



KENNISVRAAG

*Wat heeft vijf
jaar CQ-index
opgeleverd?*

NIVEL 2011

Petra Hopman

Dolf de Boer

Jany Rademakers

KENNISVRAAG – WAT HEEFT VIJF JAAR CQ-INDEX OPGELEVERD?

ISBN 978 94 91155 02 4

www.NIVEL.nl

NIVEL@NIVEL.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

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

Voorwoord	5
Managementsamenvatting	7
1 Vijf jaar CQ-index	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Onderzoeksvragen	15
1.2.1 Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk	15
1.2.2 Gebruik van CQI-informatie	15
1.2.3 Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief	16
1.3 Leeswijzer	18
2 Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Methode/werkwijze	19
2.3 Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk	20
2.3.1 Uitontwikkelde CQI-lijsten, status van metingen en betrokken actoren	20
2.3.2 Sectorspecifiek (naar lijst)	22
2.3.3 Generiek (over lijsten heen)	37
2.4 Algemeen: Implementatie gevorderd, maar niet voltooid	51
3 Gebruik van CQI-informatie	53
3.1 Inleiding	53
3.2 Methode/werkwijze	53
3.3 Gebruik van CQI-informatie	53
3.3.1 Patiënten(organisaties) en consumenten: belangenbehartiging en keuze-informatie	54
3.3.2 Verbeterinformatie voor zorgaanbieders	59
3.3.3 Zorginkoopinformatie voor zorgverzekeraars	63
3.3.4 Toezichtinformatie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	69
3.3.5 Monitorinformatie voor het ministerie van vws	71
3.4 Validiteit: meet de CQ-index wat hij beoogt te meten?	73
3.5 Algemeen: Gebruik is op gang maar kan beter	74

4	Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief	77
4.1	<i>Inleiding</i>	77
4.2	<i>Bevindingen</i>	78
4.2.1	<i>Gezondheidszorg in het algemeen</i>	79
4.2.2	<i>Huisartsenzorg</i>	84
4.2.3	<i>Ziekenhuiszorg</i>	85
4.2.4	<i>Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (vv&t)</i>	86
4.2.5	<i>Fysiotherapeutische zorg</i>	91
4.2.6	<i>Diabetes</i>	93
4.2.7	<i>Reumatoïde Artritis</i>	94
4.2.8	<i>Heup-/knieoperatie</i>	95
4.2.9	<i>Staaroperatie</i>	97
4.2.10	<i>Vergelijking door de tijd</i>	99
4.3	<i>Algemeen: Prioriteiten verschillen, ervaringen goed maar verbetering mogelijk</i>	101
5	Conclusies en aanbevelingen	103
5.1	<i>Implementatie van de CQ-index</i>	103
5.2	<i>Gebruik van CQI-resultaten</i>	104
5.3	<i>Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief</i>	105
5.4	<i>Wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?</i>	106
5.5	<i>Aanbevelingen</i>	107
	Referenties	109
	<i>Bijlage 1: Leden van de klankbordgroep</i>	116
	<i>Bijlage 2: Geïnterviewde veldpartijen en hun vertegenwoordigers</i>	117
	<i>Bijlage 3: Voorbeeld van een interviewschema (zorgverzekeraar)</i>	118

Voorwoord

Voor u ligt het rapport van de *Kennisvraag 2010*. Elk jaar worden door het NIVEL één of meerdere voor het actuele beleid van het Ministerie van VWS relevante kennisvragen geadresseerd. In 2010 was dat de vraag wat de CQ-index, die inmiddels vijf jaar wordt gebruikt voor het meten van klantervaringen in de zorg, heeft opgeleverd. Bij het beantwoorden van deze kennisvraag zijn verschillende en uiteenlopende bronnen gebruikt, wat een synthese van kennis rondom gebruik en bruikbaarheid van de CQ-index heeft opgeleverd. Deze kennis is relevant voor beleidsmakers, maar daarnaast ook voor andere partijen die in de praktijk – direct of indirect – van het instrument gebruik maken. Daarbij valt te denken aan patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, managers in zorginstellingen en zorgverzekeraars. Maar ook aan organisaties die zich bezig houden met transparantie in de zorg, het vaststellen van indicatoren en het meten van kwaliteit.

Wij zijn gedurende het onderzoek bijgestaan door een deskundige klankbordgroep waarin deze partijen vertegenwoordigd waren. De leden van de klankbordgroep staan vermeld in *bijlage 1*. Wij willen hen hierbij bedanken voor hun betrokkenheid, hun kritische bijdragen en bredere reflecties op het onderwerp.

Verder zijn er in het kader van het onderzoek interviews gehouden met vertegenwoordigers van diverse relevante veldpartijen (*bijlage 2*). Ook hen willen we bedanken voor het delen van hun kennis, ervaringen en inzichten.

De auteurs

Utrecht, maart 2011

Managementsamenvatting

Het meten van klantervaringen in de zorg

Transparantie over kwaliteit van zorg is een belangrijke voorwaarde voor marktwerking. Voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt is in 2006 in Nederland de *Consumer Quality Index* (ook wel 'CQ-index' of 'CQI') geïntroduceerd. De CQ-index bestaat enerzijds uit een aantal vragenlijsten, die betrekking hebben op een zorgsector, aandoening of medische ingreep, en anderzijds uit een gestandaardiseerde systematiek voor dataverzameling, analyse en rapportage.

De inzetbaarheid van de CQ-index in de praktijk

De implementatie van de CQ-index heeft in snel tempo gestalte gekregen: in de afgelopen jaren zijn twintig vragenlijsten ontwikkeld en vrijgegeven voor gebruik (tabel 1.1). Daarnaast zijn er nog een kleine twintig in ontwikkeling. Veel CQ-index vragenlijsten worden inmiddels gebruikt binnen grote (landelijke) dataverzamelingen. De meerderheid van de metingen wordt geïnitieerd door een samenwerkingsverband van verzekeraars die de resultaten willen gebruiken bij de zorginkoop, of door sectorbrede stuurgroepen waarin veldpartijen zijn verenigd die afstemmen welke kwaliteitsindicatoren voor hun sector het meest relevant zijn. De relatief snelle en grootschalige ontwikkelingen in de afgelopen jaren hebben enkele knelpunten blootgelegd:

- ***Gebrek aan regie***

Een aantal van de door veldpartijen genoemde knelpunten hangen samen met regie. Zo zijn veel partijen enthousiast aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een CQ-index, zonder centrale programmering of prioritering. Daarnaast komt het bijvoorbeeld voor dat verschillende partijen metingen uitzetten met dezelfde vragenlijst. Data die uit deze metingen voortkomen zijn ondergebracht bij verschillende instituten, die allemaal een eigen vorm van databeheer hanteren. Hierdoor is het voor derden vaak onduidelijk of en waar bepaalde data beschikbaar zijn – dit terwijl het meten met de CQ-index juist ook bedoeld is om met de data van één meting meerdere gebruiksdoelen te dienen.

- ***Draagvlak belangrijke randvoorwaarde voor gebruik***

Ontwikkeltrajecten rondom CQI-meetinstrumenten worden standaard ondersteund door een begeleidende werkgroep met daarin vertegenwoordigers van de partijen die later gebruik zullen maken van het instrument. Het doel hiervan is om bij alle betrokken partijen draagvlak

voor het instrument te genereren. Toch hebben partijen soms tegenstrijdige belangen en lukt het in de praktijk niet altijd om (direct) aan de wensen van alle partijen tegemoet te komen. In een enkel geval leidt dit er toe dat een extra ontwikkelingsronde nodig is, zoals bijvoorbeeld bij de CQI Gehandicaptenzorg en de module Hoortoestellen van de CQI Hulpmiddelen het geval was. In de meeste gevallen loopt de samenwerking tussen de partijen echter wel goed.

- ***CQ-index voor sommige patiëntengroepen of soorten zorg minder geschikt***

CQI-vragenlijsten lijken minder geschikt voor mensen met lagere gezondheidsvaardigheden, zoals allochtonen en/of laaggeletterden. Verder onderzoek naar de invloed van (lagere) gezondheidsvaardigheden en culturele achtergrond op datakwaliteit en uitkomsten uit CQI-onderzoek is dan ook gewenst. Ook bij soorten zorg waar de kwaliteit van een groep of keten van zorgverleners wordt gemeten of in sectoren en instellingen waar kleine aantallen patiënten behandeld worden doen zich specifieke problemen voor.

- ***Aandachtspunten bij metingen***

Op het gebied van de praktische uitvoering van metingen zijn een aantal aandachtspunten geconstateerd zoals de wijze van steekproeftrekking, de lengte van de vragenlijsten en het verkorten ervan, methoden van dataverzameling, en privacy. Voor deze zaken worden al extra inspanningen geleverd, met het oog op verdere verbetering van de methodiek en betere implementatiekansen. Het gaat hier om lopende ontwikkelingen die deels problemen hebben opgelost maar waar een aantal zaken nog verder moet uitkristalliseren.

Gebruik van CQI-informatie

Er is in het veld grote belangstelling voor CQI-informatie: veel partijen willen de informatie gebruiken of doen dat al. Zo nemen sommige zorgverzekeraars CQI-informatie mee bij de zorginkoop, hebben verschillende patiëntenorganisaties CQI-informatie op hun website staan en/of gebruiken zij de CQ-index voor keurmerken die zij verstrekken aan zorgaanbieders. Daarnaast is er een groep zorgaanbieders die voorop loopt en de informatie gebruikt bij verbetertrajecten, maar is er ook een grote groep zorgaanbieders die nog terughoudend is in het gebruiken van CQI-informatie. Op *kiesBeter.nl* worden in beperkte mate CQI-data gepresenteerd voor patiënten en consumenten. Het gebruik daarvan als keuze-informatie is echter (vooralsnog) beperkt tot een kleine groep. De belangrijkste observaties wat betreft het gebruik van CQI-informatie zijn de volgende:

- Gebruikers zijn van mening dat er meer informatie in de CQI-data zit die relevant is voor hun gebruiksdoel, maar dat die niet tot uiting komt in de geaggregeerde gegevens die zij nu ontvangen. Ook wordt aangegeven dat de gegevens niet altijd actueel zijn, wat het gebruik belemmert. Soms heeft men geen toegang tot meer gedetailleerde data of weet men niet hoe ze die toegang moeten krijgen. De wens tot data op cliëntniveau wordt geuit, maar daarbij is wel een punt van aandacht of de partijen zelf in staat zijn met die data de relevante analyses uit te voeren. Een andere benadering is het preciezer formuleren van de informatiebehoefte, op grond waarvan de rapportages en presentatiewijzen zinvoller kunnen worden vorm gegeven.
- Op het gebied van de presentatie en interpretatie van CQI-resultaten zijn er verschillende ontwikkelingen gaande. Wat betreft presentatie van resultaten als keuze-informatie op internet zijn er in de afgelopen jaren verschillende onderzoeken uitgevoerd die onder meer richting hebben gegeven aan de presentatiewijzen op kiesBeter.nl. Niettemin zijn er op dit vlak nog vele vragen en is aanvullend onderzoek nodig. Daarnaast loopt er een traject bij zorgverzekeraars om te komen tot een presentatiewijze speciaal gericht op zorginkopers. Ten slotte hebben veldpartijen uit de sector verpleging, verzorging en thuiszorg het boekje 'van Meten naar Verbeteren' uitgegeven. Dit is een soort handleiding voor instellingen voor het opzetten van een bijeenkomst met als doel om op grond van kwaliteitsinformatie een verbeterplan te ontwikkelen. Dit is een welkom initiatief aangezien voor zorgaanbieders vaak niet duidelijk is wat zij nu precies moeten veranderen aan hun werkwijze om beter te scoren op klantervaringen.
- Rondom het beoordelen van de kwaliteit van zorg op basis van de CQ-index spelen twee discussies. Zo vraagt men zich af of de CQ-index wel voldoende onderscheid laat zien tussen instellingen (discriminerend vermogen). Daarmee samenhangend speelt een discussie over de normen waartegen CQI-resultaten moeten worden afgezet. Traditioneel zijn dit relatieve normen en worden instellingsscores afgezet tegen het gemiddelde over alle instellingen heen. Door een absolute norm te kiezen zouden meer instellingen een verschil met die norm laten zien. Aangezien (de beoordeling van) het discriminerend vermogen en het hanteren van absolute normen voor discussie zorgen is nader onderzoek op deze punten wenselijk. Het onderzoek zou zich dan onder meer moeten richten op de vraag of er draagvlak gevonden kan worden voor absolute normen en zo ja, of dat ook leidt tot bruikbaarere informatie die nog steeds betrouwbaar is.

Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief

Enkele secundaire analyses op CQI-data wijzen uit dat patiëntengroepen verschillen in wat zij belangrijk vinden. Deze bevinding is consistent met eerder onderzoek en illustreert dat het nuttig is om verschillende vragenlijsten te ontwikkelen voor verschillende patiëntengroepen. Niettemin zijn er ook parallellen te trekken tussen patiëntengroepen. Patiënten en cliënten hechten over het algemeen veel belang aan procesaspecten zoals bejegening, communicatie en informatieverstrekking en zorginhoudelijke vaardigheden. In het algemeen oordeel dat mensen geven over de ontvangen zorg wegen procesaspecten ook het zwaarste mee.

Uit ervaringen van patiënten blijkt dat de meerderheid van de patiënten de zorg krijgt die zij belangrijk vinden. Maar patiënten krijgen niet altijd de zorg die ze willen. Dit geldt vooral voor de intramurale zorg (verpleging en verzorging) en de zorg bij reumatoïde artritis. Bij de fysiotherapeut en de huisarts krijgen mensen meestal wél de zorg die zij wensen. Meer specifiek valt op het vlak van communicatie en informatie nog veel te verbeteren.

1 Vijf jaar CQ-index

1.1 Inleiding

Transparantie is essentieel voor marktwerking in de zorg. Zo hebben patiënten en zorgconsumenten kwaliteitsinformatie nodig om geïnformeerd te kunnen kiezen voor een behandelaar of instelling.

Zorgverzekeraars kunnen deze gegevens gebruiken om beter en efficiënter zorg in te kopen, en zorgaanbieders kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken voor het optimaliseren van zorg. Toezichthouders en de overheid kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken voor het bewaken van de kwaliteit van zorg, voor toezicht op de zorgmarkt als geheel en het voeren van beleid. De belangrijkste partijen en hun positie binnen de zorgmarkt zijn weergegeven in figuur 1.1. Omdat veel partijen baat hebben bij transparantie binnen de zorg, is het meetbaar en openbaar maken van kwaliteit een belangrijk thema in de kennis- en innovatie-agenda van het Ministerie van vws (Maatschappelijke opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, 2009). Inmiddels wordt in het kader van het Programma Zichtbare Zorg gewerkt aan het formuleren van kwaliteitsindicatoren voor elf sectoren. De kwaliteitsindicatoren zijn gebaseerd op zorginhoudelijke en patiënt'- of cliëntgebonden aspecten, en op het zorgaanbod (i.e., zogenaamde klantpreferenties). Bij het in kaart brengen van cliëntgebonden indicatoren is het patiëntenperspectief essentieel, aangezien patiëntgerichtheid een belangrijke kwaliteitsdimensie is.

• De CQ-index

Voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt is in 2006 de Consumer Quality Index (ook wel 'CQ-index' of 'CQI') in Nederland geïntroduceerd, die inmiddels geaccepteerd is als *het* voorkeursinstrument voor het meten van patiënt- en cliëntervaringen met de kwaliteit van zorg. De CQ-index is een wetenschappelijk gefundeerde, gestandaardiseerde systematiek² die zorgbreed kan worden ingezet om de *ervaringen* van patiënten/cliënten met de aan hen ver-

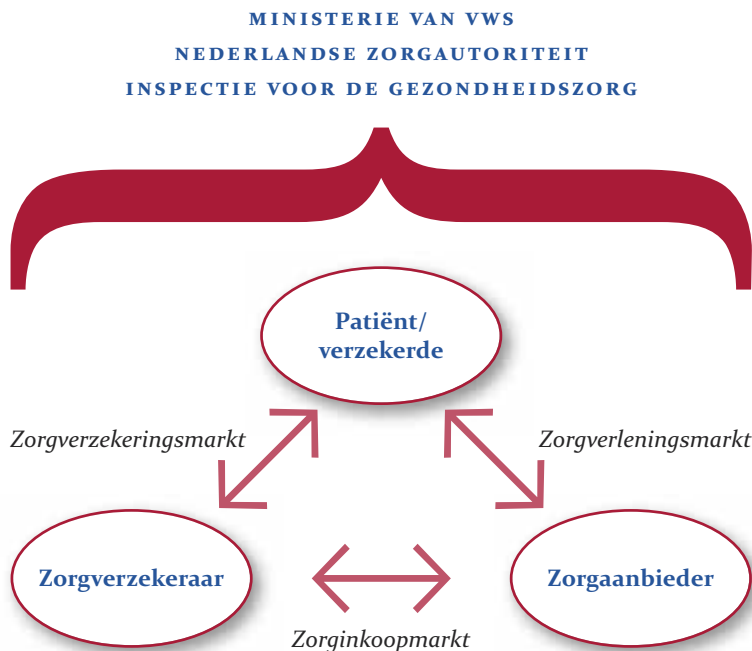
¹ De term 'patiënt' wordt doorgaans gebruikt voor mensen die gebruik maken van curatieve zorg, en de term 'cliënt' voor zorgconsumenten binnen de care-sector. In dit rapport worden, daar waar een specifieke patiënt- of cliëntgroep wordt bedoeld, de overeenkomstige termen gebruikt. Soms is dit onderscheid echter niet duidelijk te maken.

² De CQ-index bestaat uit een serie meetinstrumenten die kwaliteit van zorg meten vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Daarnaast bevat de CQI-systematiek richtlijnen en werkinstructies met betrekking tot steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage. Deze richtlijnen zijn vastgelegd in het *Handboek CQI Metingen* (Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008a).

leende zorg te meten. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin naar *tevredenheid* van patiënten/consumenten wordt gevraagd. Vragen naar concrete ervaringen van zorggebruikers leveren beter bruikbare informatie op voor kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering dan meer subjectieve vragen naar tevredenheid.

Figuur 1.1

Overzicht van de meest belangrijke partijen binnen de zorgmarkt



- **Oorsprong CQ-index: de CAHPS en de QUOTE**

De CQ-index is qua systematiek gebaseerd op een combinatie van twee meetmethoden: de CAHPS- en QUOTE-systematiek. De CAHPS-meetinstrumenten, wat staat voor Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, hebben hun oorsprong in de Verenigde Staten (zie www.cahps.ahrq.gov/default.asp; Delnoij, ten Asbroek, Arah et al., 2004; Hargraves, Hays & Cleary, 2003; Hays, Shaul, Williams et al., 1999) en zijn voor de Nederlandse zorgmarkt aangepast door de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC en het NIVEL op initiatief van zorgverzekeraar Agis. De QUOTE-meetinstrumenten, wat staat voor *Quality Of care Through the patients' Eyes*, zijn ontwikkeld door het NIVEL voor de Nederlandse situatie (zie www.NIVEL.nl/quote; Nijkamp, Sixma, Afman et al., 2002; Sixma, Kerssens, van Campen & Peters, 1998; Sixma, van Campen, Kerssens, & Peters, 1998). De reden om de twee families te combineren tot één nieuwe meetsystematiek was dat de CAHPS welis-

waar de meest objectieve antwoordsystematiek en gestandaardiseerde procedures rondom steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage bood, maar dat de QUOTE het belang dat mensen hechten aan specifieke kwaliteitsaspecten meenam en de mogelijkheid had om vragenlijsten voor specifieke aandoeningen, patiëntenpopulaties of medische interventies te ontwikkelen.

- **Belangen en ervaringen**

Een CQ-index kan betrekking hebben op een sector, groep aanbieders, aandoening of medische ingreep, en bestaat uit twee afzonderlijke lijsten: de ervaringenvragenlijst en de belangenvragenlijst. De *ervaringenvragenlijst* meet de ervaringen met de zorg in een afgebakende periode en bestaat uit een aantal samenhangende sets van vragen. Bij deze vragen wordt, naast achtergrond- en selectie- of screeningsvragen, onderscheid gemaakt tussen algemene en meer specifieke vragen over de kwaliteit van de zorg. Algemene (ook wel ‘generieke’) vragen zijn relevant voor verschillende patiëntgroepen en hebben bijvoorbeeld betrekking op de bejegening van de patiënt door de zorgverlener, op communicatie en informatieverstrekking en toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorgverlener. Specifieke vragen zijn meer toegespitst op een bepaalde patiëntgroep. Zo kan er aan mensen met diabetes bijvoorbeeld worden gevraagd in hoeverre hun zorgverlener zelf gemeten bloedwaardes serieus neemt, en aan cliënten die gebruik maken van de thuiszorg in hoeverre zij zich zorgen maken over diefstal. De ervaringenlijst wordt bij alle CQI-metingen uitgevraagd. De *belangenvragenlijst* heeft tot doel vast te stellen hoe belangrijk patiënten/cliënten de afzonderlijke kwaliteitsaspecten van de zorg vinden. De belangenvragenlijst wordt afgenomen bij de ontwikkeling van een CQI-instrument, en periodiek bij reguliere metingen. Verder kan, op basis van de combinatie van de gegevens uit de belangen- en de ervaringenvragenlijsten, berekend worden waar verbetermogelijkheden zijn met betrekking tot de zorgaspecten en welke, voor de patiënt belangrijke, aspecten juist goed worden beoordeeld.

Tabel 1.1

Uitontwikkelde CQ-indexen op 1 januari 2011

Diabetes	Hulp in het huishouden	Rughernia
Fysiotherapie	Jeugdgezondheidszorg	Spataderzorg
Gehandicaptenzorg (GZ)	Kraamzorg	Staaroperaties
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	Mammacare	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T)
Heup-/knieoperaties	Palliatieve zorg	Ziekenhuisopname
Huisartsenzorg overdag	Revalidatiezorg	Zorg & Zorgverzekeringen
Huisartsenposten	Reumatoïde Artritis	

Bron: www.centrumklantervaringzorg.nl

- ***Uitontwikkelde vragenlijsten***

Sinds 2006 zorgt het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) voor de implementatie en bewaking van de meetstandaard. Het NIVEL werkt nauw met het CKZ samen aan de verdere ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van de meetsystematiek. Begin 2011 waren er twintig vragenlijsten volledig uitontwikkeld en klaar om te gebruiken; Tabel 1.1 geeft hiervan een overzicht. De uitontwikkelde vragenlijsten zijn, samen met de richtlijnen en werkinstructies, gratis te downloaden via de website van het CKZ (www.centrumklantervaringzorg.nl). Naast de uitontwikkelde vragenlijsten is er nog eens een kleine twintig lijsten in ontwikkeling. Met de ontwikkeling van de vragenlijsten gaat een flink budget gepaard, veelal uit publieke middelen (zoals ZonMw en het ministerie van vws) maar ook met financiering vanuit private fondsen (zoals bijvoorbeeld het Astmafonds), zorgverzekeraars (Stichting Miletus) en aanbieders zelf. Daarnaast investeert de overheid in de implementatie van CQ-indexen en het gebruik van de data, onder meer door financiering van het CKZ en van de website *kiesBeter.nl*.

- ***CQ-index vijf jaar operationeel***

In 2010 was de CQ-index grofweg vijf jaar ‘operationeel’. Naast de CQI-vragenlijsten is er inmiddels een grote hoeveelheid gegevens beschikbaar over kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. Daarnaast zijn er de eerste ervaringen met het instrument in het veld. Op verzoek van het Ministerie van vws (directie Markt en Consument) heeft het NIVEL daarom een eerste balans opgemaakt van wat de CQ-index heeft opgeleverd. In dit overzicht komen de volgende drie thema’s/onderzoeksvragen aan bod:

- 1 Het eerste thema in deze overzichtsstudie richt zich op de inzetbaarheid van de CQ-index in de praktijk. De onderzoeksvraag bij dit thema is: *Hoe staat het met de implementatie van het instrument, welke problemen en uitdagingen zijn er op dit gebied en hoe gaan zorgaanbieders en andere betrokken partijen hier mee om?*
- 2 In het tweede thema, ‘gebruik van CQI-informatie’, wordt nagegaan of het de diverse veldpartijen lukt om – zoals de bedoeling is – de informatie afkomstig uit CQ-indexen te gebruiken voor onder meer kwaliteitsverbetering, belangenbehartiging en/of keuzedoelinden. De bijbehorende onderzoeksvraag luidt: *In hoeverre en op welke manier wordt CQI-informatie gebruikt, en bestaan er op dit vlak belemmeringen?*
- 3 Ten slotte schetst het derde thema in deze overzichtsstudie een beeld van de kwaliteit van zorg zoals deze door de patiënt wordt waargenomen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van data die CQI-trajecten hebben opgeleverd. Specifieke vragen bij dit thema zijn: *Wat vinden mensen belangrijk in de zorg, en krijgen ze dat ook? en Wat zijn aspecten die, vanuit het perspectief van patiënten, wel en niet voor verbetering in aanmerking komen?*

1.2 *Onderzoeksvragen*

De onderzoeksvragen van deze overzichtsstudie sluiten aan bij de twee beleidsdoelstellingen van het Ministerie van vws, namelijk: (1) het vergroten van de patiëntgerichtheid in de zorg en (2) kwaliteitsverbetering en marktwerking door transparantie. Hieronder worden de onderzoeksvragen nader toegelicht.

1.2.1 *Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk*

Nadat gedurende de eerste jaren van de CQ-index de aandacht vooral op de ontwikkeling van de meetsystematiek en de afzonderlijke vragenlijsten lag zijn er inmiddels in een aantal sectoren ervaringen opgedaan met reguliere metingen, of staat men op het punt daarmee te beginnen. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de methodologische en logistische problemen die zich voordoen bij de uitrol in specifieke sectoren, en de oplossingen die daarvoor bedacht worden. Bij kleinschalige voorzieningen (zoals praktijken van verloskundigen en de palliatieve zorg) kan bijvoorbeeld de benodigde steekproefgrootte een probleem zijn waardoor het niet mogelijk is om betrouwbare uitspraken te doen. Eén oplossing daarvoor is om gedurende een langere periode gegevens te verzamelen in een database, totdat voldoende aantallen cliënten zijn ondervraagd. Ook problemen rondom privacy spelen een rol bij kleinere praktijken – zowel op het niveau van de individuele patiënt als ook op dat van de (identificeerbare) zorgverlener. Het kostenaspect en de manier van dataverzameling (die sterk op de prijs van invloed is) speelt eveneens een rol bij de implementatie.

Bij het beantwoorden van vragen rondom de implementatie van de CQ-index hebben we voor een deel gebruik gemaakt van deskresearch. Zo is er bijvoorbeeld gekeken naar ervaringen met de pilot CQI Huisartsenzorg, die het NIVEL samen met ARGO heeft uitgevoerd (Sixma et al., in voorbereiding). Ook is er gebruik gemaakt van een onderzoek dat Tranzo uitvoerde naar het gebruik (en de bruikbaarheid) van de CQ-index binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg (Zuidgeest, Luijckx, Westert & Delnoij, 2010). Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen is, naast deskresearch, ook gebruik gemaakt van directe input van vertegenwoordigers van diverse veldpartijen zoals patiëntorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders. Interviews met een twintigtal sleutelfiguren hadden als doel meer inzicht te verschaffen in ervaren problemen (en oplossingen) rondom de implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk.

1.2.2 *Gebruik van CQI-informatie*

Het tweede onderzoeksthema betreft het gebruik van CQI-informatie. Informatie die afkomstig is uit metingen met de CQ-index kan door ver-

schillende partijen gebruikt worden, en voor elk van deze partijen dient de informatie weer een ander doel. Zo kunnen zorgconsumenten gegevens uit de CQI-metingen als keuze-informatie gebruiken.

Patiëntorganisaties kunnen er op hun beurt belangen mee behartigen bij beleidsvoering. Zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn eveneens geïnteresseerd in vergelijkende informatie; de eerste partij in het kader van de zorginkoop en de tweede om onder de maat presterende zorgaanbieders te kunnen identificeren (en aan te spreken). Zorgaanbieders zelf kunnen CQI-informatie gebruiken om de kwaliteit van hun zorg in te schatten en deze zo nodig te verbeteren. Naast onderzoekers, die CQI-informatie kunnen gebruiken om onderzoeksvragen te beantwoorden, is er nog de overheid die geaggregeerde informatie uit CQI-metingen gebruikt om zicht te krijgen op de klantgerichtheid van de zorg in Nederland, en om die klantgerichtheid te monitoren. De vraag rijst, na vijf jaar CQ-index, of de verschillende veldpartijen uit de voeten kunnen met de kwaliteitsinformatie die zij oplevert. Wordt de informatie die beschikbaar is ook daadwerkelijk gebruikt, en wat zijn daarbij eventuele belemmeringen? Zijn er ook veldpartijen die voorop lopen in het gebruik van CQI-informatie en door het ministerie van VWS als voorbeeld kunnen worden aanbevolen bij het bevorderen van transparantie en het optimaliseren van patiëntgerichte zorg?

Ook bij het beantwoorden van deze vragen hebben we voor een deel gebruik gemaakt van deskresearch. Zo is er bijvoorbeeld geput uit de proefschriften van Damman (2010) en Groenewoud (2008), die beiden onderzoek hebben verricht naar het gebruik van keuze-informatie door consumenten in de zorg. Ook is hier gebruik gemaakt van verschillende onderzoeken van Tranzo, naar de bruikbaarheid van de CQ-index binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg (Zuidgeest, Delnoij, de Boer et al., 2011; Zuidgeest, Luijkx, Westert & Delnoij, 2010, 2011). Naast deskresearch is ook bij het beantwoorden van deze onderzoeksvragen gebruik gemaakt van directe input van vertegenwoordigers van diverse veldpartijen zoals patiëntorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders. Gesprekken met sleutelfiguren dienden meer inzicht te verschaffen in de vraag in hoeverre relevante veldpartijen over CQI-informatie beschikken, in hoeverre zij (de rapportage van) CQI-gegevens begrijpelijk vinden, en in hoeverre zij de beschikbare informatie bruikbaar achten.

1.2.3 *Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief*

Patiënten kijken vanuit een ander perspectief naar de zorg dan hulpverleners. Omdat zij de zorginstelling en het traject dat zij daarin moeten doorlopen vaak als geen ander kennen, kunnen zij als ervaringsdeskundige goed aangeven wat hun behoeftes zijn, waar de zorg goed loopt, en

waar deze voor verbetering in aanmerking komt. Het patiëntenperspectief is, naast meer klinische maten, dan ook een belangrijk onderdeel van het concept 'kwaliteit van zorg', zo stelt ook Delnoij in haar oratie (Delnoij, 2009). Patiëntgerichte zorg gaat uit van de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Om deze reden ligt de nadruk hierbij sterk op communicatie en informatie(verstrekking), en wordt de patiënt nauw betrokken bij (klinische) besluitvorming (Bensing, 2000). Binnen de CQ-index is veel ruimte voor thema's die betrekking hebben op patiëntgerichte zorg. Zo worden onderwerpen als bejegening, communicatie en informatieverstrekking standaard uitgevraagd.

- **Verschillende kwaliteitsaspecten: structuur, proces en uitkomst**
Bij elke CQI-vragenlijst kan een onderscheid worden gemaakt tussen kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op het *proces* van de zorgverlening en aspecten die betrekking hebben op de *structuur* van gezondheidszorgvoorzieningen. Onder het proces van zorg worden zaken als bejegening, informatieverstrekking, ervaren autonomie en zorginhoudelijke (i.e., medisch-technische en verpleegkundige) vaardigheden van hulpverleners verstaan. Onder structuurkenmerken vallen zaken als de bereikbaarheid of toegankelijkheid van voorzieningen en de tijdigheid of continuïteit van de zorg. Naast proces- en structuuraspecten kunnen er ook *uitkomstaspecten* onderscheiden worden; deze hebben betrekking op het product of effect van zorg. Een voorbeeld van een uitkomstaspect is de mate waarin een patiënt, na een heup- of knieoperatie, weer dagelijkse bezigheden zoals traplopen of fietsen kan ondernemen.

Omdat de CQ-index niet alleen ervaringen met de zorg meet, maar ook het belang dat men aan specifieke kwaliteitsaspecten toekent, is het mogelijk om profielen te onderscheiden. Verschillende patiëntgroepen vinden namelijk andere onderdelen van de zorg belangrijk (de Boer, Delnoij & Rademakers, 2010). Hoewel alle patiënten zich bij een algemeen oordeel over zorg vooral laten leiden door procesaspecten (i.e. zaken als bejegening, communicatie en informatievoorziening), kan de mate waarin dit het geval is variëren naar gelang de aard van de aandoening en de fase van het ziekteproces (Rademakers, Delnoij & de Boer, 2011). Dit zijn belangrijke inzichten voor aanbieders die patiëntgericht(er) willen werken. Daarnaast kan het ook richtinggevend zijn bij de selectie van kwaliteitsindicatoren die periodiek aan instellingen gevraagd (zullen gaan) worden.

Veel informatie over wat patiënten belangrijk vinden is beschikbaar via de diverse CQI-ontwikkelingstrajecten. Ten behoeve van de huidige overzichtsstudie is dit voor een aantal voorname zorgtrajecten en sectoren op een rij gezet. Daarnaast zijn extra analyses uitgevoerd naar sociaal-demografische kenmerken van de patiënten en cliënten (zoals

leeftijd en geslacht); dit om te onderzoeken of er sprake is van diversiteit in de patiëntengroepen en hun zorgvragen. Ook hierover is informatie beschikbaar uit de ontwikkelingsstudies en een beperkt aantal reguliere metingen. Van een aantal voorname zorgtrajecten en sectoren waarvoor een CQ-index is ontwikkeld is op een rij gezet wat gebruikers van de zorg als sterkere en zwakkere punten ervaren. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen verschillende typen zorg, zoals eerstelijnszorg versus medisch specialistische zorg, en chronische zorg versus geplande medische ingrepen. Deze inzichten bieden aanknopingspunten voor beleid dat resulteert in meer patiëntgerichte zorg.

Het NIVEL voerde in 2005 een vergelijkbare overzichtsstudie uit - dit op basis van destijds beschikbare gegevens ('De agenda van de patiënt'; Smit en Friele, 2005). Waar mogelijk zijn de resultaten van de huidige overzichtsstudie vergeleken met die uit het eerdere onderzoek. Op basis van deze vergelijking kan een indruk worden gegeven of de zorg in Nederland volgens patiënten juist meer of minder patiëntgericht is geworden.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 richt zich op de stand van zaken rondom de implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk. In hoofdstuk 3 wordt antwoord geboden op de vraag in hoeverre zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten(verenigingen), consumenten, toezichhouders en overheid in de praktijk gebruik maken van CQI-informatie. In hoofdstuk 4 wordt, aan de hand van CQI-uitkomsten, gekeken hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief en hoe deze verder geoptimaliseerd kan worden. Hoofdstuk 5 schetst ten slotte de voornaamste conclusies, en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

2 Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk

2.1 Inleiding

Nadat in de eerste jaren de aandacht vooral op de ontwikkeling van de meetsystematiek en de afzonderlijke vragenlijsten heeft gelegen zijn er nu in een aantal sectoren ervaringen opgedaan met reguliere metingen, of staan ze op het punt om daarmee te beginnen. Dit hoofdstuk biedt inzicht in de stand van zaken rondom de implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk. Meer specifiek wordt een inventarisatie van de methodologische en logistieke knelpunten gegeven (zowel algemeen geldend als sector- of lijstspecifiek) waarop het veld stuit bij de uitrol van de CQ-index.

2.2 Methode/werkwijze

Om inzicht te krijgen in de door het veld ervaren problemen en (eventuele) oplossingen rondom de implementatie van de CQ-index, is bestaand onderzoek geraadpleegd. Dit zijn (ontwikkel)rapporten van CQ-indexen, (achtergrond)rapportages van het Centrum Klantervaring Zorg en diverse artikelen. Naast deze vorm van deskresearch zijn er interviews gehouden met sleutelfiguren³ uit de zorgpraktijk. Hierbij gaat het zowel om belanghebbenden zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties, toezichthouders en overheid. Maar ook om partijen die zich bezig houden met dataverzameling, onderzoek en/of ontwikkeling rondom de CQ-index zoals onderzoeksinstituten, het Centrum Klantervaring Zorg, Zichtbare Zorg, Stichting Miletus en meetbureaus. De volledige lijst met geïnterviewde vertegenwoordigers en instanties is weergegeven in bijlage 2; meer informatie over de verschillende partijen is te vinden in tabel 2.1.

De gesprekken vonden plaats aan de hand van een leidraad met open vragen (zie bijlage 3 voor een voorbeeld). Na afloop werden de interviews uitgewerkt en ter controle naar de gesprekspartner teruggestuurd; deze kon vervolgens nog wijzigingen aanbrengen of toelichtingen geven.

³ Het grootste deel van de begeleidingscommissie was tevens beschikbaar als gesprekspartner. Ook hebben de leden van de begeleidingscommissie meegedacht over extra te bevragen sleutelfiguren.

2.3 Implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk

Deze paragraaf biedt antwoord op de vraag wat de stand van zaken is rondom de implementatie van de CQ-index in de zorgpraktijk en welke knelpunten hierbij mogelijk een rol spelen. In paragraaf 2.3.1 wordt een overzicht geschetst van reeds uitontwikkelde CQI-lijsten, de fase waarin de metingen momenteel verkeren en de actoren die hierbij betrokken zijn. Bevindingen die betrekking hebben op een specifieke sector of lijst komen in paragraaf 2.3.2 aan de orde. Algemeen geldende bevindingen worden thematisch besproken in paragraaf 2.3.3.

2.3.1 Uitontwikkelde CQI-lijsten, status van metingen en betrokken actoren

Momenteel zijn er twintig CQI-vragenlijsten uitontwikkeld en door het CKZ geschikt verklaard voor afname (voor een overzicht zie tabel 2.2); een even groot aantal vragenlijsten is in ontwikkeling (voor een overzicht zie tabel 2.3). Lijsten worden geschikt verklaard als zij zijn ontwikkeld volgens de methoden uit het CQI Handboek (Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008b). Belangrijke elementen hieruit zijn:

- een werkgroep/begeleidingscommissie met veldpartijen zoals zorgverzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties en brancheorganisaties;
- focusgroepsgesprekken met patiënten om vast te stellen wat zij belangrijk vinden;
- een toets op de psychometrische eigenschappen van de lijst;
- een toets op de mate waarin de lijst verschillen aantoonst tussen zorgaanbieders.

De uitontwikkelde lijsten verschillen in de mate waarin zij al daadwerkelijk zijn geïmplementeerd. Zo lopen sommige CQ-indexen (zoals de CQI vv&t) al meerdere jaren, terwijl andere CQ-indexen (zoals bijvoorbeeld de CQI Revalidatiezorg) net op het punt staan om uitgezet te worden. Een overzicht van de uitontwikkelde lijsten volgt in paragraaf 2.3.2.

Bij de (door)ontwikkeling van de CQI-methodiek en het uitzetten van metingen kunnen verschillende actoren worden onderscheiden. Deze partijen zullen veelvuldig worden benoemd – niet alleen in dit hoofdstuk, maar ook in de hoofdstukken die volgen. De voornaamste partijen, alsmede hun functies en werkzaamheden, worden in tabel 2.1 samengevat.

Tabel 2.1

Overzicht van de belangrijkste actoren die betrokken zijn bij de (door)ontwikkeling van de CQI-methodiek en het uitzetten van metingen

Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) is een onafhankelijke stichting die eind 2006 met overheidssubsidie is opgericht met het doel om ervaringen van consumenten met de gezondheidszorg systematisch in kaart te brengen en deze op een betrouwbare, wetenschappelijk verantwoorde wijze te meten en openbaar te maken. Het CKZ schrijft voor hoe CQI-vragenlijsten ontwikkeld moeten worden, accrediteert meetorganisaties, stelt richtlijnen op voor het uitvoeren van metingen en zorgt ervoor dat de resultaten van metingen worden gepubliceerd. Voor wat betreft de doorontwikkeling van de CQ-index heeft het CKZ een structurele samenwerkingsovereenkomst met het NIVEL. Het CKZ voert zelf geen metingen uit.

(Koepels van) patiënten- en cliëntenorganisaties zijn doorgaans nauw betrokken bij het ontwikkelproces rondom een CQI-meetinstrument. Uitkomsten van de CQ-index gebruiken zij als belangenbehartigingsinformatie en voor het uitzetten van beleid. Voorbeelden van (koepels van) patiënten- en cliëntenorganisaties zijn de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), LOC-Zeggenschap in zorg, het Astmafonds en de Borstkankervereniging Nederland (BVN).

