

# Onderzoeksprogramma CQ-index – Stand van zaken en prioritering voor 2008

## Adviesnota van de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) van het Centrum Klantervaring Zorg, juni 2008

Begin 2007 heeft de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) van het Centrum Klantervaring Zorg in een notitie de contouren geschetst van een onderzoeksprogramma voor de verdere ontwikkeling van de Consumer Quality Index (afgekort als CQ-index of CQI; CVK070207 Onderzoeksprogramma CQ Index WAR). Het doel van dit onderzoeksprogramma is om inzicht te krijgen in de betrouwbaarheid, validiteit en gebruikswaarde van de CQ-index. In de huidige notitie wordt de stand van zaken van het CQI onderzoek beschreven om zo te komen tot een prioritering van onderzoeken voor 2008. Hierbij wordt uitgegaan van de eerder geschetste contouren van het onderzoeksprogramma. De volgende stap is dat de WAR de contouren gaat uitwerken tot een uitgekristalliseerd onderzoeksprogramma dat richting moet geven aan het CQI onderzoek voor de komende jaren.

## 1 Inleiding

Tot op heden is vooral geïnvesteerd in een ontwikkelingsprogramma voor de CQ-index. Momenteel hebben zeven CQI meetinstrumenten de ontwikkelingsfase met succes doorlopen en zijn gereed voor toepassing in publieke of private metingen. Bijna twintig CQI meetinstrumenten zijn in ontwikkeling. Daarnaast is het Handboek CQI Meetinstrumenten opgesteld met daarin richtlijnen voor het ontwikkelen van een CQI meetinstrument en richtlijnen voor dataverzameling, analyses en rapportages bij reguliere metingen met een CQI meetinstrument.

Het huidige Handboek CQI Meetinstrumenten dateert van maart 2007<sup>1</sup>. Op basis van onderzoeken en ervaringen opgedaan in het afgelopen jaar worden de CQI richtlijnen op dit moment herzien en verder aangescherpt. Naar verwachting verschijnt deze zomer een nieuwe versie van het Handboek met daarin de verbeterde richtlijnen. Er blijven echter een aantal hoofdstukken en onderdelen oningevuld, omdat de wetenschappelijke onderbouwing ervoor ontbreekt. Andere onderdelen zijn wel ingevuld, maar die nen door nader onderzoek beter te worden onderbouwd en waar nodig aangepast, omdat zij meer op consensus onder CQI onderzoekers berusten dan op evidence.

De WAR is verheugd over de belangstelling voor de CQ-index en over de vooruitgang in de ontwikkeling van richtlijnen, maar is van mening dat in de komende jaren het accent in onderzoek zou moeten verschuiven naar vragen met betrekking tot het feitelijk gebruik dat van CQI informatie wordt gemaakt en de mate waarin dat gebruik bijdraagt aan versterking van de positie van de cliënt en de werking van de zorg- en verzekeringsmarkt.

Er is nader wetenschappelijk onderzoek nodig rond:

A. De *betrouwbaarheid* en *validiteit* van de CQ-index, meer specifiek rond het:

1. Vaststellen van de stabiliteit en externe validiteit van vragenlijsten;
2. De benodigde mate van standaardisatie van vragenlijsten;
3. (Verder) standaardiseren en optimaliseren van de meetmethoden;
4. (Verder) standaardiseren van de procedures voor het vaststellen en toepassen van case-mix adjusters;
5. (Verder) standaardiseren van de methode voor het vaststellen van significante verschillen in prestaties van verzekeraars/aanbieders.

B. De *gebruikswaarde* van de CQ-index, meer specifiek rond:

6. De relatie tussen gebruik van uitkomsten als keuze-informatie, zorginkoopinformatie en verbeterinformatie;
7. Het standaardiseren van presentatiewijzen in de diverse CQI rapportages;
8. De interpretatie van uitkomsten van CQI metingen in het licht van de positie van de cliënt/consument in de gezondheidszorg en de werking van de zorg- en verzekeringsmarkt.

In paragraaf 2 worden enkele onderwerpen die op dit moment relevant zijn binnen de CQ-index kort beschreven. Hierbij is aandacht voor de huidige stand van zaken en de activiteiten die in het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden. In paragraaf 3 staat aangegeven welke onderzoeken prioriteit hebben en nog in 2008 uitgevoerd moeten worden.

## 2 Onderwerpen in het onderzoeksprogramma

### 2.1 Vaststellen van de stabiliteit en externe validiteit van vragenlijsten

Hierbij gaat het om:

- Klassiek psychometrisch onderzoek, met name test-hertest van de betrouwbaarheid;
- Onderzoek naar de externe validiteit van vragenlijsten.

De test-hertest betrouwbaarheid geeft de mate weer waarin resultaten van metingen die op twee momenten in de tijd bij dezelfde personen worden afgenomen, gelijk zijn. Bij het bepalen van de test-hertest betrouwbaarheid wordt tussen beide metingen meestal een periode aangehouden van langer dan twee weken, maar korter dan twee jaar. De test-hertest betrouwbaarheid kan niet los gezien worden van de sensitiviteit van een CQI meetinstrument om veranderingen in de tijd in de zorg te meten. Deze twee onderwerpen dienen dan ook in samenhang onderzocht te worden.

Bij de externe validiteit van een meetinstrument gaat het om de vraag of de lijsten meten wat zij beogen te meten, namelijk kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de klant. Dit is een bijzonder relevante vraag. De CQ-index pretendeert objectieve en betrouwbare verschillen in prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in kaart te brengen door te vragen naar ervaringen van klanten en niet naar meer subjectieve constructen als tevredenheid. Er zijn verschillende manieren om dit onderzoek uit te voeren. Daarbij kan gedacht worden aan het combineren van feitelijke observaties van het proces van zorgverlening (bijvoorbeeld via video- of audio-opnamen)<sup>2</sup> en de afname van een CQ-index; of een vergelijking van uitkomsten van CQ-index metingen met gegevens uit andere bronnen (bijvoorbeeld registraties van instellingen of beroepsbeoefenaren).

