Toepassing van de CQI Huisartsenzorg in de vorm van reguliere metingen zou – in de ogen van de deelnemers aan het pilotonderzoek, maar ook volgens de geraadpleegde sleutelpersonen – met een bescheiden frequentie zou kunnen plaatsvinden. Men denkt daarbij (afhankelijk van de organisatie die men vertegenwoordigt) aan eens in de 2 tot 5 jaar. Dit zou de kosten kunnen beperken. Huisartsen zouden zelf een bijdrage kunnen leveren door het opnemen van de CQI in de NPA-praktijkaccreditering, certificering en registratie, door aandacht te besteden aan patiëntervaringen en de CQI in de regionale bijscholing.

Voor wat betreft de acceptatie en implementatie van de CQI Huisartsenzorg bij de groep van huisartspraktijken die hebben deelgenomen aan de pilot moet daarbij wel worden aangetekend dat de deelnemende huisartsen waarschijnlijk behoren tot de groep van ‘voorlopers’ als het gaat om vernieuwingen en kwaliteitsverhogende maatregelen. Deelname aan de pilot geschiedde op vrijwillige basis en vanuit een positieve (of op z’n minst nieuwsgierige) grondhouding ten opzichte van de CQI Huisartsenzorg.

**7 ‘Zijn er, naast verspreiding van de CQI Huisartsenzorg via het NHG accreditietraject, andere manieren waarop dit meetinstrument kan worden geïmplementeerd binnen de huisartsenzorg in Nederland?’**

In de interviews met sleutelpersonen is expliciet gevraagd naar de mogelijkheden die men ziet voor implementatie van de CQI Huisartsenzorg. Naast het NHG-accreditietraject werden genoemd:

- 1 implementatie via zorggroepen, waarbij de bij de zorggroep aangesloten huisartsen en huisartspraktijken geworven worden voor implementatie. Voordeel: meer dan 80% van de huisartsen participeert in één of meerdere zorggroepen. Aandachtspunten: het feit dat één huisarts(enpraktijk) in meerdere zorggroepen kan participeren en mogelijkheid de CQI Huisartsenzorg ten combineren met een aandoeningspecifieke module van een CQI meetinstrument
- 2 implementatie via de ROS organisaties. Voordeel: landelijke dekking. Aandachtspunt: de mate waarin ROS organisaties zijn toegerust voor deze taak
- 3 Implementatie via de zorgverzekeraars. Voordeel: eenvoudige steekproeftrekking. Aandachtspunt: regie en databeheer.
- 4 Gefaseerde implementatie bij individuele huisartspraktijken op (vooralsnog) vrijwillige basis, maar op termijn met bijvoorbeeld de IGZ eisen als stok achter de deur. Voordeel: draagvlak. Aandachtspunt: hoe krijg je voldoende praktijken bereid om deel te nemen en de regievoering.

Van deze mogelijkheden lijkt een combinatie van strategieën het meest kansrijk. Implementatie via de NHG-accreditatie kan worden gecombineerd met bijvoorbeeld een afname via zorggroepen of op (vooralsnog) vrijwillige basis.

# Literatuur

- Asbroek G ten, Delnoij DMJ, Arah OA, Sixma H et al. Measuring patient experiences with diabetes care in The Netherlands: the validity of a new survey instrument. In: 13th Annual EUPHA Meeting "Promoting the public's health: reorienting health policies, linking health promotion and health care". *Eur J Public Health*, 2005; 15(suppl. 1):142
- Bensing JM, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. In: Kaptein A, Weinman J. *Health psychology*. Malden; Oxford; Victoria: British Psychological Society; Blackwell Publishing, 2004, 261-87
- Bensing JM, Verheul W, Dulmen AM van. Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice. *Health Educ*, 2008; 108(5):373-83
- Brandt H, Zuidgeest M, Sixma H. *Ontwikkeling CQ-index Gehandicaptenzorg: meten van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg vanuit het cliëntenperspectief*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Brink-Muinen AM van der, Dulmen S van, Schellevis FG, Bensing JM. *Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Brouwer W, Sixma H, Triemstra M, Delnoij D. *Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Campen C van, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L. Assessing noninstitutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma*, 1997; 34(6):531-8
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Sixma HJ. *CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg rondom een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Damman OC, Hendriks M, Sixma HJ. Towards more patient centred healthcare: a new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. *Eur J Cancer*, 2009; 45(9):1569-77
- Dulmen S van, Bensing J. Communication in general practice. In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG. *Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage*. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006; 170-6
- Eijk I van der, Sixma H, Smeets T, Veloso FT, Odes S, Montague S et al. Quality of health care in inflammatory bowel disease: development of a reliable questionnaire (QUOTE-IBD) and first results. *Am J Gastroenter*, 2001; 96(12):3329-36

- Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Heamsha H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*, 2000;50:882-7
- Guadagnoli E, Epstein AM, Zaslavsky A et al. Providing consumers with information about the quality of health plans: the Consumer Assessment of Health Plans demonstration in Washington State. *Jt Comm J Qual Improv*, 2000; 26:410-20
- Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) 2.0 Adult Core Survey. *Health Serv Res*, 2003; 38(6, part1):1509-27
- Hays RD, Shaul JA, Williams VS et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measure. Consumer Assessment of Health Plan Studies. *Med Care*, 1999; 37 (3 Suppl.): WS22-31
- Hendriks M, e.a. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Linschoten CP van, Moorer P, Cardol M. *CQ-index farmacie en Apotheken door Cliënten bekeken. Vergelijking van uitkomsten naar instrument en methode*. Groningen: ARGO, 2008
- Meuwissen LE, Bakker DH de. *CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling; kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van patiënten*. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Meuwissen LE, Bakker DH. *CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Nederlands Huisartsen Genootschap. *NHG-Praktijkaccreditering; cyclus 2008-2010*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009-03-17
- PriceWaterhouseCoopers. *Brancherapport: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Utrecht: PriceWaterhouseCoopers, 2005
- PricewaterhouseCoopers. *Weten voor beter: brancherapport benchmark gehandicaptenzorg*. Amsterdam: PriceWaterHouseCoopers, 2007
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Weten wat we doen; verspreiding en innovaties in de zorg*. Zoetermeer. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations: An Overview (5<sup>th</sup> edition)*. New York: The Free Press, 2003
- Rupp I, Smulders, A, Klazinga NS, Delnoij D, Spreeuwenberg P. *Ervaringenlijst diabetes: onderzoek naar het discriminerend vermogen*. Amsterdam: AMC-UvA Afdeling Sociale Geneeskunde, 2006
- Schrijvers AJP. Tien theoriën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (ed). *Weten wat we doen; verspreiding en innovaties in de zorg*. P. 8-54. Zoetermeer. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005