(Koepels van) zorgaanbieders zijn vaak ook nauw betrokken bij het ontwikkelproces rondom een CQI-meetinstrument; uitkomsten gebruiken zij als input voor verbetertrajecten. Voorbeelden van (koepels van) zorgaanbieders zijn ActiZ, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF).

Zorgverzekeraars gebruiken patiëntervaringen bij het inkopen van zorg. Stichting Miletus is een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg, met als voornaamste doel het verkrijgen van zorginkoopinformatie. Stichting Miletus is als mede-financier betrokken geweest bij ongeveer de helft van de reeds ontwikkelde CQI-vragenlijsten en heeft bijna veertig metingen uitgevoerd, waaronder negentien reguliere metingen. Hierbij heeft Stichting Miletus, net als het CKZ, de *doorontwikkeling* van de methodiek hoog op de agenda staan, en verricht zij veel onderzoek – onder meer naar verschillende methoden van dataverzamelen.

Zichtbare Zorg is een programma dat in 2006 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (en in opdracht van het ministerie van vws) is opgericht, met als voornaamste doel het ondersteunen van de zorgsectoren bij het ontwikkelen en uitvragen van kwaliteitsindicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren beogen de kwaliteit in de zorg meetbaar en transparant te maken, en zijn gebaseerd op *zorginhoudelijke* aspecten, patiëntenperspectief en het zorgaanbod.

Zorginhoudelijke indicatoren geven informatie over de professionele kwaliteit van de geleverde zorg, over de geleverde prestatie. Deze gegevens worden aangeleverd door zorgaanbieders of -instellingen zelf. Bij *patiëntgebonden* indicatoren worden patiënten of cliënten bevraagd over hoe zij (de aan hen verleende) zorg hebben ervaren; voor het meten van deze indicatoren wordt de CQ-index gebruikt⁴.

⁴ Hoe patiëntgebonden indicatoren zich verhouden ten opzichte van zorginhoudelijke indicatoren bij het beoordelen van de algehele kwaliteit van zorg, verschilt per sector of lijst. Via de stuurgroepen van Zichtbare Zorg kunnen CQI-metingen verplicht worden gesteld. Dit gebeurt echter niet structureel: binnen bestaande indicatorensets is er soms slechts beperkt ruimte voor patiëntgebonden indicatoren, en voor sommige aandoeningen/sectoren zijn überhaupt nog geen indicatorensets ontwikkeld.

Meetbureaus: CQI-metingen dienen volgens de voorschriften van het CKZ te worden uitgevoerd door geaccrediteerde meetbureaus; momenteel beschikken zestien organisaties over een accreditatie. Meetbureaus zijn verantwoordelijk voor zaken als de steekproeftrekking, het uitzetten van de vragenlijsten en het verwerken en terugrapporteren van data.

Ministerie van vws: Gekoppeld aan de hervorming van het zorgstelsel ontwikkelde het ministerie van vws de afgelopen jaren beleid om de burger een sterkere positie te geven ten opzichte van zorgaanbieders en verzekeraars; goede keuze-informatie die deels gebaseerd is op patiëntenervaringen, speelt hierbij een cruciale rol.

ZonMw stimuleert en financiert gezondheidsonderzoek. Met het deelprogramma Meten PatiëntenErvaringen (MPE) faciliteerde ZonMw in opdracht van vws de afgelopen jaren de ontwikkeling van de CKI.

2.3.2 Sectorspecifiek (naar lijst)

Deze paragraaf biedt een overzicht van bevindingen die betrekking hebben op een specifieke sector of lijst. Het uitgangspunt hierbij vormen de uitontwikkelde CQI-lijsten (zie tabel 2.2). Bij de beschrijvingen is het nadrukkelijk *niet* de bedoeling geweest om uitputtend te zijn, maar om een dwarsdoorsnede te presenteren van verschillende zorgverleners en sectoren, (chronische) aandoeningen en ingrepen. De mate waarin op de verschillende sectoren/lijsten input is ontvangen vanuit het veld verschilt overigens: met een sector als de vv&t, waarbinnen grootschalig gemeten wordt, hebben veel veldpartijen (en hun vertegenwoordigers) ervaring, wat veel input opleverde. Daar tegenover staan ook vragenlijsten waarover, op basis van de interviews, geen specifieke input is gekregen.

a *Diabetes* | *Meerdere metingen uitgevoerd, ketenzorg is uitdaging*

Al enkele jaren neemt Stichting Miletus metingen met de CQI Diabetes (Stubbe, Spreuwenberg & ten Asbroek, 2006; Rupp, Smulders, Klazinga, et al., 2006) af onder verzekerden. Hoewel het met de CQI Diabetes nog redelijk meevalt, zijn CQI-lijsten en -metingen binnen de *ketenzorg* doorgaans problematisch. Zo klinken er vanuit het veld geluiden dat de lijsten vaak te lang zijn en onvoldoende verschil tussen zorgaanbieders laten zien. Het grootste probleem is echter dat het binnen de ketenzorg vaak nog ontbreekt aan afgebakende netwerken van zorgverleners, waardoor het voor zorgverzekeraars onduidelijk is aan wie informatie precies teruggelinkt dient te worden. In het geval van diabetes bestaan er inmiddels wel veel netwerken (in de vorm van zogenaamde *zorggroepen*⁵). Huisartsen vormen binnen deze netwerken vaak het centrale punt, waar vandaan er naar andere zorgverleners in de keten wordt gekeken. Het komt bij deze aanpak echter nog vaak voor

⁵Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijns-zorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.

dat de andere betrokken zorgverleners niet precies te achterhalen zijn - dit maakt de verkregen meetgegevens vervolgens niet bruikbaar voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars houden rekening met de mogelijkheid dat er, met betrekking tot bepaalde aandoeningen, wellicht nooit afgebakende netwerken zullen komen en denken na over alternatieve vormen van afname. Vooralsnog worden er alleen lijsten uitgezet wanneer er sprake is van uitgekristalliseerde netwerken.

b *Fysiotherapie | Landelijke metingen in uitvoering*

De CQI Fysiotherapie heeft de ontwikkelfase volledig doorlopen (de Boer, Veenhof & Delnoij, 2009; van Sonsbeeck, Delnoij & Triemstra, 2006). In 2009 heeft de eerste landelijke (pilot)meting plaatsgevonden, gevolgd door een tweede meting in 2010. Er lopen momenteel twee CQI-metingen die elkaar aanvullen: één reguliere CQI-meting vanuit Stichting Miletus en één vanuit (de stuurgroep van) Zichtbare Zorg. Deze laatste meting heeft als doel invulling te geven aan een bredere set kwaliteitsindicatoren. Het betreft hier overigens geen dubbele uitvraag: ook de data uit de reguliere CQI-meting worden doorgerekend tot kwaliteitsindicatoren. Wel is er bij de fysiotherapiemetingen momenteel een verschil in wijze van steekproeftrekking en wijze van themaberekening tussen het CKZ en Zichtbare Zorg; wat in het kader van een landelijke standaard minder wenselijk is.

Een knelpunt dat zich bij de ontwikkeling van de vragenlijst voordeed is dat het door de specifieke en uiteenlopende informatiebehoeften van verschillende partijen veel tijd en inspanning kostte om tot één vragenlijst te komen (de Boer, Veenhof & Delnoij, 2009), die bovendien niet te lang zou zijn. Voor een deel werd dit ook veroorzaakt door het feit dat sommige partijen pas in een later stadium aanschoven waardoor er opnieuw over bepaalde punten onderhandeld moest worden.

Een ander waargenomen knelpunt heeft betrekking op de ontsluiting van gegevens. Ontsluiting van data op het niveau van individuele fysiotherapeuten zou het meest informatief zijn, en dit is ook wat kiesBeter nastreeft. Kwaliteitsindicatoren worden echter op locatieniveau gemeten. Dit is zo omdat meerdere medewerkers van één praktijk de hoeveelheid vragenlijsten (die nodig zijn voor het verkrijgen van valide en betrouwbare gegevens) kunnen verdelen. Men is op zoek naar een aggregatieniveau dat zowel informatief is voor cliënten als haalbaar voor fysiotherapeuten.

c *Gehandicaptenzorg (GZ) | Sinds 2007 in ontwikkeling*

In 2007 is er een eerste ontwikkeltraject rondom een CQI GZ doorlopen, die resulteerde in een door het CKZ goedgekeurde vragenlijst (Brandt, Zuidgeest & Sixma, 2007). Hoewel de lijst destijds is gebruikt in de lan-

⁶ Bij de ontwikkeling van het meetinstrument is zoveel mogelijk aangesloten bij het handboek voor de ontwikkeling van CQ-instrumenten van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). De specifieke eisen waaraan een cliëntervaringsinstrument binnen de gehandicaptensector moet voldoen hebben er echter toe geleid dat niet alle richtlijnen uit het handboek volledig zijn gevolgd. Voorlopig heet het ontwikkelde instrument daarom een CE-index. Uit de evaluatie van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het CKZ moet blijken of het instrument de naam 'CQ' mag dragen (uit: Ramaker, Schellingerhout, Sombekke et al., 2010).

delijke benchmark van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), kon de lijst uiteindelijk niet op voldoende steun van organisaties voor gehandicaptenzorg rekenen. Er is vervolgens gestart met een ontwikkeltraject rondom de Cliënt Ervarings-index (CE-index)⁶. De CE-index GZ heeft de eerste drie ontwikkelingsstadia inmiddels met succes doorlopen en is gereed voor toepassing (Ramakers, Schellingerhout, Sombekke et al., 2010; ITS, 2010). Momenteel wordt het discriminerend vermogen van de lijst onderzocht. Bij het ontwikkelproject waren een projectgroep en een stuurgroep betrokken – hierin zaten alle betrokken partijen, zoals het VG-platform en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

• **Discussie rondom vragenlijstontwikkeling**

Een geïnterviewde betrokkene geeft aan dat in een vroeg stadium van de vragenlijstconstructie bleek dat focusgroepgesprekken met cliënten uit de gehandicaptenzorg niet mogelijk waren. Derhalve is de vragenlijst gebaseerd op bestaande meetinstrumenten. Daarnaast was er tussen veldpartijen discussie over de inhoud van de indicatorenset. Voor de doelgroep bleken bijvoorbeeld cliëntveiligheid, zelfbepaling en inspraakmogelijkheden erg belangrijk te zijn, maar deze onderwerpen maakten nog geen onderdeel uit van het kwaliteitskader. Voorts was er geen consensus over welke indicatoren middels de vragenlijst zouden worden uitgevraagd en welke niet. Op het vlak van de financiering was er het knelpunt dat niet direct duidelijk was welke partij er aan de kosten zou bijdragen. ZonMw financierde namelijk alleen de ontwikkeling van het meetinstrument (i.e., vragenlijsten en ondersteunend beeldmateriaal), maar niet de dataverzameling. Uiteindelijk hebben het ministerie van vws en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een bijdrage geleverd.

Tabel 2.2
Overzicht van uitontwikkelde CQI-lijsten (maart 2011)

Lijst	Ontwikkeling: uitvoerende partijen ontwikkelaarsrapport	Metingen: stand van zaken en initiatiefnemer/financier
Diabetes	NIVEL i.s.m. AMC-UVA (Stubbe, Spreeuwenberg & ten Asbroek, 2006)	tichting Miletus voert al enkele jaren metingen uit onder verzekerden.
Fysiotherapie	NIVEL (van Sonsbeeck, Delnoij & Triemstra, 2006)	Reguliere online meting door Stichting Miletus en/of door praktijken; de meting voor 2011/2012 staat op de planning.
Gehandicaptenzorg (GZ)	- CQI GZ: NIVEL (Brandt, Zuidgeest & Sixma, 2007) - CE-index: ITS (2010)	Momenteel wordt het discriminerend vermogen van de lijst onderzocht.

Lijst	Ontwikkeling: uitvoerende partijen ontwikkelaar	Metingen: stand van zaken en initiatiefnemer/financier
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	- CQI GGZ KA: Trimbos Instituut (van Wijngaarden, Kok, Meije & Fotiadis, 2007) - CQI's Klinische GGZ & VZ, BW en BZW: Trimbos Instituut (van Wijngaarden, Meije, Oskam & Kok, 2009)	De CQI Kortdurende ambulante GGZ/VZ is door de stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ/VZ voor het verslagjaar 2009 benoemd als standaardinstrument voor het meten van de prestatie-indicatoren met betrekking tot cliëntervaringen. De verantwoordelijkheid voor het meten van de prestatie-indicatoren ligt bij de GGZ-aanbieders en het gebruik van de CQI Kortdurende ambulante GGZ daarmee ook.
Heup-/knieoperaties	NIVEL (Gelsema, Delnoij & Triemstra, 2006)	Jaarlijkse meting door Stichting Miletus; de meting voor 2011/2012 staat op de planning.
Huisartsenzorg overdag	NIVEL (Meuwissen & de Bakker, 2008a)	Online meting door Stichting Miletus in samenwerking met praktijken; de meting voor 2011/2012 staat op de planning.
Huisartsenposten	IQ Healthcare (Hamminck & Giesen, 2010)	In 2010 is deze CQ-index gereed verklaard.
Hulp bij het huishouden	NIVEL (Peeters & Rademakers, 2009a)	In 2010 heeft de Stuurgroep vv&t er bij alle aanbieders (i.e., thuiszorgorganisaties en schoonmaakbedrijven) op aangedrongen om de CQ-index Hulp bij het Huishouden te gaan gebruiken (en vervolgens om de twee jaar).
Jeugdgezondheidszorg	NIVEL (Reitsma-van Rooijen, Damman, Sixma et al., 2009)	In 2009 is deze CQ-index gereed verklaard.
Kraamzorg	NIVEL (van Wagtenonck, van der Hoek & Wiegiers, 2010)	In juni 2010 is de landelijke meting van de kwaliteit-sindicatoren Kraamzorg van start gegaan. De cliënt-ervaringsindicatoren die hiervan deel uitmaken, worden uitgevraagd met behulp van de CQ-index.
Mammacare	NIVEL (Damman, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007)	Jaarlijkse meting voor de Borstkankermonitor BVN, door Stichting Miletus en ziekenhuizen; de meting voor 2011/2012 staat op de planning.
Palliatieve zorg	NIVEL (Claessen, Francke, Sixma et al., 2009)	In (2009) heeft het NIVEL samen met het CKZ een landelijke meting geïnitieerd ten behoeve van de test naar het discriminerend vermogen.
Reumatoïde Artritis	NIVEL (Koopman & Rademakers, 2008; Zuidgeest, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007)	In (2009) is deze CQ-index gereed verklaard. Metingen kwamen in eerste instantie niet van de grond. In 2010 zijn CKZ en de Reumapatiëntenbond een meting gestart met een vragenlijst die gebaseerd was op de CQI Reumatoïde Artritis
Revalidatiezorg	NIVEL (Zuidgeest, Reitsma-van Rooijen, Sixma et al., 2010)	Er zijn twee CQI-vragenlijsten (uit)ontwikkeld: één voor volwassen patiënten en één voor de ouders van kinderen die in revalidatie zijn. Onduidelijkheid over (financiering en aansturing van) metingen.

Lijst	Ontwikkeling: uitvoerende partijen ontwikkelrapport	Metingen: stand van zaken en initiatiefnemer/financier
Rughernia	NIVEL (Kinds, Koopman, Triemstra & Rademakers, 2009)	Stichting Miletus voert tweejaarlijks metingen uit onder haar verzekerden.
Spataderzorg	NIVEL (van Doornen, Triemstra & Rademakers, 2008)	In 2008 is deze CQ-index gereed verklaard. Stichting Miletus voert tweejaarlijks metingen uit onder haar verzekerden.
Staaroperaties	NIVEL (Brouwer, Sixma, Triemstra & Delnoij, 2006)	In 2006 is deze CQ-index gereed verklaard. Stichting Miletus voert tweejaarlijks metingen uit onder haar verzekerden.
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (vv&t)	NIVEL (Wiegers, Stubbe & Triemstra, 2007)	Deze meting vindt plaats op initiatief van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg. Alle instellingen in deze sector voeren eens in de twee jaar een cliëntenraadpleging uit met de CQ-index. Resultaten staan op www.kiesBeter.nl .
Ziekenhuisopname	NIVEL (Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest & Rademakers, 2009)	Landelijke reguliere meting door Stichting Miletus; de meting voor 2011/2012 staat op de planning.
Zorg & Zorgverzekeringen	NIVEL (Hendriks, Delnoij, van der Meulen-Arts et al., 2005)	Jaarlijkse metingen sinds 2005, door het CKZ in samenwerking met het NIVEL. De meest recente meting vond plaats in 2010.

Tabel 2.3

Overzicht vragenlijsten in ontwikkeling (maart 2011)

Meting	Fase	Financiering	Uitvoering
Ambulancemelders	testen van discriminerend vermogen of verder	RAVU	Julius Centrum
Ambulancezorg	testen van discriminerend vermogen of verder	RAVU	NIVEL
Antroposofische zorg (module bij CQI Huisartsenzorg)	testen van discriminerend vermogen of verder	Antroposana Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg	Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (Hogeschool Leiden)
Astma/COPD	testen van discriminerend vermogen of verder	Miletus	Miletus i.s.m. CKZ
Audiologische Centra	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	CKZ i.s.m. NVVS
CVA	testen van discriminerend vermogen of verder	Ontwikkeling ZonMW; dataverzameling Miletus	NIVEL
Dermatologie	vòòr testen van discriminerend vermogen	Fonds PGO	Huidfederatie / Stichting Aquamarijn

Meting	Fase	Financiering	Uitvoering
Dyslexie	vòòr testen van discriminerend vermogen	Fonds PGO	CKZ
Eerstelijnszorg	testen van discriminerend vermogen of verder	?	ARGO
Familiebegeleiding IC	vòòr testen van discriminerend vermogen	?	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (Lectoraat Acute Intensieve Zorg)
Farmaceutische zorg	testen van discriminerend vermogen of verder	Miletus	ARGO
Fertiliteitszorg	vòòr testen van discriminerend vermogen	?	Sirm
Hartfalen	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	NIVEL i.s.m. CKZ
Hulpmiddelen	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	NIVEL i.s.m. CKZ
Kanker, kernset CQ1 vragen	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	CKZ i.s.m. met NIVEL en NFK
Keten Spoedzorg	vòòr testen van discriminerend vermogen	Ontwikkeling ZonMw	NIVEL, IQ Healthcare, Julius Centrum
Migranten en vluchtelingen	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	NIVEL i.s.m. Pharos
Mondzorg	vòòr testen van discriminerend vermogen	waarschijnlijk NMT, NPCF,	
Opvang	testen van discriminerend vermogen of verder	Miletus	UMC Radboud
Poliklinische ziekenhuisopname	vòòr testen van discriminerend vermogen	Ministerie van vws	ARGO
Radiotherapie	testen van discriminerend vermogen of verder	Miletus	NIVEL
Spierziekten, module	vòòr testen van discriminerend vermogen	Wetenschappelijke Vereniging Radiotherapeuten	CKZ i.s.m. NIVEL en VSN
Spoedeisende hulp	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	Julius Centrum
Stomazorg	vòòr testen van discriminerend vermogen	Fonds PGO	CKZ i.s.m. NSV
Verloskundige Zorg	testen van discriminerend vermogen of verder	Fonds PGO	NIVEL
Veteranenzorg	vòòr testen van discriminerend vermogen	Min.v. Defensie/RZO	Trimbos Instituut

d GGZ | Deels in ontwikkeling, deels al landelijk gemeten

De CQI Kortdurende ambulante GGZ is verplicht opgenomen in de basis-set van de GGZ (van Wijngaarden, Kok, Meije & Fotiadis, 2007). In 2010 en in 2011 heeft Stichting Miletus een meting uitgevoerd. Deze metingen zijn specifiek uitgevoerd voor de aandoeningen 'angst en depressie', 'persoonlijkheidsstoornissen' en 'stemmingsstoornissen'; in 2011 komt daar ook 'verslaving' bij. Naast de CQI Kortdurende ambulante GGZ zijn er nog drie andere CQ-indexen ontwikkeld, namelijk: Klinische GGZ & Verslavingszorg (vz) en twee lijsten voor de woonvoorzieningen - één voor het beschermd wonen (BW) en één voor begeleid zelfstandig wonen (BZW; van Wijngaarden, Meije, Oskam & Kok, 2009). Deze lijsten zijn inmiddels goedgekeurd; de mate waarin de lijst verschillen tussen aanbieders laat zien moet nog wel worden vastgesteld.

- **Lengte van vragenlijsten en respons**

Bevraging binnen de kortdurende GGZ verloopt via papier of internet. Hoewel de vragenlijst kortdurende GGZ van 113 (via 77 in de pilot) naar 63 items is gegaan, wat voor een CQ-index erg kort is, vinden cliënten de lijst vaak nog te lang. Een bijkomend knelpunt is de lage respons; deze ligt rond de 30% (met nabellen kan dit mogelijk worden verhoogd tot 50%; Draisma & Smit, 2010). Wat wel opvalt is dat de lijsten die terugkomen doorgaans vrijwel perfect zijn ingevuld. Daarbij geeft tachtig procent van deze respondenten aan dat de lijst relatief snel een eenvoudig in te vullen is.

De vragenlijst beschermd wonen bevat 71 vragen. De lijst voor de klinische GGZ is langer (ca. 80 items), en wordt grotendeels middels interviews afgenomen. De vragenlijst voor begeleid zelfstandig wonen is met 57 items relatief kort.

- **Medewerking binnen veel zorginstellingen nog niet optimaal**

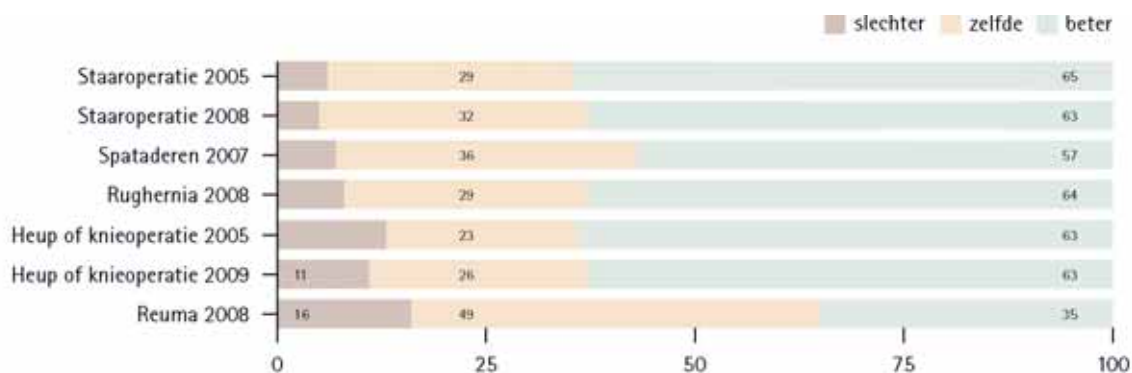
Een probleem, zeker binnen het beschermd wonen en het begeleid zelfstandig wonen, is dat men hier te maken heeft met een zeer complexe patiëntgroep die een heel specifieke benadering behoeft. Dit maakt dat veel dingen moeilijk in protocollen zijn te vatten. Ook, zo stelt een geïnterviewde, is medewerking vanuit de instellingen (intern, dus door medewerkers en management) vaak problematisch: hulpverleners hebben weinig tijd, zijn 'onderzoeksmoe' en zien niet altijd direct het nut van de metingen in. Volgens de geïnterviewde is dit lastig op te lossen. Men kan proberen het nut van de metingen voldoende te communiceren, de instructies goed uit te schrijven, de interviewers goed te instrueren en de resultaten op tijd terug te koppelen, maar deze zaken vormen nog geen garantie.

e **Heup-/knieoperatie** | *Meerdere metingen voltooid*

De cqi Heup-/knieoperaties (Gelsema, Delnoij & Triemstra, 2006) wordt jaarlijks door Stichting Miletus uitgezet onder verzekerden; dit gebeurt zowel via de schriftelijke als de online methode. Wat opvalt aan de vragenlijst is dat het algemene deel (i.e., het gedeelte dat gaat over de zorg in het ziekenhuis, door de verpleegkundigen en de artsen) inhoudelijk vrijwel geheel samenvalt met de cqi Ziekenhuiszorg. Dit is ook niet verwonderlijk, omdat de zorg rondom een heup- of knieoperatie doorgaans in een ziekenhuis plaatsvindt. Dat aandoenings specifieke lijsten en sectorspecifieke lijsten elkaar vaak kruisen is een aandachtspunt dat het CKZ met het *Back to Basics*-project⁹ heeft opgepakt.

Box 2.1

Ervaren verbetering / verslechtering van fysieke vermogens na diverse ingrepen, diverse jaren



In bovenstaande figuur is voor vijf verschillende patiëntengroepen te zien in hoeverre mensen fysieke verbeteringen ervaren bij de verkregen zorg. Voor iedere patiëntengroep zijn deze gegevens gebaseerd op een serie vragen over relevante fysieke vermogens. Bij staaroperatie gaat het bijvoorbeeld om goed dichtbij kunnen zien, goed veraf kunnen zien en kunnen deelnemen aan het verkeer. Bij rughernia gaan vragen over goed kunnen staan, zitten en lopen en over de mate van pijn. De percentages geven per patiëntengroep weer bij welk aandeel van de zaken die hen zijn voorgelegd zij een verbetering ervaren. Opvallend is dat reuma patiënten het minst verbetering ervaren; dit is ook logisch omdat reuma een chronische ziekte is die steeds erger wordt.

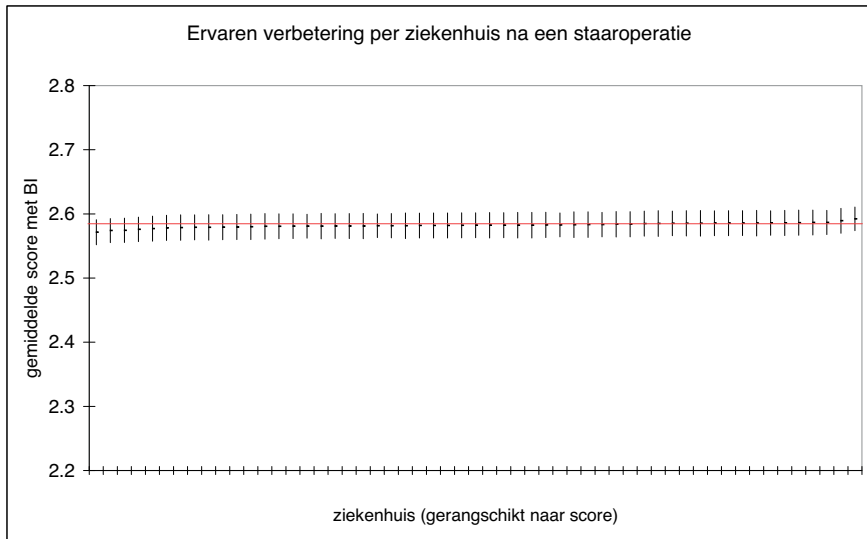
Bron: Jaarrapportage Centrum klantervaring Zorg 2009

⁹ Het doel van het *Back to Basics*-project is het (op basis van de huidige uitontwikkelde cqi meetinstrumenten) opstellen van korte generieke vragenlijsten voor de eerste- en tweede-lijns gezondheidszorg. Hieraan kunnen, afhankelijk van het doel en de doelgroep, specifieke modules worden toegevoegd.

Een inhoudelijk verbeterpunt dat in een gesprek met een orthopedisch chirurg naar voren komt is dat de huidige CQI Heup/Knieoperaties zich nog te zeer beperkt tot structuur- en procesindicatoren, en dat er meer ruimte zou moeten komen voor zogenaamde uitkomstindicatoren. Meer specifiek gaat het om het effect van de behandeling zoals patiënten dat ervaren en hoewel dit binnen verschillende CQ-index vragenlijsten al wel wordt uitgevraagd (zie Box 2.1) is het vooralsnog niet geschikt als prestatie-indicator omdat deze maat geen verschillen laat zien tussen zorgaanbieders (zie Box 2.2).

Box 2.2

Geen verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft ervaren verbetering/verslechtering van fysieke vermogens na een staaroperatie



Bron: Databewerking NIVEL, gebaseerd op data van de CQI Heup of Knieoperatie (Gelsema et al., 2006)

In bovenstaande figuur staat de gemiddelde ervaren verbetering per ziekenhuis na een staaroperatie weergegeven voor 55 ziekenhuizen. Dit is gebaseerd op dezelfde serie vragen als de data voor staaroperatie uit Box 2.1, waarbij de categorie 'slechter dan voor de operatie' de waarde 1 kreeg, de categorie 'hetzelfde als voor de operatie' de waarde 2 en de categorie 'beter als voor de operatie' de waarde 3. Te zien is dat de gemiddelden zeer dicht bij elkaar liggen. Tevens is te zien dat geen enkel ziekenhuis significant verschilt met enig ander ziekenhuis, want alle betrouwbaarheidsintervallen overlappen met de rode lijn en dus ook met elkaar. Let hierbij ook op de y-as, die wat is opgerekt om dit inzichtelijk te maken. In grote lijnen laten maten van ervaren effect van andere lijsten een vergelijkbaar beeld zien. Als zodanig is dit geen geschikte indicator voor bijvoorbeeld het kiezen van een ziekenhuis of het inkopen van zorg.

Het feit dat deze indicatoren weinig tot geen verschillen laten zien tussen ziekenhuizen kan twee dingen betekenen: (1) er zijn geen verschillen of (2) er zijn wel verschillen maar die worden niet goed gemeten met de bestaande vragen. Met het oog op deze laatste mogelijkheid hebben Stichting Miletus en het CKZ een pilot opgezet waarin meerdere manieren voor het meten van ervaren effect met elkaar worden vergeleken.

f Huisartsenzorg overdag | Implementatievraagstukken worden opgelost

De CQI Huisartsenzorg Overdag (Meuwissen & de Bakker, 2008a) is in 2008 uitontwikkeld en verkeert momenteel in de implementatiefase. Uit een eerdere inventarisatie van het NIVEL (Meuwissen & de Bakker, 2008b) bleek dat huisartsen een overwegend positieve houding hebben tegenover de introductie van de CQ-index binnen de huisartsenzorg.

- **Pilot CQI Huisartsenzorg biedt handvatten voor implementatie**
Twee jaar later hebben ARGO en het NIVEL een pilotproject uitgevoerd rondom de implementatie van de CQI Huisartsenzorg in huisartsenpraktijken in Nederland (Sixma et al., in voorbereiding). In een regionale pilot werd de CQI Huisartsenzorg toegepast in individuele huisartspraktijken, waarbij verschillende manieren van dataverzameling werden vergeleken op hun logistieke, methodologische en kostengerelateerde eigenschappen. Daarnaast is gekeken naar problemen rond het trekken van de steekproef (administraties zijn er softwaretechnisch niet altijd op ingericht). Op grond van de bevindingen wordt een strategie voor een landelijke meting ontwikkeld die zo goed mogelijk en bij zoveel mogelijk huisartsen uitvoerbaar is.
- **CQ-index heeft voorkeur boven EUROPEP**
Het pilotonderzoek steunt de eerdere conclusie van Meuwissen en de Bakker (2008b) dat de CQI Huisartsenzorg, net als bijvoorbeeld de EUROPEP¹⁰, een valide en betrouwbaar instrument is voor het meten van de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het patiëntenperspectief. Een voordeel van de CQ-index ten opzichte van de EUROPEP echter, is dat deze uitgebreider is en daarmee meer aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering oplevert. Daarnaast richt de CQ-index zich meer op ervaringen, daar waar de EUROPEP meer op tevredenheid is gericht.
- **Inbouwen van de CQ-index in de praktijkaccreditatie**
Onderzoek van ARGO/NIVEL waaraan huisartsen op vrijwillige basis mee konden doen, liet zien dat de meeste huisartsen patiëntervaringen belangrijk vinden. Zij pleiten dan ook voor het inbouwen van de CQ-index in de praktijkaccreditatie. De interviews met sleutelfiguren bevestigen dit, met daarbij de kanttekening dat het percentage geaccrediteerde huisartsen op dit moment nog relatief gering is.

¹⁰ Voor de ontwikkeling van de CQI was de EUROPEP één van de meest gebruikte vragenlijsten naar patiëntervaringen binnen de huisartsenzorg.

- ***Insteek via zorggroepen of op praktijkniveau?***

Met betrekking tot de benadering van cliënten lijkt het vooralsnog even zoeken naar de insteek: moet dit via zorggroepen gaan verlopen of juist niet? Bij bepaalde aandoeningen kan het aantrekkelijk zijn om via een zorggroep die op deze aandoeningen is gericht een steekproef te trekken. Onduidelijk is echter of zorggroepen voor alle aandoeningen op dezelfde wijze zijn afgebakend. Bovendien is 20% van de huisartsenpraktijken geen lid van een zorggroep (de Wildt, Talboom & Leusink, 2009). Vooralsnog ligt het trekken van een steekproef via de huisarts het meest voor de hand.

- g ***Hulp bij het huishouden | Instellingen leveren zorg, gemeente is verantwoordelijk***

Sinds de invoering van de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk voor de evaluatie en het toezicht op de kwaliteit van de hulp bij het huishouden. Cruciaal is dat gemeenten in de Wmo meer beleidsvrijheid hebben en cliënten meer keuzevrijheid. Tegelijkertijd blijven de Kwaliteitswet zorginstellingen en daarmee het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van toepassing op de hulp bij het huishouden. Er gelden landelijke eisen waaraan de kwaliteit van de geleverde hulp moet voldoen. Deze eisen zijn vastgelegd in het Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden (dat in 2009 is opgesteld door ActiZ, BTN, LOC-Zeggenschap in Zorg, Sting, VNG, VWS en IGZ).

- ***Landelijke meting gestart, maar nog niet volledig uitgekristalliseerd***

In 2009 heeft het NIVEL de CQ-index Hulp bij het Huishouden ontwikkeld en ervaringen van cliënten gemeten (Peeters & Rademakers, 2009a, 2009b). Het CKZ heeft de lijst inmiddels gereed verklaard voor toepassing. Aanbieders van huishoudelijke hulp gaan de vragenlijst gebruiken om de ervaren kwaliteit van hun diensten te meten. In 2010 heeft de Stuurgroep vv&t er bij alle aanbieders (i.e., thuiszorgorganisaties en schoonmaakbedrijven) op aangedrongen om de CQ-index Hulp bij het Huishouden te gebruiken, en vervolgens om de twee jaar. Een vraagstuk dat hier nog speelt is op welk niveau uiteindelijk resultaten worden teruggekoppeld: op het niveau van instellingen of op het niveau van gemeenten? Aangezien de gemeente wettelijk gezien verantwoordelijk is voor de hulp bij het huishouden valt er veel voor te zeggen om ook op het niveau van gemeenten de resultaten terug te koppelen. Maar de huidige wijze van dataverzameling is nog vooral gericht op het resultaat op het niveau van instellingen en het is nog maar zeer de vraag of met de data die nu worden verzameld ook een terugkoppeling op het niveau van gemeenten mogelijk is.

- **Gebrek aan regie bij metingen**

Voor de Huishoudelijk Hulp is er dan weliswaar een CQ-index maar, zo geeft een geïnterviewde aan: “(...) alles wat daar achter hangt is niet geregeld. Aanbieders nemen CQI-metingen af maar weten niet waar ze deze heen moeten sturen, en resultaten worden niet gecase-mixt en bewerkt”. Er is voor deze meting dan ook een sterke behoefte aan meer regie. Het thema ‘regievoering’ komt later in dit hoofdstuk, in paragraaf 2.3.3, aan de orde.

- h Kraamzorg | ZZP’ers en vereiste steekproefgrootte**

De CQI Kraamzorg (van Wagtendonk, van der Hoek & Wiegers, 2010) is in 2010 uitontwikkeld. In juni van dat jaar is de landelijke meting van de kwaliteitsindicatoren Kraamzorg 2010 van start gegaan.

Kraamzorgorganisaties zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zich te verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg met de kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg Kraamzorg. De cliëntervaringsindicatoren die hiervan deel uitmaken, worden uitgevraagd met behulp van de CQ-index.

In de kraamzorg dienen cliënten binnen drie maanden na de bevalling te worden aangeschreven. Voor ZZP’ers (zelfstandigen zonder personeel) die werkzaam zijn in de kraamzorg geldt dat als zij op een gegeven tijdstip de cliënten van de afgelopen 3 maanden aanschrijven, zij nooit aan de vereiste steekproefgrootte van 500 cliënten per aanbieder komen. Om toch zoveel mogelijk gegevens bij ZZP’ers te kunnen verzamelen is besloten dat zij het hele jaar door meten. Dit zal vermoedelijk nog steeds niet leiden tot een steekproef van 500 cliënten, maar op deze wijze wordt voor ZZP’ers wel het hoogst haalbare aantal cliënten bereikt.

- i Mammacare | Landelijke meting in modules**

In 2007 heeft het CKZ de CQI Mammacare gereed verklaard voor toepassing in publieke of private metingen (Damman, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007). In 2009 is Stichting Miletus gestart met een landelijke meting onder 90 ziekenhuizen. De dataverzameling vond via *mixed mode* (schriftelijk en online) plaats.

- **Lange vragenlijst, afgenomen in modules**

De geïnterviewde die vanaf het eerste moment betrokken was bij de ontwikkeling van de vragenlijst geeft aan dat er zich bij de vragenlijstconstructie geen noemenswaardige problemen hebben voorgedaan. Wel dient opgemerkt te worden dat de uiteindelijke lijst zo’n 160 à 170 vragen omvatte¹¹. Dit is vrij lang, maar responscijfers duiden erop dat het invullen van de vragenlijst voor borstkankerpatiënten geen probleem is (Zuidgeest, de Boer, Hendriks & Rademakers, 2008). Bij de CQI Mammacare wordt de lijst in delen afgenomen. De borstkankerpatiënt

¹¹ In 2009 is de CQI Mammacare met 17 vragen ingekort (i.e., met twee modules en vijf oordeelvragen).

krijgt de vragenlijst dus niet in één keer voorgelegd maar in modules die betrekking hebben op een specifiek deel uit het behandelproces. De patiënt krijgt het eerste deel van de vragenlijst zo'n zes weken na de operatie, wanneer tevens het diagnostische en voorlichtingsgesprek hebben plaatsgevonden. Een jaar na het stellen van de diagnose krijgen de patiënten per mail een uitnodiging om de rest van de vragenlijst in te vullen; deze heeft betrekking op alle mogelijke vervolgbehandelingen.

Sinds januari 2009 bestaat de Monitor Borstkankerzorg, een initiatief van de BVN en bekostigd vanuit de opbrengst van het tweede Pink Ribbon-magazine. De monitor beoogt inzicht te geven in de kwaliteit van zorg en behandelingsmogelijkheden in de verschillende ziekenhuizen. Op deze manier biedt de monitor patiënten gedegen informatie over ziekenhuizen en de zorg die zij leveren. Conform de overeenkomst tussen de BVN en Stichting Miletus stelt deze laatste de benchmarkrapportage op – dit op basis van de gegevens van de borstkankermonitor. Stichting Miletus ontvangt het gebruiksrecht van deze rapportage voor de zorginkooprapportages, en de BVN ontvangt de gecorrigeerde benchmarkgegevens. De monitor biedt ziekenhuizen zo dus efficiënte vergelijkingsmogelijkheden voor wat betreft de kwaliteit van de zorg, met als doel hierin verbeteringen te verwezenlijken. Momenteel is men bezig CQI-gegevens in de Monitor Borstkankerzorg op te nemen. Naar verwacht kunnen deze begin 2011 openbaar gemaakt worden.

j *Palliatieve zorg | Pilot met continu meten*

De CQI Palliatieve Zorg (Claessen, Francke, Sixma et al., 2009) heeft de psychometrische testfase met succes doorlopen. Het discriminerend vermogen is echter heel moeilijk te toetsen omdat er maar heel weinig patiënten per instelling beschikbaar zijn. Op dit moment loopt een landelijke pilot waar instellingen op vrijwillige basis aan mee kunnen doen. Gedurende ongeveer een jaar zullen alle patiënten van deelnemende instellingen dan worden aangeschreven. Echter, een vereiste voor de landelijke pilot is dat de dataverzameling door meetbureaus wordt uitgevoerd en gezien de kosten die daaraan verbonden zijn kiezen veel instellingen ervoor om in het geheel niet te meten, of om de meting in eigen beheer te houden in welk geval het niet in aanmerking komt voor de landelijke database.

k *Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (vv&t) | Voor de massa uit*

De CQI vv&t (Wiegers, Stubbe & Triemstra, 2007) is één van de 'oudste' CQ-indexen, en is destijds ontstaan vanuit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg¹² (2007, 2010). De vraag bij het opstellen van dit kwaliteitskader was: "Wat is verantwoorde zorg en hoe kan deze worden gemeten en verbeterd?". Het meten, zo heeft de stuurgroep vv&t besloten, geschiedt aan de hand van twee componenten, namelijk cliënterva-

¹² Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg is 2010 herzien; de eerste stamt uit 2007.

ringen (waarvoor de CQ-index als input dient) en *zorginhoudelijke gegevens* (die door instellingen worden aangeleverd). Zorginstellingen zijn verplicht om minimaal eens per twee jaar een meting met de CQ-index te laten uitvoeren.