### Stand van zaken

Binnen de CQ-index is nog geen test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Hiervoor kan een formele test worden ontworpen, bijvoorbeeld parallel aan een geplande meting.

Binnen één onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen observaties van het proces van zorgverlening en gerapporteerde ervaringen van cliënten. De telefonische afhandeling van vragen aan de klantenservice van vier zorgverzekeraars is bekeken en naar de betrokken verzekerden een ingekorte CQI vragenlijst gestuurd die specifiek ging over de ervaringen met dit telefonische contact. De resultaten van dit project zullen naar verwachting deze zomer bekend worden. Verder onderzoek naar de externe validiteit is noodzakelijk om de legitimiteit van de CQ-index te waarborgen.

## **2.2 Vaststellen van benodigde mate van standaardisatie van vragenlijsten**

Concreet gaat het bij dit onderwerp om:

- Het optimaliseren van de standaardvragenlijst (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Mogelijkheden tot en effecten van toevoeging van optionele modules of aanvullende vragen (Handboek CQI Meetinstrumenten);

Op basis van de grootste gemene deler van vragenlijsten die tot begin 2006 ontwikkeld waren (alle betrekking hebbende op de *cure* sector) en via discussie in een serie workshops van onderzoekers die betrokken zijn bij de CQ-index<sup>3</sup> is een eerste versie opgesteld van de set kernvragen die in elke CQ-index aan de orde moeten komen (zie paragraaf 2.3 van de Handboek CQI Meetinstrumenten). Ondertussen is echter de ontwikkeling gestart van een groot aantal nieuwe lijsten, waaronder ook vragenlijsten voor de *care* sector. Het is daarom noodzakelijk om de kernset van vragen te evalueren; te bezien welke aanvullingen gepleegd kunnen worden en welke kernitems mogelijk niet in alle sectoren goed te bevragen zijn. Deze evaluatie dient mede te steunen op een vergelijking van de uitkomsten van metingen met de kernset in de diverse sectoren van de zorg. Naast de verplichte kernset aan vragen die elke CQ-index dient te omvatten, bestaan vragenlijsten uit sector- of aandoenings specifieke vragen, waarvan sommige wellicht ook in meerdere vragenlijsten terugkomen.

Patiënten/cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars of zorgaanbieders willen daarnaast in sommige gevallen aanvullende vragen toevoegen aan de standaard CQ-index. Over het toevoegen van aanvullende vragen moet in ieder geval steeds advies worden ingewonnen bij de oorspronkelijke ontwikkelaars van de vragenlijst en/of de WAR. Deze zal de aanvullende vragen toetsen op zaken als face validity, consistentie met de rest van de vragenlijst, verwachte invloed op de beantwoording van de standaardvragenlijst en verwacht effect op de respons. Op voorhand is eigenlijk niet veel bekend over deze laatste twee aspecten. Daarom is het nodig een korte, gerichte evaluatie uit te voeren wanneer zich in de praktijk een situatie voordoet waarbij aan een standaard CQ-index aanvullende vragen worden toegevoegd.

### Stand van zaken

Beide bovengenoemde evaluaties hebben nog niet plaatsgevonden. In het afgelopen jaar heeft de WAR wel onderzoek laten doen door BureauTaal naar de complexiteit van het taalgebruik in CQI vragenlijsten. Hieruit is gebleken dat de vragen soms te moeilijk geformuleerd zijn en daardoor niet begrijpelijk zijn voor alle beoogde respondenten. Daarom heeft de WAR BureauTaal de opdracht gegeven om alle verplichte CQI vragen in eenvoudigere

bewoordingen te formuleringen. De herziene versie van de verplichte CQI vragen zal worden opgenomen in de nieuwe versie van het Handboek CQI Meetinstrumenten. Daarnaast wordt bij de beoordeling van conceptmeetinstrumenten meer aandacht besteed aan de complexiteit van formuleringen van vragen.

Om verdere standaardisering van de formulering van CQI vragen te bevorderen wordt op dit moment gewerkt aan een CQI Vragenbank. In deze vragenbank kunnen onderzoekers voor veelvoorkomende CQI thema's (zoals communicatie, bejegening en autonomie) voorbeeldvragen uit bestaande CQI meetinstrumenten vinden. De vragenbank zal vrij toegankelijk zijn via een webapplicatie en is naar verwachting najaar 2008 gereed.

### **2.3 (Verdere) standaardisatie en optimalisatie van de meetmethoden**

Het gaat bij dit onderwerp onder andere om:

- Het inkorten van vragenlijsten, waar mogelijk;
- Het effect van de wijze van steekproeftrekking/afzender begeleidend schrijven op de respons (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Het gebruik van (gepersonaliseerd) kleurendrukwerk op de respons (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Een kosten-batenanalyse van verschillende manieren van dataverzameling (schriftelijk, mondeling, telefonisch, internet) (Handboek CQI Meetinstrumenten).

CQI vragenlijsten zijn vaak erg lang. Gezien de lagere respons en hogere kosten die hiermee meestal gepaard gaan, is het van belang om waar mogelijk de vragenlijsten in te korten. Dat geldt vooral voor vragenlijsten die worden toegepast in grootschalige benchmarkstudies waar het accent op het vergelijken van prestaties ligt.

Binnen de tot nu toe ontwikkelde CQ-index vragenlijsten is vooral ervaring opgedaan met schriftelijke enquêtes en —op beperkte schaal— met mondelinge interviews. Op het vlak van dataverzameling valt nog veel te innoveren en kan mogelijk ook een efficiëntieslag worden gemaakt. De goedkoopste (en snelste) vorm van dataverzameling is het werken met internetenquêtes. Het nadeel daarvan is dat vooral oudere mensen hiermee onvoldoende bereikt worden en dat de logistiek nogal wat haken en ogen kent. Waar precies de wetenschappelijk verantwoorde grenzen liggen tussen deze vormen van dataverzameling kan in de praktijk worden getest binnen geplande meettrajecten.