- Sixma H, Kerssens JJ, Campen C van, Jacobs C. Kwaliteit van huisartsenzorg: het perspectief van de patiënt. *Medisch Contact*, 1994; 49(41):1284-6
- Sixma HJ, Spreeuwenberg PMM, Pasch MAA van der. Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Med Care*, 1998; 36(2):212-29
- Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1(2):82-95
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. *Onderzoekprogramma kwaliteit van zorg: de QUOTE-vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998
- Sixma H, Spreeuwenberg P. Quality of general practitioner care from the patients' perspective: facts, trends and differences. In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG. *Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage*. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006, 211-8
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Sonsbeeck DD van, Delnoij DMJ, Triemstra AHM. *Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Stubbe J, Spreeuwenberg P, Asbroek G ten. *CQ Index Diabetes: schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Stubbe J, Spreeuwenberg, P, Asbroek, G ten. *CQ Index Diabetes: schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Vervloet M, Linschoten, CP van, Dijk L van. *CQ-index Farmaceutische Zorg. Kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Wiegers TA, Stubbe JH, Triemstra M. *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Witmer JM, Bouma M, Braspenning J, Veld CJ in 't, Grol R. *NHG-Praktijkaccreditering® . Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijken*. Nijmegen, Universiteit Nijmegen, 2005
- Zaslavsky AM, Zaborski LB, Cleary PD. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study survey. *Med Care*, 2002; 40:485-99
- Zuidgeest M, Sixma H. De ontwikkeling van een CQI meetinstrument voor de gehandicaptenzorg. *Kwaliteit in Beeld*, 2007; 17(3):10-2

Zuideest M, Hendriks M, Triemstra M, Sixma HJ. *CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Zuideest M, Boer D de, Hendriks M, Rademakers J. Verschillende dataverzamelingmethoden in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2008; 86(8)455-62

# Bijlage 1 Referentiemeting Huisartsenzorg overdag

## **Inleiding**

In de periode december 2008 - januari 2009 is in opdracht van Stichting Miletus een meting met de CQ-index Huisartsenzorg overdag uitgevoerd met als doel het genereren van landelijke referentiecijfers. In dit stuk worden de resultaten van deze meting besproken.

## **Methode**

### *Steekproef*

Door zes zorgverzekeraars (Achmea, Agis, CZ, Delta Lloyd, Menzis en UVIT) is een steekproef getrokken onder hun verzekerden. De inclusiecriteria van de steekproef waren; leeftijd van 18 jaar of ouder, in 2008 ingeschreven bij een huisarts, waarvoor de huisarts in de tweede helft van 2008 een huisbezoek of consult declareerde. In tabel 1 zijn de aantallen per zorgverzekeraar weergegeven. Van de zes zorgverzekeraars was de man/vrouw verdeling in de steekproef bekend. Bij alle zorgverzekeraars was het aandeel vrouwen groter. Van de zorgverzekeraars samen was het percentage vrouwen 61% en mannen 39% in de steekproef.

Naast deze steekproef hebben de zorgverzekeraars een andere steekproef getrokken, onder zogenoemde voorkeurspraktijken. Voorkeurspraktijken zijn huisartspraktijken waarvan zorgverzekeraars wilden zien hoe deze beoordeeld zouden worden, een mix van mindere en betere praktijken. Deze steekproef onder voorkeurspraktijken zou in principe apart van deze steekproef lopen. Maar doordat het onderscheid tussen steekproef A en B in de barcode niet was gemaakt, was het bij de verwerking van de vragenlijsten niet duidelijk of een respondent uit de steekproef van de referentiemeting of uit de steekproef voorkeurspraktijken afkomstig was. Er is toen gekozen om op basis van response een onderscheid te maken. De praktijken met de hoogste respons vielen onder de steekproef voorkeurspraktijken (in totaal 55). De rest van de respons werd onder de referentiemeting geschaard. Het resultaat is dat hierdoor respondenten van de huisartsen uit de referentiemeting die ook in de meting voorkeurspraktijken zaten bij de meting voorkeurspraktijken zijn gevoegd.

### *Procedure*

Mailstreet heeft de verzending van de vragenlijsten uitgevoerd. De opschoning van het databestand is door Significant gedaan. In figuur 1 is de opschoningsprocedure weergegeven. Van de totaal 1802 netto verstuurd vragenlijsten was de netto response 824 (45,7%). Waardoor het verschil in totaal aantal benaderde personen tussen tabel 1 (1827) en figuur 1 (1826) wordt verklaard is niet duidelijk. Mogelijk heeft dit te maken met de onduidelijkheid tussen de steekproef ten behoeve van de referentiemeting en de steekproef van de voorkeurspraktijken.

### *Opschoning*

Het bestand met 824 respondenten is aan het NIVEL overgedragen en volgens de werkinstructie Huisartsenzorg overdag nogmaals opgeschoond met uitzondering van de controle van de invoer. Daaruit kwam naar voren dat er vijf duplicaten waren, cases met hetzelfde respondentnummer. Deze duplicaten hebben alleen hetzelfde respondentnummer, de antwoorden en achtergrondkenmerken van de respondent zijn verschillend. Significant heeft nogmaals een controle gedaan in het originele bestand en daarin kwamen geen duplicaten van de barcode voor. Significant geeft aan dat een fout bij het invoeren van de data (het omzetten van de barcode in respondentnummer) de reden van de duplicaten kan zijn. Om die reden zijn deze respondenten behouden. Daarnaast hadden 38 mensen vraag 1 of 2 niet ingevuld. In vergelijkende analyses zouden deze respondenten om die reden officieel niet tot de doelgroep behoren. Voor deze analyses is dat geen probleem dus deze respondenten zijn niet verwijderd.