De CQ-index vv&t bestaat uit drie vragenlijsten. De vragenlijst voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen wordt middels interviews op locatie afgenomen. Echter, bij met name psychogeratrische afdelingen zijn cliënten niet in staat een interview te ondergaan; in die gevallen worden de vertegenwoordigers van bewoners aangeschreven met de vragenlijst voor Vertegenwoordigers van Bewoners. Ten slotte is er een vragenlijst voor cliënten die thuiszorg ontvangen die ook schriftelijk wordt afgenomen.

Ondanks een hoop aandachts- en verbeterpunten klinkt vanuit het veld het geluid dat er in vijf jaar tijd, vanuit het niets heel veel is neergezet. Zo gebruiken alle partijen in de vv&t hetzelfde instrument; dit heeft verschillende groepen bijeen gebracht en maakt bovendien dat er eenheid in taal is. Een geïnterviewde stelt: *“Hoewel er nog veel te verbeteren valt ligt er een mooie basis waar op voortgeborduurd kan worden”*.

- ***Draagvlak bij de veldpartijen grotendeels op orde***

Voor wat betreft draagvlak, (door)ontwikkeling en samenwerking lijken er zich geen al te grote problemen voor te doen tussen de verschillende betrokken veldpartijen. Een geïnterviewde stelt dat het proces niet altijd makkelijk was omdat elk van de partijen hun eigen doelstelling had, maar dat men uiteindelijk wel tot één indicatorenset (en meer specifiek: één CQ-index) is gekomen. Zo stelt LOC-Zeggenschap in Zorg: *“Het vertrouwen is de afgelopen jaren gegroeid, en dat is een mooie constatering”*. Ook bij de zorginstellingen, die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van metingen, lijkt het draagvlak voor een groot deel op orde. Zo stelde een beleidsmedewerker bij ActiZ (een koepelorganisatie van zorgondernemers binnen de vv&t) in 2008 dat het medewerkers en bestuurders in de langdurige zorg zeer aanspreekt dat cliëntervaringen de meetlat zijn. Concreet achtte 70% van de zorgorganisaties de CQI vv&t na het eerste meetjaar geschikt om klantervaringen te meten (Heesbeen, 2008).

- ***Steekproeftrekking binnen kleine organisatorische eenheden soms nog problematisch***

Verbeterpunten die door zorgaanbieders werden genoemd hadden onder meer betrekking op validiteit en betrouwbaarheid. Zo bleken sommige indicatoren sterker dan andere, en waren steekproeven geregeld te klein waardoor de zeggingskracht op sommige indicatoren beperkt was (Heesbeen, 2008). Twee jaar later lijkt het probleem

rondom kleine steekproeven nog altijd te bestaan. Een mogelijke oplossing volgens ActiZ is het bij elkaar optellen van meerdere metingen, of van verschillende onderdelen van organisaties, maar vaak kan dit niet. Een andere mogelijkheid is om metingen (bij kleine organisatorische eenheden) toch verplicht te stellen, maar deze niet te publiceren.

• ***Inspraak van cliëntenraden blijkt in de praktijk beperkt***

Recent onderzoek van Tranzo (Zuidgeest, Luijckx, Westert & Delnoij, 2010) richtte zich op de *bruikbaarheid* en het *gebruik* van het meten van cliëntervaringen in de vv&t. Hieruit bleek dat, hoewel cliëntenraden op papier een grote rol hebben bij CQ-index metingen, zij in de praktijk vaak afhankelijk zijn van het management voor wat betreft de keuze van het meetbureau, de vorm van terugkoppeling van CQ1-resultaten en de keuze en doorvoering van verbeteringen. Ook tijdens de interviews in het kader van onderhavig onderzoek klinkt het geluid door dat cliëntenraden op diverse punten recht van inspraak hebben, maar dat hier in de praktijk dikwijls weinig van terug is te zien. Dit is, volgens het LOC-Zeggenschap in Zorg, deels terug te voeren op de zorginstellingen, maar ook op de cliëntenraden zelf. Het LOC-Zeggenschap in Zorg probeert hen wel te ondersteunen, maar dat werkt nog niet overal door; vaak lijken cliëntenraden erop te vertrouwen dat het management wel de juiste keuzes zal maken.

I ***Ziekenhuisopname | Steekproef via DBC of via ziekenhuis?***

In 2009 heeft het CKZ de CQ1 Ziekenhuisopname (Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest & Rademakers, 2009) gereed verklaard voor uitvraging. In haar huidige vorm bevat de lijst 91 items, die zijn onderverdeeld in algemene thema's zoals 'ontvangst op de afdeling', 'de zorg door artsen' en 'communicatie rondom de behandeling'. Sinds 2009 voert Stichting Miletus om de twee jaar metingen uit. Zij heeft de doelstelling om de verkorte ziekenhuislijst in mei 2011 online af te gaan nemen; dit is in 2010 in een pilot gevalideerd en door de Wetenschappelijke Adviesraad geaccepteerd.

Steekproeftrekking vindt plaats vanuit de bestanden van de ziekenhuizen. Deze benaderingswijze heeft, ten opzichte van steekproeftrekking uit verzekerdenbestanden, als voordeel dat er veel minder tijd zit tussen de behandeling en de uiteindelijke CQ1-rapportage. Bij benadering via het ziekenhuis gaat het namelijk om acht maanden, terwijl de tijds kloof bij steekproeftrekking via DBC's wel meer dan anderhalf jaar kan bedragen. Een pilot van Stichting Miletus wees overigens uit dat de twee methoden geen significante verschillen in resultaten opleveren (Stichting Miletus, 2010). Uit recent NIVEL-onderzoek (Donselaar, Koopman, Hendriks & Rademakers, 2010) bleek evenmin een verschil in resultaten. Wel bleek uit dit onderzoek dat benadering via ziekenhui-

zen, waarschijnlijk vanwege het relatief korte tijdsverloop, een iets hogere (doch niet significant hoger) respons oplevert.

m *Zorg & Zorgverzekeringen | Jaarlijkse meting sinds 2005*

Aan het einde van elk jaar kan iedereen wisselen van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen voor de basisverzekering tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Naast de premie en de dekking van de basis- of aanvullende verzekering kunnen verzekerden ook de kwaliteit van de service van de zorgverzekeraar meenemen in hun keuze. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet in januari 2006 krijgt keuze-informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars dan ook een steeds prominentere rol.

Sinds 2005 bestaat de CQI Zorg en Zorgverzekering (Hendriks, Delnoij, van der Meulen-Arts et al., 2005). Vanaf dat moment neemt het NIVEL in samenwerking met het CKZ de lijst jaarlijks af bij een grote groep verzekerden. Op basis van de meetresultaten wordt consumenteninformatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl.

2.3.3 *Generiek (over lijsten heen)*

Nadat in paragraaf 2.3.2 op specifieke lijsten/sectoren werd ingezoomd, richt deze paragraaf zich op algemeen geldende bevindingen. Om te beginnen worden er aandachtspunten besproken, die kunnen worden onderverdeeld in 'bestuurlijke aandachtspunten' (paragraaf 2.3.3a) en 'uitvoeringsgerelateerde aandachtspunten' (paragraaf 2.3.3b). Paragraaf 2.3.3c benoemt ten slotte de succespunten.

a *Bestuurlijke aandachtspunten*

In deze paragraaf worden aandachtspunten van bestuurlijke aard besproken. Hierbij komen zaken als draagvlak, regievoering, databeheer en financiering aan de orde.

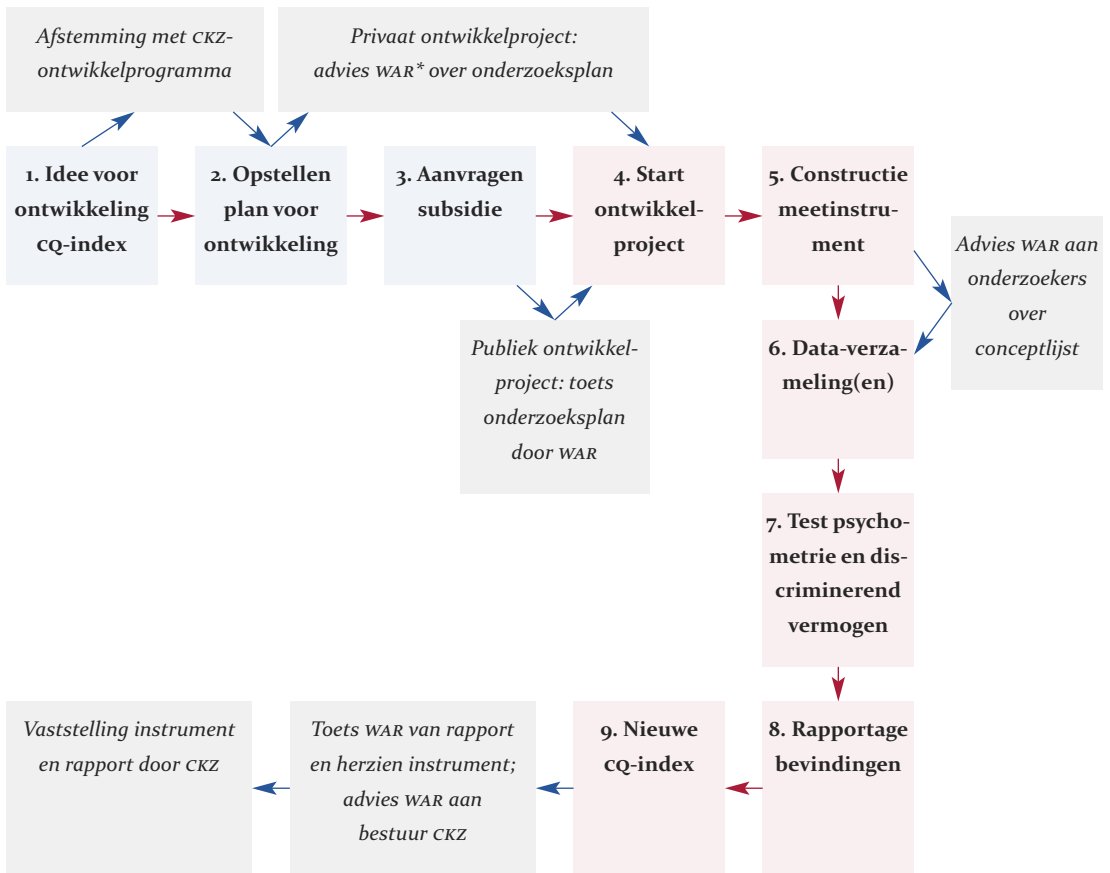
• *Draagvlak bij de ontwikkeling van lijsten*

Ontwikkeltrajecten rondom CQI-meetinstrumenten worden altijd begeleid en ondersteund door een commissie met vertegenwoordigers van de partijen die later gebruik zullen gaan maken van de resultaten. Patiënten- of cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn partijen die minimaal vertegenwoordigd dienen te zijn. Daarnaast kunnen ook andere betrokken partijen, zoals toezichthouders en beleidsmakers aanschuiven. De werkgroepen komen minimaal drie keer tijdens een traject bij elkaar: tijdens de voorbereidingsfase (om het onderwerp af te bakenen en de wijze van steekproeftrekking en dataverzameling vast te stellen), tegen het eind van de constructiefase (om het meetinstrument vast te stellen dat empirisch getest zal worden) en aan

het eind van het ontwikkeltraject (om, aan de hand van het concept-validatierapport, de belangrijkste bevindingen te bespreken en om de herziene versie van het meetinstrument vast te stellen). Het uiteindelijke CQI-meetinstrument moet zo op bestuurlijk draagvlak van alle betrokken partijen in de zorg berusten. Een schematische weergave van de onderzoekscyclus bij het ontwikkelen van een meetinstrument is te vinden in figuur 2.1.

Figuur 2.1

Proces van ontwikkeling en vaststelling van een CQI-vragenlijst



* De Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) toetst onder meer de ontwikkeling van CQI-vragenlijsten

Bron: Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument; Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008a

Verschillende informatiebehoeften

Omdat de CQ-index verschillende belanghebbenden met ieder hun eigen specifieke informatiebehoefte beoogt te dienen, komen er niet zelden tegenstrijdige belangen om de hoek kijken. Het creëren van draagvlak en de ontwikkeling van de lijsten geschiedt doorgaans dan ook volgens het consensusmodel. Sommige partijen benadrukken de positieve kant hiervan en stellen dat het uiteindelijk tot een breed en sterk draagvlak leidt. Zo stelt een geïnterviewde: *“Als iedereen aan dezelfde tafel zit, mag iedereen ook zijn/haar zegje doen, en wordt ieders belang behartigd. Natuurlijk is het, op het moment dat je met elkaar aan tafel zit, lastig om het proces te doorlopen en daarbij je eigen belangen te verdedigen, maar dat hoort erbij als je met één instrument drie totaal uiteenlopende informatiebehoeften wilt vervullen”*.

Sommigen partijen benoemen echter ook duidelijke nadelen van deze werkwijze: het is kostbaar en tijdrovend, en vaak krijgt geen van de partijen exact op maat toegesneden informatie. Rademakers en collega's zeggen hierover dat *“(…) de inbreng van de betrokken stakeholders bij de constructie van de CQ-index de bruikbaarheid van het instrument vergroot, maar ook tot relatief lange vragenlijsten leidt”* (Rademakers, Sixma, Triemstra et al., 2008). Delnoij en collega's concluderen niettemin dat, hoewel het bereiken van consensus tussen de verschillende veldpartijen complex en tijdrovend is, de winst van standaardisatie (i.e., één methodiek die tegemoet komt aan de informatiebehoefte van de verschillende partijen) zwaarder weegt dan het mogelijke verlies van op maat gesneden informatie (Delnoij, Rademakers & Groenewegen, 2010).

Dat het toch niet altijd (direct) lukt om aan de wensen van alle partijen tegemoet te komen, blijkt bijvoorbeeld uit het ontwikkeltraject rondom de module Hoortoestellen van de CQI Hulpmiddelen. Bij de ontwikkeling van deze module waren in eerste instantie zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders (audiciens en fabrikanten van hoortoestellen) als de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) betrokken. Omdat zorgaanbieders zich gaandeweg niet konden vinden in de wijze waarop (benchmark)informatie zou worden ontsloten, heeft deze partij uiteindelijk geen goedkeuring aan het instrument verleend. De directie van de NVVS stelt dat veel zorgaanbieders in de CQI-methodiek een manier zien om zichzelf te profileren, maar dat de koudwatervrees het vooralsnog lijkt te winnen. Men betreurt het dat *“(…) de discussie met zorgaanbieders nu voornamelijk over de methode gaat, daar waar je liever met elkaar over uitkomsten praat”*.

Krachtenveld tussen stakeholders mogelijk te zwaar voor kleinere partij

De NVVS geeft aan dat er sprake was van een sterk krachtenveld tussen de stakeholders. Zelf heeft zij dit, dankzij haar middelgrote omvang en

geprofessionaliseerde opzet, niet zozeer als probleem ervaren. Zij benoemt echter wel dat het voor kleinere patiëntverenigingen mogelijk “(...) niet haalbaar is om binnen een dergelijk proces goed en gedegen mee te blijven doen”. Wil een patiëntenvereniging baat hebben bij een CQ-index en niet het risico lopen te eindigen als verliezer in het strategisch spel van transparantie in de zorg, dan dient zij gesterkt te worden”. Als mogelijke oplossing ter ondersteuning noemt de NVVS een regiegroep vanuit de NPCF, hoewel ze hierbij ook aangeeft dat deze zich voornamelijk bezig houdt met de hoofdlijnen en op detailniveau minder kennis in huis heeft.

- **Regievoering bij de ontwikkeling van lijsten**

De ontwikkeling van een CQ-index vond in de beginjaren vaak plaats op initiatief van zorgverzekeraars. In eerste instantie betrof het alleen Agis, maar al vlug nam ook Stichting Miletus hierin veel initiatief. Voorbeelden van CQ-indexen die op initiatief van Stichting Miletus zijn ontwikkeld zijn de CQI Ziekenhuisopname (Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest & Rademakers, 2009), de CQI Heup-/knieoperaties (Gelsema, Delnoij & Triemstra, 2006) en de CQI Staaroperaties (Brouwer, Sixma, Triemstra & Delnoij, 2006). Ook zijn er veel vragenlijsten ontstaan met subsidie van *ZonMw* – vaak in samenwerking met Stichting Miletus en/of het veld. Voorbeelden van dergelijke lijsten zijn de CQI Gehandicaptenzorg (Ramakers, Schellingerhout, Sombekke et al., 2010), de CQI Huisartsenposten (Hammink & Giesen, 2010) en de CQI Revalidatiezorg (Zuidgeest, Reitsma-van Rooijen, Sixma et al., 2010). De laatste jaren zijn *patiëntenorganisaties* ook steeds meer vragenlijsten gaan ontwikkelen; meestal gebeurt dit met financiering van Fonds PGO³, maar soms ook met eigen geld. Voorbeelden van patiëntverenigingen die een sterke rol speelden bij de ontwikkeling van een CQ-index zijn de het Astmafonds (ten behoeve van de CQI Astma; Bloemendal, Triemstra & Rademakers, 2008), de Reumabond (ten behoeve van de CQI Reumatoïde Artritis; Zuidgeest, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007), Borstkankervereniging Nederland (ten behoeve van de CQI Mammacare; Damman, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007) en de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS; ten behoeve van de module Hoortoestellen van de in ontwikkeling zijnde CQI Hulpmiddelen).

Breed scala aan initiatieven vraagt om regie

Het inmiddels brede scala aan initiatieven leidt soms tot overlap tussen lijsten. Daarnaast is er een risico dat verschillende lijsten over verwante onderwerpen elkaar kruisen. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat een cliënt een vragenlijst krijgt over de zorg thuis en kort daarop wordt benaderd met een vragenlijst voor de hulp bij het huishouden. Met betrekking tot het ontwikkelproces merkt een zorgverzekeraar ook op

³ Fonds PGO verstrekt subsidies aan landelijk werkzame patiëntenorganisaties, gehandicaptorganisaties en ouderenbonden in Nederland.

dat, bij de ontwikkeling van verschillende lijsten, verschillende partijen soms afzonderlijk het wiel lijken uit te vinden. Deze zorgverzekeraar stelt: *“Hierdoor is het leereffect van de ene ontwikkeling niet altijd terug te vinden in de andere ontwikkeling (zelfs als er een projectteam bij betrokken is). Unieke leermomenten worden onvoldoende vastgelegd, en sommige fouten zie je hierdoor (onnodig) structureel terugkomen”*. Dit geldt bijvoorbeeld voor het taalgebruik, dat in verschillende lijsten te ingewikkeld is, zo geeft de geïnterviewde aan.

Deze versnippering maakt dat er in het veld vragen over een eventuele regievoering beginnen te ontstaan. Het CKZ, Zichtbare Zorg en zorgverzekeraars denken daarom samen na over oplossingen waarbij universele aspecten bijvoorbeeld in een *generieke* (ziekenhuis)lijst worden uitgevraagd, terwijl *aandoeningspecifieke* lijsten landelijk (en dus niet per ziekenhuis) en onder regie van patiëntenorganisaties worden uitgezet. Met dit idee hopen de partijen tevens input te leveren voor het kwaliteitsinstituut dat volgens de plannen in 2012 door het ministerie van vws zal worden opgericht.

Sterkere regiefunctie overheid

Het ministerie van vws zelf erkent dat het CKZ in een lastige positie kan worden gebracht door de verschillende belangen in het veld, al is het volgens vws de vraag of al deze verschillende belangen op voorhand helder waren, of dat dit gaandeweg het proces pas duidelijk is geworden. Dit roept volgens het ministerie de vraag op of de CQ-index één op één geschikt is als bron van keuze-informatie, of dat er misschien toch een bewerkend instituut nodig zou zijn om alle ervaringen te vertalen naar de informatiebehoeften van de verschillende stakeholders. vws geeft aan dat hierin mogelijk een rol is weggelegd voor haar, of -meer specifiek- voor het kwaliteitsinstituut dat zij wil gaan oprichten.

Een sterkere regievoering door de overheid raakt aan de andere kant ook een dilemma. Zo kan het ministerie van vws aan de ene kant op veel punten een hoop discussie tussen partijen wegnemen en eenduidigheid scheppen, met efficiëntere werkwijzen en kostenbesparing als gevolg. Aan de andere kant verspeelt ze met het opleggen van regels en werkwijzen mogelijk draagvlak, zeker wanneer het veld zelf al een eind op de goede weg is. Zoals een geïnterviewde stelt: *“Alles wat ‘moet’ stuit al snel op weerstand”*. Een andere geïnterviewde, die dicht op de ontwikkelingen in de sector van de vv&t zit, geeft aan dat *“(…) er steeds meer ‘top-down’ gedropt wordt terwijl de afgelopen jaren hebben uitgewezen dat de kracht van de stuurgroep juist van binnenuit komt. Het is te hopen dat die ruimte er blijft, en dat het kwaliteitsinstituut niet met verstikkende regeltjes zal gaan frustreren wat inmiddels wél goed loopt”*.

- **Regievoering bij het uitzetten van metingen**

Zodra het CKZ zijn akkoord aan een lijst heeft gegeven is een ieder in principe vrij om te meten. Ongeveer de helft van de metingen gaat uit van Stichting Miletus. Daarnaast zijn ook veel instellingen en sectoren vanuit de stuurgroepen van Zichtbare Zorg sinds kort verplicht om zelf CQI-metingen uit te voeren. Lijsten worden dus via verschillende (en onderling onafhankelijke) kanalen uitgezet, en partijen die niet betrokken zijn bij metingen hebben in de praktijk doorgaans moeite om aan de gewenste data te komen (dit punt komt in meer detail terug in hoofdstuk 3). Het gevolg kan zijn dat partijen gegevens zelf proberen te vergaren, wat de kans doet toenemen dat mensen vanuit verschillende hoeken over hetzelfde bevestigd worden. Dit vraagt om meer coördinatie bij het uitzetten van metingen. Het CKZ geeft aan dat hij door een gebrek aan mandaat weinig sturing kan uitoefenen. Wat hem betreft zijn er drie mogelijke toekomstscenario's: (1) het blijft zoals het nu is, dat wil zeggen: geen regie vanuit het CKZ, en afspraken per sector/ lijst, (2) een overheidsinstantie (wellicht het in oprichting zijnde kwaliteitsinstituut) gaat bepalen welke lijsten er met welke frequentie gemeten gaan worden, en een tussenvorm, namelijk: (3) blijven werken met de stuurgroepen van Zichtbare Zorg, en die vanuit het CKZ adviseren over de frequentie van uitvragen. Verschillende partijen zijn van mening dat vws ook hierin de regie zou moeten nemen, of deze op zijn minst zou moeten toewijzen aan één partij.

- **Regievoering bij het beheren van data: ook CQI-databeheer is versnipperd**

Op het vlak van databeheer is ook een duidelijke behoefte aan regie. Het CKZ geeft aan dat het ministerie van vws destijds op een gestandaardiseerde manier patiëntervaringen over de kwaliteit van zorg is gaan meten, mede omdat het die informatie nodig heeft voor zijn beleid. Er is toen de afspraak gemaakt dat de informatie naar kiesBeter gaat, maar vervolgens zijn de gegevens niet meer toegankelijk voor onderzoekers om daar landelijk geaggregeerde rapporten over te maken. Dit punt blijkt dus niet goed afgedekt. Net als dat er aan de voorzijde geen sprake is van regie, zo stelt de directeur van het CKZ, ontbreekt het aan de achterkant aan één plek (in de vorm van één centrale database) waar alle gegevens samenkomen. Dit heeft tot gevolg dat databases nu erg versnipperd zijn: derden kunnen er niet bij, en als men erbij kan zijn data niet eenduidig gecodeerd. Volgens het CKZ zijn er twee hordes te nemen, namelijk: 1) *toegang* krijgen en wanneer deze er is 2) de *data op orde* brengen. Ook Zichtbare Zorg buigt zich over het opzetten van een centraal verzamelpunt per sector, maar zij geeft aan geen beslissingsbevoegdheid te hebben; hier zijn het de stuurgroepen die vooralsnog bepalen waar de data worden ondergebracht. Een belangrijke bijkomende vraag is hoe één centrale database bekostigd zou moeten worden.

Feitelijk hangt de versnippering van databeheer samen met het vraagstuk rondom het *eigendomsrecht* van CQI-meetinstrumenten. Het CKZ stelt dat de vraag wie eigenaar is van CQI-instrument (ook in juridisch opzicht) moeilijk te beantwoorden is. Zo is het CKZ eigenaar van het merk CQ-index en van de CQI-systematiek. Onderzoekers die een bepaalde CQI-vragenlijst ontwikkelen kunnen aanspraak maken op het intellectuele eigendom van de lijsten, en financiers van dat onderzoek zijn mede-eigenaar van het instrument. Er is dus veelal sprake van gedeeld eigenaarschap. Wat uiteindelijk vooral van belang is, is dat het gebruiksrecht van de data goed geregeld is, zodat verschillende partijen toegang hebben tot de gegevens voor de verschillende gebruiksdoelen.

- ***Financiering van ontwikkeling***

Bij het thema ‘financiering’ kan een onderscheid worden gemaakt tussen de bekostiging van de ontwikkeling (van lijsten) en de bekostiging van metingen en de doorontwikkeling van de CQI-methodiek. Voor wat betreft de ontwikkeling van lijsten is het ministerie van vws een belangrijke geldschieter. Via het ZonMw-programma ‘Meten Patiënten Ervaringen’ heeft vws hiervoor de afgelopen jaren bijna drie miljoen Euro beschikbaar gesteld. Ook Stichting Miletus maakt(e) de ontwikkeling van veel lijsten financieel mogelijk. Verder zijn patiëntenorganisaties de laatste jaren ook steeds meer vragenlijsten gaan ontwikkelen, veelal met financiering van Fonds PGO, maar soms ook met eigen geld.

- ***Financiering van metingen en doorontwikkeling***

Voor wat betreft de bekostiging van het uitzetten van metingen is Stichting Miletus een belangrijke financier. In het jaarverslag over 2009 stelt zij: “*Stichting Miletus heeft 18 van de in totaal ontwikkelde 20 groepen van CQI-vragenlijsten actief (mede)ontwikkeld en ca. 39 metingen uitgevoerd waaronder 19 reguliere metingen. Zorgverzekeraars hebben hier inmiddels van 2004 tot 2010 ca. € 4,6 miljoen in geïnvesteerd (inclusief de bijdrage van ca. 0,8 miljoen van vws, exclusief de interne kosten van de zorgverzekeraars).*” Binnen de sectoren vv&T, gehandicaptenzorg en GGZ komen de kosten voor metingen voor de rekening van zorginstellingen zelf. De doorontwikkeling van de CQ-index wordt door zowel het CKZ als Miletus gedaan, vaak in samenwerking.

Patiëntorganisaties vaak onvoldoende draagkrachtig voor zelfstandige metingen

Een probleem dat in enkele gesprekken wordt genoemd is dat patiëntorganisaties, wanneer er eenmaal een CQI-lijst (mede) op hun initiatief ontwikkeld is, niet meer over voldoende financiële middelen beschikken om zorg te dragen voor doorontwikkeling en meten. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de module Hoortoestellen van de nagevoeg uitontwikkelde CQI Hulpmiddelen, waarbij de Nederlandse

Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) nauw was betrokken. De directie van de NVVS stelt dat wanneer het CKZ de lijst eenmaal vrijgeeft de continuering zal afhangen van de planning van Stichting Miletus. “Mocht Stichting Miletus besluiten om niet tot meten over te gaan dan is er een financieringsprobleem aangezien de NVVS niet volledig in de kosten kan voorzien”, aldus de directeur. Miletus steunt momenteel overigens een patiëntenvereniging voor borstkanker (BVN) bij het uitvragen van de CQI Mammacare.

b *Uitvoeringsgerelateerde aandachtspunten*

In deze paragraaf worden aandachtspunten besproken die betrekking hebben op de uitvoering (i.e., het ontwikkelen van lijsten en het uitzetten van metingen). Meer specifiek komen hier zaken rondom de vragenlijst, de steekproeftrekking, het uitvragen en de openbaarmaking aan de orde.

• *Draagvlak binnen het werkveld*

In onderzoek van Meuwissen en de Bakker (NIVEL, 2008b) brengt het NIVEL ervaringen in kaart die tot 2008 zijn opgedaan met het meten van klantervaring in de eerste lijn¹⁴. Het gaat hier om ervaring van onderzoekers, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en beleidsverantwoordelijken, gemeten met zowel de CQ-index (voornamelijk proefmetingen) als met reeds in gebruik zijnde methodes om patiënten te raadplegen. De geïnterviewden hadden in het algemeen positieve ervaringen met de CQ-index. Als voordelen werden genoemd het vragen naar ervaring en belang in plaats van naar tevredenheid, de geschiktheid om zorgverleners onderling te vergelijken, de vergelijkbaarheid van CQI-instrumenten tussen de sectoren, en de stimulans om tot standaardisatie van één instrument te komen om patiëntervaring mee te meten binnen een beroepsgroep. Het feit dat de CQI-methodiek corrigeert voor patiëntgebonden verschillen tussen praktijken maakt een eerlijker vergelijking mogelijk tussen zorgaanbieders. Dit maakt de instrumenten geschikt voor processen als benchmarking en verhoging van transparantie.

Zorgaanbieders lijken vooraansnog terughoudend

Hoewel zorgaanbieders enkele jaren geleden dus overwegend positief gestemd leken ten opzichte van de CQ-index (Meuwissen & de Bakker, 2008b), blijkt uit de interviews dat een aanzienlijke groep in de praktijk redelijk terughoudendheid is om aan metingen deel te nemen. Een zorgverzekeraar merkt op dat dit ook wel logisch is omdat het per slot van rekening hun product is dat transparant wordt gemaakt. Zorgaanbieders lijken vooral bang te zijn om slecht te scoren, en hier vervolgens op te worden afgerekend. Toch klinkt bij veel geïnterviewden het vertrouwen door dat zorgaanbieders die nog niet onverdeeld enthousiast tegenover de CQ-index staan, mettertijd vanzelf zullen bij-

¹⁴ Meer specifiek gaat het hier over de sectoren Huisartsenzorg, Fysiotherapie, Farmacie, Geboortezorg en kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg.

draaien. Zorgverzekeraars hebben er vertrouwen in dat de ‘early adopters’ een inspiratie zullen vormen voor hen die nu nog terughoudend zijn, en dat het steeds breder ontsluiten van kwaliteitsinformatie zorgaanbieders tot medewerking zal dwingen.

- **Inhoud van de vragenlijst**

Voor wat betreft de begrijpelijkheid van CQI-vragenlijsten lijkt er geen sprake van zwaarwegende, structurele knelpunten. Slechts sporadisch krijgt men te horen dat vragen moeilijk worden gevonden. In 2007 heeft Bureau Taal, op basis van onderzoek naar de complexiteit van het taalgebruik in CQI-vragenlijsten, alle verplichte CQI-vragen in eenvoudiger bewoordingen gesteld (Centrum Klantervaring Zorg, 2008). Daarmee is de huidige formulering van vragen eenvoudiger dan zij in eerste instantie was. Desondanks komt het nog steeds voor dat mensen sommige vragen niet goed begrijpen. Dit kan worden voorkomen door een cognitieve test van de vragenlijst (Zuidgeest, Damman, Rademakers & Delnoij, 2011) en dat is dan ook een aandachtspunt bij ontwikkeling en revisies van vragenlijsten.

CQ-index voor sommige groepen minder geschikt

Iets dat ook gerelateerd is aan de inhoud van de vragenlijsten en door verschillende partijen als een probleem wordt benoemd, is de geschiktheid van de vragenlijsten voor mensen met lagere gezondheidsvaardigheden¹⁵. Meer specifiek stelden Roset en collega’s de geschiktheid van de CQ-index voor allochtonen aan de orde (Roset, Stronks, Sixma et al., 2008). Zij concludeerden dat door de hogere item non-respons onder (oudere) allochtone respondenten op sommige onderwerpen van de CQI Ziekenhuiszorg, de datakwaliteit voor deze groep respondenten lager is. Volgens Roset en collega’s wordt dit door andere factoren dan leesvaardigheid of opleiding veroorzaakt. Verder onderzoek naar de invloed van (lagere) gezondheidsvaardigheden en -meer specifiek- culturele achtergrond op datakwaliteit en uitkomsten uit CQI-onderzoek lijkt dan ook gewenst.

Meer aandacht voor het zelf ervaren effect

Een ander aandachtspunt met betrekking tot de inhoud van CQI-vragenlijsten is de geringe ruimte voor uitkomstindicatoren, en meer specifiek voor vragen die betrekking hebben op het (door de patiënt) *zelf ervaren effect*. Ook internationaal komt er steeds meer belangstelling voor het betrouwbaar en valide meten van zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROM’s). Volgens een geïnterviewde orthopedisch chirurg vormen items¹⁶ die betrekking hebben op het door de patiënt ervaren effect van een behandeling “(...) een deel van het domein ‘kwaliteit van zorg’ dat vooralsnog onderbelicht is”. Vragenlijsten richten zich volgens hem nog te weinig op de behaalde winst van ingreep.

¹⁵ Gezondheidsvaardigheden zijn de individuele competenties die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te kunnen gaan. Dat veronderstelt dat mensen interesse en aandacht hebben voor hun eigen gezondheid, dat ze informatie over gezondheid kunnen en willen verzamelen, lezen of horen, begrijpen en toepassen. (bron: www.nigz.nl). De Engelse term voor gezondheidsvaardigheden is *Health literacy*.

¹⁶ Een voorbeeld van een vraag naar het zelf ervaren effect van een ingreep aan de heup is: ‘Kunt u met uw nieuwe heup weer boodschappen doen?’. Bij staaroperatie heeft het zelf ervaren effect bijvoorbeeld betrekking op goed dichtbij (of veraf) kunnen zien en kunnen deelnemen aan het verkeer. Bij rughernia hebben dergelijke vragen onder meer betrekking op goed kunnen staan, zitten en lopen, en over de mate van pijn. Ook aspecten van kwaliteit van leven kunnen deel uitmaken van het ervaren effect van de ingreep.

pen terwijl deze maten zeer waarschijnlijk nuttige informatie opleveren. Dit geldt overigens niet alleen voor de CQI Heup-/knieoperaties, maar ook voor andere CQ-indexen. Het CKZ voert, in samenwerking met Stichting Miletus, momenteel een pilot uit waarin zij de samenhang van uitkomstmaten met de CQ-index onderzoekt.

- **Lengte van de vragenlijst**

Een veelgehoord punt van kritiek is dat de vragenlijsten (veel) te lang zijn. Hoewel bijvoorbeeld de CQI's Mammacare en Astma met respectievelijk 131 en 134 items uitschieters naar boven zijn, bevat de gemiddelde vragenlijst nog altijd ongeveer 80 items. Dat lijsten zo omvangrijk zijn, is voor een deel inherent aan het feit dat zij in de informatiebehoefte van meerdere stakeholders beogen te voorzien (Rademakers, Sixma, Triemstra et al., 2008). Hoewel het een voor de hand liggende gedachte zou zijn dat lange vragenlijsten gepaard gaan met een lage respons, blijkt dit niet uit responsonderzoek (Zuidgeest, de Boer, Hendriks & Rademakers, 2008). Bij metingen met lange lijsten wordt (met gebruikmaking van de Dillmanmethode¹⁷) doorgaans een respons van 70% behaald, wat lang niet slecht te noemen is. Ook een geïnterviewde zorgverzekeraar geeft aan dat de respons over het algemeen voldoende is, en ontvangt zelfs regelmatig handgeschreven brieven van patiënten die -na het invullen van een CQI-vragenlijst- nog aanvullende zaken kwijt willen.

Ontwikkelingen rondom het verkorten van vragenlijsten

Hoewel de lengte van de vragenlijsten dus geen negatieve invloed op de respons lijkt te hebben, kleven er wel andere nadelen aan. Zo stijgen de kosten naarmate een lijst omvangrijker is, met name bij schriftelijke vragenlijsten en interviews. Bovendien neemt het risico op slechte data-kwaliteit toe. Vanuit verschillende hoeken klinkt dan ook de wens om met kortere lijsten te gaan werken. Hiervoor worden twee oplossingen genoemd. Eén oplossing is het doelspecifiek uitvragen van CQI-lijsten. Hiertoe kunnen verkorte modules of specifieke vragensets worden ontwikkeld die zijn toegesneden op de diverse gebruiksdoelen. Daarbij kan grofweg onderscheid worden gemaakt in modules die gericht zijn op het in kaart brengen van verschillen tussen zorgaanbieders of instellingen, en versies die geschikt zijn voor het monitoren van verbetermogelijkheden in de zorg. Triemstra en collega's bieden een leidraad voor een nadere selectie van onderwerpen en specifieke vragen voor diverse doeleinden (Triemstra, Hendriks, Delnoij & Rademakers, 2008). Verder is het CKZ met het *Back to Basics*-project momenteel bezig om een kernset van vragen samen te stellen die minimaal dienen te worden uitgevraagd. Een andere oplossing voor het inkorten van bevragingen is het modulair uitvragen van lijsten, zoals bij de CQI Mammacare al gebeurt (zie paragraaf 2.3.2i). Om via modules te werken moet het overigens wel

¹⁷ Het Handboek CQI Metingen van het CKZ (deel 1; Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008a) schrijft voor dat verzending van CQI-vragenlijsten wordt uitgevoerd volgens de Dillmanmethode. Dit betekent dat er op (drie) vaste momenten reminderzendingen worden verstuurd.

mogelijk zijn om bevragingen via de zorgaanbieders/-instelling en te laten verlopen en om de gegevens van één patiënt aan elkaar te koppelen. Bij dit laatste komen de nodige juridische aspecten om de hoek kijken. De paragraaf over privacy, verderop in dit hoofdstuk, gaat hier in meer detail op in.

- **Vorm van uitvragen**

In 2008 hebben Zuidgeest en collega's uiteengezet welke dataverzamelmethode er bij CQI-onderzoek werden gebruikt, en hoe het bij de verschillende vormen was gesteld met de respons en representativiteit van de respondenten (Zuidgeest, de Boer, Hendriks & Rademakers, 2008). Dit onderzoek wees uit dat driekwart van de CQI-metingen schriftelijk plaatsvond; bij uitzondering werden gegevens mondeling, via internet of via een combinatie (de *mixed-mode*-methode) verzameld. De respons, die het hoogst was bij een mondelinge dataverzameling en het laagst bij online dataverzameling, bleek niet gerelateerd aan de leeftijd van respondenten of het aantal vragen in de vragenlijst.

Doel voor de toekomst: online bevraging

Hoewel schriftelijke bevraging dus nog altijd de meest toegepaste vorm van uitvragen lijkt, wordt er in toenemende mate online gemeten. Veel veldpartijen hebben ook een uitgesproken voorkeur om toe te werken naar online bevraging omdat deze methode, zeker bij grootschalig en frequent meten, misschien wel als grootste voordeel heeft dat zij kostenbesparend is. Zo stelt een zorgverzekeraar dat metingen niet alleen goedkoper kunnen, maar ook moeten omdat, zoals zij stelt, “*de kosten momenteel de pan uit rijzen*”. Online bevraging maakt het bovendien mogelijk om continu te meten; hierbij worden gegevens één- of tweemaal naar een benchmarkrapportage vertaald. Zolang er echter nog een deel van de populatie is die online niet bereikt wordt (vooral de oudere generatie maakt hier deel van uit), lijkt het veld er bijna niet aan te ontkomen om (ook) met schriftelijke vragenlijsten te werken. Vaak worden de beide methoden dan ook naast elkaar gebruikt.