#### Stand van zaken

Op dit moment loopt er een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verschillende methoden van dataverzameling. Vragen die binnen dit project beantwoord worden zijn: Bij welke patiëntengroepen kan alleen via mondelinge interviews een CQ-index worden afgenomen en welke patiëntengroepen kunnen benaderd worden met internetenquêtes? Wat zijn de kosten van mondelinge interviews en van internetenquêtes en hoe verhouden die zich tot de kosten van schriftelijk enquêteren? Ook binnen andere CQI projecten wordt geëxperimenteerd met het uitzetten van internetenquêtes in plaats van schriftelijke vragenlijsten. Het zou wenselijk zijn dat nog dit jaar een hoofdstuk aan het Handboek CQI Meetinstrumenten wordt toegevoegd met daarin richtlijnen voor online enquêteren.

Ook binnen de verschillende methoden van dataverzameling is gezocht naar een optimale prijs/respons verhouding. Zo is er onderzocht wat het effect is van variaties in de lay-out van

vragenlijsten en van variaties in het verzend- en remindertraject. Eén van de aanbevelingen uit dit onderzoek is dat het beter zou zijn om te werken met een vooraankondiging van een vragenlijst, dan om de derde herinnering te sturen die nu gebruikelijk is bij CQI onderzoek<sup>4</sup>. Met deze alternatieve vorm van het remindertraject wordt op dit moment op kleine schaal geëxperimenteerd binnen de onderzoeken met de CQI Rughernia en CQI Spataderen. Indien de ervaringen positief zijn zullen de richtlijnen voor schriftelijke dataverzameling worden aangepast.

Daarnaast wordt in een ander project bekeken in hoeverre het mogelijk is om CQI vragenlijsten in te korten. Het doel van dit project is te komen tot een onderscheid in: (1) korte versies van CQI meetinstrumenten die bruikbaar zijn om er keuze-informatie voor consumenten mee te maken of om te gebruiken in de zorginkoop gericht op preferred provider contracten; (2) langere versies van CQI meetinstrumenten die aanknopingspunten bieden voor interne kwaliteitsverbetering door instellingen of beroepsbeoefenaren of die bruikbaar zijn in de zorginkoop gericht op pay-for-performance contracten. De korte versie van een CQI vragenlijst vormt steeds een deelverzameling van de lange versie. Het project moet resulteren in een handleiding en werkinstructie die onderzoekers die CQI meetinstrumenten ontwikkelen in staat stelt eenzelfde procedure toe te passen op nieuwe meetinstrumenten. De resultaten van dit project worden in najaar 2008 verwacht.

#### **2.4 (Verdere) standaardisatie van de procedures voor het vaststellen en toepassen van case mix adjusters**

Concreet gaat het hierbij om:

- Voor- en nadelen van de methode Zaslavsky versus Multilevel Analyse (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Wenselijkheid en noodzaak van case-mix correctie voor etniciteit (Handboek CQI Meetinstrumenten);

Bij het statistisch vergelijken van prestaties van zorgverzekeraars of zorgaanbieders op het punt van klantervaringen is het nodig te corrigeren voor verschillen in de samenstelling van hun populaties (case-mix adjustment). Uit onderzoek is gebleken dat bepaalde klantengroepen, bijvoorbeeld ouderen, structureel positiever oordelen over de zorg die zij ontvangen hebben<sup>5 6 7 8</sup>. Door voor dergelijke achtergrondkenmerken te corrigeren kan een eerlijkere vergelijking tussen zorgverzekeraars of zorgaanbieders worden gemaakt.

Bij de CQ-index metingen die tot nu toe in Nederland zijn gedaan, is gecorrigeerd voor: leeftijd, (ervaren) gezondheid, opleiding (en soms sekse). In bijeenkomsten met verzekeraars over de CQ-index Zorg en Zorgverzekering zijn terugkerende discussies gevoerd over de wenselijkheid en noodzaak van het opnemen van etniciteit van verzekerden in case mix correctie. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat het responspercentage onder allochtonen lager ligt dan onder de autochtone bevolking. De allochtonen die deze vragenlijsten wél invullen, oordelen gemiddeld slechter over de prestaties van zorgverzekeraars dan autochtonen. Het is onduidelijk of dit komt omdat zij écht slechtere service krijgen (in welk geval case mix correctie ongewenst is) of omdat de constructen in de vragenlijsten door mensen met een andere culturele achtergrond anders worden geïnterpreteerd of gewaardeerd. Daarvoor is het nodig om onderzoek te doen ten behoeve van de culturele validatie van de CQ-index vragenlijsten. Daarnaast kunnen nadere kwantitatieve analyses worden uitgevoerd op reeds beschikbare datasets.

Extra gecompliceerd in deze discussies is dat nog onvoldoende is uitgekristalliseerd volgens welke methode case-mix adjusters moeten worden vastgesteld. In de huidige CQ-index ontwikkelprojecten worden twee methoden toegepast:

1. De CAHPS methode (Zaslavsky)
2. Multilevel Analyse

De beide methodes zijn fundamenteel verschillend qua concept en in hun aanpak, maar leiden daarmee nog niet per definitie tot andere uitkomsten. De methodes zijn besproken in een van de workshops van het onderzoekerforum, zonder dat daarin echter een uitspraak is gedaan ten gunste van één van beide.

### Stand van zaken

Op dit moment loopt er een onderzoek naar de wenselijkheid en noodzaak van case-mix correctie voor etniciteit. Hierbij wordt bekeken hoe allochtone respondenten de constructen in CQI vragenlijsten interpreteren en of zij daarin verschillen van autochtone respondenten. Daarnaast is er aandacht voor de vraag welke relatie er bestaat tussen etniciteit en ervaringen en of deze relatie varieert voor verschillende kwaliteitsaspecten. De resultaten van dit onderzoek worden najaar 2008 verwacht.

De vraag via welke methode de case-mix adjusters moeten worden vastgesteld is ook bekeken. De conclusie van dit onderzoek was dat multilevel analyses de aangewezen methode zijn voor het vaststellen van relevante case-mix adjusters. Binnenkort verschijnt over dit onderzoek een Engelstalige publicatie en de richtlijnen van het Handboek CQI Meetinstrumenten zijn op de resultaten aangepast en schrijven nu voor dat met multilevel analyses wordt bepaald voor welke variabelen gecorrigeerd moet worden.

