

A photograph of a child sitting on a grassy field. The child is wearing a patterned swimsuit and is looking down. Another person's feet are visible in the foreground, resting on the grass. The background is a lush green lawn with some small white flowers.

Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2008



CENTRUM
KLANTERVARING ZORG

Van wetenschap naar praktijk.

Voorwoord van het bestuur

Voor u ligt de Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2008; het tweede jaarverslag van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Het jaar 2008 is voor het CKZ en de CQ-index een productief jaar geweest, waarin veel meetinstrumenten zijn ontwikkeld en verdiepend onderzoek is gedaan. In 2008 is bovendien een groot aantal meetorganisaties door het CKZ geaccrediteerd. De details van al deze werkzaamheden en wat daarbij in de praktijk komt kijken, kunt u nalezen in dit jaarverslag.

Als bestuur van het CKZ willen wij een paar zaken in het bijzonder onder uw aandacht brengen. In de vorige Jaarrapportage noemden wij 'zeven heren' voor wie de CQ-index en het CKZ relevant zijn, onder andere patiënten/consumenten, verzekeraars en aanbieders. Het CKZ ziet vanuit zijn onafhankelijke positie erop toe dat de belangen van deze partijen tot hun recht komen bij de ontwikkeling van meetinstrumenten. Maar nu er voor veel sectoren al CQI meetinstrumenten zijn ontwikkeld, wordt het voor ons belangrijk ook aandacht te besteden aan het gebruik van de CQ-index en de informatiewaarde die deze heeft voor patiënten/consumenten, verzekeraars, aanbieders en andere belanghebbenden.

Eén van die belanghebbenden is het Ministerie van VWS, dat informatie over klantervaringen nodig heeft voor het monitoren van beleid en voor de verantwoording aan de Tweede Kamer via de Zorgbalans. Als we naar de feiten en cijfers over klantervaringen kijken, zoals die gepresenteerd worden in hoofdstuk 3 van dit jaarverslag, dan zien we dat de landelijke informatievoorziening over klantervaringen in de zorg hiaten vertoont. Landelijke cijfers

worden niet op uniforme wijze gepresenteerd in rapporten. In een aantal gevallen worden ze zelfs helemaal niet gepresenteerd. En een centrale database van gegevens over klantervaringen ontbreekt, waardoor landelijke cijfers ook niet zo maar berekend kunnen worden. Dat moet veranderen, wat ons betreft. Het CKZ gaat zich daarvoor inspannen.

Een heuglijke gebeurtenis in het jaar 2008 vormde de vestiging door het CKZ van de bijzondere leerstoel 'Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief' aan de Universiteit van Tilburg. De leerstoel wordt met ingang van 1 juli 2008 bekleed door onze directeur, Diana Delnoij. De leerstoel vormt een belangrijke erkenning van onze bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek naar klantervaringen en draagt bij aan de academische verankering van het CKZ.

Maar er waren ook trieste gebeurtenissen. Het jaar 2008 was het jaar waarin onze voorzitter, Joop Gillissen, ziek werd. Joop overleed op 14 januari 2009. Joop was bestuursvoorzitter van het Centrum Klantervaring Zorg sinds september 2007. Zijn heldere visie op de rol van patiënten-/cliënten(organisaties) in het gezondheidszorgstelsel vormde een leidraad voor het werk van onze Commissie Klantenperspectief. Wij zullen zijn betrokkenheid, zijn inspirerende ideeën en zijn relativerende humor missen.

Tom van der Grinten
waarnemend voorzitter

VOORWOORD	
VAN HET BESTUUR	2
1 INLEIDING	
DIANA DELNOIJ	4
2 ACTIVITEITEN	
IN 2008	5
3 CIJFERS OVER	
KLANTERVARINGEN	
IN DE ZORG	13
4 VAN WETENSCHAP	
NAAR PRAKTIJK	23
5 WAT IS DE CQ-	
INDEX EN HET CKZ?	35
PUBLICATIES OVER DE	
CQ-INDEX IN 2008	42

Vanaf 2007 houdt het CKZ zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van de Consumer Quality Index. De Consumer Quality Index (CQI of CQ-index) is ouder dan het CKZ: de eerste vragenlijsten volgens CQI systematiek werden in 2003 ontwikkeld. De eerste publicaties hierover dateren uit 2005. In de afgelopen jaren is veel geld en energie gestoken in de ontwikkeling van de CQI als systematiek en in CQI meetinstrumenten. Het Handboek CQI Meetinstrumenten, waarin alle richtlijnen staan met betrekking tot de ontwikkeling en toepassing van vragenlijsten, is herzien en uitgebreid. En ook in 2008 zijn er weer nieuwe meetinstrumenten gereed gekomen (de CQI Huisartsenzorg Overdag, de CQI Diabetes, de CQI Mammacare en de CQI Reumatoïde artritis). Maar meetinstrumenten en bijbehorende handleidingen vormen pas het startpunt als het gaat om het meten van klantervaringen. "The proof of the pudding is in the eating" zeggen de Engelsen. En dat geldt ook voor de CQ-index.