Mondelinge interviews kunnen uitkomst bieden, maar zijn niet altijd zonder bijeffecten

Sommige patiëntgroepen zijn relatief lastig te bevragen. Vooral bij gehandicapten en bij patiënten binnen de klinische GGZ is bijna per definitie sprake van complexe problematiek en van cognitieve beperkingen die veel invloed hebben op het dagelijks functioneren. Wanneer deze patiënten zelfstandig een vragenlijst invullen leidt dit doorgaans tot weinig betrouwbare en valide resultaten (van Wijngaarden, Kok & Sixma, 2008; van Wijngaarden, Kok, Meije & Fotiadis, 2008). Dit geldt ook voor grote groepen cliënten binnen de vv&t. Bij bevraging van deze patiëntgroepen kan de hulp van (speciaal geaccrediteerde) interviewers

worden ingeschakeld. Hoewel interviewers speciaal getraind worden om te voorkomen dat zij de antwoorden van patiënten en cliënten beïnvloeden, heeft onderzoek uitgewezen dat dit toch niet geheel is te voorkomen (Winters, Strating, Klazinga et al., 2010; de Boer & Delnoij, 2010). De invloed van eventuele intervieweffecten bleek lastig te kwantificeren maar vormde wel aanleiding voor aanvullende richtlijnen ter minimalisatie van eventuele intervieweffecten (de Boer & Delnoij, 2010).

- **Belasting voor respondenten**

Een vaak gehoorde uitspraak is dat er inmiddels ‘een wildgroei’ aan CQI-lijsten is. Een geïnterviewde merkt op dat “(...) *je als zorgverlener tegenwoordig niet mee denkt te tellen wanneer je niet over een eigen CQ-index beschikt*”. Omdat mensen nu eenmaal vaak gebruik maken van verschillende soorten zorg, kunnen zij mogelijk voor meerdere CQI-metingen benaderd worden. Bij velen bestaat dan ook de vrees dat de overvloed aan lijsten tot een te grote belasting van de patiënt/cliënt leidt. Voor een deel ligt de oplossing voor dit probleem in regievoering over lijsten en metingen heen – een punt dat in het begin van deze paragraaf al aan de orde kwam.

Een oplossingsrichting die het CKZ hierin benoemt, is om verschillende typen metingen te hanteren. Om te beginnen denkt hij hierbij aan metingen die gericht zijn op vergelijkende informatie. Hierin kan een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds zorgmarkten waar veel concurrentie is en veel te kiezen valt (zoals binnen de ziekenhuiscare en fysiotherapie), en waar men jaarlijks wil meten, en anderzijds instellingen waar minder te kiezen valt (zoals de vv&t) en waar driejaarlijkse metingen volstaan. Bij ziekenhuizen zou (voor universele aspecten zoals bejegening) de voorkeur uitgaan naar een *generieke* ziekenhuislijst, eventueel aangevuld met *aandoeningsspecifieke vragen of modules*. Specifieke lijsten zouden idealiter worden uitgezet onder regie van patiëntenorganisaties, onder landelijke steekproeven (dus geen steekproef per ziekenhuis). Deze visie deelt het CKZ met Zichtbare Zorg, maar zoals al bij het thema ‘regievoering’ werd opgemerkt, valt nog te bezien welke partij(en) één en ander in de toekomst zullen gaan aansturen.

- **Steekproef(trekking)**

Steekproeven kunnen op twee manieren worden getrokken: vanuit de bestanden van zorgaanbieders¹⁸ of vanuit de bestanden van zorgverzekeraars. Benadering via de zorgaanbieder is relatief snel, maar de administratie van aanbieders is niet altijd goed ingericht op het trekken van steekproeven. Benadering via de zorgverzekeraar heeft het voordeel dat men het veld niet hoeft te belasten, dat men in één keer een steekproef

¹⁸ Zorgaanbieders kunnen de vragenlijst, net als zorgverzekeraars dit doen, aan de patiënt opsturen. Zij kunnen deze echter ook aan de patiënt meegeven. Bij deze tweede methode dient aangemerkt te worden dat selectie (van tevreden patiënten) niet geheel valt uit te sluiten. Bij de pilot van de CQI Huisartsenzorg (Sixma et al., in voorbereiding) zijn beide methoden (i.e., opsturen en meegeven van de vragenlijst) toegepast.

kan trekken en een herinnering kan sturen. Een nadeel van deze methode is de tijds kloof die zit tussen het moment van de behandeling (of intake) en het moment waarop de DBC gesloten wordt (en de steekproef kan worden getrokken); deze kan wel meer dan anderhalf jaar bedragen (zie jaarverslag 2009 van Stichting Miletus, p. 19). Zoals opgemerkt blijkt het in ziekenhuiszorg niet uit te maken voor de resultaten of de steekproef wordt getrokken via het ziekenhuis of de verzekeraar (Donselaar, Koopman, Hendriks & Rademakers, 2011). Voor andere sectoren is dit nog niet uitgezocht.

Probleem bij meten binnen kleine organisatorische eenheden

Een probleem waar men vooral binnen de sectoren vv&t en palliatieve zorg mee te maken heeft is dat van kleinschalig georganiseerde eenheden, die minder cliënten hebben dan de minimum steekproefomvang die vastgesteld is in de ckz-richtlijnen. De afspraak die hierover binnen de vv&t met de Stuurgroep Verantwoorde Zorg is gemaakt, luidt dat zij moeten deelnemen aan de meting, tenzij er sprake is van minder dan vijftien cliënten en de verwachte respons lager is dan tien. De ondergrens van tien geldt overigens in vrijwel alle omstandigheden, omdat het onder die grens te makkelijk wordt voor aanbieders om resultaten te herleiden naar individuele patiënten of cliënten. Ook wanneer het aantal observaties wel aan het gestelde minimum voldoet en er metingen kunnen plaatsvinden, zijn de resultaten voor deze eenheid (door de geringe steekproefomvang) minder betrouwbaar. Een mogelijke oplossing, zo wordt er vanuit het veld aangedragen, is het bij elkaar optellen van meerdere metingen, of het bij elkaar optellen van verschillende onderdelen van een organisatie. Een geïnterviewde uit het veld geeft echter aan dat dit in de praktijk toch vaak niet lukt. De optie om meerdere onderdelen van een organisatie bij elkaar op te tellen is bovendien niet zinvol bij metingen die juist tot doel hebben om kwaliteitsverschillen tussen organisaties of locaties in beeld te brengen. Deze gegevens zouden dus uitsluitend voor interne kwaliteitsverbetering gebruikt kunnen worden.

• **Privacy**

Om patiënten gericht te kunnen aanschrijven is gebruik van de medische diagnose vereist. Tot voor kort was dit problematisch in verband met privacyreglementen zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, maar sinds kort is er een nieuwe ministeriële maatregel die dit wel mogelijk maakt (Regeling Zorgverzekering, artikel 7.5, lid 3 en 4; zie www.wetten.overheid.nl/BWBR0018715). Het CKZ heeft naar aanleiding hiervan extra richtlijnen rondom privacy opgesteld. Gegevens zijn, door gebruikmaking van een zogenaamde *trusted third party* (ook wel 'TTP')¹⁹, nooit voor de betrokken veldpartijen herleidbaar naar de respondent. Het op naam aanschrijven, herinneren en bedanken roept

¹⁹ Een *Trusted Third Party* beheert de 'sleutel' waarmee koppelingen tussen patiëntgegevens (naam, adres en woonplaats) en CQI-data kunnen worden gemaakt; derden (zoals zorgaanbieders en -verzekeraars) zijn hier op deze manier dus niet zelf toe in staat. Ook het koppelen van patiëntgegevens aan andere gegevens zoals prijs en volume (wat voor zorgverzekeraars interessant is), dient via een TTP te geschieden.

incidenteel wel eens vragen op bij patiënten, aldus een geïnterviewde betrokkene, maar vormt eigenlijk nooit echt een probleem.

Een probleem dat zich wel af en toe voordoet, is dat sommige zorgaanbieders vanwege privacygevoeligheid niet bereid zijn om de benodigde gegevens van alle cliënten aan te leveren bij het meetbureau. Dit geldt met name voor het aanleveren van de gegevens die nodig zijn voor het toepassen van de inclusie- en exclusiecriteria. Als mogelijke oplossing suggereert het Handboek CQI Metingen van het CKZ (deel 1; Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008a) dat het meetbureau de steekproef trekt ten kantore van de zorgaanbieder.

- ***(Afspraken over) de openbaarmaking van gegevens***

Tussen zorgverzekeraars en -aanbieders zijn doorgaans goede afspraken gemaakt over het moment waarop data openbaar worden gemaakt. Wanneer de metingen worden aangestuurd door de verzekeraar (vaak betreft het hier Stichting Miletus) stellen zij de aanbieders eerst zelf op de hoogte; deze krijgen hiermee de mogelijkheid een toelichting te formuleren bij de uitkomsten. Drie maanden na deze terugkoppeling mogen zorgverzekeraars de uitkomsten ontsluiten via hun website, en na nog eens drie maanden kunnen de gegevens door derden (zoals bijvoorbeeld kiesBeter) worden opgevraagd. Deze laatste koppeling (i.e., de openbaarmaking van gegevens ten behoeve van patiënten en consumenten) is niet standaard ingebouwd; over het algemeen is er dus een groot verschil in beschikbaarheid van data voor zorgverzekeraars en voor patiënten(organisaties) en consumenten. Verder werken de stuurgroepen van Zichtbare Zorg vaak met dataprotocolen waarin vooraf (op jaarlijkse basis) afspraken worden gemaakt over wat openbare informatie is, en welke informatie alleen voor een specifieke partij beschikbaar is.

- c ***Succespunten***

Aangezien de voorgaande secties van deze paragraaf zich voornamelijk richtten op knelpunten en verbetermogelijkheden, zou ten onterechte de indruk kunnen ontstaan dat de CQ-index binnen het veld niet al te veel positieve reacties oproept. Dit is nadrukkelijk niet het geval: men is doorgaans van mening dat er in vijf jaar veel is neergezet. Meer specifiek beschouwt men het als winst dat er binnen de zorg een instrument (ter beoordeling van kwaliteit) is ontwikkeld waarin patiëntbeoordelingen centraal staan. Men vindt het positief dat verschillende partijen, doordat zij hetzelfde instrument gebruiken, in de gelegenheid worden gesteld om systematisch met elkaar over kwaliteitsverbetering te praten. De CQ-index heeft het tevens mogelijk gemaakt dat patiëntervaringen opgenomen worden in de tweejaarlijks te verschijnen Zorgbalans van het RIVM (zie voor het meest actuele verslag: Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010).

Voor wat betreft de implementatie geeft het CKZ aan dat de ontwikkeling van vragenlijsten goed gaat en dat ontwikkelingsprojecten nog nooit zijn stopgezet. Ook benadrukt het CKZ het nut van Stichting Miletus: zij heeft de middelen om metingen te verrichten en de ruimte om te experimenteren (bijvoorbeeld met verschillende methoden van steekproeftrekken en dataverzamelen). Stichting Miletus voert veel metingen uit – met name in ziekenhuizen (waar het via de stuurgroepen nog niet altijd even goed wil lukken). Zeker in vergelijking met Amerika (waar men met de CAHPS werkt) is er in korte tijd veel neergezet: na vijf jaar liggen er nu 20 vragenlijsten.

2.4 *Algemeen: Implementatie gevorderd, maar niet voltooid*

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de implementatie van de CQ-index in rap tempo gestalte krijgt: in de afgelopen jaren zijn 20 lijsten ontwikkeld en vrijgegeven voor gebruik. Een groot deel daarvan wordt inmiddels ook ingezet bij landelijke metingen wat suggereert dat er veel behoefte is aan inzicht in de ervaren kwaliteit van zorg. Gezien deze vele en snelle ontwikkelingen is het echter ook niet verwonderlijk dat de knelpunten die daarbij naar voren komen nog niet allemaal zijn opgelost.

Een aantal van de beschreven knelpunten hangen samen met regie. Wat betreft de ontwikkeling van vragenlijsten is er bijvoorbeeld behoefte aan een partij die kijkt voor welke aandoeningen of sectoren vragenlijsten ontwikkeld worden en daarbij ook bewaakt dat er geen overlap ontstaat tussen lijsten. Dit geldt ook voor het uitzetten van metingen. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat verschillende partijen metingen uitzetten met dezelfde vragenlijst. Ook wat betreft databeheer is er behoefte aan regie. Nu zijn data tamelijk versnipperd onder gebracht bij verschillende partijen die allemaal weer hun eigen protocollen hebben voor het beheren van deze data. In het volgende hoofdstuk zal blijken dat veel van de gebruikers toegang willen tot meer gedetailleerde data. Een centraal orgaan die data beheert en waar consistente afspraken zijn gemaakt over de toegankelijkheid van data kan hierbij helpen.

Een ander punt dat meerdere keren werd benoemd betreft de soms tegenstrijdige belangen van verschillende veldpartijen. Iedere partij heeft weer andere informatiebehoeften en het is niet altijd eenvoudig hierin te voorzien binnen één vragenlijst. Dit loopt echter vaak wel goed af en gelukkig maar, want als al deze partijen onafhankelijk van elkaar hun eigen informatiebehoefte zouden najagen met hun eigen vragenlijst is de wildgroei niet te overzien. Niettemin geeft dit hoofdstuk aan dat het creëren van draagvlak onder de verschillende belanghebbenden de nodige aandacht verdient.

Voorts zijn er nog een aantal meer praktische zaken aan de orde gekomen zoals de wijze van steekproeftrekking, lengte van vragenlijsten en verkorten van vragenlijsten, methoden van dataverzameling, kleine organisaties waarbij te weinig patiënten kunnen worden bevraagd en de wijze waarop binnen CQ-index wordt omgegaan met privacy van patiënten. Op de inhoudelijke aspecten van deze zaken gaan we hier niet opnieuw in. Samenvattend kan wel worden gesteld dat voor zaken van deze aard in vrijwel alle gevallen geldt dat reeds extra inspanningen zijn verricht om de CQ-index ook met betrekking tot deze punten zo goed mogelijk te implementeren. Dat betekent geenszins dat deze vraagstukken al zijn opgelost, want het gaat hier om lopende ontwikkelingen die nog niet volledig zijn uitgekristalliseerd.

3 Gebruik van CQI-informatie

3.1 Inleiding

In de ruim vijf jaar die de CQ-index inmiddels operationeel is, is er een grote hoeveelheid gegevens beschikbaar gekomen over kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. Dit doet de vraag rijzen of (en in hoeverre) de verschillende veldpartijen deze informatie ook daadwerkelijk gebruiken. In hoeverre beschikken de verschillende veldpartijen over CQI-informatie? In hoeverre is CQI-informatie (indien beschikbaar) begrijpelijk en bruikbaar? Wordt beschikbare informatie ook daadwerkelijk gebruikt? Welke problemen komt men hierbij in de praktijk zoal tegen, en waar liggen oplossingsmogelijkheden? Dit hoofdstuk beoogt antwoord te geven op deze vragen.

3.2 Methode/werkwijze

Voor dit hoofdstuk is, net als in hoofdstuk 2, gebruik gemaakt van bestaand onderzoek en interviews met sleutelfiguren uit de zorgpraktijk. Voor wat betreft het raadplegen van bestaand onderzoek is er vooral geput uit artikelen, rapporten en proefschriften. De procedure rondom de bevraging van de sleutelfiguren is in hoofdstuk 2 beschreven. Subthema's die met betrekking tot het onderhavige hoofdstuk ter sprake kwamen waren: *'behoefte aan CQI- en kwaliteitsinformatie'*, *'beschikbaarheid en toegankelijkheid van CQI-informatie'*, *'begrijpelijkheid en bruikbaarheid van CQI-rapportages'*, *'daadwerkelijk gebruik van CQI-informatie'*, *'kwaliteitsbeleid'* en *'verbeteren van zorgkwaliteit'* (dit laatste thema met name bij bevraging van zorgverzekeraars en -aanbieders).

3.3 Gebruik van CQI-informatie

Deze paragraaf biedt antwoord op de vraag in hoeverre zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten(verenigingen), consumenten, toezichthouders en overheid in de praktijk gebruik maken van CQI-informatie. Meer specifiek wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre patiënten(organisaties) en consumenten (paragraaf 3.3.1), zorgverzekeraars (paragraaf 3.3.3), zorgaanbieders (paragraaf 3.3.2), toezichthouders (paragraaf 3.3.4) en de overheid (paragraaf 3.3.5) over CQI-informatie beschikken, in hoeverre zij (de rapportage van) CQI-gegevens begrijpelijk vinden, en in hoeverre zij de beschikbare informatie bruikbaar achten. Voor alle gebruikers van de CQ-index is het natuurlijk van belang

dat deze meet wat zij beoogt te meten. Dit punt wordt niet per gebruiker behandeld, maar apart uitgewerkt in paragraaf 3.4. In paragraaf 3.5 volgt een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

3.3.1 Patiënten(organisaties) en consumenten: belangenbehartiging en keuze-informatie

Patiënten of consumenten die zorg nodig hebben kunnen een keuze voor een zorgaanbieder baseren op kwaliteitsinformatie. Het meest bekende 'doorgeefluik' van kwaliteitsinformatie in de richting van de patiënt/consument is *kiesBeter.nl*, een openbaar zorgportaal van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *kiesBeter.nl* presenteert vergelijkende informatie over zorgaanbieders en -instellingen²⁰ en over zorgverzekeraars (zie figuur 3.1 voor een voorbeeld). Een deel van deze informatie bestaat uit CQI-gegevens, waarbij de kwaliteit van geleverde zorg door zorgaanbieders of -instellingen per kwaliteitsaspect is vertaald naar sterren²¹. Daarnaast is CQI-informatie in meer of minder beperkte mate te vinden op de website van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF; www.consumentenendezorg.nl), de Consumentenbond (www.consumentenbond.nl) en de Borstkanker Vereniging Nederland (BVN; www.borstkanker.nl). Verder ondersteunen diverse zorgverzekeraars hun verzekerden bij de keuze voor een zorgaanbieder door CQI-informatie op hun website te ontsluiten.

²⁰ Op dit moment presenteert *kiesBeter* vergelijkende informatie over ziekenhuizen, verpleging, verzorging en thuiszorg (vv&t) en gehandicaptenzorg

²¹ Er kunnen maximaal drie sterren worden toegekend; *kiesBeter* hanteert hierbij de volgende labels: één ster = 'minder dan gemiddeld', twee sterren = 'gemiddeld' en drie sterren = 'beter dan gemiddeld'

Figuur 3.1

Een illustratie van vergelijkende CQI-informatie op *kiesBeter.nl*

Naam	Legenda		
	Bartholomeus Gasthuis	Welleveden	De Koperwiek
Hoe goed verzorgen de zorgverleners het lichaam van de cliënten?	★★★★	★★★★	★★★☆☆
Kunnen de cliënten alleen zijn als ze dat willen?	★★★★	★★★★	★★★★
Voelen de cliënten zich veilig in huis?	★★★★	★★★★	★★★★
Zijn er genoeg dingen te doen voor de cliënten?	★★★★	★★★★	★★☆☆☆
Hebben de zorgverleners voldoende aandacht of het goed gaat met de cliënten?	★★★★	★★★★	★★★★
Hoe vakkundig en veilig werken de zorgverleners?	★★★★	★★★★	★★★★
Gaan de zorgverleners op een prettige manier om met de cliënten?	★★☆☆☆	★★★★	★★★★
Hebben cliënten voldoende invloed op de zorg?	★★★★	★★★★	★★★★
Krijgen de cliënten genoeg informatie?	★★☆☆☆	★★★★	★★★★
Zijn de zorgverleners beschikbaar wanneer de cliënten hen nodig hebben?	★★☆☆☆	★★★★	★★★★
De ervaringen van cliënten zijn gemeten in	september 2009	mei 2008	mei 2008

*Toelichting: deze pagina toont CQI-informatie over drie verschillende verzorgingshuizen. Bezoekers van *kiesBeter.nl* kunnen zelf aangeven van welke huizen zij de kwaliteitskaart willen zien en vergelijken en hun keuze voor een huis hierop baseren.*

Patiëntenorganisaties kunnen de gegevens uit CQI-metingen gebruiken als belangenbehartigingsinformatie, wat wil zeggen dat zij hiermee op een hoger bestuurlijk niveau (bijvoorbeeld in overleg met zorgaanbieders, -verzekeraars en/of beleidsmakers) de belangen van hun leden kunnen behartigen. In toenemende mate laten patiëntorganisaties de CQ-index bovendien deel uitmaken van keurmerken.

- **Beschikbaarheid** | *Beschikbaarheid en toegankelijkheid nog niet optimaal*

Slechts voor een beperkt deel van de frequent uitgevraagde vragenlijsten geldt dat daaruit keuze-informatie beschikbaar is voor patiënten en consumenten. Op kiesBeter.nl staan bijvoorbeeld alleen de CQI Ziekenhuiszorg en de CQI vv&T; de CE-index en de CQI GGZ zullen eendaags volgen. Maar de data die Stichting Miletus verzamelt komen bijvoorbeeld niet standaard terecht op kiesBeter.nl of andere websites. Niettemin wordt het aanbod van keuze-informatie voor patiënten wel steeds groter (zoals bijvoorbeeld op de eerder genoemde websites van de NPCF en de BVN).

Om patiënten en consumenten niet te overladen met gegevens wordt keuze-informatie doorgaans gepresenteerd op geaggregeerd niveau, zoals bijvoorbeeld te zien in figuur 3.1. Patiënten- en consumentenorganisaties hebben echter vaak behoefte aan meer en gedetailleerdere informatie, liefst in de vorm van data op individueel niveau. Voorts hechten zij zeer aan zo actueel mogelijke informatie. Op deze punten hebben zij echter nog veel te wensen over: zowel data die vanuit Zichtbare Zorg worden verzameld als data van Stichting Miletus komen pas vele maanden nadat de dataverzameling is afgesloten beschikbaar voor patiënten en consumentenorganisaties, en enkel op geaggregeerd niveau. Patiënten- en consumentenorganisaties hebben dus zeer beperkt toegang tot de gewenste data (wat voor een deel ook komt omdat ze soms niet weten hoe ze toegang kunnen krijgen). Wellicht komt dit doordat partijen die metingen uitzetten (nu nog vooral verzekeraars en aanbieders) tevens eigenaar zijn van de data. Patiënten- en consumentenorganisaties hebben vaak niet de middelen om landelijke metingen te financieren en zullen hierin in vele gevallen afhankelijk blijven van de welwillendheid van andere partijen.

Keuze-informatie voor verzekerden al enkele jaren beschikbaar

Naast kiezen voor een zorgaanbieder of -instelling kan iedereen jaarlijks kiezen voor een zorgverzekeraar. Bij deze keuze kan men onder meer gebruik maken van (uitkomsten van) de CQI Zorg en Zorgverzekering, die al sinds 2005 in kaart brengt hoe verzekerden de kwaliteit van zorg ervaren zoals deze door hun zorgverzekeraar is verstrekt.

Meetresultaten van de CQI Zorg en Zorgverzekering worden jaarlijks

vertaald naar consumenteninformatie, die op www.kiesBeter.nl en (alleen voor leden) op www.consumentenbond.nl wordt gepubliceerd. CQI-informatie over zorgverzekeringen is dus al jaren beschikbaar via het internet. Ouderen blijken wel minder vaak gebruik te maken van deze informatie, maar of dat met toegankelijkheid heeft te maken of dat ouderen minder behoefte hebben aan dit soort informatie is niet duidelijk (van der Maat & de Jong, 2008).

• **Gebruik** | Voor patiënten en consumenten is het gebruik beperkt tot een kleine groep

In hoeverre maken patiënten en consumenten daadwerkelijk gebruik van vergelijkende keuze-informatie, zoals de CQ-index? Van belang hierbij is of mensen überhaupt op zoek gaan naar kwaliteitsinformatie, en zo ja – of zij ook daadwerkelijk zoeken naar *vergelijkende* keuze-informatie zoals afkomstig uit de CQ-index. Voor wat betreft het zoeken naar kwaliteitsinformatie over de zorg blijkt dat ongeveer negen op de tien mensen dit wel eens heeft gedaan (Consumentenbond, 2010). Uit de bezoekersregistratie van kiesBeter.nl blijkt dat in 2010 maandelijks zo'n 400.000 bezoekers de site wisten te vinden. Toch lijkt de zoektocht naar informatie zich niet primair te richten op het *vergelijken* van zorgaanbieders. Volgens onderzoek van de Consumentenbond (2010) kiest namelijk slechts vijf procent van de consumenten op een geïnformeerde wijze een zorgaanbieder. Doelgroeponderzoek in opdracht van vws (Motivaction & Praktijk Index, 2009) doet vermoeden dat de groep patiënten die actief naar betrouwbare (vergelijkende) informatie zoeken in de toekomst zal groeien. Echter, vermoedelijk zullen er ook zorgconsumenten blijven die geen behoefte hebben aan (vergelijkende) keuze-informatie, of niet goed in staat zijn om deze te begrijpen (Motivaction & Praktijk Index, 2009; Schwartz, Monterosso, Lyubomirsky et al., 2002). Deze mensen zullen zich bij het maken van hun keuzes in de zorg eerder wenden tot vrienden, familie en artsen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat ook huisartsen gebruik kunnen maken van vergelijkende keuze-informatie. Zo heeft onderzoek van Plexus (in voorbereiding) bijvoorbeeld uitgewezen dat de aanwezigheid van een kwaliteitskaart²² in de huisartsenpraktijk van invloed kan zijn op de keuze voor een doorverwijzing. Ten slotte zijn er ook mensen die andere of verdiepende informatie zoeken, al dan niet naast *vergelijkende* (CQI-) informatie. In haar proefschrift doet Damman (2010) dan ook de aanbeveling om op websites keuze-informatie (meer) te linken aan alternatieve soorten informatie, zoals ervaringsverhalen. Een risico dat zij hierbij wel benoemt is dat bij het presenteren van meer soorten informatie de kans op tegenstrijdige informatie toeneemt. Op dit punt is dan ook meer onderzoek en ontwikkeling nodig.

²² Op deze kwaliteitskaart staan CQI-gegevens en andere (zorginhoudelijke) indicatoren

Verzekerden gaan op zoek naar keuze-informatie in maanden dat zij kunnen wisselen

De mobiliteit van verzekerden bedroeg in 2009 voor het derde achtereenvolgende jaar minder dan vijf procent (Vos & de Jong, 2009). Of de verzekerden die wél wisselden van verzekeraar CQI-informatie hebben betrokken in hun keuze is moeilijk vast te stellen. Interessant is wel dat de bezoekersaantallen van de zorgverzekeringssite van kiesBeter.nl pieken in de maanden dat verzekerden kunnen wisselen: het grootste gedeelte van 2010 waren er gemiddeld zo'n 12.000 bezoekers per maand en in november en december waren er respectievelijk 110.000 en ruim 92.000 bezoekers, maar hoeveel van deze mensen ook de CQI-resultaten hebben bekeken is niet duidelijk. Niettemin lijkt het erop dat meer dan 100.000 verzekerden op zoek gaan naar informatie wanneer zij overwegen te wisselen van zorgverzekeraars.

Patiëntenverenigingen: gebruik voor belangenbehartiging nog niet uitgekristalliseerd

Patiëntverenigingen kunnen informatie over de kwaliteit van zorg gebruiken om de belangen van patiënten te behartigen in de onderhandeling met andere partijen. Deze vorm van gebruik is vermoedelijk nog niet uitgekristalliseerd omdat patiëntenverenigingen vaak alleen toegang krijgen tot data op geaggregeerd niveau en van enkele jaren terug, terwijl zij voor belangenbehartiging juist over actuele gegevens op individueel niveau zouden willen beschikken. Verder kunnen ze (geaggregeerde) informatie voor patiënten beschikbaar stellen, bijvoorbeeld via hun website. Een voorbeeld is de Borstkankervereniging Nederland (BVN), die via de Monitor Borstkankenzorg informatie over de borstkankenzorg binnen ziekenhuizen kenbaar maakt; hierin is ook de CQ-index opgenomen.

Voor wat betreft cliëntenraden binnen zorginstellingen wees onderzoek van Tranzo uit dat cliëntenraden het over het algemeen belangrijk vinden dat het oordeel van cliënten over de kwaliteit van de zorg gemeten wordt door middel van de CQ-index (Zuidgeest, Luijkx, Westert & Delnoij, 2010). Vierendertig procent van de aangeschreven cliëntenraden reageerde en 66% van de respons was van mening dat de CQ-index een goede vragenlijst is om klantervaringen in de zorg te meten.

Box 3.1

Aanbevelingen voor presentatie van CQI-informatie (Damman, 2010)

- Sterren en staafdiagrammen (\approx een frequentieverdeling van onderliggende antwoorden) is beter dan alleen sterren
- Onderverdelen naar één, twee of drie sterren wordt beter begrepen dan onderverdelen naar één tot vijf sterren
- Toevoeging van een algemeen waarderingscijfer draagt niet bij aan de keuze voor de beste instelling
- De relatieve aard van de sterren vereist een zorgvuldige uitleg, met name omdat een lage relatieve prestatie in absolute zin nog niet slecht hoeft te zijn
- Zorgaanbieders of -verzekeraars bij voorkeur in alfabetische volgorde te presenteren
- Patiënten en consumenten hebben tevens behoefte aan korte samenvattende informatie en doorklikmogelijkheden naar achterliggende informatie

- **Bruikbaarheid** | CQI-informatie niet voor iedereen begrijpelijk

Om CQI-informatie verstandig te kunnen gebruiken moet deze eerst goed worden begrepen, wat een goede presentatiewijze vereist. Het presenteren van CQI-informatie aan patiënten blijkt echter niet eenvoudig. Patiënten en consumenten kunnen lang niet altijd goed uit de voeten met de geboden informatie (Damman, 2010) en daarnaast blijken er grote individuele verschillen in informatiebehoefte, zowel wat betreft de hoeveelheid informatie als het soort informatie (Damman, 2010; Groenewoud, 2008; Fogg, 2003). Het is dan ook niet verwonderlijk dat er momenteel veel verschillende presentatiewijzen op het internet circuleren. En deze diversiteit heeft vermoedelijk tot gevolg dat patiënten en consumenten wat minder snel wennen aan dit soort informatie, want ze komen dat iedere keer weer in een ander format tegen (Damman, 2010). Onderzoek naar de juiste presentatiewijze is dan ook van groot belang. Recente bevindingen uit onderzoek naar de presentatiewijzen voor CQI-informatie zijn te vinden in Box 3.1.

Patiënten- en consumentenverenigingen, cliëntenraden

Over de bruikbaarheid van CQI-informatie voor patiënten- en consumentenverenigingen is nog niet heel veel bekend – niet in de laatste plaats omdat zij nog zeer beperkt toegang hebben tot de gewenste gegevens. Cliëntenraden krijgen wel informatie waar ze iets mee kunnen, en beoordelen de resultaten vaak als herkenbaar, reëel en kloppend (Zuidgeest, Luijkx, Westert & Delnoij, 2010). Het ligt voor de hand dat cliëntenraden vooral hun voordeel kunnen doen met CQI-informatie op het moment dat zij betrokken worden bij het opzetten van verbetertrajecten, maar volgens de directeur van LOC-Zeggenschap in Zorg²³ gebeurt het nog te vaak dat cliëntenraden niet of nauwelijks worden betrokken bij verbeterprojecten.

²³ LOC-Zeggenschap in zorg vertegenwoordigt 2200 cliëntenraden vanuit de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, thuiszorg, verpleging & verzorging, verslavingszorg en welzijn.

3.3.2 *Verbeterinformatie voor zorgaanbieders*

Zorgaanbieders kunnen met behulp van CQI-informatie zien hoe zij, voor wat betreft patiëntervaringen, presteren ten opzichte van de rest van de markt. Zij krijgen informatie teruggekoppeld van Stichting Miletus of van meetbureaus en Zichtbare Zorg. De rapportage bevat vrijwel altijd sterrenscores en gemiddelden per kwaliteitsaspect. Dit is de primaire informatie; een illustratie hiervan is te vinden in figuur 3.2, in de vorm van een pagina uit het jaardocument maatschappelijke verantwoording dat instellingen verplicht zijn op te leveren. In de meeste gevallen ontvangt een instelling daarnaast nog detailinformatie zoals bijvoorbeeld (per vraag) frequentieverdelingen of spinnenwebgrafieken.

Behoeftte aan kwaliteitsinformatie en CQI-resultaten

Binnen de vv&t is kwaliteit inmiddels een begrip waar men niet meer omheen kan. Hier heeft het kwaliteitskader – met de CQ-index erin – wel aan bijgedragen, aldus een geïnterviewde beleidsmedewerker bij Actiz²⁴. Uit onderzoek van Tranzo (Zuidgeest, Luijkx, Westert & Delnoij, 2010), naar de bruikbaarheid van meten van cliëntervaringen in de sector vv&t, blijkt eveneens dat professionals, zorgmanagers en kwaliteits- en beleidsmedewerkers transparantie over patiëntervaringen vanzelfsprekend vinden. Men vindt dit vooral belangrijk om toekomstige klanten te bedienen, om verantwoording af te leggen naar externe partijen en om interne veranderingen tot stand te brengen. Daarnaast beoordeelt men de resultaten gemeten met de CQ-index ook als herkenbaar, wat een gunstig effect heeft op het interne gebruik van informatie door zorgorganisaties.

²⁴ ActiZ is een organisatie van zorgondernemers binnen de sector vv&t

Ook binnen de eerste lijn zijn zorgaanbieders steeds meer bezig met kwaliteitsverbetering. Een geïnterviewde vertegenwoordiger van eerste-lijnszorgaanbieders stelt dat het veld beseft dat het realiseren van kwaliteit nooit klaar is; men moet zich blijven ontwikkelen en onderscheiden. Het inzichtelijk maken van kwaliteit gebeurt binnen de eerste lijn veelal middels de indicatoren van Zichtbare Zorg, waar de CQ-index nog niet structureel deel van uitmaakt. Voor wat betreft het gebruik van CQI-informatie lijkt het sneeuwbal-effect van toepassing: wanneer men (bijvoorbeeld bij andere zorgaanbieders) ziet dat gebruik van dergelijke gegevens iets als kwaliteitsverbetering kan opleveren, lijkt men sneller genegen er zelf mee aan de slag te gaan. Vanzelfsprekend is dat dit proces tijd kost. Dit geldt ook voor zorgaanbieders binnen de tweede lijn. Zo neemt een geïnterviewde medisch specialist binnen zijn sector een groeiend bewustzijn waar over de CQ-index, en over wat men er mee kan. Toch zijn er volgens deze specialist ook nog veel zorgaanbieders die zich afvragen wat de CQ-index hen oplevert. “Wanneer men zou kunnen zien dat gebruik van de CQ-index tot kwaliteitsverbetering van geleverde zorg en meer tevreden patiënten leidt”, zo stelt hij, “zal men er zelf wel

mee aan de slag willen gaan. Echter, eer dat je het zo transparant hebt dat dit eruit blijkt, ben je een heel eind verder.”

Figuur 3.2

Een illustratie van gemiddelden en sterrenscores per indicator

Thema's en indicatoren	Cliënten Verpleeg & Verzorging (VV)			Vertegenwoordigers psychogeriatrische cliënten (PG)			Cliënten Zorg Thuis (ZT)		
	Score OE (gecorrigeerd)	Landelijke gemiddelde score	Relatieve prestatie	Score OE (gecorrigeerd)	Landelijke gemiddelde score	Relatieve prestatie	Score OE (gecorrigeerd)	Landelijke gemiddelde score	Relatieve prestatie
Thema 1 - Zorg(behandel-)/leefplan									
1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie	3,4	3,2	★★★★☆	3,5	3,4	★★★★☆			
1.2 Ervaren inspraak en overleg	2,4	2,5	★★★☆☆	2,8	2,8	★★★★☆			
Thema 2 - Communicatie en informatie									
2.1 Ervaren begeering	3,0	3,4	★★☆☆☆	3,3	3,5	★★★☆☆			
2.2 Ervaren informatie	2,4	2,8	★★★☆☆	3,2	3,3	★★★★☆			
2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)				3,3	3,4	★★★★☆			
Thema 3 - Lichamelijk welbevinden									
3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging	3,0	3,4	★★☆☆☆	3,1	3,2	★★★★☆			
3.2 Ervaren met maaltijden	2,9	3,0	★★★★☆	3,4	3,5	★★★★☆			
Thema 4 - Zorginhoudelijke veiligheid									
4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	3,0	3,4	★★☆☆☆	3,2	3,3	★★★★☆			
4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen				3,6	3,5	★★★★☆			
Thema 5 - Woon- en leefomstandigheden									
5.1 Ervaren in onconfort	3,1	3,4	★★☆☆☆	3,0	3,2	★★★★☆			
5.2 Ervaren sfeer	3,0	3,4	★★☆☆☆	2,9	3,1	★★★★☆			
5.3 Ervaren privacy (en in woonruimte)	3,3	3,7	★★☆☆☆	3,0	3,5	★★☆☆☆			
Thema 6 - Participatie en sociale redzaamheid									
6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie	3,4	3,4	★★★★☆	3,2	3,8	★★★★☆			
6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie	2,6	3,4	★★☆☆☆	3,0	3,2	★★★★☆			

Toelichting: Deze illustratie is afkomstig uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (zie www.jaarverslagenzorg.nl) en bevat een selectie indicator- en sterscores voor een willekeurig verpleeg- of verzorgingshuis. Tevens is het landelijk gemiddelde opgenomen; de sterscore geeft aan in hoeverre het gemiddelde van de instelling afwijkt van het landelijke gemiddelde (1-2 sterren is lager dan het landelijk gemiddelde, 3 sterren betekent een min of meer gemiddelde score en 4-5 sterren is hoger dan het landelijk gemiddelde).

- **Beschikbaarheid** | Gegevens soms wel, soms niet goed toegankelijk
Zorgaanbieders beschikken in alle gevallen over hun eigen resultaten in de vorm van rapportages. Bij CQ-metingen die onderdeel zijn van een Zichtbare Zorg indicatorset, zijn de zorgaanbieders veelal de opdrachtgever voor de dataverzameling (zij schakelen meetbureaus in en betalen de kosten) en zijn zij derhalve eigenaar van de data. Bij metingen van Stichting Miletus (zoals de algemene ziekenhuiszorg en zorg rondom de staaroperatie, de heup- en knieoperatie en borstkanker) worden alleen rapportages verstrekt, en niet de databestanden zelf. Deze databestanden zijn overigens wel opvraagbaar.

- **Gebruik** | *Daadwerkelijk gebruik varieert*

Er bestaat geen uitgekristalliseerd beeld over de mate waarin verschillende zorgaanbieders CQI-informatie daadwerkelijk gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Zorgverzekeraars geven te kennen dat er, wanneer het gaat om kwaliteitsverbetering aan de hand van CQI-resultaten, verschillen tussen zorgaanbieders zichtbaar zijn: *“Er zijn ‘early adopters’ die direct bij zichzelf te raden gaan, maar ook aanbieders en instellingen die het eerst moeten afkijken. Dat is niet erg, zo werkt het proces nu eenmaal”*. Dit strookt ook met andere interviews waaruit naar voren kwam dat instellingen erg verschillen in de mate waarin het begrip ‘kwaliteit’ tot de standaard bedrijfsvoering is doorgedrongen.

- **Bruikbaarheid** | *Rapportages begrijpelijk; sterrensystematiek niet voor iedereen duidelijk*

Een vertegenwoordiger van eerstelijns zorgaanbieders geeft aan dat er zich rondom de begrijpelijkheid van rapportages doorgaans geen noemenswaardige problemen voordoen. Wel geeft hij aan dat scores wel eens verkeerd geïnterpreteerd worden. Met name de *sterren* lijkt men niet goed te begrijpen; mensen (i.e., patiënten, maar ook zorgaanbieders) blijken hierbij vaak de associatie te hebben met het sterrenstelsel van hotels en restaurants, terwijl de sterren voor de CQ-index op een heel andere wijze tot stand komen (niet absoluut: 1 = slecht en 5 = goed, maar relatief ten opzichte van een gemiddelde dat op zich hoog kan zijn). Dit probleem bestaat volgens hem op verschillende niveaus: bij de koepelorganisatie, bij haar leden (de zorgaanbieders) en bij de patiënt/consument.