Overigens wordt overwogen om een onderzoek te starten rond het gebruik van vignettes voor het 'calibreren' van meetresultaten. Dit is een alternatief voor case-mix correctie. Het voordeel van het gebruik van vignettes is dat er wél gecorrigeerd kan worden voor systematische verschillen in rapportagegedrag van respondenten, terwijl werkelijke verschillen in ervaren kwaliteit van zorg zichtbaar blijven. De methode is gebruikt in onderzoek van de WHO naar de patiëntgerichtheid van gezondheidszorgsystemen. Naar de mogelijkheid van toepassing binnen de CQ-index moet nader onderzoek worden gedaan.

## **2.5 (Verdere) standaardisatie van methode voor het vaststellen van significante verschillen in prestaties van verzekeraars/aanbieders**

Concreet gaat het om:

- Nut en noodzaak van analyse in een centraal databestand (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Toepassing van multilevel analyse in situaties van doorlopende CQ-index metingen (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Standaardisatie van de methode voor het vaststellen van significante verschillen in prestaties van verzekeraars/aanbieders ten opzichte van eerdere metingen met de CQ-index (Handboek CQI Meetinstrumenten).

De gegevens die verzameld worden met behulp van de CQ-index dienen idealiter verschillende doelen. Voorop staat echter dat de gegevens omgezet moeten kunnen worden in voor de consument relevante keuze-informatie. Omdat er voor de consument alleen iets te

kiezen valt als er ook aantoonbare verschillen zijn in het aanbod, vormt het zogeheten discriminerend vermogen van vragenlijsten een belangrijk criterium bij de ontwikkeling van de CQ-index. Als met een vragenlijst geen verschillen tussen aanbieders of tussen verzekeraars kunnen worden aangetoond, kan geen keuze-informatie in de vorm van sterren (benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld) voor consumenten worden opgesteld.

De verzameling van gegevens, het schonen van databestanden en het opstellen van rapportages over de eigen prestaties met behulp van de CQ-index kunnen decentraal plaatsvinden zolang gewerkt wordt met de richtlijnen en protocollen uit het Handboek CQI Meetinstrumenten. Wat op decentraal niveau niet mogelijk is, is het vaststellen van statistisch significante verschillen tussen aanbieders in de geleverde prestaties. Er kan niet worden berekend of een instelling gemiddeld, significant onder het gemiddelde of significant boven het gemiddelde scoort. Evenmin kan worden vastgesteld of de prestaties van twee of meer instellingen significant van elkaar verschillen.

Het vaststellen van verschillen tussen aanbieders of tussen verzekeraars vindt plaats met behulp van multilevel analyses die rekening houden met de zogeheten geneste structuur van de data: waarnemingen (in dit geval klantervaringen) zijn geclusterd binnen aanbieders of verzekeraars. Voor deze methode is het nodig te werken met één centraal databestand waarin de gegevens van alle aanbieders gelijktijdig kunnen worden geanalyseerd. Het gebruik van multilevel analyse als een geëigende techniek voor het vaststellen van verschillen tussen instellingen staat op zichzelf niet ter discussie. Wat wél ter discussie staat is de vraag of multilevel analyse (en daarmee het voor onderzoeksdoeleinden samenstellen van een centrale database) de enige manier is om tot consumenteninformatie te komen. Vanwege het belang van deze vraag voor het functioneren van het Centrum Klantervaring Zorg is het nodig de noodzaak van multilevel analyses op een centrale database onomstotelijk vast te stellen. Daarvoor kan statistisch advies ingewonnen worden. Tevens is het interessant om (kort) te inventariseren op welke wijze hiermee in het buitenland wordt omgegaan, bijvoorbeeld bij het Amerikaanse CAHPS consortium en het Engelse Picker Institute.

Andere uitdagingen op dit terrein zijn de vraag hoe je vergelijkende analyses doet in een situatie waarin aanbieders of verzekeraars continu benchmarken. De huidige protocollen zijn toegespitst op een situatie waarin op één moment in de tijd een grootschalige landelijke meting plaatsvindt, waarna alle eenheden (verzekeraars of aanbieders) met elkaar vergeleken worden. In sectoren waarin het aantal eenheden groot is (denk aan verpleeg- en verzorgingshuizen, of fysiotherapeuten, of huisartsen), is het voorstelbaar dat een landelijke meting op één moment in de tijd onhaalbaar is; puur vanwege de logistiek. In dergelijke settings wordt nagedacht over een systeem van continue benchmarking.

In de sectoren waar wel landelijke metingen op één moment in de tijd mogelijk zijn, dient zich al snel de vraag aan hoe kan worden vastgesteld of verzekeraars of aanbieders significant beter hebben gescoord dan in de vorige meting. Dit lijkt voor consumenten relevante informatie (hoewel ook dat rond de CQ-index feitelijk nog niet is onderzocht), maar is zeker van belang voor de verzekeraars of aanbieders. Multilevel analyses kunnen worden gebruikt om metingen uit verschillende jaren te vergelijken, waarbij de populaties worden gestandaardiseerd. Een protocol voor deze analyses moet nog worden opgesteld.

#### Stand van zaken:

Op dit moment worden in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) metingen uitgevoerd die zo omvangrijk zijn dat alle aanbieders alleen maar aan bod kunnen komen door

te werken met gefaseerde of continue metingen. Binnen deze benchmark is er voor gekozen dat het gemiddelde over organisatorische eenheden bepaald wordt op basis van een eerste tranche. De prestaties van instellingen die later meten, zullen worden beoordeeld aan de hand van het gemiddelde dat bepaald is over de instellingen uit de eerste tranche.

Ook het vergelijken in de tijd is nu al mogelijk bij een aantal CQI meetinstrumenten. Agis heeft bijvoorbeeld herhaalmetingen uitgevoerd met de vertaalde Hospital CAHPS, een voorloper van de CQI Ziekenhuisopname. Bij fysiotherapiepraktijken van Agis zijn herhaalmetingen uitgevoerd met de CQI Fysiotherapie. En de CQI Zorg en zorgverzekering is in 2007 al voor het derde achtereenvolgende jaar uitgezet.