### **Resultaten**

#### *Achtergrondkenmerken van de respondenten*

De groep respondenten bestond uit 64% vrouwen en 36% mannen (zie tabel 2). De meeste respondenten hadden een middelbare opleiding (38%). Het aandeel lager opgeleiden was 34% en het percentage hoger opgeleiden bedroeg 28%. De meeste respondenten gaven aan dat hun gezondheid goed tot zeer goed was (87%). Het percentage respondenten van allochtone afkomst was 13%. De 824 respondenten waren ingeschreven bij in totaal 742 huisartsen. Het is niet duidelijk hoe de verspreiding van deze huisartsen over Nederland is (stedelijk of platteland/provincies).

#### *Kwaliteitsaspecten*

Volgens de werkinstructie Huisartsenzorg overdag zijn de kwaliteitsaspecten (een gemiddelde van een aantal items) berekend. In tabel 3 zijn de gemiddelden per kwaliteitsaspect en het gemiddelde waardeoordeel van de huisartsenpraktijk weergegeven. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat zij de communicatie met en de bejegening door de huisartsen, assistenten en andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk doorgaans als positief ervaren.

De gemiddelden per kwaliteitsaspect en het gemiddelde waardeoordeel van de huisartspraktijk zijn vervolgens uitgesplitst voor mannen en vrouwen (tabel 4), leeftijdscategorieën (tabel 5), verschillende opleidingscategorieën (tabel 6) en naar gezondheidstoestand (tabel 7). De verschillen tussen de groepen zijn niet getoetst. Maar als gekeken wordt naar een trend in de ervaringen, dan oordeelden mannen positiever over de huisartspraktijk bij de kwaliteitsaspecten dan vrouwen. Maar wanneer een algemeen oordeel werd gevraagd waren vrouwen iets positiever dan mannen. Ouderen gaven over het algemeen een hogere waardering voor de verschillende kwaliteitsaspecten dan jongeren. De kwaliteitsaspecten werden door respondenten met verschillende opleidingen niet anders beoordeeld. Bij het waarde-oordeel gaven lager opgeleiden over het algemeen een hogere waardering dan hoogopgeleiden. Mensen met een slechtere gezondheidstoestand hadden over het algemeen een hogere waardering voor de kwaliteitsaspecten.



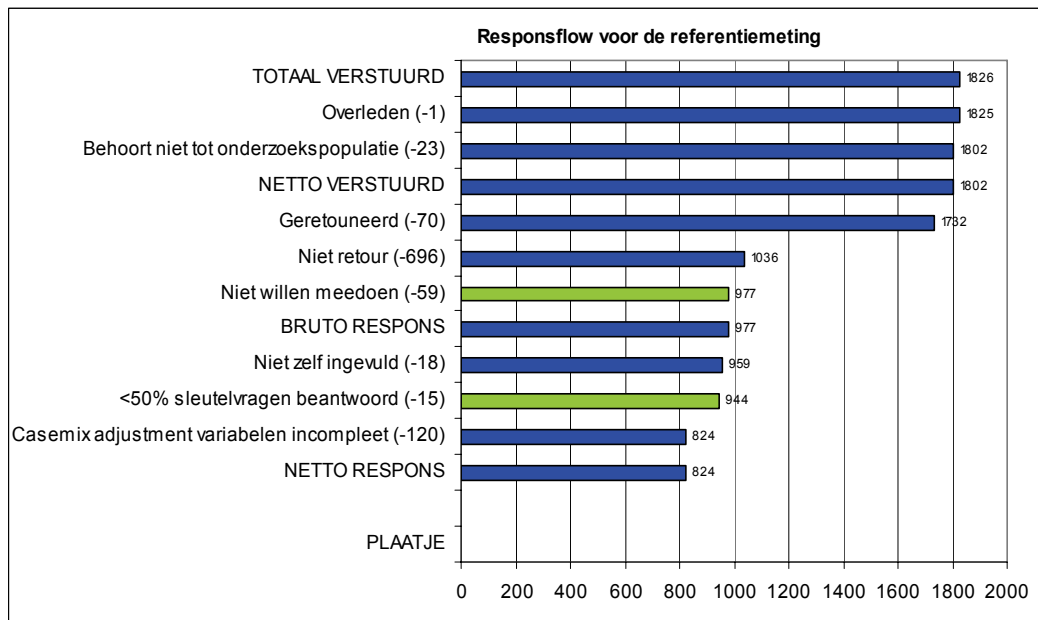
## Conclusie

De resultaten van deze referentiemeting geven een beeld van de ervaringen van verschillende groepen respondenten met de huisartspraktijk in 2008. Het is onduidelijk wat de spreiding van de huisartsen(praktijken) over Nederland is, maar gezien het gegeven dat zes verschillende zorgverzekeraars aan het onderzoek deelnamen, mag je een redelijke verdeling over Nederland verwachten. De achtergrondkenmerken van de respondenten laten zien dat de respondenten niet representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. Bij het gebruik van deze cijfers moet dat in gedachten worden gehouden.