Verbeteren met behulp van de CQ-index: aanvullende informatie nodig

Hoewel onderzoek van Tranzo (Zuidgeest, Delnoij, de Boer et al., 2011) laat zien dat er zorginstellingen zijn die op basis van CQI-informatie verbeteringen hebben doorgevoerd, klinkt vanuit alle hoeken van het veld het aandachtspunt door dat de CQ-index toch vooral een instrument is dat *“(...) aan de oppervlakte meet of er iets aan de hand is”*. Als een soort thermometer geeft zij aan op welke punten de kwaliteit van zorg eventueel ontoereikend is, maar hoe dat precies moet worden opgelost blijkt niet uit de meetresultaten. Er is dus een gedegen (diepte)analyse nodig van mogelijke problemen en oplossingsrichtingen alvorens een verbeterproject op te zetten. Binnen de sector van de vv&t – die hierin al verder is gevorderd dan de meeste sectoren – hebben verschillende veldpartijen (i.e., Actiz, BTN, LOC-Zeggenschap in Zorg, Sting, Verenso en v&vn) met dit doel het boekje ‘Van Meten naar Verbeteren’ ontwikkeld. Hierin wordt een praktisch stappenplan voorgesteld waarmee cliënten(raden), medewerkers (zowel direct als indirect betrokken bij de zorg voor cliënten) en managers op een eenvoudige manier in korte tijd samen tot een verbeterplan kunnen komen (Figuur 3.3 toont het

programma van een dergelijk meet- en verbeterbijeenkomst). Immers, zo stelt één van de initiatiefnemers: *“Een fase die vaak wordt overgeslagen is analyse van problemen. Wanneer een instelling slecht scoort is men vaak voorbarig in het trekken van conclusies over de oorzaak - er wordt dan vervolgens niet adequaat genoeg gehandeld. In ‘Van Meten naar Verbeteren’ werd benadrukt dat men met elkaar vaak sneller tot een goede analyse van het probleem komt; dit omdat onjuiste veronderstellingen -die de oplossing van een probleem in de weg kunnen staan- zo worden weggelaten. Vaak blijken oplossingen dan veel simpeler en goedkoper dan gedacht.”* Daarnaast wordt ook wel gewerkt met verdiepende interviews (zogenaamde *narratives*). Hierbij kunnen cliënten zeer gericht worden bevraagd, waardoor eventuele zwakke plekken in de kwaliteit van zorg op detailniveau inzichtelijk worden. Verder zouden verbeterprogramma's zoals de methode 'Door Cliënten Bekeken' CQI-uitkomsten structureel kunnen inbedden.

Figuur 3.3

Programma werkwijze ‘Van Meten naar Verbeteren’

PROGRAMMA WERKWIJZE ‘VAN METEN NAAR VERBETEREN’		
STAP 0	Kies een plaatje	10 minuten pagina 14
STAP 1	Welkom en spelregels	10 minuten pagina 14
STAP 2	Kennismaking	20 minuten pagina 15
STAP 3	Opzet van de ochtend/middag	15 minuten pagina 16
STAP 4	Presentatie van de uitkomsten van onderzoek (indicatoren)	15 minuten pagina 16
STAP 5	Selectie van de uitkomsten (groepjes)	15 minuten pagina 17
PAUZE		
STAP 6	Analyseren van de oorzaken van de uitkomsten (groepjes)	15 minuten pagina 18
STAP 7	Inventariseren van globale oplossingen (samen)	15 minuten pagina 19
STAP 8	Formuleren van verbeterdoelen (samen)	15 minuten pagina 20
STAP 9	Formuleren van verbeteracties (samen)	15 minuten pagina 21
STAP 10	Maken van vervolgspraken (samen)	10 minuten pagina 22
STAP 11	Evaluatie en napraten	5 minuten pagina 22

Toelichting: Dit programma komt uit het boekje ‘Van Meten naar Verbeteren’. Het boekje bevat een beknopte handleiding voor het opzetten van een bijeenkomst met bovenstaand programma (benodigheden, deelnemers etc.) en de uitvoering van de bijeenkomst (per stap het beoogde proces).

Zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor kwaliteitsverbetering

Op de vraag bij wie primair de *verantwoordelijkheid* ligt om, aan de hand van CQI-uitkomsten, te werken aan het verbeteren van kwaliteit van zorg, geeft het merendeel van het veld aan dat deze bij zorgaanbieders zelf ligt. Cliëntenraden zouden hier nauw bij betrokken moeten worden, maar lijken nog niet voldoende ruimte te krijgen om gezamenlijk met de zorgaanbieder tot verbeterprioriteiten en -acties te komen (Zuidgeest, Luijckx, Westert & Delnoij, 2011). Factoren die belemmerend kunnen werken bij verbeterprojecten zijn vooral tijds- en werkdruk, aldus onderzoek van Tranzo dat zich specifiek richtte op de sector vv&t. Factoren die zorgorganisaties juist kunnen aanzetten om verbeterplannen op te stellen aan de hand van CQI-resultaten zijn herkenbare en betrouwbare gegevens en daadkrachtig leiderschap. Maar ook: druk van buitenaf. Zo stelt een geïnterviewde beleidsmedewerker van Actiz bijvoorbeeld dat gerichte verbeteracties en -prioriteiten in de praktijk niet alleen door organisaties zelf worden bepaald, maar ook worden beïnvloed door externen zoals zorgkantoren en de inspectie. Hierin vindt echter geen onderlinge afstemming plaats; iets dat zij als een gemiste kans ziet.

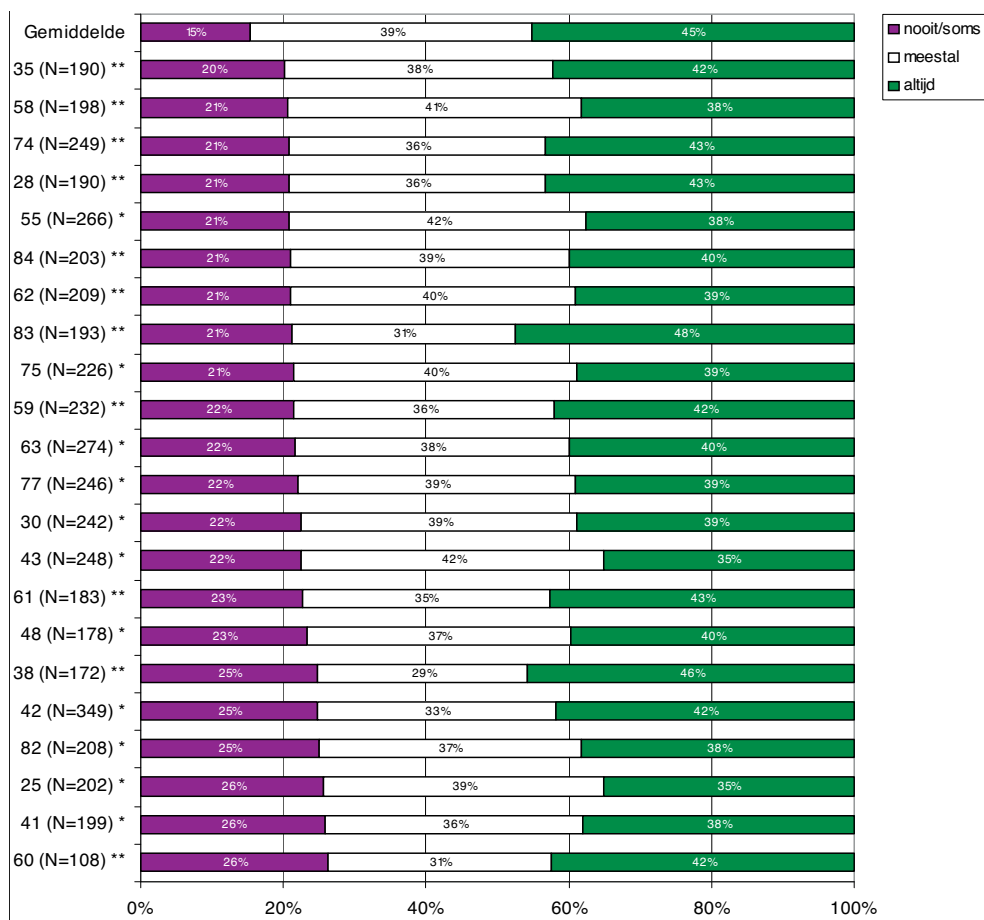
Op de vraag in hoeverre kwaliteitsverbetering van zorg door het gestandaardiseerd in kaart brengen van patiëntervaringen is gelukt, geeft een (eerstelijns) zorgaanbieder aan dat men weliswaar op de goede weg is, maar er nog lang niet is. Zo zou er -zeker naar de mening van zorgaanbieders- afstemming moeten komen tussen de verschillende CQI-lijsten en de frequentie waarmee ze worden uitgevraagd, en zou het ministerie verschillende bronnen van kwaliteitsinformatie beter samen moeten brengen, of één plek moeten geven. Zo is het één van de geïnterviewde zorgaanbieders bijvoorbeeld onduidelijk hoe verschillende media zich tot elkaar verhouden, zoals *ZorgkaartNL.nl* en *kiesBeter.nl*. Op dit punt lijkt er behoefte te zijn aan meer eenduidigheid en afstemming.

3.3.3 *Zorginkoopinformatie voor zorgverzekeraars*

Bij het inkopen van zorg maken zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de te leveren zorg. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg gebruiken zorgverzekeraars zorginhoudelijke maten, zoals bijvoorbeeld het aantal complicaties, gevallen van decubitus (doorligwonden) of sterfgevallen dat bij een zorgaanbieder of -instelling wordt geregistreerd. Verzekeraars maken echter ook gebruik van CQI-resultaten via de metingen die uitgezet zijn door Stichting Miletus (zie tabel 2.2). Figuur 3.4 bevat (een voorbeeld van) een illustratie uit een rapportage van CQI-gegevens voor zorgverzekeraars ten behoeve van zorginkoop.

Figuur 3.4

Een illustratie uit een zorginkooprapportage



Toelichting: De bovenste balk vertegenwoordigt het gemiddelde over alle zorgaanbieders en de andere balken vertegenwoordigen individuele aanbieders. Voor iedere balk staat een nummer ter identificatie van de aanbieder gevolgd door het aantal waarnemingen en de sterrenscore. De balk zelf bevat de percentages gegeven antwoorden. Uiteraard bevatten inkooprapportages veel verschillende soorten illustraties; dit is slechts een veel voorkomende variant.

Interesse van verzekeraars in kwaliteitsinformatie en CQI-resultaten

Het huidige zorgstelsel stimuleert zorgverzekeraars bij hun zorginkoop ook op kwaliteit in te kopen. Dat zorgverzekeraars hierbij zeer geïnteresseerd zijn in CQI-informatie blijkt uit eerder onderzoek (Zuidgeest, Luijckx, Westert & Delnoij, 2010), uit de interviews die zijn gehouden voor het huidige onderzoek en uit het feit dat Stichting Miletus in het leven is geroepen om zorgverzekeraars van CQI-informatie te voorzien.

- **Beschikbaarheid** | *Veel data beschikbaar voor verzekeraars*

Stichting Miletus zet ongeveer de helft van alle lopende CQI-metingen uit (zie tabel 2.2 voor een overzicht). Waar veel partijen alleen beschikken over informatie op het niveau van zorgaanbieders beschikken zorgverzekeraars in veel gevallen ook over de ruwe data op patiënt-/cliëntniveau. Hoewel Miletus voor zorgverzekeraars de belangrijkste bron van CQI-informatie is, geven de verzekeraars die in het kader van dit onderzoek bevraagd zijn ook aan te beschikken over meetgegevens van CQI-lijsten die *niet* door Stichting Miletus zijn uitgezet.

Uit onderzoek door Tranzo (Zuidgeest, Luijckx, Westert & Delnoij, 2010) bleek dat zorgkantoren²⁵ geen CQI-rapporten van individuele instellingen zien, maar veelal (geabstraheerde) openbare CQI-informatie in de vorm van sterren of waarderingscijfers gebruiken – bijvoorbeeld van www.kiesBeter.nl.

- **Gebruik** | *Nog nauwelijks inhoudelijk afrekenen op CQI-resultaten*

Zorgverzekeraars besteden veel tijd en energie aan het (door)ontwikkelen en uitvoeren van CQI-metingen, maar alleen een kleine voorhoede, zo is het beeld, heeft CQI-informatie inmiddels opgenomen in contracten. Hierbij gaat het er vooral om dat aanbieders meedoen met CQI-metingen. “*Het scherpste niveau waarop binnen de eerste lijn afgerekend wordt*”, zo geeft een geïnterviewde zorgverzekeraar aan, “*is op de vraag of men wel of niet uitzet, maar niet op uitkomsten zelf*”. De meesten nemen de CQI-rapportage louter ‘onder de arm’ mee naar gesprekken met zorgaanbieders om, zoals een geïnterviewde het stelt, “*(...) deze gesprekken niet alleen over geld te laten gaan*”. Wel dient opgemerkt te worden dat zorgverzekeraar CZ de CQI Mammacare inmiddels gebruikt voor selectieve inkoop van borstkankerbehandeling. Hoewel het voor veel zorgverzekeraars kennelijk nog even zoeken is naar een manier om CQI-resultaten in contracteringen in te bedden, is het volgens de directeur van Stichting Miletus inmiddels al beter gesteld dan twee jaar geleden, toen een inventarisatie uitwees dat er bij zorginkoop überhaupt nauwelijks gebruik werd gemaakt van CQI-resultaten (Vunderink, Rietveld & Karssen, 2009).

Naast zorginkoop kunnen zorgverzekeraars CQI-informatie ook op een andere manier gebruiken, namelijk als *informatieverstrekking voor verzekenden*. Deze manier van gebruiken is echter nog redelijk beperkt. Hoewel verzekeraars dergelijke informatie momenteel op hun websites beginnen te ontsluiten en deze gebruiken bij het adviseren van verzekenden, wordt CQI-informatie toch vooral nog gebruikt bij zorginkoop. Zoals een geïnterviewde zorgverzekeraar stelt: “*Je kan immers niet al iets verkopen dat je niet in huis hebt.*”

²⁵ Een zorgkantoor richt zich met name op de zorg die vanuit de AWBZ wordt betaald; het regelt de uitvoering van de AWBZ en contracteert zorgverleners. Het zorgkantoor let daarbij op de kwaliteit en een goede afstemming van zorgvraag en zorgaanbod. Er zijn in Nederland 32 regio's met elk een eigen zorgkantoor. Deze zelfstandig werkende zorgkantoren zijn nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke en trachten zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Bij de afspraken die zorginkopers van zorgkantoren in het kader van inkoopbeleid met huizen maken, kunnen cliëntervaringen worden meegenomen.

Figuur 3.5
Voorbeeld van een sterrentabel

Gekozen:
Meting: cataract
Jaar: 2009
Sterren: [Toelichting grafiek \(PDF\)](#)

		Communicatie van de oogaarts		Communicatie van de verpleegkundige		Communicatie over medicatie	
		Sterren	Gemiddelde	Sterren	Gemiddelde	Sterren	Gemiddelde
Academisch Ziekenhuis Maastricht	06021101	☆☆	3,635	★	3,617	☆☆	2,809
Altrium Heerlen	06011117	☆☆	3,747	☆☆	3,824	☆☆☆☆	2,947
Flaslandziekenhuis (Orbis Medisch en Zorgcentrum)	06011118	☆☆	3,739	☆☆	3,753	☆☆☆☆	2,844
Universitair Medisch Centrum Utrecht	06020602	☆☆	3,597	☆☆	3,724	☆☆	2,813

Rapportuitvoerdatum: 11-jan-2011 16:59:19
Rapportdefinitie i.d.: 11-jan-2011

Bron: Zorgprisma (Vektis)

• **Bruikbaarheid** | Rapportage nog lastig te volgen

Een tot nu toe vaak gehoord probleem uit de hoek van zorgverzekeraars (meer specifiek: zorginkopers), is dat zij omvangrijke tabellenboeken aangeleverd krijgen die weinig toegespitst zijn op specifieke informatie-vragen. Zorginkopers zien daardoor vaak door de bomen het bos niet meer. Een geïnterviewde zorgverzekeraar stelt bovendien dat zorginkopers en zorginhoudelijk adviseurs soms moeite hebben met de interpretatie van de rapportages. Momenteel is Stichting Miletus dan ook bezig met het ontwikkelen van een nieuw en zeer bondig format voor *zorginkooprapportages*. Deze rapportages schetsen in hooguit enkele A4-tjes een beeld van een instelling; zowel ten opzichte van andere instellingen als van de eigen prestatie in voorgaande jaren. Deze vorm van rapporteren moet efficiënter en toegankelijker zijn dan de standaard omvangrijke rapportages. Daarnaast is Stichting Miletus bezig met het *interactief toegankelijk maken* van CQ1-informatie via de Zorgprisma van Vektis (voor een voorbeeld, zie figuur 3.5). Dit moet het voor zorgverzekeraars mogelijk maken om zeer gericht informatie op te zoeken, bijvoorbeeld door zelf selecties of uitsplitsingen te maken. Stichting Miletus wil deze interactieve vorm van informatieverstrekking in de toekomst ook toegankelijk maken voor zorgaanbieders.

Discriminerend vermogen (te) laag

Kort gezegd gaat het bij discriminerend vermogen (ook wel ‘onderscheidend vermogen’) om de mate waarin een vragenlijst of kwaliteitsindica-

tor in staat is verschillen tussen aanbieders te laten zien. Om verschillen inzichtelijk te kunnen maken moeten er in de eerste plaats natuurlijk wel verschillen zijn; verschillen die er niet zijn kan men per slot van rekening ook niet laten zien. De mate waarin CQI-resultaten onderscheid maken tussen zorgverleners of -instellingen is voor zorgverzekeraars erg belangrijk. Tijdens de inventarisatie die Significant in opdracht van Stichting Miletus uitvoerde (Vunderink, Rietveld & Karssen, 2009), kwam naar voren dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop soms weinig tot geen gebruik maakten van beschikbare CQI-resultaten vanwege een gebrek aan discriminerend vermogen. Dit gold met name bij CQI-lijsten voor ketenzorg, waar het erg moeilijk is om de verschillende ketens af te bakenen. Als mogelijke oorzaak droegen Vunderink en collega's aan dat de significantie van CQI-meetresultaten aan het populatiegemiddelde wordt gerelateerd. Dit zou in de hand werken dat de gemiddelde patiëntervaring de norm wordt. Wanneer er strengere normen worden gesteld, zo stelde het onderzoeksbureau, gaat er van de CQ-index veel meer stimulans uit om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op welke wijze een dergelijke norm moet worden vastgesteld bleef onbesproken. Daarnaast speelt de mogelijkheid dat het discriminerend vermogen laag is omdat verschillen soms ook werkelijk heel klein zijn. Eén van de geïnterviewde zorgverzekeraars merkte echter wel op dat ook een niet-onderscheidend item heel veel kan zeggen over de kwaliteit van zorg. Als voorbeeld haalde de geïnterviewde aan dat 80% van de respondenten in 2009 aangaf dat er bij het verstrekken van medicijnen onvoldoende informatie werd gegeven. Zoiets zegt heel veel over de (in dit geval slechte) kwaliteit van zorg. Dat het bewuste item niet onderscheidend was deed hieraan geen afbreuk, aldus de geïnterviewde. Aangezien het discriminerend vermogen, het beoordelen van discriminerend vermogen en de mogelijkheid te werken met absolute normen voor discussie zorgen is nader onderzoek op deze punten wenselijk.

Actualiteit van gegevens

De (grote) tijdspanne tussen behandeling en bevraging werd destijds, bij de inventarisatie van Significant, nog als een potentieel gevaar voor de betrouwbaarheid van meetresultaten benoemd (Vunderink, Rietveld & Karssen, 2009). Het onderzoeksbureau deed dan ook de aanbeveling om te gaan werken met (niet nader gedefinieerde) continumetingen, die gekoppeld zijn aan het werkproces van zorgaanbieders. Stichting Miletus heeft inmiddels een groot aantal continue online dataverzamelingstrajecten²⁶ lopen, of in voorbereiding (Miletus, 2010).

Verbeteren van (de kwaliteit van) zorg

Eén van de geïnterviewde zorgverzekeraars geeft aan dat verzekeraars over het algemeen nogal verschillen in de mate waarin zij op basis van

²⁶ Het betreft hier metingen met betrekking tot ziekenhuizen, mammacare, fysiotherapie, farmacie, kraamzorg, GGZ en spataderen.

CQI-uitkomsten gericht verbeterplannen formuleren. Zelf gaat deze verzekeraar op basis van de CQ-index wel degelijk de dialoog met zorgaanbieders aan, wat volgens hem “(...) bij hen vaak de ogen wel open”. Toch neemt hij hierin vooralsnog een terughoudende houding aan, en is hij ook benieuwd naar nuanceringen van zorgaanbieders zelf. Hieruit kan bijvoorbeeld blijken dat er, ten aanzien van een bepaalde patiëntgroep, helemaal geen sprake is van enig verbeterpotentieel. De andere geïnterviewde zorgverzekeraar laat in grote lijnen hetzelfde geluid horen.

Wat volgens een zorgverzekeraar een probleem is bij het structureel doorvoeren van kwaliteitsverbetering, is dat dit doorgaans zo'n drie à vier jaar tijd in beslag neemt, terwijl contracten vaak maar een jaar (of soms twee) lopen. Effecten zijn dus pas na verloop van tijd te verwachten en zijn niet op (kalender)jaarbasis te meten. De geïnterviewde zorgverzekeraar vindt het verder een lastig punt dat verzekeraars die niet primair op kwaliteit (en meer op doelmatigheid) inkopen, daardoor een veel lagere premie kunnen aanbieden. Hij stelt: *“De klant, die er doorgaans van uit gaat dat de zorg toch wel overal voldoende in orde is, ziet ergens een dubbeltje winst liggen en zal geneigd zijn daar heen te gaan”*. De winst van de investering is pas op de lange duur zichtbaar, maar de klant kiest per jaar – en daarbij vaak voor de goedkopere optie.

Op de vraag in hoeverre kwaliteitsverbetering van zorg door het gestandaardiseerd in kaart brengen van patiëntervaringen is gelukt, geven beide zorgverzekeraars aan dat de afgelopen jaren grote stappen zijn gezet. De beoogde kwaliteitsverbetering vinden beide nog niet gerealiseerd, maar daar is het wellicht nog te vroeg voor. De regie is hierbij wel van essentieel belang (zie ook hoofdstuk 2).

CQI Zorg & Zorgverzekering: ervaringen verbeteren door de tijd

Naast CQI-resultaten die betrekking hebben op de prestaties van zorgaanbieders, beschikken zorgverzekeraars ook over informatie over hun eigen dienstverlening. Zo brengt de CQI Zorg en Zorgverzekering al sinds 2005 in kaart hoe verzekerden de kwaliteit van zorg ervaren zoals die door hun zorgverzekeraar is verstrekt. Hierbij wordt onder meer gekeken naar zaken als bejegening, (telefonische) bereikbaarheid en de afhandeling van declaraties. Meetresultaten worden jaarlijks vertaald naar consumenteninformatie, die op www.kiesBeter.nl wordt gepubliceerd.

In 2008, bij de vierde landelijke meting, hebben het NIVEL en het CKZ een vergelijking over de tijd gemaakt (Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers & Delnoij, 2009). Op basis van eerder onderzoek (Hibbard, Stockard & Tusler, 2005, 2003, 2001) viel namelijk te verwachten dat de openbare publicatie van informatie over de kwaliteit van de zorgverze-

keraars zou leiden tot een verbetering in prestaties. De resultaten lieten op vier van de zeven aspecten (i.e., ‘algemeen oordeel’, ‘bejegening’, ‘informatievoorziening’ en ‘duidelijkheid over [bij]betalen voor zorg’) inderdaad een verbetering over de jaren heen zien. Voor drie andere aspecten (‘telefonische bereikbaarheid’, ‘telefonische hulp’ en ‘afhandeling van rekeningen’) gold dat de prestaties eerst verslechterden, om in 2008 weer iets rond het oude niveau van 2005 te eindigen. Vooral de zorgverzekeraars die in het eerste jaar benedengemiddeld scoorden lieten een verbetering zien. Dit lijkt erop te duiden dat zij in de periode 2005-2008 harder hun best hebben gedaan om hun dienstverlening te verbeteren.

3.3.4 *Toezichtinformatie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

Het is aan de IGZ om in te grijpen bij instellingen waar de kwaliteit van zorg van een onverantwoord laag niveau is. De IGZ kan echter onmogelijk alle zorgaanbieders in Nederland bezoeken om de kwaliteit van zorg te beoordelen. De inspectie moet dus een keuze maken voor welke aanbieders zij gaan bezoeken. Dit doet zij op basis van meldingen en signalen die zij ontvangt. Daarnaast past zij op grond van kwaliteitsindicatoren een risicoselectie toe; indicatoren gebaseerd op de CQ-index kunnen hierbij input vormen. Met name voor de vv&T heeft de IGZ hier reeds ervaring mee opgedaan.

Behoeft aan CQI-resultaten nog niet duidelijk

De IGZ heeft dus aanknopingspunten nodig voor het selecteren van zorgaanbieders voor inspectiebezoeken. In zoverre CQI-informatie daarbij een rol kan spelen zal de behoefte daaraan dus groot zijn. Maar vooralsnog is de risicoselectie nog niet voldoende uitontwikkeld en is het dus ook nog niet duidelijk wat de rol van de CQ-index hier op termijn bij zal worden.

- **Beschikbaarheid** | *Gedateerde informatie op geaggregeerd niveau*
De IGZ is eindgebruiker van CQI-data; zij ontvangt de data tweejaarlijks, in sterrenvorm, via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Derhalve beschikt zij alleen over gedateerde gegevens op geaggregeerd niveau.
- **Gebruik** | *Daadwerkelijk gebruik tot nu toe vooral beperkt tot vv&T-sector*
De IGZ maakt bij haar risicoselectie met name gebruik van zorginhoudelijke indicatoren (i.e., klinische maten). Op basis van dergelijke uitkomsten kan men relatief makkelijk gericht actie ondernemen. Zo stelt het hoofd van de afdeling Onderzoek & Innovatie van de IGZ: “Wanneer er bijvoorbeeld melding wordt gemaakt van decubitus, dan kan je naar

het ziekenhuis toe en zelf nagaan of en in hoeverre dit daadwerkelijk zo is". Patiëntervaringen worden op dit moment niet structureel, noch voor alle sectoren meegenomen als kwaliteits-/toezichtsinformatie. Het gebruik van CQI-gegevens is dus afhankelijk van de behoefte (i.e., de mate waarin zorginhoudelijk indicatoren voldoende informatie verschaffen), en van de mate waarin er op dat punt toegankelijke en betrouwbare CQI-informatie voor handen is.

In de praktijk gebruikt de IGZ CQI-informatie alleen voor de gehandicaptenzorg, de GGZ en de vv&t. Voor de eerste twee sectoren is dit nog in een ontwikkelstadium, maar voor de vv&t wordt al een tijd gebruik gemaakt van CQI-data. De uitkomsten van de risicoselectie worden hier voor ongeveer 30% bepaald door CQI-data.

- **Bruikbaarheid** | *Geaggregeerde gegevens vaak gedateerd en niet goed bruikbaar*

De IGZ geeft aan problemen te ondervinden bij de risicoselectie binnen de vv&t; zo eindigt zij naar eigen zeggen te vaak op de stoep bij instellingen waar weinig valt aan te merken op de kwaliteit van zorg. Het lijkt er dus op dat de input van de risicoselectie en/of het risicoselectiemodel zelf niet deugt. De IGZ vraagt zich in dit verband ook af of de indicatoren wel voldoende gericht zijn op risicoselectie om voor dat doel succesvol te worden gebruikt. Hoe dan ook dient het proces van risicoselectie verder te worden verfijnd. Als één van de eerste stappen zou de IGZ daarvoor graag ruwe CQI-data op cliëntniveau gebruiken. De sterreninformatie waar de IGZ momenteel over beschikt geeft volgens haar namelijk een onvoldoende gedetailleerd beeld. Daarnaast vindt de IGZ het van belang dat zij eerder toegang krijgt tot de data; op dit moment is er (vanaf het moment van meten) vaak al anderhalf jaar verstreken voordat de IGZ over data kan beschikken. In instellingen kunnen dan al veranderingen hebben plaatsgevonden.

Verbeteren met betrekking tot CQ-index: waar te beginnen?

Iets wat de IGZ verder opmerkt is dat zij de afgelopen jaren heeft ervaren dat het instellingen doorgaans slecht lukt om de uitkomsten op de CQ-index te verbeteren. Zo stelt de programmaleider Ouderenzorg bij de IGZ: *"Een vijf op 'informatievoorziening' (een punt waarop men vaak slecht scoort) is ook het volgende jaar vaak nog een vijf – het lukt instellingen niet om deze score omhoog te krijgen. In het huidige systeem van de IGZ blijven deze instellingen dan ook telkens als 'risicovol' oppoppen".* Zij is benieuwd waarom het instellingen maar niet wil lukken om hoger te scoren, maar vermoedt op basis van ervaring dat instellingen vaak gewoonweg niet weten waar ze moeten beginnen met het verbeteren van kwaliteit. Wat in de paragraaf over CQI-gebruik door zorgaanbieders al werd benoemd, namelijk dat de CQ-index slechts een oppervlak-

temeting is, benoemt ook deze programmaleider. “Voor daadwerkelijke kwaliteitsverbetering”, zo stelt zij, “moet je andere informatie boven tafel krijgen en dus andere, diepgravender vragen stellen”.

Een ander bezwaar dat de IGZ (net als veel andere veldpartijen) benoemt is het feit dat de CQ-index een relatieve maat is. Op deze manier worden instellingen met elkaar vergeleken en rolt er altijd een slechtst scorende uit. Of deze instelling in absolute zin ook slecht presteert, blijft echter de vraag.

Doelstellingen CQ-index volgens IGZ nog niet volledig behaald

Op de vraag wat de CQ-index de IGZ de afgelopen vijf jaar heeft gebracht antwoord een geïnterviewde medewerker dat de CQ-index vooral veel in de vv&t is gebruikt en in andere sectoren in mindere mate. Bij de gehandicaptenzorg en de GGZ is men echter wel bezig te kijken of (en hoe) de cliëntervaringen kunnen worden meegenomen bij de risicoselectie. Al met al lijkt de CQ-index dus wel degelijk iets te hebben gebracht. De geïnterviewde programmaleider Ouderenzorg is iets kritischer gestemd. Hoewel onderzoek van Tranzo (Zuidgeest, Delnoij, de Boer, Luijckx & Westert, 2011) laat zien dat zorginstellingen op basis van CQI-informatie wel degelijk succesvol verbeteringen kunnen doorvoeren, stelt zij dat huidige uitkomsten op de CQ-index niet anders zijn dan vijf jaar geleden. Vanuit deze optiek durft zij derhalve niet te stellen dat de doelstelling van het ministerie van vws behaald is. Wat volgens haar wel winst is, is dat veel sectoren het belang/nut van de CQ-index inmiddels niet meer betwijfelen, en dat er ook echt behoefte is aan CQI-informatie.

3.3.5 Monitorinformatie voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De CQ-index wordt vanuit vws gesteund om het patiëntenperspectief op kwaliteit van zorg nadrukkelijk op de agenda te zetten bij de belangrijkste partijen in de gezondheidszorg. Als zodanig zijn alle hiervoor beschreven gebruiksdoelen voor vws van belang. Echter, het ministerie maakt ook zelf gebruik van CQI-data. Zo worden de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg op zijn verzoek iedere twee jaar in kaart gebracht in de Zorgbalans. Dit gebeurt aan de hand van ongeveer 125 indicatoren waarvan in de laatste Zorgbalans meer dan 10% op de CQ-index was gebaseerd (Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010; zie figuur 3.6 voor een illustratie). Dergelijke informatie gebruikt het ministerie om verantwoording af te leggen aan de Tweede Kamer, maar daarnaast kan het ook als input dienen voor het vormen van beleid. Zo schrijft vws bijvoorbeeld een beleidsreactie op de Zorgbalans (over 2010 is dit via de doelstellingenbrief gebeurd; vws, 2011).

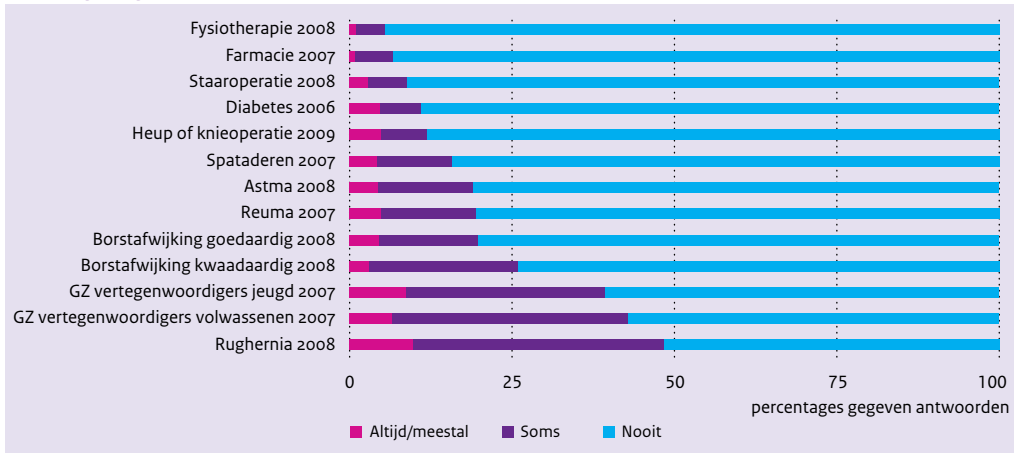
CQI-resultaten wezenlijke bijdrage

Indicatoren gebaseerd op patiëntervaringen blijken voor vws zeer interessant. Deels omdat sommige aspecten van de gezondheidszorg het beste in beeld gebracht kunnen worden met patiëntervaringen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het thema ‘afstemming en continuïteit’ (zie figuur 3.6). Afgezien van patiëntervaringen zijn er weinig tot geen databronnen beschikbaar die hier iets over kunnen zeggen. Ook kan de combinatie met andere bronnen soms een extra krachtig beeld opleveren. Zo stelt één van de auteurs van de meest recente Zorgbalans desgevraagd: “De afgelopen jaren hebben we ons er met de Zorgbalans specifiek op gericht om onderwerpen in de zorg te benaderen vanuit verschillende invalshoeken en databronnen. Indicatoren gebaseerd op patiëntervaringen hebben hier een belangrijke bijdrage aan geleverd en we merken ook dat vws met extra belangstelling kijkt naar bevindingen die (deels) op patiëntervaringen zijn gebaseerd”.

Figuur 3.6

Een illustratie van een CQI-indicator uit de Zorgbalans

Figuur 2.7.2: Percentage zorggebruikers dat zegt tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners te hebben gekregen, 2006-2009



(Bron: CKZ/NIVEL, 2010; in: Westert, van den Berg, Zwakhals et al. 2010)

Deze figuur illustreert op welke wijze CQI-informatie in de Zorgbalans is verwerkt. De figuur geeft weer hoe vaak mensen tegenstrijdige adviezen of informatie kregen. Voor alle patiëntengroepen geldt dat de overgrote meerderheid van de patiënten nooit of soms tegenstrijdige informatie ontvangt en dat maar weinig mensen aangeven meestal of altijd tegenstrijdige informatie te ervaren.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid niet optimaal

Ook voor de Zorgbalans zijn CQI-data niet zonder meer toegankelijk. Veel van de data die nu in de Zorgbalans staan waren beschikbaar uit openbare rapporten of konden worden onttrokken uit data waar het

NIVEL een gebruiksrecht op heeft, en in samenwerking met het CKZ en het RIVM voor de Zorgbalans beschikbaar heeft gemaakt. Er lopen echter steeds meer landelijke metingen waarvan de resultaten vaak niet (of niet in het juiste format) beschikbaar komen in een openbaar rapport. In die gevallen hangt de toegankelijkheid van data af van de welwillendheid van de eigenaars van de data en/of de afspraken die daarover gemaakt zijn in dataprotocolen. Om de Zorgbalans en daarmee het ministerie van VWS ook in de toekomst van actuele informatie over patiëntervaringen te voorzien zijn goede afspraken rondom toegankelijkheid van data dan ook van essentieel belang (Centrum Klantervaring Zorg, 2009, 2010).

3.4 **Validiteit: meet de CQ-index wat hij beoogt te meten?**

Voor de verschillende gebruikers van de CQ-resultaten is het van groot belang dat de CQ-index valide is, of -anders gezegd- dat zij ook daadwerkelijk meet wat ze beoogt te meten (i.e., kwaliteit van zorg vanuit het patiëntperspectief). Soms wordt gesuggereerd dat de CQ-index geen weerspiegeling is van 'echte' kwaliteit. Hiermee wordt dan in de regel verwezen naar medisch-technische en zorginhoudelijke indicatoren voor kwaliteit. Echter, de ervaringen van patiënten bieden een ander perspectief op kwaliteit en vormen daarom een belangrijke aanvulling. Het beoordelen van validiteit kent vele verschillende benaderingswijzen waarvan de meest relevante voor de CQ-index hieronder nader worden toegelicht.

Indrukvaliditeit

Bij de ontwikkeling van CQI-vragenlijsten wordt voor een belangrijk deel gebruik gemaakt van inbreng door de patiënten en cliënten. In interviews en/of focusgroepen geven zij aan welke elementen van zorg zij belangrijk vinden. Deze aspecten worden vrijwel altijd in de vragenlijsten opgenomen, omdat ze herkenbaar en relevant zijn voor degenen die ze moeten invullen. Hierdoor wordt de indrukvaliditeit (ook wel: *face validity*) vergroot. Andere partijen (zoals zorgaanbieders en -verzekeraars) hebben zitting in de begeleidingscommissies van CQI-ontwikkeltrajecten. Ook zij geven aan welke kwaliteitsaspecten naar hun mening relevant zijn bij de zorg aan deze specifieke groep patiënten. Aangezien dit een subjectieve inschatting betreft gaat het hier om een tamelijk rudimentaire vorm van validiteit.

Constructvaliditeit

Een andere vorm om naar de validiteit van een vragenlijst te kijken is het beoordelen van de constructvaliditeit (ook wel: begripsvaliditeit). Binnen een vragenlijst gaat het erom of inhoudelijk verwante vragen

vergelijkbare antwoorden opleveren. Denk bijvoorbeeld aan vragen als ‘*Luisterde de dokter aandachtig naar u?*’ en ‘*Nam de dokter voldoende tijd voor u?*’. Het zou intuïtief gezien zeer vreemd zijn als de antwoorden op dergelijke inhoudelijk verwante vragen niet aan elkaar gerelateerd zouden zijn. Bij het ontwikkelen van CQI-vragenlijsten is het dan ook gebruikelijk om te kijken of er subsets van vragen zijn die zowel inhoudelijk als statistisch gezien aan elkaar verwant zijn.

Een betere manier om de constructvaliditeit vast te stellen is door de scores op CQI-vragenlijsten te vergelijken met de resultaten van gelijksoortig onderzoek. Hiermee kan antwoord worden gegeven op de vraag in hoeverre de (verschillen in) ervaren kwaliteit zoals die worden gemeten met de CQ-index daadwerkelijk afhankelijk zijn van het handelen van de zorgaanbieder. Hoewel op dit punt nog veel onderzoek nodig is, zijn er ook aanwijzingen die licht werpen op dit vraagstuk. Een voorbeeld betreft de ervaren telefonische bereikbaarheid van zorgverzekeraars. In 2006 werden telefonische klantenservices van verzekeraars overspoeld met vragen als gevolg van de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Dit is verenigbaar met de bevinding dat CQI-uitkomsten op het aspect ‘telefonische bereikbaarheid’ dat jaar een dieptepunt bereikten ten opzichte van voorgaande jaren (Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers & Delnoij, 2009). Twee andere voorbeelden komen uit de sector vv&t. In 2008 verrichtte het NIVEL onderzoek naar ‘Buurtzorg’, een organisatie die thuiszorg verstrekt. Buurtzorg werd zeer positief ontvangen door direct betrokken cliënten, medewerkers en huisartsen (de Veer, Brandt, Schellevis & Francke, 2008). Dit is verenigbaar met het feit dat deze organisatie dat jaar op vrijwel alle aspecten van de CQI vv&t (sterk) bovengemiddeld scoorde (de Veer, de Boer, Spreeuwenberg, Brandt, Schellevis & Francke, 2009). Andersom blijkt ook dat een verpleeg- en verzorgingshuis dat eind 2010 zeer negatief in het nieuws was (Eén Vandaag, 1 december 2010), en waar de inspectie al jaren bezorgd over is, (sterk) benedengemiddeld scoorde op de CQ-index. Er zijn dus aanwijzingen dat de mate waarin ervaren kwaliteit zoals gemeten met de CQ-index een weerspiegeling is van het handelen van de zorgaanbieder. Niettemin is het duidelijk dat de validiteit van de CQ-index op dit punt nog niet voldoende systematisch is onderbouwd.