Vanuit het CKZ is recentelijk een notitie geschreven met daarin een eerste voorstel voor richtlijnen om metingen in een continue benchmark en uit verschillende jaren met elkaar te vergelijken. Deze richtlijnen weerspiegelen de analyses die worden uitgevoerd binnen de VV&T benchmark. Het is belangrijk om op korte termijn uit te testen of deze richtlijnen toegepast kunnen worden op herhaalde metingen. Ook alternatieve analysetechnieken om resultaten in een continue benchmark of over de tijd te vergelijken dienen empirisch getoetst te worden. Uiteindelijk moet dit resulteren in een nieuw hoofdstuk voor het Handboek CQI Meetinstrumenten.

## **2.6 De relatie tussen gebruik van uitkomsten als keuze-informatie, zorginkoopinformatie en verbeterinformatie**

De concrete vragen waarom het hier gaat is:

- In welke mate zijn de informatiebehoeften van klanten (individueel en georganiseerd), zorgverzekeraars en aanbieders overlappend, respectievelijk verschillend?
- Op welk aggregatieniveau en in welke mate van detail moet informatie worden gepresenteerd aan individuele consumenten, aan patiënten/cliëntenorganisatie, zorginkopende verzekeraars en zorgaanbieders?

De doelstelling van de CQ-index is ambitieus. Het gaat om het ontwerpen van vragenlijsten die voldoen aan de informatiebehoeften van de kiezende consument, de belangenbehartigende cliëntenorganisatie, de inkopende verzekeraar, de kwaliteitsverbeterende professional en manager, en en passant ook nog de toezichthoudende Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit, en de beleidsmakende overheid. De CQ-index moet bovendien aansluiten bij de toetsingskaders met prestatie-indicatoren die in veel sectoren worden ontwikkeld.

In de meeste ontwikkelprojecten die tot nu toe zijn uitgevoerd, bleek de informatiebehoefte van zorginkopende verzekeraars of zorgaanbieders die bezig zijn met benchmarking goed aan te sluiten bij de kwaliteitsaspecten die in focusgroepgesprekken met zorggebruikers werden genoemd. Er was soms sprake van accentverschillen, maar niet van tegenstrijdigheden in de gewenste informatie. Het blijft echter nodig om systematisch te monitoren in hoeverre in ontwikkeltrajecten alle genoemde informatiebehoeften aan bod komen en welke thema's voor welke partijen relevant zijn. Dat is informatie die nodig is voor de constructie van vragenlijsten, maar die minstens even belangrijk is als het gaat om de terugkoppeling van resultaten van metingen. De kiezende zorgconsument wil informatie op een andere manier gepresenteerd zien dan de zorginkopende verzekeraar of de instelling die kwaliteit wil verbeteren. Het inventariseren van deze verschillende behoeften is nodig voordat over kan

worden gegaan tot het volgende onderzoeksthema, de standaardisatie van rapportages (zie paragraaf 2.7).

#### Stand van zaken

Deze onderwerpen zijn nog niet onderzocht en dus nog relevant. Een andere belangrijke vraag is wanneer verschillen tussen zorgaanbieders groot genoeg zijn om relevant te zijn voor de kiezende consument en zorginkopende zorgverzekeraar. Tijdens de test van het discriminerend vermogen wordt bekeken welk deel van de verschillen op een kwaliteitsaspect toe te schrijven is aan de verschillen tussen de instellingen. De gebruikte maat hiervoor is de intra-klasse correlatie (ICC), die een indicatie geeft in welke mate het meetinstrument verschillen tussen de deelnemende instellingen kan aantonen. Tot op heden wordt binnen de CQ-index gesteld dat er verschillen bestaan tussen instellingen op een kwaliteitsaspect als de bijbehorende ICC statistisch significant is. Het is echter de vraag of statistisch significante verschillen ook verschillen in kwaliteit van zorg weerspiegelen die betekenisvol zijn voor de kiezende patiënt/cliënt of zorginkopende zorgverzekeraar. Bij onderzoeken met grote aantallen respondenten, zoals vaak het geval is bij het bepalen van het discriminerend vermogen van een CQI meetinstrument, zijn relatief kleine absolute verschillen al snel statistisch significant. Onderzoek onder consumenten die een keuze moeten maken en bij medewerkers van zorgverzekeraars betrokken bij de zorginkoop zou moeten uitwijzen wanneer verschillen tussen instellingen voldoende groot zijn om te kunnen spreken van relevantie verschillen.

Ook is in het afgelopen jaar gebleken dat niet alle beschikbare data wordt bewerkt tot keuze-informatie voor consumenten en onderzoek daar omheen. De ervaring leert dat het definiëren van kwaliteitsindicatoren en de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten een zorgvuldig, maar tijdrovend proces is. In de afgelopen jaren is een omvangrijk instrumentarium ontwikkeld. De volgende stap op weg naar transparantie bestaat uit het daadwerkelijk meten en verzamelen van gegevens over de kwaliteitsindicatoren. Dit proces verloopt om allerlei bestuurlijke, financiële en logistieke redenen minder snel dan vanuit de optiek van patiëntenbelangen en het functioneren van de zorgmarkt wenselijk is. Zo blijft in de curatieve zorg het meten met de CQ-index door instellingen zelf, relatief achter. Wel worden metingen uitgevoerd door de Stichting Miletus, een samenwerkingsverband van vrijwel alle zorgverzekeraars. Deze metingen zijn echter bedoeld om de zorginkoop te ondersteunen. De data worden dus door Stichting Miletus zelf niet bewerkt tot keuze-informatie voor consumenten, hoewel ze daar wel voor geschikt zijn. Ook andere gegevens zijn wel beschikbaar en mogelijk geschikt als basis voor consumenteninformatie, maar worden daarvoor nu niet bewerkt en gebruikt. Te denken valt aan de informatie die instellingen aanleveren via het jaardocument maatschappelijke verantwoording. In 2008 zou een extra inspanning moeten worden geleverd om beschikbare data versneld te bewerken tot keuze-informatie. Daarvoor zouden middelen kunnen worden gereserveerd binnen het programma Meten Patiëntervaringen.