Tabel B1.1 Aantal benaderde personen per zorgverzekeraar

verzekeraar	aantal
Achmea	297
Agis	250
CZ	500
Delta Lloyd	280
Menzis	250
UVIT	250
<b>Totaal</b>	<b>1827</b>

Figuur B1.1



Bron: Significant

Tabel B1.2 Achtergrondkenmerken van de respondenten referentiemeting  
Huisartsenzorg overdag (N=824)

		N	%
Sekse	vrouw	527	64,0
	man	297	36,0
Leeftijd	18-24 jaar	25	3,0
	25-34 jaar	75	9,1
	35-44 jaar	112	13,6
	45-54 jaar	128	15,5
	55-64 jaar	161	19,5
	65-74 jaar	166	20,2
	75 jaar en ouder	157	19,1
Opleiding	geen	21	2,6
	lager onderwijs	99	12,0
	lager of voorbereidend beroepsonderwijs	163	19,8
	middelbaar algemeen onderwijs	161	19,5
	middelbaar beroepsonderwijs	150	18,2
	hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	67	8,1
	hoger beroepsonderwijs	121	14,7
	wetenschappelijk onderwijs	42	5,1
Algemene gezondheid	slecht	31	3,8
	matig	74	9,0
	goed	483	58,6
	zeer goed	215	26,1
	uitstekend	21	2,6
Etniciteit	nederlands	716	87,2
	andere etniciteit	105	12,8

Tabel B1.3 Per kwaliteitsaspect en waardeoordeel aantallen, gemiddelden, standaardafwijking, minimale en maximale waarde

	N	gemiddelde	standaard-afwijking	min	max
<b>Kwaliteitsaspecten(1-4)</b>					
<i>Huisartspraktijk</i>					
Toegankelijkheid huisartspraktijk	808	3,25	0,55	1,20	4
Assistente huisartspraktijk	820	3,60	0,47	1,67	4
Bejegening huisarts	824	3,74	0,50	1	4
Communicatie huisarts	820	3,62	0,54	1	4
Zorg op maat huisarts	813	3,29	0,66	1	4
<i>Gespecialiseerd verpleegkundige</i>					
Samenwerking deskundigheid	25	3,76	0,45	2,25	4
Bejegening	25	3,79	0,50	1,75	4
Zorg op maat	25	3,55	0,67	1,50	4
<i>Diabetesverpleegkundige</i>					
Samenwerking deskundigheid	35	3,79	0,52	1,75	4
Bejegening	35	3,86	1,20	2,50	4
Zorg op maat	35	3,62	0,60	2	4
<i>Praktijkondersteuner</i>					
Samenwerking deskundigheid	55	3,64	0,53	1,25	4
Bejegening	55	3,82	0,38	2	4
Zorg op maat	54	3,26	0,82	1	4
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> huisartspraktijk	811	7,38	2,61	0	10

Tabel B1.4 Kwaliteitsaspecten en waardeoordeel uitgesplitst voor mannen en vrouwen

	mannen			vrouwen		
	N	gemiddelde	standaard afwijking	N	gemiddelde	standaard afwijking
<b>Kwaliteitsaspecten (1-4)</b>						
<i>Huisartspraktijk</i>						
Toegankelijkheid huisartspraktijk	291	3,33	0,51	517	3,21	0,56
Assistente huisartspraktijk	295	3,62	0,46	525	3,59	0,47
Bejegening huisarts	297	3,80	0,41	527	3,70	0,54
Communicatie huisarts	295	3,69	0,47	525	3,58	0,58
Zorg op maat huisarts	294	3,38	0,59	519	3,24	0,69
<b>Waardeoordeel (0-10)</b> Huisartspraktijk	294	7,29	2,79	518	7,43	2,51

Tabel B1.5 Kwaliteitsaspecten en waardeoordeel uitgesplitst naar leeftijd

		leeftijdscategorieën						
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 en ouder
<b>Kwaliteitsaspecten (1-4)</b>								
Toegankelijkheid huisartspraktijk	N	25	75	111	125	159	164	149
	Gem	<b>3,09</b>	<b>3,13</b>	<b>3,06</b>	<b>3,22</b>	<b>3,29</b>	<b>3,36</b>	<b>3,36</b>
	sd	0,60	0,50	0,65	0,57	0,54	0,49	0,47
Assistente huisartspraktijk	N	25	75	112	127	161	165	155
	Gem	<b>3,34</b>	<b>3,58</b>	<b>3,50</b>	<b>3,62</b>	<b>3,56</b>	<b>3,66</b>	<b>3,67</b>
	sd	0,60	0,46	0,53	0,47	0,51	0,41	0,38
Bejegening huisarts	N	25	75	112	128	161	166	157
	Gem	<b>3,43</b>	<b>3,68</b>	<b>3,66</b>	<b>3,74</b>	<b>3,76</b>	<b>3,81</b>	<b>3,76</b>
	sd	0,87	0,66	0,50	0,51	0,47	0,35	0,48
Communicatie huisarts	N	24	75	112	127	161	166	155
	Gem	<b>3,28</b>	<b>3,57</b>	<b>3,56</b>	<b>3,67</b>	<b>3,64</b>	<b>3,67</b>	<b>3,62</b>
	Sd	0,84	0,71	0,50	0,51	0,55	0,43	0,54
Zorg op maat huisarts	N	25	75	110	125	161	164	153
	Gem	<b>2,86</b>	<b>3,22</b>	<b>3,17</b>	<b>3,30</b>	<b>3,34</b>	<b>3,38</b>	<b>3,34</b>
	sd	0,93	0,73	0,65	0,67	0,65	0,57	0,61
<b>Waarde-oordeel (0-10)</b>								
Huisartspraktijk	N	24	75	112	127	161	160	153
	Gem	<b>7,08</b>	<b>6,69</b>	<b>6,96</b>	<b>7,31</b>	<b>6,82</b>	<b>8,29</b>	<b>7,78</b>
	Sd	1,91	2,75	2,53	2,47	3,00	2,09	2,59