3.5 Algemeen: Gebruik komt op gang maar kan beter

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat er grote belangstelling is voor CQI-informatie: veel partijen willen deze informatie gebruiken of doen dat al. Steeds meer zorgverzekeraars nemen CQI-informatie mee bij de zorginkoop, verschillende patiëntenorganisaties hebben CQI-informatie op hun website staan en/of gebruiken de CQ-index voor keurmerken die

zij verstrekken aan zorgaanbieders. Daarnaast is er een vooroplopende groep zorgaanbieders die de informatie gebruikt bij verbetertrajecten, maar is er ook een grote groep zorgaanbieders die nog terughoudend is in het gebruiken van CQI-informatie. Voor patiënten en consumenten zelf is het gebruik van CQI-data als keuze-informatie (vooralsnog) beperkt tot een kleine groep.

Een aantal gebruikers geeft aan dat ze CQI-data (nog) niet goed kunnen gebruiken omdat deze niet actueel zijn, en/of alleen op een geaggregeerd niveau beschikbaar. Soms heeft men geen toegang tot meer gedetailleerde data of weet men niet hoe ze die toegang moeten krijgen (bijvoorbeeld door aanvragen bij Stichting Miletus). De wens tot data op cliëntniveau wordt geuit, maar daarbij is wel een punt van aandacht of de partijen zelf in staat zijn met die data de relevante analyses uit te voeren. Een andere benadering is het preciezer formuleren van de informatiebehoefte, op grond waarvan de rapportages en presentatiewijzen zinvoller kunnen worden vorm gegeven.

Patiënten of consumenten die zorg nodig hebben kunnen een keuze voor een zorgaanbieder baseren op kwaliteitsinformatie. Het meest bekende 'doorgeefluik' is *kiesBeter.nl*, waar CQI-gegevens zijn vertaald naar sterren. Momenteel is er nog maar beperkt informatie beschikbaar en het gebruik van CQI-informatie is bij patiënten en consumenten beperkt tot een relatief kleine groep; slechts vijf procent kiest op een geïnformeerde wijze een zorgaanbieder. Daarnaast blijkt het presenteren van CQI-informatie aan patiënten niet eenvoudig, wat deels komt door het bestaan van grote individuele verschillen in informatiebehoefte. Onderzoek naar de juiste presentatiewijze is dan ook van groot belang.

Zorgaanbieders kunnen met behulp van CQI-informatie zien hoe zij presteren ten opzichte van anderen. De mate waarin zorgaanbieders CQI-informatie daadwerkelijk gebruiken voor kwaliteitsverbetering loopt nogal uiteen; zo lijken er 'early adopters' en navolgers, maar ook afwachtenden te zijn. Hoewel er zeker zorginstellingen zijn die op basis van CQI-informatie verbeteringen weten door te voeren, zien anderen de CQ-index toch vooral als een oppervlaktescan die aangeeft op welke punten de kwaliteit van zorg eventueel ontoereikend is, zonder daarbij handvatten voor een verbeterplan te bieden. Voor het opzetten van een verbeterplan is vaak een aanvullende (diepte)analyse van mogelijke problemen en oplossingsrichtingen vereist, waarvoor andere instrumenten bestaan. In het kader van kwaliteitsverbetering is behoefte aan goede voorbeelden van andere instellingen of aan bruikbare verbetermethodieken.

Voor wat betreft presentatie en interpretatie van CQI-resultaten zijn er verschillende ontwikkelingen gaande. Zo wordt een nieuw format ontwikkeld voor zorginkooprapportages en wordt onderzoek gedaan naar presentatiewijzen voor patiënten en consumenten. Voor professionals die de zorg willen verbeteren is het boekje *Van meten naar verbeteren* ontwikkeld; dit boekje bevat een handleiding voor een bijeenkomst waarin de resultaten voor diverse prestatie-indicatoren worden besproken, geïnterpreteerd en vertaald naar een verbeterplan.

Rondom het beoordelen van de kwaliteit van zorg op basis van de CQ-index spelen twee discussies. Allereerst vraagt men zich af of de CQ-index wel voldoende onderscheid laat zien tussen instellingen. In veel gevallen laat de CQ-index inderdaad kleine verschillen zien; waarschijnlijk omdat verschillen ook daadwerkelijk klein zijn (hoewel niet geheel valt uit te sluiten dat verschillen in werkelijkheid groter zijn, en met de CQ-index niet goed genoeg worden opgepikt). Daarmee samenhangend speelt een discussie over de normen waartegen CQI-resultaten moeten worden afgezet. Traditioneel zijn dit relatieve normen en worden instellingsscores afgezet tegen het gemiddelde over alle instellingen. Door een andere, meer extreme norm te kiezen zouden meer instellingen een verschil met die norm laten zien. Hoe dergelijke absolute normen gekozen moeten worden (en of zo'n norm dan voor alle gebruikers hetzelfde zou moeten zijn) is echter nog onduidelijk.

4 Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief

4.1 Inleiding

Het vergroten van de patiëntgerichtheid van de zorg is een belangrijke beleidsdoelstelling van het ministerie van vws. Mede om die reden is er de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar wat patiënten belangrijk vinden en hoe zij de zorg ervaren. Het doel van dit hoofdstuk is het schetsen van een overzicht van voorkeuren en ervaringen die patiënten hebben ten aanzien van de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij wordt uitgegaan van onderzoek dat de laatste jaren is verricht met behulp van de CQ-index. Er wordt gekeken naar aspecten die belangrijk zijn voor patiënten in het algemeen, maar ook naar aspecten die van belang zijn voor meer specifieke patiëntgroepen, zoals mensen met een chronische ziekte of mensen die een minder urgente chirurgische ingreep ondergaan. Net als het NIVEL-onderzoek naar patiëntervaringen uit 2005 (Smit & Friele) zal dit onderzoek een uitsluitend beschrijvend karakter hebben, daarbij uitgaand van de volgende vraagstellingen:

- Welke kwaliteitsaspecten vinden patiënten/cliënten belangrijk ten aanzien van de Nederlandse gezondheidszorg? En is hierin verschil tussen specifieke patiëntgroepen²⁷?
- Krijgen patiënten/cliënten ook de zorg die zij belangrijk vinden?
- Wat zijn aspecten die, vanuit het perspectief van patiënten, wel en niet voor verbetering in aanmerking komen?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van bestaande publicaties en bijbehorende data die zijn gebaseerd op de CQI-systematiek. Een overzicht van de geselecteerde studies is te vinden in tabel 4.1; het betreft ontwikkelrapporten voor CQI-vragenlijsten²⁸. Het doel was niet om uitputtend te zijn, maar om een dwarsdoorsnede te presenteren van verschillende zorgverleners en sectoren, (chronische) aandoeningen en ingrepen. Zo beslaan de gebruikte studies vijf zorgaanbieders (i.e., huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen en fysiotherapiepraktijken) en vier patiëntgroepen (i.e., mensen met diabetes, reumapatiënten, patiënten die een heup- of knieoperatie ondergingen en patiënten die een staaroperatie ondergingen).

Uit tabel 4.1 valt op te maken dat de gebruikte data in een aantal gevallen enkele jaren oud zijn. Soms komt dat omdat recentere data niet vrij toegankelijk zijn zoals bijvoorbeeld voor de vv&t. In andere gevallen zijn er geen recentere data, of zijn recentere data niet of minder

²⁷ De term 'patiëntgroep' zoals deze in dit hoofdstuk (en in dit rapport) gehanteerd wordt kan duiden op patiënten die eenzelfde behandeling of ingreep (zoals bijvoorbeeld een staaroperatie) hebben ondergaan, maar ook op een groep patiënten die gebruik hebben gemaakt van een bepaalde zorgaanbieder (zoals bijvoorbeeld de fysiotherapeut) of die behandeld worden binnen een bepaalde sector (zoals bijvoorbeeld de verpleging).

²⁸ Dergelijke ontwikkelrapporten beschrijven hoe er op basis van focusgroepgesprekken met patiënten een vragenlijst is geconstrueerd die kan worden ingezet om onder brede groepen patiënten na te gaan wat zij belangrijk vinden in de zorg, en hoe zij de zorg ervaren. Onderdeel van de vragenlijstconstructie is bevraging van (een grote groep) patiënten/cliënten; de rapporten en bijbehorende datasets bevatten dus de informatie waarmee de onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord.

geschikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, bijvoorbeeld omdat wijzigingen aan de ervaringenvragenlijst een koppeling tussen belang en ervaringsscores bemoeilijkt. Dit is onder meer het geval voor de fysiotherapie. Niettemin gaat het in vrijwel alle gevallen om data uit de jaren 2005 – 2010 en is het beeld over de zorg daarmee redelijk actueel te noemen.

Tabel 4.1

De geraadpleegde bronnen (per patiëntgroep) voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen

Patiëntengroep	Bron
Huisartsenzorg Overdag	Meuwissen & de Bakker, 2008a (<i>rapport</i>)
Ziekenhuiszorg	Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest & Rademakers, 2009 (<i>rapport</i>) Stichting Miletus, 2009 (ervaringen; <i>databestand</i>)
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (vv&t)	Wiegers, Stubbe & Triemsta, 2007 (<i>rapport</i>)
Fysiotherapie	van Sonsbeeck, Delnoij & Triemstra, 2006 (<i>rapport</i>)
Diabetes	Schouten, Sixma & Friele, 2000 (<i>rapport</i>) ²⁹ Stubbe, Spreeuwenberg & ten Asbroek, 2007 (<i>rapport</i>)
Reumatoïde Artritis	Zuidgeest, Hendriks, Triemstra & Sixma, 2007 (<i>rapport</i>)
Heup-/Knieoperatie	Gelsema, Delnoij & Triemstra, 2006 (<i>rapport</i>) Stichting Miletus, 2009 (ervaringen; <i>databestand</i>)
Staaroperatie	Brouwer, Sixma, Triemstra & Delnoij, 2006 (<i>rapport</i>) Stichting Miletus, 2009 (ervaringen; <i>databestand</i>)

²⁹ Informatie over diabetes is deels verkregen uit een ontwikkelrapport voor een QUOTE-vragenlijst, welke het uitgangspunt vormde voor de ontwikkeling van de CQI Diabetes.

4.2 Bevindingen

In paragraaf 4.2.1 wordt een *algemeen* overzicht geschetst van elementen die patiënten binnen de Nederlandse gezondheidszorg het belangrijkste vinden (eerste onderzoeksvraag), en wordt er gekeken of zij deze zorg ook daadwerkelijk ontvangen (tweede onderzoeksvraag). In deze paragraaf wordt tevens gekeken welke kwaliteitsaspecten er in het algemeen nog in aanmerking komen voor verbetering (derde onderzoeksvraag). De paragrafen die volgen (4.2.2 - 4.2.9) zullen dezelfde onderzoeksvragen beantwoorden, waarbij telkens wordt ingezoomd op een van de specifieke patiëntgroepen uit tabel 4.1. Paragraaf 4.2.10 ten slotte, schetst een beeld door de tijd heen.

4.2.1 Gezondheidszorg in het algemeen

a Prioriteiten

Om goed in kaart te krijgen welke kwaliteitsaspecten patiënten het belangrijkste vinden, is voor alle patiëntgroepen een selectie gemaakt van de tien aspecten met de hoogste belangscore. Dit leverde per groep een top-10 van voornaamste kwaliteitsaspecten (ook wel: 'prioriteiten') op. De kwaliteitsaspecten zijn ingedeeld naar zes algemeen geldende thema's. Drie thema's hebben betrekking op het proces van de zorg; het gaat om de thema's 'bejegening', 'communicatie en informatievoorziening' en 'zorginhoudelijke vaardigheden van de zorgverlener'. Drie thema's hebben betrekking op de structuur van de zorg; hier gaat het om de thema's 'toegankelijkheid en tijdigheid', 'accommodatie'³⁰ en 'continuïteit'³¹. Aangezien uitkomstaspecten niet (structureel) worden uitgevraagd bij bevestigingen naar belangen, worden er geen thema's benoemd die betrekking hebben op het product of effect van zorg. In ander onderzoek van het NIVEL en het CKZ op basis van CQI-data is overigens wel nagegaan welk type kwaliteitsaspecten voor patiënten zelf het belangrijkste zijn bij hun algemene oordeel over de zorg (het 'rapportcijfer'). Hoewel de onderzoeksvragen van dit onderzoek buiten het bestek van dit hoofdstuk vallen, is de voornaamste conclusie hier toch relevant. Procesaspecten blijken voor patiënten doorgaans namelijk zwaarder mee te wegen in hun oordeel over de zorg dan structuur- en uitkomstaspecten (Rademakers, de Boer & Delnoij, 2011).

Patiënten vinden communicatie en informatieverstrekking vooral belangrijk

Figuur 4.1 laat voor de verschillende patiëntgroepen zien welke thema's de top-10 van voornaamste kwaliteitsaspecten bestrijken. Wat direct opvalt is dat men over het algemeen meer belang hecht aan procesaspecten dan aan structuuraspecten. Dit bevestigt het beeld uit het hiervoor genoemde onderzoek. Wat betreft ziekenhuispatiënten, chronisch zieke patiënten en patiënten die een ingreep ondergingen gaat het dan bijvoorbeeld om goede communicatie met de zorgverleners, en informatie over zaken rondom de behandeling. Mensen die een ingreep ondergingen vinden het vooral belangrijk dat zorgverleners hen goed en op een begrijpelijke manier informeren over de ingreep zelf, maar ook over zaken die betrekking hebben op de periode na de ingreep.

Het betreft hier zaken als de vervolgbehandeling, activiteiten die men wel/niet mag uitvoeren en eventuele symptomen waar men op moet letten. Wat verder opvalt is dat cliënten van de verpleging en verzorging veel belang hechten aan zorginhoudelijke vaardigheden van de zorgverlener; men vindt het belangrijk dat deze vakkundig werkt en dat men verpleegkundige handelingen goed verricht. Continuïteit van de zorg is

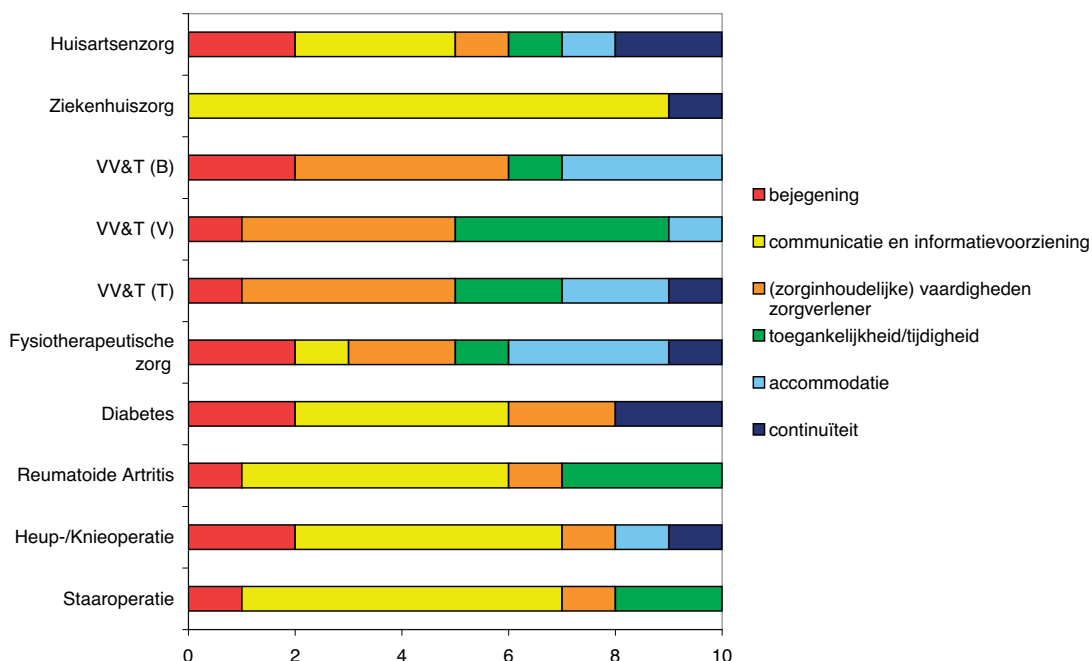
³⁰ Het thema 'accommodatie' betreft zaken als hygiëne (i.e., schone wacht-, behandel- of woonruimte) en privacy (i.e., geen in- en uitloop van andere patiënten, geen gesprekken kunnen opvangen).

³¹ Het thema 'continuïteit (van zorg)' heeft betrekking op de mate waarin zorgverleners gemaakte afspraken nakomen en onderling goed samenwerken (i.e., werkzaamheden op elkaar afstemmen en geen tegenstrijdige informatie verstrekken).

een thema waaraan over het algemeen minder belang wordt gehecht. Zoals valt af te lezen uit figuur 4.1 en uit eerder onderzoek ook wel bekend is, verschillen patiëntgroepen in wat zij belangrijk vinden (de Boer, Delnoij & Rademakers, 2010; Delnoij, 2009). De paragrafen 4.2.2 tot en met 4.2.9, later in dit hoofdstuk, zoomen dan ook verder in op de behoeften van specifieke groepen.

Figuur 4.1

Verdeling (naar thema) van de tien voornaamste prioriteiten binnen verschillende patiëntgroepen



Invloed van sociaaldemografische kenmerken: gedifferentieerd beeld

Voor de verschillende patiëntgroepen is onderzocht of (en in hoeverre) leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van invloed zijn op de mate waarin patiënten/cliënten belang hechten aan de tien voornaamste kwaliteitsaspecten. De voornaamste bevinding is dat sociaal-demografische factoren *niet* stelselmatig (i.e., over patiëntgroepen heen) van invloed zijn op het belang dat mensen aan bepaalde kwaliteitsaspecten hechten. Dit maakt het vooralsnog onmogelijk om algemeen geldende uitspraken te doen over bijvoorbeeld verschillen tussen jongeren en ouderen of mannen en vrouwen.

b Ervaringen

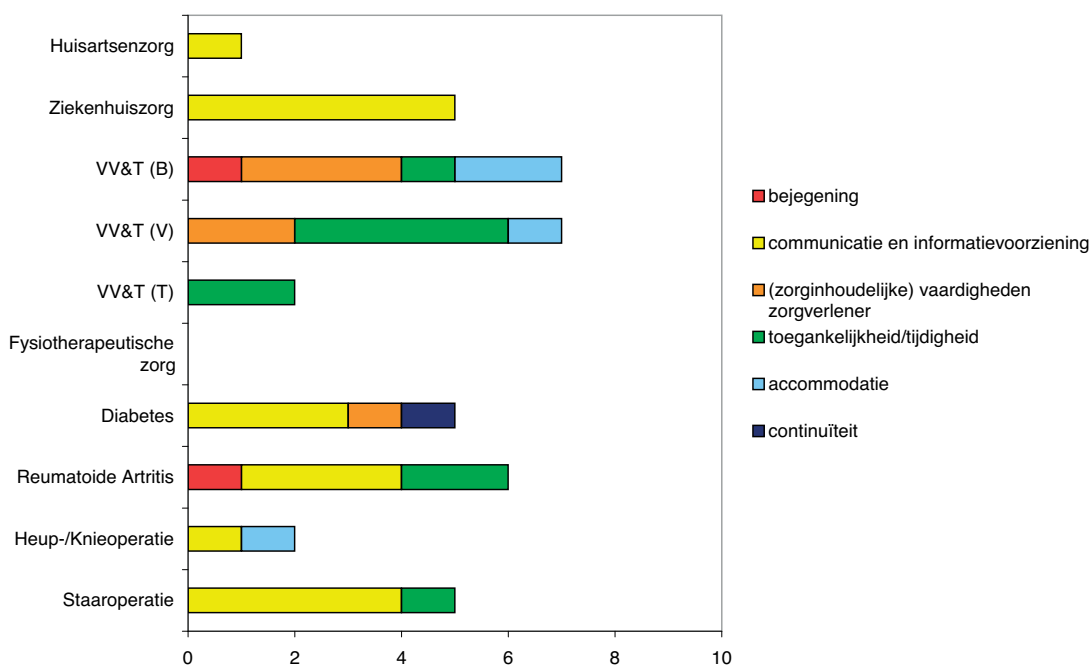
Ontvangen mensen ook daadwerkelijk de zorg die ze belangrijk vinden? Om deze vraag te beantwoorden hebben we voor de tien belangrijkste

aspecten volgens patiënten, steeds per aspect gekeken naar het percentage negatieve ervaringen. Met ‘negatieve ervaring’ bedoelen we dat er ten aanzien van een bepaald kwaliteitsaspect slechts soms, of zelfs helemaal niet aan de behoeften van patiënten tegemoet is gekomen.

Figuur 4.2 laat zien voor welke aspecten uit de top-10 belangrijkste aspecten geldt dat meer dan 10% van de patiënten een negatieve ervaring heeft. Deze figuur is daarmee een directe afgeleide van figuur 4.1.

Figuur 4.2

Aantal (van de voornaamste tien) prioriteiten waarop 10% of meer van de patiënten een negatieve ervaring rapporteerde, onderverdeeld naar thema



Bij twee van de tien voornaamste aspecten binnen de diabeteszorg was er geen informatie beschikbaar over (het percentage negatieve) ervaringen. De ervaringen die hier met betrekking tot diabeteszorg worden gerapporteerd hebben derhalve betrekking op acht van de tien voornaamste zorgaspecten.

Gezondheidszorg in het algemeen: patiënten krijgen niet altijd de zorg die ze wensen

Met uitzondering van de fysiotherapeutische zorg komt het bij alle patiëntengroepen wel één of meerdere keren voor dat patiënten iets heel belangrijk vinden en dat meer dan 10% van de patiënten dat niet krijgt. Bij cliënten van de intramurale verpleging en verzorging geldt dat zelfs voor zeven van de tien belangrijkste aspecten. Het gaat daarbij

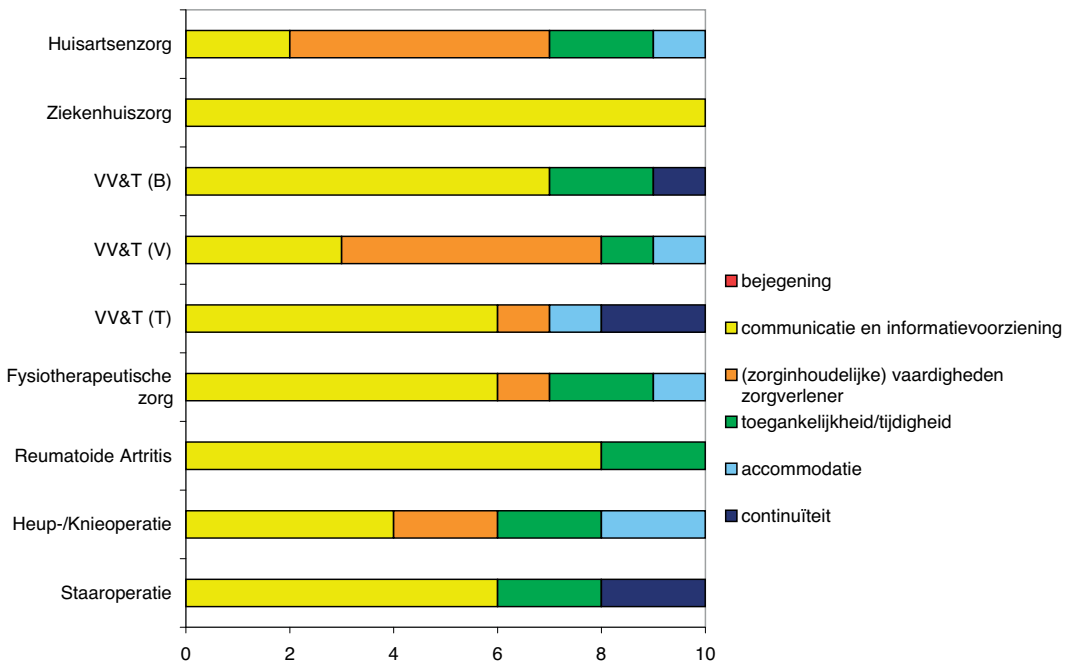
voornamelijk om zorginhoudelijke aspecten, en om tijdigheid van zorg. Ook voor veel reuma-, staar-, diabetes- en ziekenhuispatiënten is de zorg op een aantal voorname punten vaak niet toereikend; het gaat hier vooral om zaken die verband houden met communicatie en informatieverstrekking. Bij fysiotherapeutische zorg, de huisartsenzorg en de zorg rondom een heup- of knieoperatie zijn de ervaringen overwegend positief: voor slechts één of twee van de tien belangrijkste aspecten geldt dat meer dan 10% een negatieve ervaring heeft.

c *Verbeterpotentieel*

In deze paragraaf beschrijven we welke kwaliteitsaspecten binnen de zorg, naar de mening van patiënten, nu wel of niet voor verbetering in aanmerking komen. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van zogenaamde *verbeterscores*³².

Figuur 4.3a

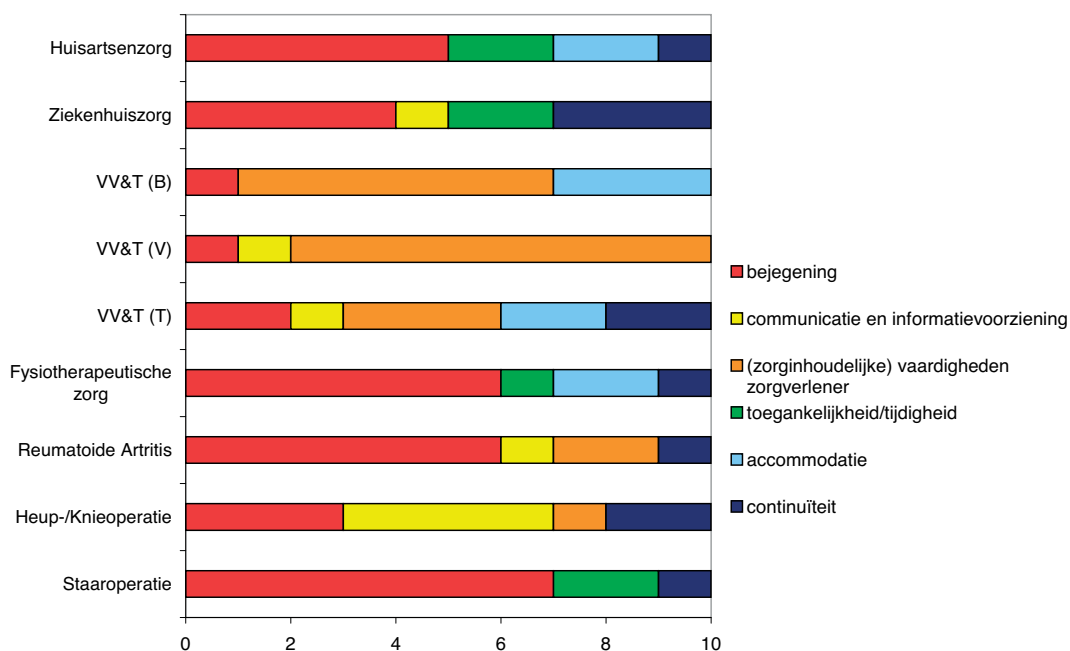
De tien kwaliteitsaspecten (onderverdeeld naar thema) die volgens patiënten het meest voor verbetering in aanmerking komen



³² Een verbeterscore van een kwaliteitsaspect staat gelijk aan het percentage negatieve ervaringen van dat aspect, gewogen naar het belang dat patiënten eraan hechten. Meer concreet wordt een verbeterscore berekend door de proportie negatieve ervaringen bij een kwaliteitsaspect (dit is dus een getal tussen de 0 en de 1) te vermenigvuldigen met de bijbehorende belangsscore (een getal tussen de 1 en de 4). Theoretisch kan een verbeterscore dus een minimale waarde van 0, en een maximale waarde van 4 hebben; in de praktijk is een verbeterscore van 2,5 al tamelijk hoog.

Figuur 4.3b

De tien kwaliteitsaspecten (onderverdeeld naar thema) die volgens patiënten weinig tot geen verbetering behoeven



Wanneer er veel negatieve ervaringen op een aspect zijn gerapporteerd en men dit aspect daarnaast van groot belang acht, resulteert dit in een hoge verbeterscore. Lage verbeterscores daarentegen, behoeven weinig tot geen verbetering volgens patiënten. Dit kan zo zijn omdat zij geen belang hechten aan die aspecten, of omdat het gaat om aspecten waar patiënten zelden of nooit slechte ervaringen mee hebben. Hoe dan ook geldt voor lage verbeterscores dat er wat patiënten betreft geen extra inspanningen, investeringen of beleidswijzigingen nodig zijn voor die aspecten.

Verbeterpotentieel vooral betrekking op communicatie en informatieverstrekking

In figuur 4.3a is te zien op welke thema's de tien hoogste verbeterscores betrekking hebben³³. Wat opvalt is dat communicatie en informatieverstrekking bij nagenoeg alle patiëntgroepen voor verbetering in aanmerking komt, terwijl bejegening geen enkele keer terugkomt bij de tien hoogste verbeterscores. Kwaliteitsaspecten die verband houden met vaardigheden van de zorgverlener kunnen volgens sommige patiëntgroepen beter, met name binnen de huisartsenzorg en, volgens vertegenwoordigers, binnen de verpleging en verzorging. Wanneer we kijken naar de tien aspecten die volgens patiënten geen verbetering behoeven valt op dat bejegening hier vaak terug komt, gevolgd door de zorginhoudelijke vaar-

³³Zoals eerder werd opgemerkt konden er met betrekking tot de diabeteszorg geen verbeterscores worden berekend (dit in verband met ontbrekende data).

digheden van zorgverleners (zie figuur 4.3b). De volgende paragrafen gaan we verder in op de behoeften van specifieke groepen.

4.2.2 Huisartsenzorg

- **Prioriteiten** | *Diverse kwaliteitsaspecten zijn van belang bij huisartsenzorg*

Patiënten die bij de huisarts komen hechten veel belang aan bejegening en informatieverstrekking. Meer specifiek wil men dat de huisarts de patiënt serieus neemt, aandachtig luistert en op een begrijpelijke manier informatie verstrekt over klachten en behandelingsmogelijkheden. Ook hechten patiënten belang aan structuuraspecten, en dan met name aan een goede onderlinge samenwerking tussen de huisarts en de andere zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk, zoals de *nurse practitioner*, de praktijkondersteuner en de assistent.

- **Ervaringen** | *Patiënt ontvangt doorgaans de huisartsenzorg die hij/zij belangrijk vindt*

Binnen de huisartsenzorg zijn de ervaringen overwegend positief: op maar liefst negen van de tien voornaamste aspecten komt de huisartsenzorg in ieder geval aan de wens van de patiënt tegemoet. Een kwaliteitsaspect waaraan mensen veel belang hechten, maar waarop een deel van hen (12%) ontoereikende zorg ontvangt betreft de mate waarin de huisarts informatie verstrekt over verschillende behandelingsmogelijkheden.

- **Verbeterpotentieel** | *Telefonische bereikbaarheid huisartsenpraktijk kan beter*

Het aspect waarop binnen de huisartsenzorg de meeste winst is te behalen is de telefonische bereikbaarheid: patiënten vinden het zeer belangrijk dat ze overdag binnen een minuut iemand aan de lijn krijgen, terwijl hieraan bij meer dan de helft (52%) van de patiënten niet tegemoet wordt gekomen. Wat verder opvalt als we in figuur 4.3 kijken naar de huisartsenzorg, is dat er verbeterpotentieel is op het vlak van zorginhoudelijke vaardigheden. Patiënten vinden het bijvoorbeeld belangrijk dat de huisarts hen helpt bij het voorkomen van ziekten, of bij het verbeteren van hun gezondheid - toch geeft 41% van de patiënten aan deze zorg niet te ontvangen. Voorts vinden patiënten het van het grootste belang dat medewerkers van de huisartsenpraktijk hen met respect behandelen, voldoende tijd voor hen uittrekken en hen serieus nemen; dat meer dan 95% van de patiënten zich ook daadwerkelijk zo behandeld voelt is een goede zaak.

Tabel 4.2

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de huisartsenzorg

Hoge verbeterprioriteit

- preventie
- telefonische bereikbaarheid

Lage verbeterprioriteit

- communicatie
- bejegening
- de tijd nemen

4.2.3 Ziekenhuiszorg

- **Prioriteiten** | *Informatieverstrekking verreweg het belangrijkste bij ziekenhuiszorg*

Het thema dat qua prioriteit zonder meer de boventoon voert bij ziekenhuiszorg is informatieverstrekking (zie figuur 4.1). Meer specifiek vinden patiënten het belangrijk dat een arts of verpleegkundige hen voorafgaand aan een behandeling of ingreep op een begrijpelijke manier vertelt wat er gaat gebeuren en waarom het nodig is. Ook bij ontslag uit het ziekenhuis wil men graag informatie ontvangen, bijvoorbeeld over medicijngebruik en over wat te doen bij het optreden van problemen. Verder vinden patiënten het van groot belang dat artsen en verpleegkundigen bij een behandeling, onderzoek, of medicijnverstrekking controleren of ze met de juiste persoon van doen hebben.

- **Ervaringen** | *Communicatie en informatievoorziening kunnen beter*

Uit het voorgaande bleek dat ziekenhuispatiënten vooral belang hechten aan zaken rondom communicatie en informatieverstrekking. Op veel van deze punten komt de zorg echter niet altijd voldoende tegemoet aan hun behoeften. Zo meldt 13% van de patiënten dat de zorgverlener voor aanvang van een behandeling niet controleerde of hij/zij met de juiste persoon van doen had. Bij het verstrekken van medicijnen verzuimde de arts of verpleegkundige dit zelfs bij 30% van de patiënten te controleren. Dat zorgverleners dit nalaten kan afbreuk doen aan het gevoel van veiligheid dat mensen hebben. Voorts gaf 18% van de patiënten aan geen begrijpelijke uitleg te hebben gehad over eventuele gevolgen van een behandeling, en gaf bijna de helft (46%) van de patiënten aan geen begrijpelijke uitleg over eventuele bijwerkingen van nieuwe medicatie te hebben gehad. Niettemin zijn er ook punten waarop een overgroot deel van de ziekenhuispatiënten wél de gewenste zorg ontvangt. Zo wordt bijvoorbeeld aan meer dan negentig procent van de patiënten uitgelegd wat een behandeling precies inhoudt (92%) en waarom deze nodig is (94%), en vindt maar liefst 97% van de patiënten dat artsen en verpleegkundigen hun werkzaamheden goed op elkaar afstemmen.

- **Verbeterpotentieel** | *Communicatie en informatieverstrekking*
 Ten aanzien van de kwaliteit van ziekenhuiszorg, zo valt uit figuur 4.3a af te lezen, ligt er een aanzienlijk verbeterpotentieel op het vlak van communicatie en informatieverstrekking: alle punten uit de verbeter top-10 hebben hierop betrekking. Zo kan (vaker) worden besproken of patiënten wel of niet gereanimeerd willen worden en wat de rechten van de patiënt zijn (dit gebeurt niet in 80, respectievelijk 64% van de gevallen). Ook kunnen mensen bij hun opname consequenter informatie ontvangen omtrent patiëntveiligheid (dit gebeurt in 85% van de gevallen niet). De informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis kan eveneens beter: patiënten kunnen vaker worden geïnformeerd over eventuele klachten of gezondheidsproblemen waarop ze thuis dienen te letten, en over hulp die na het ontslag mogelijk nodig is (35 respectievelijk 49% van de patiënten ontvangt hierover geen informatie). Aspecten die volgens de meeste patiënten geen verbetering behoeven zijn respectvolle behandeling door artsen, verpleegkundigen en baliemedewerkers, bejegening en informatieverstrekking bij ontvangst aan de balie en afstemming tussen verpleegkundigen en artsen onderling: meer dan 95% heeft hier goede ervaringen mee.

Tabel 4.3

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de ziekenhuiszorg

Hoge verbeterprioriteit

- communicatie en informatieverstrekking met name rondom opname en ontslag

Lage verbeterprioriteit

- respectvolle behandeling
- bejegening bij de balie
- continuïteit van zorg

4.2.4 Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (vv&t)

1) Bewoners

- **Prioriteiten** | *Welbevinden is van groot belang*
 Van de verpleging en verzorging wordt wel eens gezegd dat het in die sector voor een belangrijk deel om welbevinden draait. Veel prioriteiten hangen hier dan ook mee samen. Zo blijkt uit de top-10 van prioriteiten dat bewoners veel waarde hechten aan de accommodatie; men wil zich binnen de zorginstelling graag veilig en thuis voelen, ziet graag dat woonruimten goed worden schoongehouden en dat maaltijden goed smaken. Men vindt het eveneens belangrijk dat er voldoende personeel is, dat zorgverleners hun werk goed uitvoeren, handelingen goed verrichten en mensen beleefd en met respect behandelen.

- **Ervaringen** | *Kwaliteit kan op verschillende punten beter*

Op sommige van de bovenstaande punten schoot de zorg voor een aanzienlijk deel van de cliënten tekort. Zo voelde een kwart (25%) van de bewoners zich niet thuis in het verpleeg- en verzorgingshuis. Ook gaf ongeveer een kwart van de bewoners (23%) aan dat de woonruimten niet goed werden schoongehouden, en één op de drie bewoners (30%) vond de maaltijden niet goed smaken. Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen vonden het verder belangrijk dat zorgverleners vakkundig werken en snelle hulp bieden in geval van pijn of ziekte; voor 12 respectievelijk 15% van de bewoners was de zorg op deze punten echter niet toereikend. De beschikbaarheid van personeel was een aspect waaraan cliënten veel belang hechtten maar waar de verpleging en verzorging op grote schaal tekort leek te schieten – maar liefst zes op de tien bewoners (59%) vond de zorg op dit punt ontoereikend. Een aspect waarop veel bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen wél de door hen gewenste zorg ontvingen had betrekking op bejegening; maar liefst 94% van de cliënten voelde zich door de zorgverlener beleefd en met respect behandeld.

- **Verbeterpotentieel** | *Personele bezetting belangrijk aandachtspunt*

De kwaliteitsaspecten met het grootste verbeterpotentieel concentreerden zich vooral rond het thema communicatie en informatieverstrekking. Zo moest er consequenter een jaarlijks evaluatiegesprek worden gehouden en diende de zorg -op basis van dit gesprek en indien nodig- vaker worden bijgesteld (dit gebeurde niet in 78 respectievelijk 51% van de gevallen). Verder konden bewoners beter worden geïnformeerd over hun rechten en over het beleid binnen de instelling. Hoewel zij dit belangrijke punten vinden, ontving slechts ongeveer de helft (45% respectievelijk 58%) hierover informatie. Het ervaren personeelstekort dat in de vorige paragraaf werd benoemd vormde het voornaamste verbeterpunt. Kwaliteitsaspecten die volgens patiënten geen verbetering behoeven hadden vooral betrekking op zorginhoudelijke vaardigheden van het personeel. Meer specifiek ging het er hier om het nuttigen van maaltijden (gespreid over de dag en voldoende tijd krijgen) en om privacy (medewerkers komen niet ongevraagd binnen, en bewoner krijgt privacy bij douchen en toiletgang). Andere punten die geen verbetering behoeften, hadden betrekking op de accommodatie: bewoners voelden zich doorgaans veilig, en hadden de mogelijkheid zich (met bezoek) terug te trekken.

Tabel 4.4

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de verpleging en verzorging, volgens bewoners

Hoge verbeterprioriteit	Lage verbeterprioriteit
• communicatie en informatieverstrekking; • personele bezetting	• privacy • accommodatie • (nuttigen van) maaltijden

Zoals gezegd waren de meest recente data uit de vv&t niet vrij toegankelijk. Uit een brancherapport over 2009 (ActiZ, 2010) valt echter wel op te maken dat het hier geschetste beeld in grote lijnen nog steeds actueel is, zij het dat wel enige verbetering heeft opgetreden: de percentages negatieve ervaringen zijn in dat brancherapport doorgaans wat lager dan in de data die voor ons toegankelijk waren.

2) *Vertegenwoordigers*

• *Prioriteiten* | *Goede, tijdige en vakkundige hulp*

Bij mensen die de CQI-vragenlijst namens bewoners van verpleeg- en verzorginghuizen invullen gaat het meestal om familie. Wanneer je de zorg voor je vader, moeder of partner uit handen geeft wil je er van op aan kunnen dat je de persoon in kwestie in deskundige handen achterlaat. Ook toegankelijkheid en tijdigheid zijn dan vaak van groot belang. Dit is terug te zien in de top-10 van prioriteiten; vertegenwoordigers (van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen) hechten er veel waarde aan dat zorgverleners de cliënt goed, tijdig en vakkundig van hulp en verzorging voorzien. Meer specifiek vinden zij het belangrijk dat er voldoende personeel is, dat zorgverleners goed op de hoogte zijn van eventuele gezondheidsproblemen van de cliënt en snel hulp bieden bij pijn of ziekte. Ook hecht men er waarde aan dat er voldoende toezicht is in de woonruimten, dat deze goed schoon zijn en dat incontinentiemateriaal tijdig wordt vervangen.