## **2.7 Standaardisatie van presentatiewijzen in de diverse CQ-index rapportages**

Denk hierbij aan:

- Standaardisatie van de presentatiewijze zorginkooprapportages (Handboek CQI Meetinstrumenten, Deel 4);
- Standaardisatie van de presentatiewijze kwaliteitsrapportages (Handboek CQI Meetinstrumenten, Deel 4);

- Standaardisatie van de presentatiewijze consumentenrapportages (ontbreekt nu in Handboek CQI Meetinstrumenten);
- Relatie tussen de presentatie van uitkomsten van de CQ-index en de presentatie van indicatoren voor effectiviteit en veiligheid (Handboek CQI Meetinstrumenten);
- De mogelijkheid tot externe normering van uitkomsten.

Op dit moment is er voor drie sectoren keuze-informatie gebaseerd op de CQ-index beschikbaar op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl): de sector van de zorgverzekeraars, de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) en de sector gehandicaptenzorg. Voor de sector VV&T en de gehandicaptenzorg wordt de CQI informatie gecombineerd met informatie over de professionele indicatoren. De manier waarop deze informatie wordt gepresenteerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) verschilt tussen de zorgsectoren, wat natuurlijk een onwenselijke situatie is.

Er is —ook in de VS— betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de mate waarin verschillende presentatiewijzen consumenten ondersteunen in hun keuzen in de zorg, noch naar de mate waarin dergelijke rapportages nuttige input leveren voor het beleid van verzekeraars of aanbieders. Onduidelijk is ook of consumenteninformatie moet worden “gehaald” (waarbij consumenten zelf op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) moeten kijken) en/of moet worden “gebracht” (bijvoorbeeld via folders of kwaliteitskaarten in de huisartspraktijk). Dus als het om consumenteninformatie gaat, bestaat behoefte aan goed (experimenteel) onderzoek rond verschillende vormen van presentatie van kwaliteitsinformatie. Een punt van aandacht daarbij is de vraag of gewerkt moet worden met een relatieve weergave van prestaties (een instelling of aanbieder scoort boven of onder het gemiddelde), of dat het mogelijk is om op onderdelen te werken met externe normering (een instelling of aanbieder scoort dan onder of boven de norm).

Rond de spiegelrapportages die voor verzekeraars en aanbieders worden opgesteld, kan worden volstaan met evaluaties van het gebruik dat van dergelijke rapportages wordt gemaakt en de aanpassingen die eventueel nodig zijn om dat gebruik te bevorderen.

Een speciaal punt van aandacht vormt de relatie tussen ervaren patiëntgerichtheid (uitkomsten van metingen met de CQ-index) en de prestaties van aanbieders op het gebied van effectiviteit en veiligheid. Op zogeheten kwaliteitskaarten wordt over al deze domeinen integraal consumenteninformatie verstrekt. Wanneer kwaliteitsindicatoren en CQ-index uitkomsten in dezelfde richting wijzen, biedt dit voor consumenten een integraal en consistent beeld van de prestaties van een instelling of beroepsbeoefenaar. Maar vaak ontbreekt een relatie tussen patiëntenoordelen over de zorg en de technische kwaliteit<sup>9 10</sup>. Een gecompliceerde situatie zou ontstaan wanneer een instelling of professional goed scoort op indicatoren van effectiviteit en veiligheid, maar slecht op de CQ-index, of omgekeerd. Wanneer inderdaad sprake is van tegengestelde bevindingen, is vervolgonderzoek nodig naar de vraag hoe dit naar consumenteninformatie vertaald moet worden.

Een vraag die daarmee samenhangt, is op welke wijze de medisch-inhoudelijke informatie die met de CQ-index wordt gemeten zodanig kan worden gepresenteerd dat consumenten worden ondersteund in de keuze voor de (voor hen) beste behandeling of behandelaar? Met de CQ-index Staaroperatie kan bijvoorbeeld worden gemeten welke vormen van narcose door verschillende ziekenhuizen of ZBC's worden toegepast. Bovendien bevat elke aandoeningsspecifieke CQ-index vragen die beogen de effectiviteit van behandeling te meten vanuit het perspectief van de kant. De vragen die aan de orde zijn, zijn of deze informatie

thuishoort in een CQ-index consumentenrapportage en zo ja, op welke wijze deze dan gepresenteerd kan worden en met welke toelichtingen voor patiënten erbij?

#### Stand van zaken

Eind 2007-begin 2008 zijn twee korte onderzoeksprojecten uitgevoerd, die een aantal eerste inzichten hebben opgeleverd over de wijze waarop CQI informatie aan consumenten moet worden gepresenteerd. De onderzoeken hebben zich toegespitst op het begrip en interpretatie van de gebruikte symbolen en termen en hoe het keuzeproces eruit ziet. De resultaten van het ene onderzoek laten zien dat een vrij groot deel van de patiënten/consumenten moeite heeft met het begrijpen van CQI informatie. In het algemeen blijken consumenten het beste uit de voeten te kunnen met de volgende presentatiewijzen: combinatie van sterren en staafdiagrammen, geen toevoeging van een rapportcijfer, ordening van instellingen op alfabetische volgorde en drie in plaats van vijf sterren. De belangrijkste conclusie van het andere onderzoek is dat mensen al doende een keuze strategie ontwikkelen en dat het keuzeproces niet altijd dezelfde structuur volgt. Mensen gebruikten de informatie van de CQ-index vooral als een bevestiging voor een al gemaakte keuze.

De WAR acht het van belang om met subsidie uit Meten Patiëntervaringen verder verdiepend wetenschappelijk onderzoek rond dit thema te doen. Daarbij gaat het om alle aspecten van presentatiewijze: aggregatieniveau van de presentatie (bijvoorbeeld over het ziekenhuis of over een afdeling), mate van detail van de informatie, taalgebruik, gebruik van symbolen en bijbehorende legenda, communicatiemediën etc. Belangrijk is vooral om in kaart te brengen of de keuze-informatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) relevant is voor verschillende doelgroepen. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of verschillende patiëntengroepen en/of leeftijdsgroepen verschillende kwaliteitsthema's of indicatoren belangrijk vinden. Ook bestaat er onvoldoende duidelijkheid over hoeveel informatie gepresenteerd moet worden aan consumenten. Hoewel consumenten meestal aangeven veel informatie te willen, vinden ze in de praktijk een grote hoeveelheid informatie verwarrend met als mogelijk gevolg dat ze in het geheel niet kiezen<sup>11</sup>. Een recent onderzoek<sup>12</sup> ondersteunt het idee dat 'less is more' als het gaat om het presenteren van vergelijkende informatie over de kwaliteit van de zorg.