In onze vorige jaarrapportage hebben wij aangegeven dat de CQ-index tenminste zeven heren moet dienen: patiënten/cliënten, patiënten-/cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Ministerie van VWS en onderzoekers. In deze jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg

2008 willen we aandacht besteden aan de toepassing van de CQ-index in de praktijk en aan de bruikbaarheid van de CQ-index voor de 'zeven heren'. "Van wetenschap naar praktijk" is het thema. Zijn de voorschriften van de wetenschappers altijd toepasbaar in de wereld van de zorg? Wat zijn de ervaringen van meetorganisaties? Welke aanpassingen worden er gedaan als de richtlijnen niet gevolgd kunnen worden? We vatten dit thema overigens breed op. Ook voor de accreditatieprocedure van het CKZ vragen we ons in deze jaarrapportage namelijk af wat de praktijkervaringen zijn geweest.

De jaarrapportage dient enerzijds als formeel jaarverslag van het CKZ. Anderzijds benutten wij de jaarrapportage om inhoudelijk in te gaan op een aantal aspecten rondom resultaten van onderzoek en metingen. We presenteren cijfers over klantervaringen in de verschillende sectoren van de zorg en resultaten van achtergrondstudies. Die achtergrondstudies zijn eind 2008 gepubliceerd in een speciaal themanummer "De CQ-index. Een relatief nieuw kwaliteitsinstrument" van het tijdschrift TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen.

Diana Delnoij
directeur

De structurele activiteiten van het Centrum Klantervaring Zorg bestaan uit:

- Het coördineren van de ontwikkeling en het goedkeuren van CQI meetinstrumenten;
- Het certificeren van meetbureaus die met de CQ-index mogen werken;
- Het bewaken van de kwaliteit en het coördineren van metingen met de CQ-index;
- Het bewerken van meetresultaten tot keuze-informatie voor consumenten;
- Wetenschappelijk onderzoek rond de CQ-index.

Bij alle activiteiten worden het bestuur en het bureau van het Centrum Klantervaring Zorg bijgestaan door twee adviserende commissies: de Wetenschappelijke Advies Raad en de Commissie Klantenperspectief.

MEETINSTRUMENTONTWIKKELING

Het Centrum Klantervaring Zorg ontwikkelt zelf geen meetinstrumenten. Dat gebeurt bij verschillende onderzoeksinstituten, die zich daarbij houden aan het Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument. Het CKZ coördineert de ontwikkeling van die meetinstrumenten door in begeleidende werkgroepen te

participeren. Het CKZ stelt deze begeleidende werkgroepen in veel gevallen zelf in en/of ziet toe op een evenwichtige samenstelling ervan. In de fase van meetinstrumentontwikkeling ziet het CKZ erop toe dat de onderzoekers de richtlijnen van de CQ-index volgen en dat de informatiebehoefte van alle betrokken partijen (patiënten/cliënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) aan bod komt.

Eind 2007 waren de volgende meetinstrumenten op de website van het CKZ www.centrumklantervaringzorg.nl beschikbaar:

- CQI Zorg en Zorgverzekering (ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC)
- de CQI Staaroperaties (ontwikkeld door het NIVEL)
- de CQI Heup-/knieoperaties (ontwikkeld door het NIVEL)
- de CQI Gehandicapten (momenteel in revisie; doorontwikkeling door ITS Nijmegen)
- de CQI Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (ontwikkeld door het NIVEL)

Daar zijn in 2008 bijgekomen:

- de CQI Huisartsenzorg Overdag (ontwikkeld door het NIVEL)
- de CQI Diabetes (ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC)
- de CQI Mammacare (ontwikkeld door het NIVEL)
- de CQI Reumatoïde artritis (ontwikkeld door het NIVEL)

In 2008 is gewerkt aan of gestart met de ontwikkeling van:

- de CQI Antroposofische zorg (Hogeschool Leiden)
- de CQI Astma (NIVEL)
- de CQI COPD (NIVEL)
- de CQI Eerstelijnszorg (ARGO RU Groningen)
- de CQI Farmacie (samenwerkingsproject NIVEL/ARGO RU Groningen)
- de CQI Fysiotherapie (NIVEL/CKZ)
- de CQI Geestelijke Gezondheidszorg (Trimbosinstituut)
- de CQI Hernia lage rug (NIVEL)
- de CQI Huisartsenposten (IQ Healthcare)
- de CQI Hulp bij het Huishouden (NIVEL)
- de CQI Hulpmiddelen (Vilans)
- de CQI Jeugdgezondheidszorg (NIVEL)

- de CQI Ketenspoedzorg (Julius Centrum, IQ Healthcare, NIVEL)
- de CQI Kraamzorg (NIVEL)
- de CQI Maatschappelijke opvang (UMC Radboud)
- de CQI Nierdialyse (Hans Makinstituut/AMC Sociale Geneeskunde)
- de CQI Palliatieve zorg (NIVEL)
- de CQI Spataderen (NIVEL)
- de CQI Ziekenhuiszorg (NIVEL)

Bij veel ontwikkeltrajecten is het NIVEL betrokken als onderzoeksinstituut. Het NIVEL heeft vanaf de beginjaren van de CQ-index geparticipeerd in de totstandkoming van de CQ-index. Door deze betrokkenheid bij veel ontwikkeltrajecten van CQI meetinstrumenten is veel expertise opgebouwd met de systematiek van de CQ-index. Om die reden heeft het CKZ een samenwerkingsovereenkomst met het NIVEL gesloten voor de doorontwikkeling van de CQI-systematiek.

In samenwerking met het NIVEL ontwikkelde het CKZ in 2008 de CQI Vragenbank. Dit is een database van vragen uit de CQI vragenlijsten die tot nu toe ontwikkeld zijn. In deze database kunnen vragen worden gezocht, bijvoorbeeld op thema, trefwoord of type zorgverlener. Voor elke vraag wordt de exacte formulering

weergegeven met de daarbij behorende antwoordcategorieën. De CQI Vragenbank kan gebruikt worden door onderzoekers die CQI meetinstrumenten ontwikkelen en door meetorganisaties die aanvullende vragen in CQI-stijl willen toevoegen aan bestaande meetinstrumenten. De vragenlijst is online te raadplegen via de CKZ-website: <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijsten/cqi-vragenbank.html>.

CERTIFICEREN VAN MEETBUREAUS

Het CKZ accrediteert meetbureaus die met de CQ-index mogen werken. Tot en met juni 2008 was er sprake van een overgangsregeling waarin ook niet-geaccrediteerde bureaus de CQ-index mochten afnemen, maar sinds deze datum is het meten voorbehouden aan die bureaus die de accreditatieprocedure van het CKZ met succes hebben doorlopen. In 2008 zijn 10 meetbureaus geaccrediteerd. Eind 2008 waren 4 meetbureaus in de laatste fase van accreditatie, zaten 7 meetbureaus nog in de procedure en heeft 1 meetbureau zich voor een extra scope geaccrediteerd.

Meetbureaus kunnen geaccrediteerd worden voor één of meerdere scopes (activiteiten):

- A - Onderzoeksactiviteiten (exclusief dataverzameling)
- A+ - Categorie A inclusief de competentie voor vergelijkende analyses met behulp van multilevel methoden
- B - Schriftelijke dataverzameling
- C - Dataverzameling d.m.v. interviews
- D - Dataverzameling d.m.v. interviews bij bijzondere doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met verstandelijke beperkingen of met zware psychiatrische of psychogeriatrische problematiek)

Hieronder staat een overzicht van de in 2008 geaccrediteerde meetbureaus met daarachter de scope(s) waarvoor zij geaccrediteerd zijn.

NAAM ORGANISATIE	SCOPE
Significant	A
Regioplan Beleidsonderzoek	A,B,C,D
Intomart	A,B,C,D
Mailstreet	B
Bureau de Bok	A,B,C
Prismant	A+, B,C,D
van Loveren & partners	A+, B,C,D
Facit	A,B,C,D
Mediquest	A,B
Perspectief	C,D

In 2008 heeft ook Stichting Cliënt & Kwaliteit het CKZ-accreditaat verworven. Stichting Cliënt & Kwaliteit heeft eind 2008 echter haar activiteiten beëindigd.