• *Ervaringen* | *Kwaliteit van zorg kan op verschillende punten beter*

Op een aantal van de bovenstaande punten liet de zorg volgens veel vertegenwoordigers te wensen over. De beschikbaarheid van personeel, die volgens het merendeel (59%) van de bewoners zelf als onvoldoende werd geacht, was ook voor veel vertegenwoordigers (47%) een punt waarop de zorg tekort schoot. Mogelijk hield een gebrek aan personeel verband met andere aspecten waarop de verpleging en verzorging volgens veel vertegenwoordigers niet toereikend was. Zo gaf 28% van de vertegenwoordigers aan dat incontinentiemateriaal niet tijdig werd ver-

schoond en vond 16% dat de woonruimten niet goed werden schoongehouden. Daarnaast was er volgens 38% van de vertegenwoordigers niet voldoende toezicht in algemene ruimten, en besteedden zorgverleners volgens een kwart van de vertegenwoordigers niet voldoende tijd aan de cliënt. Binnen de intramurale verpleging en verzorging waren er toch ook aspecten waarop de zorg wél aan de wensen van vertegenwoordigers tegemoet kwam. Zo was meer dan negentig procent van deze mensen van mening dat verzorgenden goed omgingen met de bewoners (94%) en dat verpleegkundigen hun handelingen goed verrichtten (92%) en vakkundig werkten (91%).

• **Verbeterpotentieel** | *Zorginhoudelijke vaardigheden*

Afgaand op de prioriteiten en ervaringen van vertegenwoordigers, lag er een groot verbeterpotentieel bij zorginhoudelijke vaardigheden van personeel. Opvallend genoeg waren er op dit vlak juist ook heel veel lage verbeterprioriteiten te vinden. Meer specifiek was het volgens vertegenwoordigers niet nodig om de organisatie rond maaltijden te verbeteren: bewoners krijgen hun maaltijden voldoende gespreid over de dag, hebben voldoende tijd om te eten, de sfeer tijdens het eten was meestal goed en maaltijden zien er doorgaans verzorgd uit. Ook de omgang van verzorgenden met bewoners behoeft op veel punten geen verbetering (goede omgang, serieus nemen van gezondheidsklachten en vakkundig verrichten van verpleegkundige handelingen). Een zorginhoudelijk aspect dat wel voor verbetering in aanmerking kwam was het toezicht in algemene ruimten; in 38% van de gevallen was de zorg op dit punt onvoldoende. Ook de personele bezetting, die volgens bewoners zelf voor verbetering in aanmerking kwam, kon volgens (47% van de) vertegenwoordigers beter. Verder kon de (ervaren) autonomie van de bewoner worden verbeterd door deze vaker te laten meebeslissen over zijn/haar verzorging en behandeling alsmede over tijdstippen en dagen, en door hulp beschikbaar te hebben wanneer de bewoner ergens naar toe wil.

Tabel 4.5

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de verpleging en verzorging, volgens vertegenwoordigers van bewoners

Hoge verbeterprioriteit

- toezicht in algemene ruimten
- personele bezetting
- inspraak cliënt

Lage verbeterprioriteit

- zorg rondom maaltijden
- omgang van verzorgenden met bewoners

Voor de ervaringen van vertegenwoordigers van bewoners geldt – net als voor de ervaringen bij de bewoners – dat recente gegevens (ActiZ, 2009) een vergelijkbaar maar iets positiever beeld schetsen dan de data die voor ons toegankelijk waren.

3) *Thuiswonenden*

- **Prioriteiten** | *Vertrouwen en veiligheid*

Cliënten die gebruik maken van de thuiszorg hechten veel waarde aan vertrouwen en veiligheid; dit valt mogelijk te verklaren door het feit dat het een relatief kwetsbare groep mensen betreft die de zorgverleners in hun eigen huis toelaten. Meer specifiek willen thuiszorgcliënten zich veilig en op het gemak voelen bij de zorgverlener, hem/haar kunnen vertrouwen en er van uit gaan dat hij/zij betrouwbaar met spullen en gegevens omgaat en niet steelt. Ook wil men zich thuis (blijven) voelen in de eigen woning. Een ander belangrijk aspect vormen wachttijden: deze dienen inzichtelijk en zo kort mogelijk te zijn.

- **Ervaringen** | *Duur en inzichtelijkheid van wachttijden verbeterpunt*

Afgaand op de hierboven genoemde aspecten lijkt de kwaliteit van de thuiszorg grotendeels op orde te zijn: op acht van de tien voornaamste aspecten kregen cliënten van de thuiszorg doorgaans de zorg die ze belangrijk vonden. Eén voornaam aspect waarop een deel (i.e., één op de tien cliënten) ontoereikende zorg ervoer betrof duur en inzichtelijkheid van wachttijden.

- **Verbeterpotentieel** | *Communicatie en informatievoorziening*

Zoals voor de meeste patiëntgroepen geldt ook voor cliënten van de thuiszorg dat het grootste verbeterpotentieel zich bevond op het vlak van communicatie en informatievoorziening. Net als met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, kon ook met thuiswonenden consequenter een jaarlijks evaluatiegesprek worden gehouden; dit gebeurde in 58% van de gevallen niet. Ook kon op basis van zo'n gesprek de zorg vaker worden bijgesteld; in 49% van de gevallen gebeurde dit niet. Verder hadden zorgverleners vaker bij de cliënt kunnen informeren of de zorg naar wens verliep; dit gebeurde bij slechts 42% van de cliënten. Twee verbeterpunten hielden duidelijk verband met (zelfervaren) autonomie. Zo had de cliënt vaker kunnen meebeslissen over de persoon van wie hij/zij zorg kreeg (56% van de cliënten kon dit niet), en had de cliënt makkelijker op plekken buiten de deur moeten kunnen komen (33% van de cliënten kon dit niet). Verder had het voor de cliënt duidelijker moeten zijn wie de vaste contactpersoon binnen de thuiszorg was (voor 33% van de cliënten was dit onduidelijk), en hoe men deze kon bereiken (dit was voor 29% van de cliënten onduidelijk). Veel belang-

rijke kwaliteitsaspecten waarop cliënten wèl de gewenste zorg ontvingen hielden verband met gevoelens van vertrouwen en veiligheid. Meer specifiek voelden bijna alle thuiszorgcliënten (i.e., ten minste 97%) zich veilig en op het gemak bij de zorgverlener, hadden zij het idee dat deze zorgvuldig met hun spullen omging en dat ze hem/haar volledig konden vertrouwen. Daarbij voelde men zich doorgaans veilig en thuis in de eigen woning. Dit waren belangrijke aspecten waarop de kwaliteit van zorg vooral geborgd diende te worden.

Tabel 4.6

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de thuiszorg

Hoge verbeterprioriteit

- jaarlijks evaluatiegesprek en evt. bijstelling van zorg
- (zelfervaren) autonomie
- (vaste) contactpersoon

Lage verbeterprioriteit

- vertrouwen van zorgverlener
- veilig en thuis voelen in eigen woning

Net als bij de ervaringen van bewoners en vertegenwoordigers van bewoners geldt ook hier dat de meest recente databestanden voor ons niet toegankelijk waren. Gegevens uit een brancherapport over 2009 (ActiZ, 2009) komen – behoudens enkele uitzonderingen – echter wel overeen met het hier geschetste beeld.

4.2.5 Fysiotherapeutische zorg

• **Prioriteiten** | *Gedifferentieerd beeld*

Als we in figuur 4.1 kijken naar de thema's die bij de fysiotherapeutische zorg vertegenwoordigd zijn binnen de tien voornaamste kwaliteitsaspecten, zien we een gedifferentieerd beeld. Dit duidt erop dat patiënten die gebruik maken van fysiotherapeutische zorg, waarde hechten aan uiteenlopende zaken zoals bejegening (patiënt serieus nemen en vertrouwelijke behandeling van gegevens), vakbekwaamheid (o.a. weten hoe de apparatuur gebruikt moet worden) en de accommodatie (schone praktijk en apparatuur, en goed toegankelijk voor mensen met een handicap).

• **Ervaringen** | *Fysiotherapeutische zorg goed op orde*

Als we naar figuur 4.2 kijken valt op dat fysiotherapiepatiënten op maar liefst alle (voor hen) meest belangrijke punten doorgaans de gewenste zorg kregen. Daarmee leek de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg, naar de mening van patiënten goed in orde te zijn.

- **Verbeterpotentieel** | *Informatieverstrekking belangrijkste verbeterpunt*
 Voor wat betreft de fysiotherapeutische zorg lag het grootste verbeterpotentieel bij communicatie en informatieverstrekking. Zo konden fysiotherapeuten patiënten doorgaans beter informeren over verschillende behandelmogelijkheden, over de (verwachte) duur van de behandeling en over het voorkomen van nieuwe klachten. Patiënten vinden dit belangrijke informatie, maar ongeveer een kwart (meer specifiek: 27, respectievelijk 26 en 23%) van hen ontving deze niet. Ook konden fysiotherapeuten patiënten vaker adviezen voor dagelijks gebruik geven, konden zij patiënten vaker vragen wat deze met het advies hadden gedaan en hoe de oefeningen thuis gingen (bij 19, respectievelijk 27 en 20% van de patiënten gebeurde dit niet). Een verbeterpunt dat inmiddels achterhaald is, is de behoefte om makkelijker zonder verwijzing bij een fysiotherapeut terecht te kunnen. Per 1 januari 2006 zijn fysiotherapeuten namelijk direct toegankelijk; de data stammen nog net van voor die periode³⁴. Wat opvalt in figuur 4.3b, is dat zich onder de tien 10 aspecten die volgens patiënten het minst verbetering behoeven maar liefst zes aspecten bevonden die verband hielden met bejegening, zoals bijvoorbeeld serieus genomen worden of respectvol worden behandeld. Ook waarderden mensen het dat de fysiotherapeut tijdens de behandeling zo goed als nooit (i.e., hoogstens in 2% van de gevallen) met andere dingen bezig was, zoals bijvoorbeeld met telefoontjes die tussendoor komen. Dat de praktijk en de apparatuur praktisch altijd schoon waren waardeerde de patiënt ook; deze zaken behoeven dus geen verdere verbetering volgens patiënten.

³⁴ Recentere data waren voor dit hoofdstuk niet geschikt omdat recentere data verzameld zijn met een ingrijpend gewijzigde ervaringslijst waarvan geen belang-scores beschikbaar waren.

Tabel 4.7

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de fysiotherapeutische zorg

Hoge verbeterprioriteit

- informatieverstrekking (o.m. over behandelmogelijkheden en duur van de behandeling)
- geven van adviezen en navragen naar naleven hiervan

Lage verbeterprioriteit

- hygiëne
- bejegening

4.2.6 Diabetes

- **Prioriteiten** | *Informatieverstrekking en ondersteuning bij zelfmanagement*³⁵

Wat opvalt bij de zorg voor diabetespatiënten is dat zij destijds vooral veel belang hechtten aan (procesmatige) aspecten die verband houden met informatieverstrekking en ondersteuning ten aanzien van zelfmanagement; vijf van de voornaamste aspecten hebben hierop betrekking. Zo vonden mensen met diabetes het belangrijk dat de zorgverlener goede en begrijpelijke voorlichting geeft - onder andere over (het toedienen van) medicatie en hulpmiddelen. Ook vond men het van groot belang dat de zorgverlener de zelfgemeten bloedwaarden serieus neemt, de ogen minstens eenmaal per jaar controleert en bij geplande controles nagaat of de behandeling nog optimaal is. Diabetespatiënten zijn vaak afhankelijk van meerdere zorgverleners, zoals de huisarts, de diabetesconsulent, de diëtist en de oogarts. Het werd dan ook erg gewaardeerd wanneer deze verschillende zorgverleners geen tegenstrijdige informatie verstrekten.

- **Ervaringen** | *Kwaliteit van diabeteszorg kan op verschillende punten beter*

Bij twee van de tien voornaamste aspecten aangaande de diabeteszorg was er geen informatie beschikbaar over de ervaringen van patiënten.³⁶ De ervaringen die we hier bespreken hebben dus betrekking op acht van de tien voornaamste zorgaspecten. Voor vijf van de acht voornaamste kwaliteitsaspecten heeft meer dan 10% van de patiënten een negatieve ervaring (zie figuur 4.2). Meer specifiek gaat het hier om aspecten die verband houden met communicatie en informatieverstrekking: 16% van de patiënten kreeg naar eigen zeggen geen goede voorlichting van de zorgverlener, één op de vijf (20%) gaf aan dat er bij geplande controles niet werd besproken of de behandeling nog optimaal was, en één op de tien patiënten (10%) begreep de uitleg van de zorgverlener over medicijnen en hulpmiddelen niet. Verder vond 15% van de diabetespatiënten de begeleiding bij het doseren van insuline ontoereikend, en werden bij drie op de tien patiënten (30%) de ogen niet jaarlijks gecontroleerd - iets wat volgens de richtlijnen wel zou moeten gebeuren. Toch was de kwaliteit van zorg op enkele voornaamste aspecten ook goed te noemen; het overgrote merendeel van de diabetespatiënten voelde zich serieus genomen (96%), vond dat de zorgverlener goed luisterde (94%) en was van mening dat zorgverleners onderling geen tegenstrijdige informatie verstrekten (95%).

³⁵ Hierbij dient te worden opgemerkt dat de belangen/prioriteiten zijn gemeen ten tijde van de ontwikkeling van de QUOTE Diabetes (Schouten, Sixma & Friele, 2000). Dit is een voorloper van de CQI Diabetes, maar bij de ontwikkeling van de CQI Diabetes zijn belangsscores niet opnieuw gemeten, maar gebaseerd op de QUOTE.

³⁶ Het gaat hier om het serieus nemen van zelfgemeten bloedwaarden en om deskundigheid van de zorgverlener op het gebied van diabetes.

- **Verbeterpotentieel** | *Benodigde koppeling (belang en ervaring) niet mogelijk*

De datakoppeling (i.e., tussen belang- en ervaringscores) die nodig is voor het vaststellen van verbeterprioriteiten kon voor diabetespatiënten niet worden gemaakt. Derhalve kunnen we daarover voor deze patiëntgroep geen uitspraken doen.

4.2.7 Reumatoïde Artritis

- **Prioriteiten** | *Vooral betrekking op informatievoorziening*

Patiënten met reuma hechten veel waarde aan het krijgen van informatie. Meer specifiek willen reumapatiënten graag dat de zorgverlener hen toelichting geeft over de operatie (wat er precies gaat gebeuren en wat de risico's en gevolgen op de lange termijn zijn) en over wat ze moeten doen na de operatie en/of als de reuma verergert. Ook de toegankelijkheid en tijdigheid van zorg vindt men belangrijk. Zo willen reumapatiënten snel door de huisarts verwezen worden en daarna ook snel bij de reumatoloog op consult kunnen komen. Ook wanneer de klachten verergeren wil men snel een consult bij de reumatoloog. Zoals eerder werd opgemerkt is de behoefte aan tijdige zorg hier niet verwonderlijk als men bedenkt dat reuma vaak met (veel) pijn gepaard gaat en behandeling deze mogelijk verlicht.

- **Ervaringen** | *Kwaliteit van reumazorg kan op verschillende punten beter*

Op sommige punten rondom informatievertrekking, toegankelijkheid en tijdigheid was de kwaliteit van zorg volgens patiënten goed voor elkaar: zo ontving meer dan negentig procent van de reumapatiënten informatie over de operatie (96%), en over eventueel bijkomende risico's (93%). Ook kon 91% van de patiënten naar eigen zeggen op snel op een spreekuur terecht wanneer klachten verergerden. Toch schoot de kwaliteit van reumazorg volgens een aanzienlijk deel van de patiënten op enkele voorname punten tekort - het betrof hier voornamelijk aspecten rondom informatieverstrekking en toegankelijkheid/tijdigheid. Zo was met maar liefst 43% van de patiënten geen afspraak gemaakt over wat te doen wanneer de reuma verergert. Ongeveer 28% van de patiënten gaf aan dat de medisch specialist niet voldoende informatie gaf over gevolgen van de operatie op de lange termijn, en 17% van de patiënten kreeg na de operatie geen leefregels mee. Verder gaf 31% van de reumapatiënten aan dat de huisarts hen niet snel genoeg naar een reumatoloog doorverwees, en gaf 29% aan dat ze hier vervolgens ook niet snel terecht konden voor een eerste afspraak. Wat verder opvalt is dat 24% van de reumapatiënten zich door de huisarts niet serieus genomen voelde.

- **Verbeterpotentieel** | *Communicatie en informatieverstrekking*
 Voor wat betreft de zorg voor reumapatiënten kon er op het vlak van de communicatie en informatieverstrekking nog een hoop verbeterd worden. Het voornaamste verbeterpunt betrof de mogelijkheid om verkregen informatie via de ziekenhuiswebsite terug te lezen: reumapatiënten hechtten hieraan veel belang, maar bij 82% van de patiënten werd er niet aan deze behoefte tegemoet gekomen. Andere aspecten waarop in termen van kwaliteit nog veel winst te behalen viel, waren het verstrekken van informatie over vergoedingen en eigen bijdragen, en het bespreken van fouten of zaken die niet goed zijn gelopen: 51 respectievelijk 40% van de patiënten ontving op deze punten niet de gewenste zorg. Op veel aspecten die verband houden met bejegening diende de kwaliteit juist geborgd te worden. Zo waarden patiënten het zeer dat de reumatoloog en/of therapeut hen doorgaans (i.e., in minstens 98% van de gevallen) serieus nam, aandachtig naar hen luisterde en voldoende tijd aan hen besteedde.

Tabel 4.8

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten binnen de zorg rondom reumatoïde artritis

Hoge verbeterprioriteit	Lage verbeterprioriteit
<ul style="list-style-type: none"> · mogelijkheid tot nalezen van informatie op ziekenhuiswebsite · informatieverstrekking over vergoedingen en eigen bijdragen · bespreken van fouten of zaken die niet goed zijn gelopen 	<ul style="list-style-type: none"> · serieus nemen · aandachtig luisteren · voldoende tijd nemen

4.2.8 Heup-/knieoperatie

- **Prioriteiten** | *Patiënt wil goed geïnformeerd worden*
 Wanneer je als patiënt een ingreep moet ondergaan heb je behoefte aan informatie over wat je staat te wachten. Dit zien we terug in de top-10 van meest belangrijke aspecten volgens patiënten die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan: maar liefst de helft van deze aspecten houdt verband met informatieverstrekking (zie figuur 4.1). Wat opvalt is dat deze groep patiënten vooral erg bezig lijkt te zijn met de revalidatie na de operatie: men wil graag geïnformeerd worden over wat men na de operatie wel en niet mag doen, over klachten/symptomen waarop men na de operatie dient te letten en over de behandelingen (bijvoorbeeld fysiotherapie) waarvoor men na de operatie in aanmerking komt. Verder vinden patiënten die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan het belangrijk dat zorgverleners hen serieus nemen, dat men de

afgesproken verdoving krijgt en dat hun kamer goed wordt schoongehouden.

- **Ervaringen** | *Kwaliteit van zorg rondom heup- of knieoperatie is grotendeels in orde*

Figuur 4.2 geeft in principe een gunstige indruk van de kwaliteit van zorg rondom de heup- of knieoperatie: van de tien aspecten waaraan patiënten het meest belang hechten, is de kwaliteit van zorg op slechts twee punten niet geheel toereikend. Het onder meer informatie over de symptomen of gezondheidsproblemen waarop patiënten moeten letten na ontslag: maar liefst 32% van de patiënten heeft hier negatieve ervaringen mee. Verder gaf 11% van de patiënten aan dat hun (bad)kamer niet voldoende schoon werd gehouden. Op acht van de tien voornaamste kwaliteitsaspecten is de kwaliteit van zorg rondom de heup- of knieoperatie echter goed voor elkaar. Zo gaf (ruim) 95% van de patiënten aan dat artsen, nurse-practitioners en verpleegkundigen hen serieus nam, dat men de verdoving kreeg die vooraf was overlegd, en dat de zorg door de fysiotherapeut goed was afgestemd op de persoonlijke situatie.

- **Verbeterpotentieel** | *Betere informatieverstrekking na ontslag mogelijk*

De zorg voor patiënten die een heup- of knieoperatie ondergaan kan voor een aanzienlijk deel beter op punten aangaande communicatie en informatieverstrekking. Het voornaamste verbeterpunt heeft betrekking op de periode na ontslag uit het ziekenhuis. Zo zou duidelijker moeten worden gemaakt bij wie de patiënt -eenmaal thuis- terecht kan met vragen of problemen; één op de zes patiënten (16%) gaf aan dit niet te weten. Verder zou er in de periode tussen het ontslag en de eerste nacontrole vaker iemand van het ziekenhuis kunnen bellen om te vragen hoe het met de patiënt gaat; dit gebeurt slechts bij twee op de tien patiënten (21%). Ook zou de patiënt bij ontslag vaker informatie kunnen krijgen over symptomen of gezondheidsproblemen waarop hij/zij moet letten; maar liefst een derde van de patiënten (32%) blijft verstoken van deze informatie. Verder kan de huisarts de patiënt vaker laten meebeslissen over de behandeling; bij een derde van de patiënten (33%) gebeurde dit niet. Opvallend genoeg lijken patiënten doorgaans (in 96% van de gevallen) wel voldoende informatie te krijgen over de activiteiten die ze na de operatie wel en niet mogen ondernemen. Ook communicatie en informatieverstrekking rondom anesthesie lijkt bij vrijwel alle patiënten (ca. 97%) van voldoende kwaliteit te zijn. Continuïteit is een thema waar, binnen de zorg rondom heup-/knieoperaties, zowel enkele hoge als lage verbeterprioriteiten bestaan. Wat beter kan is het (vaker) groepsgewijs opnemen en behandelen van patiënten (dit gebeurde bij slechts 58% van de patiënten), en het met de patiënt bespreken of deze na ontslag uit het ziekenhuis wel hulp ontvangt (dit

werd met 17% van de patiënten niet besproken). Wat op het vlak van continuïteit wél goed geregeld is, is dat verschillende zorgverleners doorgaans (in zo'n 97% van de gevallen) geen tegenstrijdige informatie lijken te verstrekken en gemaakte afspraken doorgaans nakomen - iets wat de patiënt zeer waardeert. Net als bij een aantal andere patiëntgroepen zien we ook bij de heup- en knieoperaties dat mensen het belangrijk vinden dat zorgverleners hen serieus nemen en respectvol behandelen, en dat dit in zo'n 97% van de gevallen ook daadwerkelijk gebeurt. Dit dient dus vooral zo te blijven.

Tabel 4.9

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten rondom de heup- of knieoperatie

Hoge verbeterprioriteit

- communicatie en informatieverstrekking rondom de periode na ontslag
- inspraak patiënt bij behandeling huisarts
- continuïteit van informatie-verstrekking (tussen zorgverleners)

Lage verbeterprioriteit

- communicatie en informatieverstrekking rondom anesthesie
- bejegening

4.2.9 Staaroperatie

- **Prioriteiten** | *Informatieverstrekking van groot belang*
 Staarpatiënten hechten, net als patiënten die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan, vooral veel waarde aan informatieverstrekking door de zorgverlener; maar liefst zeven van de tien voornaamste aspecten hebben hierop betrekking. Deze groep patiënten vindt het van groot belang dat zorgverleners hen op een begrijpelijk manier uitleggen wat eventuele risico's en bijwerkingen zijn, wat ze na de operatie wel en niet mogen doen en wat ze moeten doen in geval van nood. Ook vinden staarpatiënten het belangrijk dat de zorgverlener hen vraagt of ze allergisch zijn voor bepaalde geneesmiddelen. Wat verder opvalt is dat staarpatiënten belang hechten aan (volledige) vergoeding van de zorg – met name voor wat betreft de operatie en de voorgeschreven medicijnen.
- **Ervaringen** | *Informatieverstrekking rondom de staaroperatie niet volledig*
 Zoals in figuur 4.2 al viel af te lezen is de kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie met name op het gebied van informatieverstrekking niet altijd toereikend. Zo geeft een behoorlijk deel van de patiënten aan dat zij vooraf niet op een begrijpelijke manier zijn geïnformeerd over eventuele risico's (27%) en bijwerkingen (38%), en dat hen vooraf niet is gevraagd of zij allergisch zijn voor bepaalde geneesmiddelen (46%).

Ook is er met een substantieel deel van de patiënten niet besproken wat zij na de operatie moeten doen in geval van nood (19%). Ten slotte gaf ruim een kwart (26%) van de patiënten aan dat de voorgeschreven medicijnen niet volledig door de zorgverzekeraar werden vergoed. Volgens staarpatiënten is de kwaliteit van zorg op een aantal andere voorname punten goed geregeld: 97% van de patiënten vond dat de huisarts aandachtig naar hen luisterde, en 93% was van mening dat de oogarts hen begrijpelijke uitleg gaf. Verder had 95% van de staarpatiënten geen pijn tijdens de operatie, en werd de operatie voor bijna iedereen (97%) volledig vergoed door de zorgverzekeraar. Ruim negen op de tien (92%) staarpatiënten gaf aan voldoende uitleg te hebben ontvangen over het al dan niet mogen ondernemen van specifieke activiteiten.

- **Verbeterpotentieel** | *Informatieverstrekking*

Zoals in figuur 4.3a te zien valt, concentreert het verbeterpotentieel binnen de zorg rondom de staaroperatie zich op het thema communicatie en informatieverstrekking. Zo kunnen zorgverleners vaker informeren naar eventuele allergieën (voor geneesmiddelen en jodium) en kunnen zij de patiënt vaker op de risico's van de operatie wijzen, alsmede op eventuele bijwerkingen van druppels en/of zalf. Hoewel men dit doorgaans belangrijke informatie vindt, blijft zo'n 40% van de patiënten hiervan verstoken. Verder kan de arts de patiënt vaker informeren over symptomen en gezondheidsproblemen waarop hij/zij thuis dient te letten - dit gebeurt in een derde (34%) van de gevallen nog onvoldoende. Op enkele andere aspecten is overigens geen verbetering nodig volgens patiënten. Verpleegkundigen en/of oogartsen behandelen patiënten doorgaans (in minstens 97% van de gevallen) beleefd en met respect, luisteren aandachtig, en nemen voldoende tijd. Ook worden dingen in 96% van de gevallen goed uitgelegd en gaat de oogarts vrijwel altijd (in 99% van de gevallen) serieus in op alle vragen rondom staar. Aangezien patiënten veel waarde hechten aan een dergelijke manier van bejegenen, dient dit dus vooral zo te blijven. Verder waarderen patiënten het dat zij doorgaans (in zo'n 97% van de gevallen) zonder problemen toestemming voor de operatie kregen en dat de staaroperatie zelf volledig door de zorgverzekeraar werd vergoed. Een kwart van de patiënten (26%) kreeg echter wel medicijnen voorgeschreven die niet volledig door de zorgverzekeraar werden vergoed; op dit punt kan de zorg nog beter.

Tabel 4.10

De voornaamste (hoge en lage) verbeterprioriteiten rondom de staaroperatie

Hoge verbeterprioriteit

- bespreken van evt. allergieën
- informatieverstrekking (rondom operatie en periode na ontslag)

Lage verbeterprioriteit

- bejegening
- begrijpelijke uitleg
- toegankelijkheid van zorg

4.2.10 Vergelijking door de tijd

• **Prioriteiten**

Zes jaar geleden hebben Smit en Friele (2005, pag. 17-22) in *De agenda van de patiënt* op een rij gezet welke kwaliteitsaspecten patiënten (groepen) op dat moment belangrijk vonden. De voornaamste bevindingen zijn in tabel 4.2 afgezet tegen bevindingen van het huidige onderzoek.

Tabel 4.11

Belangrijke kwaliteitsaspecten door de tijd heen

	Smit & Friele (2005)	Huidig onderzoek (2011)
Algemeen	· meer belang aan proces- dan aan structuuraspecten	· <i>idem</i>
	· serieus nemen	· <i>idem</i>
Huisartsenzorg	· serieus nemen	· <i>idem</i>
	· de tijd nemen	· <i>idem</i>
	· <i>privacy minder belangrijk</i>	· privacy belangrijk
Ziekenhuiszorg	· informatieverstrekking rondom de opname en de behandeling of het onderzoek	· <i>idem</i>
Thuiszorg	· directe beschikbaarheid (na een ziekenhuisopname)	· zo kort mogelijke wachttijd
Fysiotherapeutische zorg	· hygiëne	· <i>idem</i>
	· serieus nemen	· <i>idem</i>
	· <i>niet belangrijk dat praktijk goed toegankelijk is voor gehandicapten</i>	· belangrijk dat praktijk goed toegankelijk is voor gehandicapten
	· <i>vertrouwelijk behandelen van gegevens is minder belangrijk</i>	· vertrouwelijk behandelen van gegevens is zeer belangrijk

Nog altijd hebben de belangrijkste kwaliteitsaspecten vooral betrekking op het proces (en relatief gezien minder op de structuur) van zorg- of hulpverlening. Ook willen patiënten en cliënten nog altijd graag serieus genomen worden. Binnen de huisartsenzorg vinden patiënten het nog

steeds belangrijk dat de huisarts de tijd voor ze neemt en hen serieus neemt. Wat is veranderd, is dat men er de afgelopen jaren waarde aan is gaan hechten dat patiënten in de wachtkamer niet kunnen horen of zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer van de huisarts gebeurt. Het beeld binnen de ziekenhuiszorg is grotendeels gelijk gebleven: daar waar patiënten destijds het meest belang hechtten aan informatieverstrekking rondom de opname en de behandeling of het onderzoek, is dat nog altijd het geval. Enkele jaren terug vonden cliënten van de thuiszorg het met afstand het belangrijkste dat deze voorziening direct beschikbaar was na een ziekenhuisopname. Dit stemt grotendeels overeen met de resultaten van het huidige onderzoek, waar ‘een zo kort mogelijke wachttijd’ als belangrijkste kwaliteitsaspect werd genoemd. Patiënten van de fysiotherapeut vinden het nog steeds belangrijk dat de praktijk en (oefen)apparatuur schoon zijn, en dat de therapeut hen serieus neemt. Daarnaast zijn patiënten het de afgelopen jaren steeds belangrijk gaan vinden dat de praktijk ook goed toegankelijk is voor mensen met een handicap. Ook zijn patiënten bij de fysiotherapeut, net als bij de huisarts, steeds meer waarde gaan hechten aan privacy.

• **Ervaringen door de tijd heen**

Opgemerkt dient te worden dat het lastig is een goede één-op-één vergelijking te maken tussen de ervaringen uit dit onderzoek en de ervaringen zoals gerapporteerd door Smit en Friele (2005, pag. 23-39), aangezien de gehanteerde methodieken nogal verschillen. Daar waar Smit en Friele (per lijst) de gehele range aan ervaringen als uitgangspunt hebben genomen (en daarbij de aspecten met de hoogste proporties negatieve ervaringen benoemden), nam het huidige onderzoek enkel de tien belangrijkste kwaliteitsaspecten als uitgangspunt. Dit maakt het lastig om een nauwkeurige vergelijking over tijd te maken. Desalniettemin kan er op hoofdlijnen wel naar verschillen en overeenkomsten worden gekeken. De voornaamste bevindingen zijn in tabel 4.3 afgezet tegen bevindingen van het huidige onderzoek.

Tabel 4.12

Ervaringen door de tijd heen

	Smit & Friele (2005)	Huidig onderzoek (2011)
Huisartsenzorg	<ul style="list-style-type: none"> · geen doorverwijzing van huisarts naar specialist · > 15 minuten in wachtkamer · niet voldoende privacy · redelijke telefonische bereikbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>idem</i> · <i>idem</i> · <i>wel voldoende privacy</i> · slechte telefonische bereikbaarheid

	Smit & Friele (2005)	Huidig onderzoek (2011)
Ziekenhuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> · niet op de hoogte van mogelijke bijwerkingen · gebrekkige informatie-voorziening bij ontslag · onvoldoende meebeslissen over de behandeling · niet voldoende privacy 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>idem</i> · <i>idem</i> · <i>idem</i> · voldoende privacy bij persoonlijke verzorging
Thuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> · laatste evaluatiegesprek vaak meer dan 12 maanden gelden · onduidelijk/onvoldoende gebruik zorgmap · onvoldoende geïnformeerd over klachtenprocedure · zorgverlener is altijd vriendelijk 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>idem</i> · <i>idem</i> · onvoldoende geïnformeerd over rechten · zorgverlener is altijd beleefd en respectvol

Wat opvalt, als we kijken naar ervaringen door de tijd heen, is dat patiënten bij de huisarts tegenwoordig nog steeds vaak meer dan een kwartier in de wachtkamer zitten. Daar waar paragraaf 4.2.1 al liet zien dat patiënten de afgelopen jaren steeds meer waarde zijn gaan hechten aan privacy, zien we hier dat er ook daadwerkelijk aan deze wens tegemoet is gekomen. Daar staat tegenover dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijk is verslechterd. In grote lijnen zijn er qua ervaren zorg binnen het ziekenhuis geen (grote) verschillen, met uitzondering van de ervaren privacy – op het punt van de persoonlijke verzorging is deze verbeterd. Thuiszorgmedewerkers worden nog altijd als vriendelijk en respectvol ervaren. Daar staat tegenover dat het gebruik van de zorgmap en het jaarlijks inplannen van een evaluatiegesprek nog altijd te wensen over laat.

4.3 Algemeen: Prioriteiten verschillen, ervaringen goed maar verbetering mogelijk

Patiëntengroepen verschillen in wat zij belangrijk vinden en dat is ook niet verwonderlijk aangezien het gaat om zeer uiteenlopende gezondheidsproblemen die allemaal verschillende beperkingen en zorgprocessen met zich meebrengen. Dit geeft aan dat het nuttig is om voor verschillende patiëntengroepen verschillende lijsten te ontwikkelen. Niettemin zijn er wel enkele parallellen tussen patiëntengroepen te trekken.

Met uitzondering van de vv&t geldt voor alle patiëntengroepen dat aspecten met betrekking tot communicatie en informatieverstrekking vaak voorkomen in de top-10 van belangrijkste aspecten. Mensen willen graag weten waar ze aan toe zijn. Binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg hecht men juist relatief veel belang aan zorginhoudelijke vaardigheden van zorgverleners; bij de verpleging en verzorging houden deze aspecten vooral verband met een goede kwaliteit van leven en bij de thuiszorg draait het vooral om gevoelens van vertrouwen en veiligheid. Reumapatiënten en vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen hechten veel belang aan tijdigheid en toegankelijkheid van de zorg. Verschillen tussen mannen of vrouwen, jongeren of ouderen en hoog of laag opgeleiden zijn ook bekeken, maar waren dusdanig inconsistent dat we daar geen algemene uitspraken over kunnen doen.

Op veel kwaliteitsaspecten krijgen de meeste patiënten de zorg die ze belangrijk vinden. Patiënten die aangeven niet de zorg te krijgen die ze belangrijk vinden zijn in de minderheid, maar met enige regelmaat is deze minderheid wel groter dan 10% van de patiëntenpopulatie. Er is dus ruimte voor verbetering. Dit geldt vooral voor de verpleging en verzorging, maar ook voor de zorg rondom reuma en (in minder sterke mate) voor ziekenhuiszorg, de zorg rond de staaroperatie en voor de diabeteszorg. Bij de fysiotherapeut en de huisarts krijgen mensen meestal wél de zorg die zij wensen.

Kwaliteitsverbetering van zorg lijkt vooral mogelijk op het vlak van de communicatie en informatieverstrekking. Met uitzondering van de huisartsenzorg en (volgens cliënten) de verpleging en verzorging is dit binnen alle patiëntgroepen het thema met het grootste verbeterpotentieel. De bejegening door de zorgverleners is over het algemeen juist van voldoende kwaliteit. Zorginhoudelijke vaardigheden komen op sommige punten voor verbetering in aanmerking (dit vooral binnen de huisartsenzorg en, volgens bewoners, binnen de verpleging en verzorging), terwijl er ook punten zijn die vooral dienen te blijven zoals ze zijn (dit vooral binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg). Zowel de voornaamste verbeterpunten als de voornaamste koesterpunten hebben grotendeels betrekking op het proces, en minder op de structuur van de zorg. Over uitkomsten kan nog weinig gezegd worden omdat het meten van ervaren uitkomsten in de CQ-index nog in ontwikkeling is.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt, aan de hand van de bevindingen in dit rapport, antwoord gegeven op de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1. Meer specifiek schetsen we in paragraaf 5.1 de stand van zaken rondom de implementatie van de CQ-index, de problemen en uitdagingen die hierbij komen kijken en de manier waarop zorgaanbieders en andere betrokken partijen hiermee om gaan (de eerste onderzoeksvraag). In paragraaf 5.2 geven we antwoord op de tweede onderzoeksvraag door te schetsen hoe, en in hoeverre CQI-informatie wordt gebruikt en welke belemmeringen er op dit vlak bestaan. In paragraaf 5.3 geven we antwoord op de vraag wat mensen belangrijk vinden in de zorg, of ze deze zorg ook krijgen en welke aspecten er -vanuit het perspectief van patiënten- wel en niet voor verbetering in aanmerking komen (de derde onderzoeksvraag). In paragraaf 5.4 komt de hoofdvraag van dit rapport 'Wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?' terug en in paragraaf 5.5 volgen een aantal aanbevelingen.

5.1 Implementatie van de CQ-index

De implementatie van de CQ-index krijgt in rap tempo gestalte: in vijf jaar tijd zijn maar liefst 20 vragenlijsten volledig uitontwikkeld en vrijgegeven voor gebruik, en verkeert een even zo groot aantal lijsten in de ontwikkelfase. Een groot deel van de uitontwikkelde lijsten wordt inmiddels ook ingezet bij landelijke metingen. Daarnaast wordt er continu gezocht naar methodes om vragenlijsten beter en efficiënter op te stellen en uit te vragen, alsmede data te verwerken en terug te koppelen. Deze relatief snelle en grootschalige ontwikkelingen hebben een aantal knelpunten blootgelegd.

Verschillende knelpunten hangen samen met regie. Met betrekking tot de *ontwikkeling van vragenlijsten* is er bijvoorbeeld behoefte aan een partij die bekijkt voor welke aandoeningen of sectoren vragenlijsten ontwikkeld worden, en er daarbij op toeziet dat er geen overlap tussen lijsten ontstaat. Dit geldt ook voor het *uitzetten van metingen*; zo komt het bijvoorbeeld voor dat verschillende partijen metingen uitzetten met dezelfde vragenlijst. Ook voor wat betreft databeheer is er behoefte aan coördinatie. Momenteel zijn data versnipperd ondergebracht bij verschillende partijen die allemaal een eigen vorm van *databeheer* hantieren. Een centraal orgaan dat data beheert en consistente afspraken maakt over de toegankelijkheid van data kan hieraan een bijdrage leveren.

Een ander aandachtspunt betreft de soms tegenstrijdige belangen van de betrokken veldpartijen. Omdat deze verschillende partijen uiteenlopende informatiebehoefte hebben, is het niet altijd eenvoudig om hen met één vragenlijst allemaal volledig te dienen. Aan de ene kant is dit een knelpunt, dat in de praktijk overigens ook vaak goed afloopt. Aan de andere kant pleit dit gegeven juist ook voor de CQ-index. Wanneer alle betrokken partijen onafhankelijk van elkaar (en met hun eigen vragenlijst) hun eigen informatiebehoefte zouden najagen, zou de wildgroei helemaal niet te overzien zijn. Het creëren van draagvlak onder de verschillende belanghebbenden vereist desalniettemin de nodige aandacht.

CQI-vragenlijsten lijken minder geschikt voor mensen met lagere gezondheidsvaardigheden, zoals allochtonen en/of laaggeletterden. Verder onderzoek naar de invloed van (lagere) gezondheidsvaardigheden en culturele achtergrond op datakwaliteit en uitkomsten uit CQI-onderzoek is dan ook gewenst. Ook bij soorten zorg waar de kwaliteit van een groep of keten van zorgverleners wordt gemeten of in sectoren en instellingen waar kleine aantallen patiënten behandeld worden doen zich specifieke problemen voor.