Tabel B1.6 Kwaliteitsaspecten en waardeoordeel huisartspraktijk uitgesplitst naar opleiding (1 geen opleiding - 8 wetenschappelijk onderwijs)

		opleiding							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Kwaliteitsaspecten (1-4)</b>									
Toegankelijkheid huisartspraktijk	N	21	95	161	156	149	67	119	40
	Gem	<b>3,20</b>	<b>3,28</b>	<b>3,29</b>	<b>3,24</b>	<b>3,23</b>	<b>3,23</b>	<b>3,28</b>	<b>3,16</b>
	sd	0,55	0,47	0,55	0,58	0,55	0,53	0,55	0,58
Assistente huisartspraktijk	N	21	98	163	158	150	67	121	42
	Gem	<b>3,65</b>	<b>3,55</b>	<b>3,63</b>	<b>3,60</b>	<b>3,58</b>	<b>3,63</b>	<b>3,58</b>	<b>3,58</b>
	sd	0,48	0,42	0,46	0,49	0,48	0,48	0,45	0,52
Bejegening huisarts	N	21	99	163	161	150	67	121	42
	Gem	<b>3,75</b>	<b>3,72</b>	<b>3,79</b>	<b>3,73</b>	<b>3,75</b>	<b>3,71</b>	<b>3,69</b>	<b>3,72</b>
	sd	0,40	0,52	0,44	0,52	0,48	0,49	0,53	0,61
Communicatie huisarts	N	21	98	162	160	149	67	121	42
	Gem	<b>3,63</b>	<b>3,59</b>	<b>3,66</b>	<b>3,61</b>	<b>3,64</b>	<b>3,60</b>	<b>3,56</b>	<b>3,66</b>
	Sd	0,57	0,56	0,43	0,60	0,56	0,49	0,61	0,53
Zorg op maat huisarts	N	20	97	160	159	150	67	119	41
	Gem	<b>3,30</b>	<b>3,40</b>	<b>3,33</b>	<b>3,31</b>	<b>3,31</b>	<b>3,12</b>	<b>3,23</b>	<b>3,28</b>
	sd	0,74	0,53	0,60	0,72	0,68	0,71	0,66	0,66
<b>Waardeoordeel (0-10)</b>									
Huisartspraktijk	N	21	96	161	157	149	67	120	41
	Gem	<b>8,33</b>	<b>8,25</b>	<b>7,55</b>	<b>7,56</b>	<b>7,15</b>	<b>7,37</b>	<b>6,46</b>	<b>7,12</b>
	Sd	2,20	2,07	2,65	2,64	2,67	2,21	2,91	2,40

1; geen opleiding, 2; lager onderwijs, 3; lager voorbereidend beroepsonderwijs, 3; lager of voorbereidend beroepsonderwijs, 4; middelbaar algemeen voortgezet onderwijs, 5; middelbaar beroepsonderwijs, 6; hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs, 7; hoger beroepsonderwijs, 8; wetenschappelijk onderwijs

Tabel B1.7 Kwaliteitsaspecten en waardeoordeel huisartspraktijk uitgesplitst naar gezondheid

		algemene gezondheid				
		slecht	matig	goed	zeer goed	uitstekend
<b>Kwaliteitsaspecten (1-4)</b>						
Toegankelijkheid huisartspraktijk	N	28	72	474	214	20
	Gem	<b>3,51</b>	<b>3,40</b>	<b>3,25</b>	<b>3,20</b>	<b>3,11</b>
Assistente huisartspraktijk	sd	0,49	0,49	0,55	0,53	0,65
	N	31	74	480	214	21
Bejegening huisarts	Gem	<b>3,67</b>	<b>3,69</b>	<b>3,61</b>	<b>3,54</b>	<b>3,60</b>
	sd	0,43	0,38	0,47	0,50	0,46
Communicatie huisarts	N	31	74	483	215	21
	Gem	<b>3,82</b>	<b>3,81</b>	<b>3,75</b>	<b>3,67</b>	<b>3,77</b>
Zorg op maat huisarts	sd	0,35	0,48	0,47	0,58	0,59
	N	31	73	481	214	21
Huisartspraktijk	Gem	<b>3,81</b>	<b>3,71</b>	<b>3,64</b>	<b>3,51</b>	<b>3,63</b>
	Sd	0,34	0,54	0,50	0,63	0,74
Huisartspraktijk	N	31	71	475	215	21
	Gem	<b>3,48</b>	<b>3,36</b>	<b>3,32</b>	<b>3,20</b>	<b>3,28</b>
Huisartspraktijk	sd	0,65	0,64	0,63	0,69	0,78
	N	31	73	475	212	21
Huisartspraktijk	Gem	<b>7,58</b>	<b>6,45</b>	<b>7,44</b>	<b>7,53</b>	<b>7,52</b>
	Sd	2,42	3,45	2,54	2,41	2,75

## Bijlage 2 Resultaten pilot CQI Huisartsenzorg in detail

### Toelichting

In onderstaande vier tabellen worden, voor de vier proefopstellingen en op het niveau van de individuele praktijken, de resultaten met betrekking tot de vijf schalen van de CQI Huisartsenzorg weergegeven. De schaalscores zijn (via case-mix adjustment) gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid van de respondenten.

Tabel B2.1 Schaalscores huisartspraktijken groep #1, na case-mix adjustment

	schaal 1	schaal 2	schaal 3	schaal 4	schaal 5
101	3,21	3,56	3,75	3,69	3,30
102	3,17	3,53	3,81	3,66	3,23
103	3,04	3,55	3,76	3,56	3,22
104	3,28	3,61	3,82	3,67	3,22
105	3,11	3,50	3,78	3,75	3,30
107	2,94	3,53	3,78	3,69	3,25
108	3,11	3,55	3,68	3,54	3,10
109	3,11	3,50	3,77	3,55	3,16
110	3,39	3,49	3,80	3,66	3,19
111	3,26	3,53	3,57	3,46	3,06

Schaal 1 = toegankelijkheid huisartspraktijk

Schaal 2 = bejegening assistente

Schaal 3 = bejegening huisarts

Schaal 4 = communicatie

Schaal 5 = zorg op maat

Tabel B2.2 Schaalscores huisartspraktijken groep #2, na case-mix adjustment

	schaal 1	schaal 2	schaal 3	schaal 4	schaal 5
201	3,26	3,52	3,79	3,70	3,28
202	3,53	3,64	3,79	3,69	3,30
203	2,76	3,19	3,59	3,49	3,04
204	3,28	3,76	3,85	3,70	3,32
205	3,10	3,59	3,85	3,80	3,41
206	3,33	3,67	3,72	3,60	3,19
207	3,11	3,14	3,72	3,57	3,09
208	3,37	3,68	3,84	3,71	3,25
209	2,92	3,51	3,86	3,78	3,32
210	3,19	3,67	3,72	3,49	3,08
211	2,94	3,51	3,54	3,33	2,95