Het certificaat van het CKZ garandeert dat de betrokken meetorganisatie voldoende expertise bezit om een onderzoek met de CQ-index volgens de richtlijnen uit te voeren. De richtlijnen voor het uitvoeren van een onderzoek zijn beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten. In 2008 is gewerkt aan een nieuwe versie

van het handboek met CQI richtlijnen. Een belangrijke verandering is dat er niet langer één handboek is, maar twee. De richtlijnen en voorschriften voor het ontwikkelen van een CQI meetinstrument staan nu beschreven in een apart Handboek CQI Ontwikkeling. Richtlijnen en voorschriften voor het uitvoeren van een meting met een bestaand CQI meetinstrument staan beschreven in het Handboek CQI Metingen.

Daarnaast heeft elk CQI meetinstrument eigen specifieke richtlijnen, bijvoorbeeld met betrekking tot de steekproefomvang. Het is belangrijk dat meetorganisaties de richtlijnen kennen en opvolgen, omdat alleen op die manier gewaarborgd is dat de meetresultaten betrouwbaar zijn. Vooral bij landelijke metingen die door meerdere meetbureaus worden uitgevoerd (bijvoorbeeld de landelijke meting met de CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) is het noodzakelijk dat alle bureaus op dezelfde wijze te werk gaan. De data moeten immers vergelijkbaar zijn en worden aangeleverd aan een centrale database.

Om kennis van de richtlijnen te bevorderen vormt deelname aan de informatiedag "CQ-metingen voor sleutelfiguren" een verplicht onderdeel van de accreditatieprocedure. Deze informatiedag wordt door het CKZ

georganiseerd en door CKZ-medewerkers en andere ervaren CQI onderzoekers gegeven. De informatiedag is in 2008 drie keer gehouden, in maart, juni en oktober. In totaal namen 33 sleutelfiguren eraan deel.

VAN WETENSCHAP NAAR PRAKTIJK

Evaluatie van de accreditatieprocedure

Als meetbureaus eenmaal geaccrediteerd zijn, worden hen gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen over hun ervaringen met de accreditatieprocedure. Elf meetbureaus hebben dit evaluatieformulier ingevuld. In het formulier wordt ook gevraagd naar verbeter-suggesties en is er ruimte voor andere opmerkingen. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste resultaten van de evaluatie.

Mening over de procedure als geheel

Meetbureaus oordelen over het geheel genomen positief over de accreditatieprocedure. Zo zijn bijvoorbeeld alle meetbureaus positief over het Handboek CQI Metingen. Zij vinden het uitgebreid en helder, zij het dat het handboek in 2008 nog niet volledig was. Tot november 2008 ontbrak bijvoorbeeld een hoofdstuk over mondelinge interviews en beschrijvingen voor het uitvoeren van online metingen zullen pas in 2009 worden toe-

gevoegd. Natuurlijk werden er ook kritische opmerkingen gemaakt over de accreditatieprocedure, zoals: "procedure duurt vrij lang", "voor verbetering vatbaar", "zonder externe adviseur voor opzetten kwaliteits-systeem had het traject veel langer geduurd". Over het normenkader wisselden de meningen. Het normenkader werd door meetbureaus beoordeeld als helder en duidelijk voor mensen die bekend zijn met de ISO-norm 20252. Maar soms was, voor bepaalde meetbureaus, het verband tussen de ISO-norm en het CKZ normenkader moeilijk te zien. Het vergde volgens enkele meetbureaus een deskundige blik om het geheel in zijn proporties te blijven zien.

Een belangrijk onderdeel in de accreditatieprocedure is het invullen van een zelfevaluatieformulier. Dit was volgens de meeste meetbureaus goed te doen. Een meetbureau vond de ZEF erg uitgebreid en vond het soms moeilijk te overzien wat er precies bedoeld werd. Bij een ander meetbureau leek het formulier niet altijd aan te sluiten bij de praktijk.

Over het verloop van het proces waren een viertal meetbureaus iets kritischer: zij vonden dat er hoge eisen werden gesteld; er was spraakverwarring over terminologie, verwachtingen en impact; het proces stakte af en

toe, en het duurde redelijk lang. Vier andere meetbureaus oordeelden echter positief over het proces (goed verlopen, snel, nuttig).

Toegevoegde waarde

Het merendeel van de meetbureaus gaf aan een toegevoegde waarde van het accreditatietraject te ervaren. Voorbeelden die genoemd zijn, zijn: "Het zet het kwaliteitsbewustzijn en procesmatig denken weer op scherp", "een aantal zaken in het onderzoeksproces zijn weer aangescherpt (controle, back-up, versiebeheer)", "het heeft geleid tot meer standaardisatie in werkwijzen", "het proces is weer doorgelicht en gestroomlijnd". Voor twee meetbureaus blijkt de CKZ-accreditatie nieuwe mogelijkheden te bieden, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van metingen in andere sectoren dan waar men tot dan toe werkte. Een paar meetbureaus gaf aan nog geen toegevoegde waarde te ervaren.