Verder zijn er een aantal aandachtspunten van meer praktische aard, zoals de wijze van steekproeftrekken, de lengte (en het verkorten) van vragenlijsten, methoden van dataverzameling, en de wijze waarop binnen de CQI-systematiek wordt omgegaan met de privacy van patiënten. Voor vrijwel al deze punten geldt dat er vanuit het veld al extra inspanningen worden verricht om de CQ-index ook op deze punten zo goed mogelijk te implementeren. Dit betekent overigens niet dat deze vraagstukken inmiddels zijn opgelost; het gaat hier om lopende ontwikkelingen die nog niet volledig zijn uitgekristalliseerd.

5.2 Gebruik van CQI-resultaten

Veel verschillende partijen willen CQI-informatie gebruiken, en een aantal van hen doet dit ook daadwerkelijk. Zo nemen steeds meer zorgverzekeraars CQI-informatie mee bij de zorginkoop, en is er een voorlopende groep zorgaanbieders die de informatie gebruikt bij verbetertrajecten. Tegelijkertijd bestaat er een grote groep zorgaanbieders die terughoudend is in het gebruiken van CQI-informatie, en ook voor patiënten en consumenten is het gebruik van CQI-data als keuze-informatie (vooralsnog) beperkt tot een kleine groep.

Een aantal gebruikers geeft aan dat ze CQI-data (nog) niet goed kunnen gebruiken omdat deze niet actueel zijn, en/of alleen op een laaggegradeerd niveau beschikbaar. Soms heeft men geen toegang tot meer gede-

tailleerde data of weet men niet hoe ze die toegang moeten krijgen (bijvoorbeeld door aanvragen bij Stichting Miletus). De wens tot data op cliëntniveau wordt geuit, maar daarbij is wel een punt van aandacht of de partijen zelf in staat zijn met die data de relevante analyses uit te voeren. Een andere benadering is het preciezer formuleren van de informatiebehoefte, op grond waarvan de rapportages en presentatiewijzen zinvoller kunnen worden vorm gegeven.

Voor wat betreft presentatie en interpretatie van CQI-resultaten zijn er ook al verschillende ontwikkelingen gaande. Zo wordt er een nieuwe opmaak voor zorginkooprapportages ontwikkeld, en heeft onderzoek naar presentatiewijzen voor patiënten en consumenten de aandacht. Voor professionals die de zorg willen verbeteren is het boekje 'Van Meten naar Verbeteren' ontwikkeld, dat een handleiding bevat voor het (plenair) bespreken van resultaten op diverse prestatie-indicatoren, geïnterpreteerd en vertaald naar een verbeterplan.

Rondom het beoordelen van de kwaliteit van zorg op basis van de CQ-index spelen twee discussies. Allereerst vraagt men zich af of de CQ-index wel voldoende onderscheid laat zien tussen instellingen. In veel gevallen laat de CQ-index inderdaad kleine verschillen zien; waarschijnlijk omdat verschillen ook daadwerkelijk klein zijn. Daarmee samenhangend speelt een discussie over de normen waartegen CQI-resultaten moeten worden afgezet. Traditioneel zijn dit relatieve normen en worden instellingsscores afgezet tegen het gemiddelde over alle instellingen heen. Door een meer extreme norm te kiezen zouden meer instellingen een verschil met die norm laten zien. Hoe dergelijke absolute normen gekozen moeten worden is echter nog onduidelijk. Aangezien het discriminerend vermogen, het beoordelen van discriminerend vermogen en de mogelijkheid te werken met absolute normen voor discussie zorgen is nader onderzoek op deze punten wenselijk.

5.3 *Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief*

Hoewel specifieke patiëntgroepen verschillen in wat zij belangrijk vinden, zijn er wel enkele parallellen te trekken. Met uitzondering van de vv&t geldt voor alle patiëntengroepen dat aspecten met betrekking tot communicatie en informatieverstrekking vaak voorkomen in de top-10 van belangrijkste aspecten. Binnen de vv&t hecht men juist relatief veel belang aan zorginhoudelijke vaardigheden van zorgverleners; bij de verpleging en verzorging houden deze aspecten vooral verband met een goede kwaliteit van leven en bij de thuiszorg draait het vooral om gevoelens van vertrouwen en veiligheid.

Op veel kwaliteitsaspecten krijgen de meeste patiënten de zorg die ze belangrijk vinden, maar er is nog ruimte voor verbetering. Dit geldt vooral voor de verpleging en verzorging, maar ook voor de zorg rondom reuma en (in minder sterke mate) voor ziekenhuiszorg, de zorg rond de staaroperatie en voor de diabeteszorg. Bij de fysiotherapeut en de huisarts krijgen mensen meestal wél de zorg die zij wensen.

Kwaliteitsverbetering van zorg lijkt vooral mogelijk op het vlak van de communicatie en informatieverstrekking; de bejegening door de zorgverleners is over het algemeen juist van voldoende kwaliteit. De voornaamste verbeterpunten hebben grotendeels betrekking op het proces, en minder op de structuur van de zorg. Aangezien concrete verbeterpunten sterk verschillen over lijsten en aandoeningen, verdient het de aanbeveling om *sectorspecifiek* te werken aan de verbetering van kwaliteitsaspecten.

5.4 Wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?

Dit onderzoek maakt duidelijk dat er op het gebied van de ontwikkeling en de implementatie van de CQ-index methodiek heel veel gebeurd is in de afgelopen vijf jaar. Maar liefst 20 vragenlijsten zijn volledig uitontwikkeld en vrijgegeven voor gebruik, en een even zo groot aantal lijsten verkeert in de ontwikkelfase. Al deze lijsten zijn op initiatief of met medewerking van veldpartijen tot stand gekomen. Het draagvlak voor het instrument is groot. De grote winst van de CQ-index is dat er nu binnen de zorg een instrument ter beoordeling van kwaliteit is ontwikkeld waarin het patiëntperspectief centraal staat. Daarmee vormt de informatie uit de CQ-index een belangrijke aanvulling op medisch-technische en zorginhoudelijke indicatoren. De procesaspecten (zoals communicatie, informatie en bejegening) die nadrukkelijk onderdeel uitmaken van de vragenlijsten worden door patiënten en cliënten als belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg ervaren. Een positief punt van het brede draagvlak is dat verschillende partijen, doordat zij hetzelfde instrument gebruiken en over dezelfde data beschikken, systematisch met elkaar over kwaliteitsverbetering kunnen praten.

Een groot deel van de uitontwikkelde lijsten wordt inmiddels ook ingezet bij landelijke metingen. Ongeveer de helft van de lopende metingen wordt gefinancierd door Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars), daarnaast worden metingen geïnitieerd door sectorbrede stuurgroepen van Zichtbare Zorg waarin veldpartijen zijn verenigd die afstemmen welke kwaliteitsindicatoren voor hun sector het meest relevant zijn. Binnen de sectoren vv&t, gehandicaptenzorg en de GGZ komen de kosten van metingen voor de rekening van zorginstellingen zelf. Voor patiëntenorganisaties en kleinere zorgaanbieders is het zelf financieren van metingen vaak een probleem. Daarmee is de imple-

mentatie van de CQI in sterke mate afhankelijk van de medewerking van de zorgverzekeraars.

Er is veel belangstelling voor de informatie die de CQ-index oplevert. Wel zijn er nog niet over alle sectoren of ingrepen gegevens beschikbaar, en zijn de data die wél beschikbaar zijn niet altijd actueel of gedetailleerd genoeg volgens de gebruikers. Het gebruik van CQI-informatie is bij patiënten en consumenten (nog) beperkt tot een relatief kleine groep. Weliswaar bezoeken maandelijks ca. 400.000 mensen de website van kiesBeter, maar slechts vijf procent van de consumenten kiest op een geïnformeerde wijze een zorgaanbieder. De mate waarin zorgaanbieders daadwerkelijk gebruiken van de informatie voor kwaliteitsverbetering loopt nogal uiteen, van 'early adopters' tot afwachtenden. Er zijn al wel instellingen die op basis van CQI-informatie kwaliteitsverbeteringen doorvoeren: met name in de vv&t is hier onderzoek naar gedaan. Zorgverzekeraars nemen de informatie van de CQ-index mee bij de zorginkoop, maar er wordt nog niet op 'afgerekend'. Velen zoeken nog naar een goede manier om de CQI-resultaten in hun zorgcontractering in te bedden. De IGZ geeft aan dat ze voor haar toezichthoudende taak graag eerder over de data zou willen kunnen beschikken. Tenslotte bieden de data uit de CQI-metingen inzicht in wat patiënten en cliënten nu eigenlijk vinden van de zorg die ze krijgen, en of die zorg aansluit bij de zaken die ze zelf als belangrijk ervaren. Daarmee is het de indicator bij uitstek voor de mate van patiëntgerichtheid in de zorg.

5.5 Aanbevelingen

In dit onderzoek zijn een aantal knelpunten naar voor gekomen die in de komende jaren nadere aandacht behoeven. Daarbij gaat het om vraagstukken van verschillende niveaus.

Regie is een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst bij ontwikkeling en implementatie, zowel waar het gaat om nieuwe CQI-vragenlijsten als om aanpassing van en metingen met bestaande vragenlijsten. Het ckz, Zichtbare Zorg en zorgverzekeraars denken gezamenlijk al over oplossingen op dit terrein en hopen daarmee input te leveren voor het kwaliteitsinstituut dat volgens de plannen in 2012 door het ministerie van vws zal worden opgericht. Ook het Ministerie van vws zelf ziet hier een mogelijke rol voor het kwaliteitsinstituut.

Het draagvlak voor de CQ-index is goed, maar of dat zo blijft hangt uiteraard sterk af van de vraag of het partijen zal lukken om in de toekomst de informatie (nog) beter te kunnen gebruiken voor hun doelen: keuze-informatie, kwaliteitsverbetering, zorginkoop, toezicht en monitoring. Op dit moment is de informatie nog onvoldoende beschikbaar

(want niet in alle sectoren wordt gemeten), weet men niet waar men terecht kan voor de informatie of zijn de gegevens niet actueel of gedetailleerd genoeg voor het doel waarvoor men ze wil gebruiken. Hier ligt een belangrijke rol voor (implementatie-)onderzoek, waarbij nagegaan wordt welke presentatiewijze of format (bijvoorbeeld als onderdeel van een verbetertraject) het meest geschikt is voor de verschillende gebruiksdoelen. Bij de patiënten/consumenten en zorgverzekeraars is men hier al mee bezig.

Een volgend punt van aandacht is de financiering van de metingen, en daarmee samenhangend het eigenaarschap c.q. het gebruiksrecht van de data. Op dit moment worden de helft van de metingen betaald door de zorgverzekeraars, de andere helft door (grotere) zorginstellingen. Daarmee zijn patiëntenorganisaties en kleinere aanbieders afhankelijk van de keuzes en prioriteiten die door anderen gemaakt worden. Bovendien kunnen de gegevens uit die metingen weliswaar worden opgevraagd bij Stichting Miletus, maar is er niet een vanzelfsprekend gebruiksrecht voor derden geregeld. De gegevens van de grotere zorginstellingen zijn alleen op geaggregeerd niveau beschikbaar voor derden.

Een aantal methodologische zaken rondom de CQI-systematiek verdienen aandacht in verder onderzoek: de wijze van steekproeftrekken, de lengte (en het verkorten) van vragenlijsten, en methoden van dataverzameling. Een ander thema is de integratie van door patiënten ervaren effecten van zorg (Patient Reported Outcome Measures) in de vragenlijsten. Daarnaast spelen ook enkele inhoudelijke onderzoeksvraagstukken: hoe is de CQI beter toegankelijk te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en hoe kan het vermogen om onderscheid tussen aanbieders te meten verder verbeterd worden? Door het adresseren van deze thema's en onderzoeksvragen kan de CQI-meetsystematiek in de toekomst nog beter worden ingezet voor de doelen waarvoor ze vijf jaar geleden in Nederland is geïntroduceerd.

Referenties

ACTIZ, BTN, LOC Zeggenschap in Zorg, Sting, vNG, ministerie van vws, & IGZ (2009). Kwaliteits-document voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden. (www.invoeringwmo.nl/node/70)

ACTIZ, BTN, LOC Zeggenschap in Zorg, Sting, v&vN, Verenso, Zorgverzekeraars Nederland, ministerie van vws, & IGZ (2010). Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. (www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=3108)

Bensing, J. (2000). Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and Counselling*; 39 (1), 17-251.

Bloemendal, E., Triemstra, A. H. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2008). CQ-index Astma: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.

de Boer, D. & Delnoij, D. (2010). Verantwoording evaluatie vv&t. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

de Boer, D., Delnoij, D., & Rademakers, J. (2010). Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expectations*, 12 (3), 285-297.

de Boer, D., Veenhof, C., & Delnoij, D. (2009). CQ-index Fysiotherapie, versie 2.3: Psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.

Brandt, H., Zuidgeest, M., & Sixma, H. (2007). Pilot ontwikkeling CQ-index Gehandicaptenzorg. Utrecht: NIVEL.

Brouwer, W., Sixma, H., Triemstra, M., & Delnoij, D. (2006). Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL.

Centrum Klantervaring Zorg (2008). Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2007. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Centrum Klantervaring Zorg (2009). Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2008. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Centrum Klantervaring Zorg (2010). Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2009. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Sixma, H., Brandt, H. E., van der Putten, M. J. A., de Veer, A. J. E., & Deliëns, L. (2009). Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.

Consumentenbond (2010). Het verschil tussen kiezen en een geïnformeerde keuze. Presentatie op het Symposium 'Vijf jaar kiesBeter.nl' (Utrecht, 11 maart 2010).

- Cornelissen, M. M. E., de Kroon S. J. W., & Winters-van der Meer, A. C. M. (2010). Branchebeeld Kwaliteit 2009 Verpleging Verzorging en Zorg thuis. Utrecht: Kiwa/Prismant.
- Damman, O. C. (2010). Public reporting about healthcare users' experiences: The Consumer Quality Index. Utrecht: NIVEL.
- Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J. (2007). cq-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Delnoij, D. (2009). Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Tilburg: Tranzo.
- Delnoij, D., ten Asbroek, G., Arah, O. A., de Koning, J. S., Stam, P., Poll, A., Vriens, B., Schmidt, P., & Klazinga, N. S. (2004). Made in the USA: The import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. *European Journal of Public Health*, 14, (43).
- Delnoij, D. M. J., Rademakers, J. J. D. J. M., & Groenewegen, P. P. (2010). The Dutch Consumer Quality Index: An example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC Health Services Research*, 10 (88).
- Donselaar, C. G., Koopman, L., Hendriks, M., & Rademakers, J. (2011). Het effect van steekproeftrekking en afzender op respons en ervaringen. Utrecht: NIVEL.
- van Doornen, A., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2008). cq-index Spataderen: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Draisma, S. & Smit, J. H. (2010). Responsverhogende maatregelen voor de Consumer Quality Index. Amsterdam: GGZ InGeest.
- Eén Vandaag, 1 december 2010. (http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/36773/zwartboek_voor_verpleeghuis_zoetermeer)
- Fogg, B. J. (2003). Persuasive technology. *Using computers to change what we think and do*. Morgan San Francisco: Kaufmann Publishers.
- Gelsema, T., Delnoij, D., & Triemstra, M. (2006). Kwaliteit van zorg rondom een totale heup- of knieoperatie vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL.
- Groenewoud, A. S. (2008). It's your choice! A Study of search and selection processes, and the use of performance indicators in different patient groups. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Hamminck, A. & Giesen, P. (2010). cq-index Huisartsenposten: Meetinstrumentontwikkeling en onderzoek naar het discriminerend vermogen. Nijmegen: IQ Healthcare.
- Hargraves, J., Hays, R., & Cleary, P. (2003). Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS[R]) 2.0 Adult Core Survey. *Health Services Research*, 38, 1509-1527.

- Hays, R. D., Shaul, J. A., Williams, V. S. L., Lubalin, J. S., Harris-Kojetin, L. D., Sweeny, S. F., & Cleary, P. D. (1999). Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. *Consumer Assessment of Health Plans Study. Medical Care*, 37, 22-31.
- Heesbeen, I. (2008). CQ-index Verpleging, Verzorging, Thuiszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 428-429.
- Hendriks, M., Delnoij, D., van der Meulen-Arts, S., Brouwer, W., & Spreeuwenberg, P. (2005). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Utrecht: NIVEL.
- Hendriks, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Delnoij, D. (2009). Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Research*, 9 (167), doi:10.1186/1472-6963-9-167.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2001). It isn't just about choice: the potential of public performance report to affect the public image of hospitals. *Medical Care Research and Review*, 62, 358-71.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts. *Health Affairs*, 22, 84-94.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*, 24, 1160.
- ITS (2010). CE-index. Pilot: CE gehandicaptenzorg. Nijmegen: ITS.
- Kinds, E., Koopman, L., Triemstra M., & Rademakers, J. (2009). CQ-index Rughernia: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van rugherniazorg vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL.
- Koopman, L. & Rademakers, J. J. D. J. M. (2008). CQ-index Reumatoïde Artritis: onderzoek naar het discriminerend vermogen: kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis. Utrecht: NIVEL.
- LOC Zeggenschap in Zorg, ActiZ, BTN, Sting, Verenso, & V&VN (2009). Van Meten naar verbeteren: Samen komen tot beter doen. Utrecht: LOC Zeggenschap in Zorg.
- van der Maat, M. & de Jong, J. (2008). Internet meest gebruikte informatiebron bij zoeken naar passende zorgverzekering. Utrecht: NIVEL.
- Meuwissen, L. & de Bakker, D. (2008a). CQ-index Huisartsenzorg: meetinstrument-ontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Meuwissen, L. & de Bakker, D. (2008b). CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening. Utrecht: NIVEL.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). Maatschappelijke opgaven Volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Zorg die werkt: De beleidsdoelstellingen van de minister van vws (MC-U-3044831)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Motivacion & Praktijk Index. (2009). *Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie*.
- Nijkamp, M. D., Sixma, H., Afman, H., Hiddema, F., & Koopmans, S. A. (2002). Quality of care from the perspective of the cataract patient. QUOTE cataract questionnaire. *Journal of Cataract Refractive Surgery*, 28, 1924-1931.
- Peeters, J. M. & Rademakers, J. (2009a). *CQ-index Hulp bij het Huishouden: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
- Peeters, J. M. & Rademakers, J. (2009b). *Ervaringen van cliënten met de Hulp bij het Huishouden*. Utrecht: NIVEL.
- Plexus (*in voorbereiding*).
- Rademakers, J., Delnoij, D., & de Boer, D. (2011). Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality and Safety* (doi:10.1136/bmjqs.2010.042358)
- Rademakers, J., Sixma, H., Triemstra, M., Damman, O., Hendriks, M., & Zuidgeest, M. (2008). De constructie van een CQI meetinstrument: ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 447-454.
- Ramakers, C., Schellingerhout, R., Sombekke, E., van den Wijngaart, M., & Vermeulen, H. (2010). *CE-index Verstandelijk Gehandicaptenzorg: Ontwikkeling van een cliëntervaringsinstrument*. Nijmegen: ITS.
- Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O. C., Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P., & Rademakers, J. (2009). *CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
- Roset, B., Stronks, K., Sixma, H., Rademakers, J., & Arah, O. (2008). Item non-respons bij CQI onderzoek onder patiënten van allochtone herkomst. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 471-477.
- Rupp, I., Smulders, A., Klazinga, N. S., Delnoij, D., & Spreeuwenberg, P. (2006). *Ervaringenlijst Diabetes: Onderzoek naar het discriminerend vermogen*. Amsterdam: AMC-UVA.
- Schouten, G. M., Sixma, H. J., & Friele, R. D. (2000). *QUOTE-diabetes: Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes*. Utrecht: NIVEL.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing Versus Satisficing: Happiness Is a Matter of Choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1178-1197.
- Sixma, H. J. M., van Linschoten, C. P., Betten, W., & Rademakers, J. J. D. J. M. (*in voorbereiding*). *Regionale pilot CQI Huisartsenzorg: Verschillende methoden van implementatie vergeleken*.
- Sixma, H., van Campen, C., Kerssens, J., & Peters, L. (1998). *Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL.

- Sixma, H., Hendriks, M., de Boer, D., & Delnoij, D. (2008a). Handboek CQI Metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Deel 1: Steekproeftrekking en dataverzameling. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.
- Sixma, H., Hendriks, M., de Boer, D., & Delnoij, D. (2008b). Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.
- Sixma, H., Kerssens, J., van Campen, C., & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1, 82-95.
- Sixma, H., Spreeuwenberg, P., Zuidgeest, M., & Rademakers, J. (2009). CQ-index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Smit, M. & Friele, R. (2005). De agenda van de patiënt. Utrecht: NIVEL.
- van Sonsbeeck, D. D., & Delnoij, D. M. J., & Triemstra, A. H. M. (2006). Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.
- Stichting Miletus (2010). Jaarverslag 2009. (<http://www.stichtingmiletus.nl/jaarplanning>)
- Stichting Miletus (2010). Data van meting CQI Heup- en knieoperatie.
- Stichting Miletus (2010). Data van meting CQI Staaroperatie.
- Stichting Miletus (2010). Data van meting CQI Ziekenhuiszorg.
- Stubbe, J., Spreeuwenberg, P. & ten Asbroek, G. (2007). CQ-index Diabetes Schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst. Utrecht: NIVEL.
- Triemstra, M, Hendriks, M., Delnoij, D., & Rademakers, J. (2008). Doelspecifieke versies van CQ-index meetinstrumenten: korter, krachtiger, en specifiekere meten? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 486-493.
- de Veer, A. J. E., de Boer, D., Spreeuwenberg, P., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2009). Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport 'Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd'. Utrecht: NIVEL.
- de Veer, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Utrecht: NIVEL.
- Vos, L. & de Jong, J. (2009). Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%: ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL.
- Vunderink, L., Rietveld, G., & Karssen, B. (2009). De CQ-index: naar fit-for-purpose. Barneveld: Significant B.V.

van Wagtenonk, I., van der Hoek, L., & Wiegiers, T. (2010). Ontwikkeling van een CQ-index voor de kraamzorg. Utrecht: NIVEL.

Westert, G. P., van den Berg, M. J., Zwakhals, S. L. N., Heijink, R., de Jong, J. D., & Verkleij, H (redactie). (2010). Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Wiegiers, T. A., Stubbe, J. A., & Triemstra, A. H. M. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Utrecht: NIVEL.

van Wijngaarden, B., Kok, I., Meije, D., & Fotiadis, L. (2007). Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante GGZ. Utrecht: Trimbos.

van Wijngaarden, B., Kok, I., Meije, D., & Fotiadis, L. (2008). Een Consumer Quality Index voor de langdurende en klinische GGZ. Utrecht: Trimbos.

van Wijngaarden, B., Kok, I., & Sixma, H. (2008). De bruikbaarheid van een CQ-index voor de GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg: eerste bevindingen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 463-470.

van Wijngaarden, B., Meije, D., Oskam., K., & Kok, I. (2009). De psychometrische kwaliteiten van een Consumer Quality Index voor langdurende en klinische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos.

de Wildt, J. E., Talboom, E., & Leusink, G. L. (2009). Dossier Zorggroepen. *De Eerstelijns*, 1 (3), 22-28.

Winters, S., Strating, M. H., Klazinga, N. S., Kool, R. B., & Huijsman, R. (2010). Determining the interviewer effect on CQ Index outcomes: a multilevel approach. *BMC Medical Research Methodology*, 10 (75).

www.borstkanker.nl

www.cahps.ahrq.gov/default.asp

www.centrumklantervaringzorg.nl

www.consumentenbond.nl

www.consumentenendezorg.nl

www.jaarverslagenzorg.nl

www.kiesBeter.nl

www.nigz.nl

www.nivel.nl/quote

www.wetten.overheid.nl/BWBR0018715

Zuidgeest, M., de Boer, D., Hendriks, M., & Rademakers, J. (2008). Verschillende dataverzamelingmethoden in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86 (8), 455-462.

Zuidgeest, M., Damman, O. C., Rademakers, J. J. D. J. M., & Delnoij, D. M. J. (in voorbereiding). Pretesting Patient Experience questionnaires: a case report of the Dutch Consumer Quality index.

Zuidgeest, M., Delnoij, D. M. J., de Boer, D., Luijkx, K. G., & Westert, G. P. (2011). Client experiences of quality of long-term care: comparing scores over time. (ingediend ter publicatie)

Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J. (2007). CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL.

Zuidgeest, M., Luijkx, K. G., Westert, G. P., & Delnoij, D. M. J. (2010). Sturen op cliëntervaringen? Transparantie en kwaliteitsbevordering in verpleeg- en verzorgingshuizen. Tilburg: Tranzo.

Zuidgeest, M., Luijkx, K. G., Westert, G. P., & Delnoij, D. M. J. (2011). Role of client councils and their legal rights in the policy of long-term care organisations. (ingediend ter publicatie)

Zuidgeest, M., Reitsma-van Rooijen, P. M., Sixma, H. J., van der Hoek, L., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2010). CQ-index Revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.

Bijlage 1 *Leden van de klankbordgroep*

mevr. J. Baardman ³⁷	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (manager)
mevr. K. Buckens ³⁸	kiesBeter (projectleider)
mevr. D. Delnoij	Centrum Klantervaring Zorg (directeur)
mevr. S. Elbrink	Ministerie van vws (beleidsmedewerker)
mevr. I. Heesbeen ³⁹	ActiZ (senior beleidsmedewerker)
dhr. M. Laterveer	LOC-Zeggenschap in zorg (plaatsvervangend directeur)
mevr. J. van Sonderen	kiesBeter (projectleider)
dhr. A. Verhoeven	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (senior beleidsmedewerker)
mevr. F. Vlems	Zichtbare Zorg (projectleider)
dhr. H. van der Wal	Ministerie van vws (senior beleidsadviseur)
mevr. C. van Weert	Stichting Miletus (directeur)

³⁷ Plaats in de klankbordgroep is deels waargenomen door mevr. L. Bierma (beleidsmedewerker)

³⁸ Functie bij kiesBeter en plaats in de klankbordgroep is later overgenomen door mevr. van Sonderen

³⁹ Plaats in de klankbordgroep is waargenomen door mevr. Smits en mevr. van Beek (beiden beleidsmedewerker)

Bijlage 2 Geïnterviewde veldpartijen en hun vertegenwoordigers

Zorgverzekeraars

Stichting Miletus
Agis
Achmea

mevr. C. van Weert
dhr. N. Groeneweg
mevr. S. van Geene

Zorgaanbieders

ActiZ
Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF)
orthopedisch chirurg (op persoonlijke titel)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)⁴⁰

mevr. I. Heesbeen
dhr. A. Verhoeven
dhr. F. van Oosterhout
mevr. M. Bouma
dhr. P. van den Homberg

Patiënt/consument

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
LOC-Zeggenschap in zorg
Borstkankervereniging Nederland (BVN)
Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)
kiesBeter

mevr. J. Baardman
dhr. M. Laterveer
mevr. R. van der Heide
dhr. J. Beelen
mevr. K. Buckens
mevr. R. van Haren

Toezichthouders

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

dhr. J. Geelhoed
mevr. A. Jonkers

Sectoren - GGZ & GZ

Trimbos Instituut
ITS

dhr. B. van Wijngaarden
mevr. C. Ramakers

Overig

Centrum Klantervaring Zorg (CKZ)
Zichtbare Zorg
Ministerie van vws (Markt & Consument)

mevr. D. Delnoij
mevr. F. Vlems
dhr. K. Molenaar

⁴⁰ Het gesprek met de vertegenwoordigers van de huisartsverenigingen NHG en LHV vond niet plaats in het kader van dit onderzoek, maar was ten behoeve van (de evaluatie van) de pilot CQI-Huisartsenzorg (Sixma et al., in voorbereiding). Hoewel de bevraging niet exact verliep volgens de standaard leidraad zoals opgesteld voor dit onderzoek, kwamen er veel relevante thema's aan de orde, wat het interview met terugwerkende kracht geschikt maakte voor het huidige onderzoek.

Bijlage 3 Voorbeeld van een interviewschema (zorgverzekeraar)

Interviewschema

Algemene gegevens

Aanwezige(n): _____

Starttijd: _____

Eindtijd: _____

Datum: _____

Voorstellen Goedemorgen/middag, bedankt dat u tijd voor mij kunt vrijmaken. Ik zal me even kort voorstellen en het doel van dit interview uitleggen. Mijn naam is [naam interviewer] en ik ben werkzaam als onderzoeker bij het NIVEL. Het NIVEL verricht toegepast beleidsonderzoek voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Momenteel hou ik mij, in opdracht van vws, bezig met een overzichtsstudie van de CQ-index. De CQ-index werd in 2006 geïntroduceerd als instrument dat de kwaliteit van zorg meet vanuit het perspectief van de patiënt. Nu de CQI vijf jaar operabel is, wil het Ministerie van vws een eerste balans opmaken van wat deze het veld heeft opgeleverd. Hiertoe willen wij twee vragen beantwoorden, namelijk (1) hoe de implementatie van de CQI verloopt en welke uitdagingen daarbij komen kijken, en (2) in hoeverre direct betrokken partijen gebruik maken van CQI-informatie. Het gaat hierbij om patiënten en patiëntorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders. Naast deskresearch hopen wij door middel van interviews met sleutelfiguren een antwoord op deze vragen te krijgen.

Waar gaat het interview over? Het gesprek zal uiteenvallen in twee onderwerpen, namelijk de implementatie van de CQ-index en gebruik van CQI-informatie. Het is een open gesprek. Ik zal u open vragen stellen. De bedoeling van het interview is dat u alles zegt wat er in u op komt. Alle opmerkingen zijn voor ons relevant.

Opname recorder en vertrouwelijkheid Om me tijdens ons gesprek te kunnen concentreren op wat u zegt, zou ik graag het gesprek opnemen op een geluidsrecorder. Vindt u dit goed? Het gesprek duurt maximaal anderhalf uur. Ten slotte wil ik benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn; wij zijn juist geïnteresseerd in de daadwerkelijke waarnemingen en ervaringen die er bestaan. Heeft u nog vragen voor we beginnen?

Intro gesprekspartner

Om een idee te krijgen wie u bent en wat u binnen uw organisatie doet, wil ik u hier eerst kort een paar vragen over stellen.

- ***Kunt u iets vertellen over de organisatie en uw positie daarin?***
Wat is uw functie, plaats binnen organisatie?
 - Naam, achtergrond, functie of rol binnen de organisatie
 - Aantal jaren werkzaam in deze sector en bij deze organisatie
 - Typische werkzaamheden

Implementatie van de CQ-index

- ***Bent u betrokken geweest bij ontwikkeling van CQI-lijsten?***
Zo ja – welke, en:

Totstandkoming/draagvlak

- ***Wat zijn uw ervaringen rondom de ontwikkeling van de CQI, en wat was de rol van de verschillende betrokken partijen daarin?***
 - Op **initiatief** van welke partij(en)?
 - Overige betrokken partijen?
 - Rol/inspraak van zorgverzekeraars?
- ***Hoe was het draagvlak onder de verschillende partijen?***
 - Was er draagvlak onder alle relevante veldpartijen?
 - De CQI dient voor **verschillende partijen verschillende doelen**.
In hoeverre leiden de verschillende (sub)doelen van de verschillende partijen problemen op bij het vormgeven van de CQI?
- ***Waren er tav. de ontwikkeling punten van discussie tussen de verschillende betrokken partijen?***
Zo ja:
 - Op welke punten?
 - Wat waren de standpunten?
 - Waar is men op uit gekomen, en hoe?
- ***Hoe was de financiering van de ontwikkeling van de CQI geregeld? (overheid?)***

Doorontwikkeling

- **Wanneer een lijst is uitontwikkeld, kan deze worden uitgezet. Hierover (vorm, frequentie, steekproef etc.) maken de verschillende partijen afspraken met elkaar. Deden er zich tav. de doorontwikkeling problemen voor, of waren er punten van discussie tussen de verschillende betrokken partijen?**

Zo ja:

- Op welke punten?
 - Wat waren de belangen/standpunten?
 - Hoe stond de IGZ hierin?
- **Veel veldpartijen missen een centrale coördinatie/regievoering bij het uitzetten van vragenlijsten; is dit iets wat [naam zorgverzekeraar] herkent?**
 - Zo ja: is het wenselijk dat hiervoor een oplossing komt, en welke partij zou de regie (met bijkomende kosten) voorhaar rekening moeten/kunnen nemen?

Specifieke Punten

- **Bestaan er in de praktijk problemen rondom de inhoud (begrijpelijkheid) en/of lengte van de vragenlijst?**
- **Bestaan er in de praktijk problemen rondom de vorm en frequentie van uitvragen?**
- **Bestaan er in de praktijk problemen rondom (het trekken van) de steekproef? (kleine OE's?)**
 - Bij *directe* benadering door aanbieders: Betrouwbaarheid?
 - Bij *steekproeftrekking* onder aanbieders: Probleem met scheve verdeling verzekerden?
 - Bij *steekproeftrekking* onder verzekeraars: Probleem met verouderde data? (sluiting DBC)
- Bestaan er in de praktijk problemen rondom (het maken van afspraken over) de **rapportage**?
- Bestaan er in de praktijk problemen rondom (het maken van afspraken over) het **openbaar maken van gegevens**?

Dit deel van het interview richtte zich voornamelijk op de implementatie van de CQ-index. Voordat we door gaan naar vragen over het gebruik van de CQ-index, heb ik nog een paar vragen.

- **Bestaan er naar uw mening knelpunten of relevante thema's rondom de implementatie van de CQI die niet ter sprake zijn geweest?**

Zo ja:

- Wat voor knelpunt(en)/thema's?
- Komen deze vaak voor?
- Is er op dit punt volgens u ruimte voor verbetering, en zo ja – hoe?

Gebruik van CQI-informatie

Kwaliteitsbeleid

- Waar staat bij [naam zorgverzekeraar] **kwaliteit**, tov. toegankelijkheid en betaalbaarheid (prijs) van zorg (binnen het zorginkoopbeleid)?
 - Heeft u de indruk dat dit bij andere zorgverzekeraars ook zo is?
 - Hoe kijken zorgaanbieders doorgaans aan tegen kwaliteit?
 - En hoeveel waarde hechten patiënten/verzekerden aan kwaliteit van zorg?
 - Voeren de veldpartijen onderling de dialoog over wat men onder kwaliteit verstaat, en hoe zwaar dit weegt? (*aanbieders, verzekerden*)
- Welke plaats heeft het **patiëntenperspectief** bij [naam zorgverzekeraar], bij het in kaart brengen van kwaliteit?
 - Is dit altijd zo geweest?

Bronnen van kwaliteitsinformatie / behoefte CQI

- Met welke CQI-gegevens werkt [naam zorgverzekeraar]? (*sectoren, ingrepen/aandoeningen*)
 - Door welke partij zijn deze metingen zoal uitgezet? (*alleen metingen door Miletus, of ook op initiatief van zorgaanbieders?*)
 - Is [naam zorgverzekeraar] bekend met CQI's waar ze (nog) niet mee werkt?
 - Zo ja – waarom werkt ze hier (nog) niet meer?
 - In hoeverre kan je als zorgverzekeraar überhaupt over CQI-gegevens beschikken? (*alles in principe via stuurgroepen [waarin ZN zit] inzichtelijk?*)
- In hoeverre beschikt [naam zorgverzekeraar] ook over **andere cliëntervaringsmaten?** (*zoals 'Door Cliënten Bekeken'*)
 - In hoeverre worden deze gegevens ook daadwerkelijk gebruikt bij de zorginkoop?

- In hoeverre beschikt [naam zorgverzekeraar] over **zorginhoudelijke (klinische)** maten? (*vaak gehoord dat dit nauwelijks het geval is!*)
 - In hoeverre worden deze gegevens ook daadwerkelijk gebruikt bij de zorginkoop?
- In hoeverre voegt de CQI iets toe voor zorgverzekeraars?
 - In hoeverre beschouwen zorgverzekeraars de CQI als een **waardevol instrument**?

Bruikbaarheid

- Hoe krijgt [naam zorgverzekeraar] CQI-gegevens teruggekoppeld? (*vorm, omvang*)
 - Wie leest deze rapporten? (*zorginkopers*)
 - Zijn de rapportages doorgaans **begrijpelijk**?
 - Bestaat hierin een verschil tussen meetbureaus?
 - Zijn de uitkomsten in de rapportages doorgaans **herkenbaar**?
- In hoeverre sluiten de CQI-rapportages doorgaans aan bij de informatiebehoefte van zorgverzekeraars in het kader van de zorginkoop?
 - Is er doorgaans **voldoende onderscheid** te maken tussen aanbieders? (*presentatie CKZ-onderzoeksreform: geen verschil op geaggregeerd niveau, wel op onderliggende data*)
 - Zo nee: in hoeverre is dit een probleem?
 - Hoe zou dit verbeterd kunnen worden?
 - In hoeverre kunnen zorgverzekeraars aanbieders **over tijd vergelijken**?
 - Zo nee: in hoeverre is dit een probleem?
 - Hoe zou dit verbeterd kunnen worden?
- In hoeverre worden zorgaanbieders ook **afgerkend** op CQI-uitkomsten?
 - Bestrafen (kortten) van lage scores, of belonen (bonus, P4P) van hoge scores?

(Ondergrens van) goede zorg / verbeteren van zorg

- In hoeverre betekent een hoge score ook daadwerkelijk ‘goede’ zorg? (*bijv. aanbieders die zelf respondenten benaderen [fysio’s], als je de minst slechte van vele slechten bent scoor je drie sterren*)
 - Wanneer is zorg volgens u ‘goed’?
 - En waar ligt de ondergrens, hoe wordt deze bepaald?
 - Hoe kijkt u in dit kader aan tegen de recente ontwikkelingen tav. de borstkankerzorg (ingrijpen door CZ, met daarop volgende reactie van het Slotervaartziekenhuis)

- Bij wie ligt volgens u de taak om de kwaliteit van zorg te **verbeteren**? (*aanbieders alleen, of aanbieders samen met zorgverzekeraars*)
 - In hoeverre denken zorgverzekeraars met aanbieders mee over het verbeteren van zorg, formuleren van verbeteracties? (*vs. alleen maar wijzen op sterren*)
 - In hoeverre leent CQI-informatie zich voor het formuleren van gerichte verbeteracties?
 - Hoe kunnen dergelijke verbeteracties eruit zien?
 - Is het, met behulp van de CQI, mogelijk om het evt. effect van die verbeteracties te meten?
- Een veelvuldig gehoord commentaar vanuit het veld is dat er met het straf- of beloningssysteem het risico bestaat dat zorgaanbieders zich **blind staren op sterren en scores**, en dat men daardoor voorbij gaat aan diepere analyse van evt. problemen (zodat problemen zich verleggen, of inefficiënt worden aangepakt). Hoe kijkt u hier tegenaan?

We zijn bijna aanbeland bij het einde van het interview. Ik heb nog drie laatste vragen aan u:

- Bestaan er naar uw mening knelpunten of relevante thema's rondom het gebruik van de CQI als informatiebron van kwaliteit die niet ter sprake zijn geweest?

Zo ja:

 - Wat voor knelpunt(en)/relevante thema's?
 - Komen deze vaak voor?
 - Is er op dit punt volgens u ruimte voor verbetering, en zo ja - hoe?
- Wat zijn, van alle problemen die we tav. het gebruik van CQI-informatie hebben besproken, naar uw mening de (drie) **voornaamste knelpunten**?
- Wat zijn naar uw mening juist **sterke punten** t.a.v. het gebruik van CQI-informatie, en waarom?

Algemeen/resumerend

- De doelstelling van vws bij het introduceren van de CQ-index was **kwaliteitsverbetering van zorg** – dit door het **gestandaardiseerd in kaart brengen van patiëntervaringen**. In hoeverre is deze doelstelling naar uw mening gehaald?
 - Zo nee, waarom niet? Kan deze doelstelling alsnog gerealiseerd worden, en wat is daarvoor nodig?

Afsluiting

Dit was de laatste vraag. We zijn nu klaar met het interview. Maar misschien hebt u nog aanvullingen, opmerkingen of vragen? Ik wil u hartelijk danken voor uw uitgebreide antwoorden. Wij zullen uw antwoorden verwerken in een samenvatting. Deze samenvatting zal u ruim voor openbaarmaking van het rapport worden toegestuurd. Mochten er bij het uitwerken van dit interview nog zaken zijn die toelichting vragen, zou ik u hiervoor dan telefonisch of per mail mogen benaderen? Wij stellen het zeer op prijs dat u de tijd heeft genomen om ons te helpen vandaag. Nogmaals hartelijk dank.