Dit onderzoek naar de beste presentatiewijze van CQI informatie voor consumenten zou moeten plaatsvinden in nauwe afstemming en samenwerking met patiënten-/cliëntenorganisaties. Daar zitten immers de mensen die de informatiebehoefte van de kiezende zorgconsument als beste kunnen articuleren. Ook de vragen rondom de relatie tussen ervaren patiëntgerichtheid (uitkomsten van metingen met de CQ-index) en de prestaties van aanbieders op het gebied van effectiviteit en veiligheid en medisch-inhoudelijke informatie dienen in dit onderzoek meegenomen te worden.

Tot op heden is er nog geen onderzoek gedaan naar wat de beste presentatiewijze van CQI informatie is voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Dat is onwenselijk. Verbetering van de kwaliteit van zorg vindt namelijk niet alleen plaats via de route van de kiezende consument, maar ook doordat strategisch inkopende zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen en doordat managers en professionals in de zorg verbeterprojecten ontwikkelen en implementeren. Het is belangrijk dat de CQ-index ook aan de zorginkoop en kwaliteitsverbetering in de zorg een bijdrage kan leveren. Er dient dan ook op korte termijn geëvalueerd te worden hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars oordelen over de bruikbaarheid van CQI rapportages en op welke punten deze rapportages verbeterd moeten worden.

## **2.8 Interpretatie van uitkomsten van CQ-index metingen in het licht van de positie van de cliënt/consument in de gezondheidszorg en de werking van de zorg- en verzekeringsmarkt**

In de bovenstaande paragrafen is kort uiteengezet welke vragen nog onbeantwoord zijn als het gaat om het doorontwikkelen van de CQ-index en het aanvullen van de ontbrekende hoofdstukken en paragrafen in de handleidingen. Los van deze technische en sterk toegepaste onderzoeksvragen zijn er ook een aantal overstijgende wetenschappelijk relevante thema's waarop onderzoek rond de CQ-index moet worden gedaan.

Deze thema's zijn onder meer:

- De relatie tussen belang- en ervaringsscores (gap-analyse; krijgen klanten de zorg die zij wensen?);
- De prestaties van (de diverse sectoren in) het zorgsysteem op voor patiënten/cliënten relevante thema's;
- De effecten van openbare publicatie van uitkomsten van CQ-index metingen op keuzegedrag van patiënten/cliënten, bedrijfsvoering van zorgverzekeraars en kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders.

Het Centrum Klantervaring Zorg heeft tot doel het systematisch, gestandaardiseerd en vergelijkbaar (doen) meten van klantervaringen in de zorg en het openbaar publiceren van de resultaten van die metingen. Dat alles om de werking van de verzekeringsmarkt, de inkoopmarkt en de zorgmarkt te bevorderen. Het Centrum ontleent zijn bestaansrecht aan de noodzaak om in het nieuwe zorgstelsel prestaties van verzekeraars en aanbieders transparant te maken, zodat consumenten en zorginkopers een goed onderbouwde keuze kunnen maken voor de (voor hen) 'beste koop'. Dat moet op zijn beurt leiden tot een meer vraaggerichte zorg en een verbetering van de geleverde kwaliteit. Voor het Centrum is het dus van wezenlijk belang dat aangetoond kan worden dat deze veronderstelde effecten inderdaad optreden. Als consumenten niet meer marktmacht vergaren doordat prestaties van aanbieders en verzekeraars transparant worden gemaakt, als de publicatie van prestaties niet leidt tot andere keuzen van consumenten en zorginkopers, als het openbaar maken van de prestaties van aanbieders niet uiteindelijk resulteert in een betere kwaliteit, dan verliest het Centrum zijn legitimatie. Onderzoek naar de veronderstelde effecten van marktwerking en naar de mechanismen volgens welke de publicatie van prestaties van aanbieders en verzekeraars leidt tot een betere kwaliteit van zorg hoort om die reden thuis in het onderzoeksprogramma rond de CQ-index.

### Stand van zaken

Bovengenoemde onderwerpen zijn niet onderzocht in het afgelopen jaar. Naast de vraag hoe kwaliteitsinformatie het beste gepresenteerd kan worden zodat deze door alle belanghebbende partijen begrepen wordt (zie paragraaf 2.7), is het dan ook belangrijk om nader wetenschappelijk onderzoek te doen rond het gebruik van de CQ-index door zowel zorggebruikers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Informatie over het feitelijk gebruik van CQI-resultaten is belangrijke feedback voor het aanpassen van vragenlijsten, analyses en presentatiewijzen.

Tot op heden is er weinig bekend over hoe patiënten/consumenten hun keuzen in de zorg maken. Wel is uit onderzoek gebleken dat patiënten/consumenten nauwelijks gebruik maken van kwaliteitsinformatie over de zorg<sup>13 14 15</sup>. Het is de vraag of patiënten/consumenten überhaupt geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie gebaseerd op ervaringen van voor hen

onbekende mensen of dat zij eerder afgaan op eigen eerdere ervaringen, de mening van hun huisarts of verhalen van familie/vrienden. Toekomstig onderzoek zou moeten bekijken hoe het keuzeprocès onder patiënten/consumenten eruit ziet.