Schaal 1 = toegankelijkheid huisartspraktijk

Schaal 2 = bejegening assistente

Schaal 3 = bejegening huisarts

Schaal 4 = communicatie

Schaal 5 = zorg op maat

Tabel B2.3 Schaalscores huisartspraktijken groep #3, na case-mix adjustment

	schaal 1	schaal 2	schaal 3	schaal 4	schaal 5
301	3,35	3,69	3,83	3,70	3,31
302	3,13	3,46	3,72	3,59	3,12
303	3,24	3,59	3,70	3,52	3,10
304	3,20	3,28	3,65	3,41	2,92
305	3,30	3,74	3,81	3,73	3,30
306	2,82	3,06	3,77	3,63	3,22
307	2,84	3,41	3,77	3,67	3,36
308	3,27	3,71	3,80	3,69	3,19
309	3,17	3,56	3,71	3,59	3,20
310	2,95	3,48	3,81	3,73	3,31
311	3,08	3,52	3,67	3,59	3,23
312	3,42	3,72	3,81	3,66	3,29
313	3,34	3,74	3,72	3,58	3,12

Schaal 1 = toegankelijkheid huisartspraktijk

Schaal 2 = bejegening assistente

Schaal 3 = bejegening huisarts

Schaal 4 = communicatie

Schaal 5 = zorg op maat



Tabel B2.4 Schaalscores huisartspraktijken groep #4, na case-mix adjustment

	schaal 1	schaal 2	schaal 3	schaal 4	schaal 5
401	2,81	3,26	3,73	3,59	3,24
402	3,30	3,58	3,79	3,65	3,20
403	3,35	3,69	3,81	3,72	3,36
404	3,30	3,59	3,74	3,64	3,28
405	3,10	3,57	3,83	3,71	3,35
406	3,38	3,48	3,63	3,56	2,99
407	2,99	3,21	3,64	3,46	3,06
408	2,85	3,67	3,78	3,63	3,15
409	3,27	3,67	3,80	3,63	3,15
410	3,28	3,62	3,78	3,64	3,27

Schaal 1 = toegankelijkheid huisartspraktijk

Schaal 2 = bejegening assistente

Schaal 3 = bejegening huisarts

Schaal 4 = communicatie

Schaal 5 = zorg op maat



## Bijlage 3 Resultaten pilot CQI Huisartsenzorg: respondentkenmerken in de vier groepen

### Toelichting

In onderstaande vier tabellen worden, voor de vier proefopstellingen, de sociaal demografische kenmerken van de respondenten weergegeven. Het betreft per groep de verdelingen naar leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid.

Tabel B3.1 Verdeling van de respondenten naar leeftijdsklasse

	groep #1	groep #2	groep #3	groep #4
18 – 24 jaar	5,9%	6,0%	3,4%	4,3%
25 – 34 jaar	10,3%	13,4%	10,6%	9,6%
35 – 44 jaar	18,4%	14,6%	18,0%	20,4%
45 – 54 jaar	20,7%	23,5%	22,5%	23,1%
55 – 64 jaar	29,9%	29,2%	27,5%	27,0%
65 – 74 jaar	14,9%	13,4%	18,1%	14,4%
N	1142	1168	885	403

Tabel B3.2 Verdeling van de respondenten naar geslacht

	groep #1	groep #2	groep #3	groep #4
man	38,4%	39,0%	37,9%	43,2%
vrouw	61,6%	61,0%	62,1%	56,8%
N	1132	1137	951	403

Tabel B3.3 Verdeling van de respondenten naar hoogst genoten opleiding

	groep #1	groep #2	groep #3	groep #4
Geen opleiding	2,5%	2,4%	1,4%	2,0%
LO	4,3%	3,2%	4,5%	1,5%
LTS-LEAO-LH	21,2%	18,4%	16,6%	12,0%
MULO/MAVO	17,4%	19,4%	20,9%	19,3%
MBO	24,8%	23,8%	22,7%	26,8%
HAVO/VWO	6,7%	7,7%	7,8%	9,5%
HBO	19,1%	21,7%	21,2%	25,6%
WO	3,9%	3,4%	4,8%	3,4%
N	1055	1109	880	399

Tabel B3.4 Verdeling van de respondenten naar ervaren gezondheid

	groep #1	groep #2	groep #3	groep #4
slecht	2,6%	1,6%	1,9%	1,7%
matig	19,5%	19,4%	20,5%	16,5%
goed	59,9%	64,0%	64,0%	68,2%
zeer goed	13,8%	10,5%	9,7%	11,4%
uitstekend	4,1%	4,6%	3,9%	2,2%
N	1126	1157	947	412

## **Bijlage 4 CQI Huisartsenzorg vragenlijst**



Nederland instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

### **Vragenlijst**

## **Ervaringen met de kwaliteit van de huisartsenzorg**

### **CQ-index huisartsenzorg overdag**

**Versie 2.0 april 2009**

Deze specifieke vragenlijst is gebaseerd op de QUOTE-huisartsenzorg, de CEP, de Amerikaanse CAHPS-vragenlijsten, de Europep en de NHS, en aangevuld met vragen die gericht zijn op nieuwe ontwikkelingen in de huisartsenzorg. Deze vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de NPCF, het NHG, de LHV, de WOK, Stichting Miletus en het CKZ.

## Introductie

Deze vragenlijst heeft tot doel de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten zoals die door patiënten ervaren wordt. Zo kan de zorg beter afgestemd worden op de wensen van patiënten. Het invullen van de lijst duurt ongeveer 15 minuten.

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

U ziet op de voorpagina van deze vragenlijst een nummer staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of u uw vragenlijst heeft teruggestuurd zodat we u geen herinneringen hoeven te sturen. Na afloop van het onderzoek worden uw persoonlijke gegevens vernietigd. De resultaten worden anoniem verwerkt.

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

Hebt u vragen, dan kunt u bellen met ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV, Astrid de Groot, telefoonnummer 050 – 363 74 64. Ook kunt u een e-mail sturen naar [a.w.de.groot@med.umcg.nl](mailto:a.w.de.groot@med.umcg.nl).

## INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

- Het is de bedoeling dat de lijst wordt ingevuld door de persoon aan wie deze vragenlijst is gestuurd. Het is dus niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.  
Als deze persoon te ziek is om de vragenlijst in te vullen, hopen wij dat iemand kan helpen met het invullen van deze vragenlijst. Dit kan ook als die persoon de Nederlandse taal niet goed begrijpt. Het is de bedoeling dat de ervaring van de aangeschreven persoon wordt ingevuld.
- Beantwoord alle vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat links van uw antwoord staat. Sommige vragen zijn misschien niet op u van toepassing, omdat ze in het afgelopen jaar niet zijn voorgevallen. U kunt dan 'niet van toepassing' aankruisen. Wij willen graag weten hoe vaak u iets ervaren heeft. Als u in de afgelopen 12 maanden maar één keer contact heeft gehad met de praktijk, gaan de vragen over dat ene contact.  
Hebt u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen, zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

(  ) ja  
 nee

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

### Huisartspraktijk

---

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

- |  |   |
|--|---|
| <p>3. Vond u de artsen en andere medewerkers van uw huisartspraktijk behulpzaam?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd</p> <p>4. Weet u voldoende over de organisatie van uw huisartspraktijk (spreekuurtijden, spoed-telefoonnummers, weekenddienstregeling enz.)?<br/><input type="checkbox"/> nee<br/><input type="checkbox"/> ja</p> <p>5. Kreeg u binnen 2 minuten iemand aan de telefoon als u overdag de huisartspraktijk belde?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd<br/><input type="checkbox"/> niet van toepassing (ik heb niet geprobeerd overdag te bellen)</p> <p>6. Als u overdag met de huisartspraktijk belde, werd u dan goed geholpen?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd<br/><input type="checkbox"/> niet van toepassing (ik heb niet geprobeerd overdag te bellen)</p> | <p>7. Hebt u het als een probleem ervaren dat u eerst uw verhaal aan de assistente moest vertellen voordat u in contact kon komen met uw huisarts?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd<br/><input type="checkbox"/> niet van toepassing (ik hoefde niets te vertellen)</p> <p>8. Beoordeelde de assistente goed dat u een afspraak nodig had met de arts?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd</p> <p>9. Kon u als u het nodig vond binnen 24 uur op het spreekuur terecht?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd<br/><input type="checkbox"/> niet van toepassing (heb ik nooit nodig gehad)</p> <p>10. Was de huisartspraktijk open op tijdstippen die voor u gunstig waren?<br/><input type="checkbox"/> nooit<br/><input type="checkbox"/> soms<br/><input type="checkbox"/> meestal<br/><input type="checkbox"/> altijd</p> |
|--|---|

11. Hebt u te veel moeite moeten doen om snel op het spreekuur terecht te kunnen?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd  
<sup>8</sup> niet van toepassing (heb ik nooit geprobeerd)

12. Was het mogelijk om op redelijke termijn een afspraak te krijgen met uw eigen huisarts?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

13. Behandelde de assistente u met respect?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

14. Had de assistente voldoende tijd voor u?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

15. Is uw huisartspraktijk goed toegankelijk voor kindergagens en mensen met een lichamelijke handicap?

- <sup>1</sup> nee  
<sup>2</sup> ja  
<sup>3</sup> dat weet ik niet

16. Was de huisartspraktijk schoon?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

17. Kunnen mensen in de wachtkamer horen wat er aan de balie wordt besproken?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

18. Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

---

### Huisarts

---

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

19. Hielp uw huisarts u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

20. Luisterde uw huisarts aandachtig naar u?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

21. Toonde uw huisarts belangstelling voor uw persoonlijke situatie?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

22. Nam uw huisarts u serieus?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd

23. Gaf uw huisarts u begrijpelijke uitleg over de resultaten van onderzoek (bijvoorbeeld een lichamenlijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto of hartfilmpje)?

- <sup>1</sup> nooit  
<sup>2</sup> soms  
<sup>3</sup> meestal  
<sup>4</sup> altijd



24. Vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/gezondheidsprobleem?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
25. Legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
26. Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
27. Kon u meebeslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
28. Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd  
8  niet van toepassing (ik heb geen geneesmiddelen voorgeschreven gekregen)
29. Maakte uw huisarts u duidelijk waarom het belangrijk was zijn/haar instructies/advies op te volgen?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
30. Kreeg u voldoende hulp bij het 'vinden van de weg' in de gezondheidszorg (zoals informatie over behandelaars, ziekenhuizen, wachtlijsten, het maken van een afspraak en dergelijke)?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd  
8  niet van toepassing (heb ik nooit nodig gehad)
31. Werkte uw huisarts goed samen met uw andere zorgverleners (zoals de praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, thuiszorg, wijkverpleegkundige, specialist etc.)?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd  
8  niet van toepassing (ik ben niet bij een andere zorgverlener geweest)
32. Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
33. Bood uw huisarts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijvoorbeeld door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
34. Behandelde uw huisarts u met respect?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd
35. Had uw huisarts voldoende tijd voor u?
- 1  nooit  
2  soms  
3  meestal  
4  altijd

36. Zorgde de behandeling van uw huisarts ervoor dat uw gezondheidsproblemen verminderden?

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

37. Had u vertrouwen in de deskundigheid van uw huisarts?

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

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

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

39. Heeft u de afgelopen 12 maanden in de praktijk met een andere zorgverlener dan de huisarts of assistente een afspraak gehad?

*Meerdere antwoorden mogelijk.*

- 1  nee
- 2  ja, met de (gespecialiseerd) verpleegkundige
- 3  ja, met de diabetesverpleegkundige
- 4  ja, met de praktijkondersteuner
- 5  anders, namelijk .....

**Algemeen**

40. Welk cijfer geeft u aan de huisartspraktijk? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.

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

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Over Uzelf

De volgende vragen gaan over de persoon aan wie deze vragenlijst is gestuurd. Dus als u iemand helpt met het invullen van de vragenlijst, vermeld dan alstublieft de gegevens van die persoon.