Daarnaast is onderzoek nodig rond de vraag wat zorgaanbieders doen met de informatie uit de CQ-index. Het idee is dat CQI informatie waardevol is voor zorginstellingen voor hun kwaliteitsbeleid; het levert informatie over hun eigen prestatie ten opzichte van de prestatie van anderen en verbeterpunten worden gesignaleerd. Op basis van deze informatie kunnen instellingen verbetertraject initiëren wat uiteindelijk moet leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Uit een literatuuroverzicht van Amerikaans onderzoek<sup>16</sup> blijkt dat de openbare publicatie van kwaliteitsinformatie ziekenhuizen inderdaad stimuleert om verbetertrajecten te starten. Vergelijkbaar onderzoek is in Nederland nog niet uitgevoerd. Toekomstig onderzoek bij zorginstellingen zou moeten bekijken of op basis van de CQI informatie verbetertrajecten worden opgezet en hoe lang het duurt voordat deze projecten hun effect hebben op de geleverde zorg en zich vertalen in positievere klantervaringen.

Als laatste is niet bekend hoe zorgverzekeraars op dit moment de kwaliteitsinformatie over de zorg gebaseerd op klantervaringen gebruiken. Het uitgangspunt is dat zorgverzekeraars de informatie uit CQI onderzoeken gebruiken voor hun zorginkoop om zo de geleverde zorg beter te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van hun verzekerden. De vraag is of zorgverzekeraars de kwaliteitsinformatie aan bod laten komen in hun gesprekken met zorgaanbieders en/of onderdeel laten uitmaken van de prestatiecontracten die zij met zorgaanbieders afsluiten.

### **3 Prioritering onderzoeksprogramma 2008**

De bovenstaande thema's zullen moeten worden uitgewerkt en onderzocht door onderzoeksinstituten die betrokken zijn bij de ontwikkeling van en metingen met de CQ-index. Of patiënten/cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van CQI informatie dient nog in 2008 onderzocht te worden. Van belang hierbij zijn de presentatiewijze van CQI informatie en de manier waarop vergelijkende analyses in een continue benchmark en over de tijd uitgevoerd worden. Voor deze onderzoeken zouden middelen kunnen worden gereserveerd binnen het programma Meten Patiëntervaringen. De WAR beveelt aan dit onderzoek waar mogelijk onderdeel te laten zijn van promotie-onderzoek, omdat dit de wetenschappelijke legitimiteit van de CQ-index bevordert. Daarnaast zou er een beperkt budget gereserveerd moeten worden om CQI richtlijnen voor online enquêtes op te stellen.

Meer concreet dienen de volgende onderzoeksvragen met voorrang beantwoord te worden:

1. Op welke wijze kan de presentatiewijze van CQI informatie bijdragen aan het gebruik van CQI informatie?
  - a. Wat is de beste manier om CQI informatie te presenteren aan consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars? Denk hierbij ook aan de combinatie van CQI informatie met informatie over effectiviteit en veiligheid en medisch-inhoudelijke informatie.
  - b. Komen de beste presentatiewijzen voor consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeen?
  - c. Wanneer zijn verschillen tussen zorgaanbieders groot genoeg om relevant te zijn voor de kiezende consument en/of de inkoopende verzekeraar?
  - d. Hebben verschillende patiëntengroepen en/of leeftijdsgroepen behoeften aan verschillende informatie?
  - e. Hoeveel informatie willen consumenten hebben bij het maken van keuzen in de zorg? Denk hierbij ook aan het aggregatieniveau en mate van detail.
2. Wat is de beste manier om zorgaanbieders/zorgverzekeraars te vergelijken in een continue benchmark en bij herhaalmetingen?
3. Wordt CQI informatie gebruikt door de kiezende consument, de zorginkopende zorgverzekeraar en/of de kwaliteitsverbeterende zorgaanbieder en zo ja, hoe wordt deze informatie gebruikt?

## Referenties

---

- <sup>1</sup> Sixma H, Delnoij D. *Handboek CQI meetinstrumenten: een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- <sup>2</sup> Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM. Patiënten willen van hun huisarts meer informatie over bijwerkingen en andere behandelingsmogelijkheden dan ze nu krijgen. Utrecht: NIVEL, 2005
- <sup>3</sup> Zie <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/centrum-klantervaring-zorg-en-cq-index/onderzoeksforum.html>
- <sup>4</sup> R. Slijkhuis. Is Dilman absoluut? Universiteit Twente (Bachelorthesis), 2007
- <sup>5</sup> Zaslavsky AM, Zaborski LB, Ding L, Shaul JA, Cioffi MJ, Cleary PD et al. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financ Rev* 2001;22:109–126
- <sup>6</sup> Arah OA, ten Asbroek AH, Delnoij DM, de Koning JS, Stam PJ, Poll AH, Vriens B, Schmidt PF, Klazinga NS: Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument. *Health Serv Res* 2006, 41:284-301.
- <sup>7</sup> Pascoe GC, Attkisson CC: The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Eval Program Plann* 1983, 6:335-347
- <sup>8</sup> Delnoij DMJ, G ten Asbroek, OA Arah, JS de Koning, P Stam, A Poll, B Vriens, P Schmidt, NS Klazinga. 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* 2006, Mar 8
- <sup>9</sup> Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, Roth CP, Kamberg CJ, Adams J, Young RT, Wenger NS. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Annals of Internal Medicine* 2006; 144; 9: 665-672
- <sup>10</sup> Wensing M, Jung HP. Patiëntenoordelen over medisch handelen en voorschrijfbeleid in de huisartspraktijk. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (red). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/Centre for Quality of Care Research (WOK), 2004
- <sup>11</sup> Schwartz, B. (2004). *The paradox of choice. Why more is less*. New York: HarperCollins Publishers.
- <sup>12</sup> Peters, E. Dieckmann, N., Dixon, A., Hibbard, J.H., Mertz, C.K. (2007). Less is more in presenting quality information to consumers. *Med Care Res Rev*, 64, 169-190
- <sup>13</sup> Schneider, E.C., Lieberman, T. (2001). Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Quality in Health Care*; 10:96-103
- <sup>14</sup> Magee, H., Davies, L., Coulter, A. (2003). Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 96: 338-342
- <sup>15</sup> Marshall, M.N., Noble, J., Davies, H.T., Waterman, H., Walshe, K., Sheaff, R., & Elwyn, G. (2006). Development of an information source for patients and the public about general practice services: an action research study. *Health Expectations*; 9: 265-274
- <sup>16</sup> Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*, 2008; 148:111-23