43. Wat is uw leeftijd?

- 12 t/m 17 jaar
- 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

44. Bent u een vrouw of een man?

- <sup>1</sup> vrouw
- <sup>2</sup> man

45. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

(een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- <sup>1</sup> geen opleiding (lagere school; school niet afgemaakt)
- <sup>2</sup> lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- <sup>3</sup> lager of voorbereidend beroeps-  
onderwijs (zoals LTS, LEAO,  
LHNO, VMBO)
- <sup>4</sup> middelbaar algemeen voortgezet  
onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO,  
MBO-kort, VMBO-t)
- <sup>5</sup> middelbaar beroepsonderwijs en  
beroepsbegeleidend onderwijs  
(zoals MBO-lang, MTS, MEAO,  
BOL, BBL, INAS)
- <sup>6</sup> hoger algemeen en voorbereidend  
wetenschappelijk onderwijs (zoals  
HAVO, VWO, Atheneum,  
Gymnasium, HBS, MMS)
- <sup>7</sup> hoger beroepsonderwijs (zoals  
HBO, HTS, HEAO, HBO-V,  
kandidaats wetenschappelijk  
onderwijs)
- <sup>8</sup> wetenschappelijk onderwijs  
(universiteit)
- <sup>9</sup> anders, namelijk .....

(a.u.b. in blokletters)

46. Wat is het geboorteland van uzelf?

- <sup>1</sup> Nederland
- <sup>2</sup> Indonesië
- <sup>3</sup> Suriname
- <sup>4</sup> Marokko
- <sup>5</sup> Turkije
- <sup>6</sup> Duitsland
- <sup>7</sup> Nederlandse Antillen
- <sup>8</sup> Aruba
- <sup>9</sup> Anders, namelijk .....

47. Wat is het geboorteland van uw vader?

- <sup>1</sup> Nederland
- <sup>2</sup> Indonesië
- <sup>3</sup> Suriname
- <sup>4</sup> Marokko
- <sup>5</sup> Turkije
- <sup>6</sup> Duitsland
- <sup>7</sup> Nederlandse Antillen
- <sup>8</sup> Aruba
- <sup>9</sup> Anders, namelijk .....

48. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- <sup>1</sup> Nederland
- <sup>2</sup> Indonesië
- <sup>3</sup> Suriname
- <sup>4</sup> Marokko
- <sup>5</sup> Turkije
- <sup>6</sup> Duitsland
- <sup>7</sup> Nederlandse Antillen
- <sup>8</sup> Aruba
- <sup>9</sup> Anders, namelijk .....

49. In welke taal praat u thuis het meest?

- <sup>1</sup> Nederlands
- <sup>2</sup> Fries
- <sup>3</sup> Nederlands dialect
- <sup>4</sup> Indonesisch
- <sup>5</sup> (Sraran) Surinaams
- <sup>6</sup> Marokkaans-Arabisch
- <sup>7</sup> Turks
- <sup>8</sup> Duits
- <sup>9</sup> Papiamentu (Nederlandse Antillen)
- <sup>10</sup> Anders, namelijk.....

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

- <sup>1</sup> slecht
- <sup>2</sup> matig
- <sup>3</sup> goed
- <sup>4</sup> zeer goed
- <sup>5</sup> uitstekend

51. Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/psychische gezondheid noemen?

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

52. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst? Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- 1  nee
- 2  ja: ga naar vraag 53

53. Hoe heeft die persoon u geholpen? U mag meer dan één vakje aankruisen.

- 1  heeft de vragen voorgelezen
- 2  heeft mijn antwoorden opgeschreven
- 3  heeft de vragen in mijn taal vertaald
- 4  heeft de vragen voor mij beantwoord omdat ik een kind ben
- 5  heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- 6  heeft op een andere manier geholpen, namelijk .....

Eventuele opmerkingen:

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.**

**Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst in bijgevoegde antwoordenvolpette te retourneren aan ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV (een postzegel is niet nodig).**

## **Bijlage 5 EUROPEP vragenlijst**

<b>Nr.</b>
<b>Naam Huisarts</b>

Geachte Patiënt/Bezoeker,

Deze vragenlijst is bedoeld om inzicht te krijgen over de kwaliteit van de gezondheidszorg in onze organisatie. Uw mening daarover is voor ons erg belangrijk. Mocht uit de enquête blijken dat het nodig is, dan kunnen wij onze organisatie daarop aanpassen. Lees de vragen rustig door en probeer ze zo eerlijk mogelijk te beantwoorden. De vragenlijst is anoniem en het invullen neemt niet veel tijd in beslag.

Als u de vragenlijst ingevuld heeft, wilt u hem dan in de gereedstaande doos deponeren of afgeven aan de assistente.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Naamstempel huisarts :

Als u terug kijkt naar de afgelopen maanden wat vindt u dan van de huisarts en praktijk als het gaat om:	1=slecht, 5= uitstekend					
	1	2	3	4	5	N.v.t.
1. U het gevoel geven dat hij/zij tijd voor u had tijdens de consulten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ervoor zorgen dat u hem of haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. U betrekken bij de beslissing over het medisch handelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Naar u luisterde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Het snel verlichten van uw klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Het bieden van hulp zodat u zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Een zorgvuldige en degelijke aanpak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. lichamelijk onderzoek doen bij u ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Het aanbieden van hulp bij het voorkómen van ziekten en preventieve taken zoals bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontroles, inentingen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Uitleg geven over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. U vertellen over wat u wilde weten over uw klacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Het duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Weten wat hij/ zij gedaan of u verteld heeft tijdens voorgaande bezoeken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. U voorbereiden op wat u kon verwachten bij de specialist of onderzoek in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. De behulpzaamheid van de medewerkers? (anderen dan de arts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Het krijgen van een afspraak op het moment dat het u schikte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De telefonische bereikbaarheid van de praktijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. De wachttijd in de wachtkamer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor eventuele opmerkingen

---



---



---