Investering en kosten

De meeste meetbureaus hebben veel geld en mankracht gestopt in het behalen van de CKZ accreditatie. Allen hopen dat deze investering zich terugverdient. Eén van hen zegt dat de kosten en de investering het bereikte resultaat wel waard zijn. Een ander zet vraagtekens daarbij.

BEWAKEN VAN DE KWALITEIT EN HET COÖRDINEREN VAN METINGEN

Een CQI meetinstrument dat is uitontwikkeld en goedgekeurd, wordt op de website van het CKZ geplaatst. Het kan vandaar uit worden gedownload en gebruikt door iedereen die er een meting mee wil uitvoeren. De bedoeling van die publieke beschikbaarheid is om het gebruik van de CQ-index te bevorderen. Maar het nadeel kan -in theorie- zijn dat patiënten door verschillende partijen gelijktijdig bevestigd worden met een CQI meetinstrument. Dat komt de respons niet ten goede en moet dus vermeden worden. Wie een meting met de CQ-index gaat uitvoeren, wordt daarom gevraagd deze aan te melden bij het CKZ. Het CKZ checkt of niet in dezelfde periode een meting onder deze populatie plaatsvindt en kent de meting een CKZ-code toe. In 2008 zijn 285 metingen bij het CKZ aangemeld. In totaal door 19 meetbureaus. Hieronder zijn dus enkele meetbureaus die (nog) niet geaccrediteerd waren en die in de overgangstermijn die gold tot 1 juli 2008 metingen mochten uitvoeren. De hoeveelheid metingen per meetbureau varieerde van 1 tot 92 per jaar, met een gemiddelde van 15 metingen per meetbureau. Bijna alle metingen (98,9%) zijn uitgevoerd met de CQI PG, de CQI VV en de CQI TZ in de sector VV&T (Verpleging,

Verzorging, Thuiszorg). Daarnaast werd een aantal landelijke metingen uitgevoerd door Stichting Miletus ten behoeve van de zorginkoop door verzekeraars.

BEWERKEN VAN MEETRESULTATEN

In 2008 hebben diverse landelijke metingen met de CQ-index plaatsgevonden. De resultaten daarvan zijn als consumenteninformatie gepubliceerd op www.kiesbeter.nl. Bij twee van die landelijke metingen heeft het CKZ de resultaten bewerkt tot keuze-informatie.

Ten eerste heeft er een meting met de CQI Zorg en Zorgverzekering plaatsgevonden. Deze meting werd door het CKZ gecoördineerd en in samenwerking met NIVEL en Mailstreet uitgevoerd. De resultaten van de meting zijn in november 2008 gepubliceerd op de zorgverzekeringssite van www.kiesbeter.nl.

Ten tweede heeft in 2008 de landelijke CQI meting in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg gelopen. Deze landelijke meting wordt gefaseerd uitgevoerd over een periode van twee jaar (de start was medio 2007) en is een initiatief van de landelijke Stuurgroep Verantwoorde Zorg. In deze periode zullen alle instellingen in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg een cliëntenraad-

pleging laten uitvoeren door een extern meetbureau. De resultaten worden aangeleverd aan een centrale database die is ondergebracht bij Prismant. Het CKZ bewerkt de data die bij Prismant zijn aangeleverd tot consumenteninformatie. Op 2 september 2008 zijn de resultaten uit de eerste tranche van metingen gepubliceerd op www.kiesbeter.nl.

Andere landelijke metingen met de CQ-index zijn in 2008 uitgevoerd door Stichting Miletus in opdracht van zorgverzekeraars. Daarbij gaat het om metingen met de CQI Staaroperaties en de CQI Heup-/knieoperaties. De resultaten van die landelijke metingen worden door het NIVEL bewerkt tot keuze-informatie voor consumenten en zullen in 2009 worden gepubliceerd op www.consumentendezorg.nl.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Eind 2008 is een themanummer van het tijdschrift TSG verschenen dat geheel gewijd was aan de CQ-index. Aan dit themanummer is een bijdrage geleverd door onderzoekers van het CKZ, onderzoekers die betrokken zijn bij meetinstrumentontwikkeling, onderzoekers van geaccrediteerde meetbureaus en gebruikers van CQI informatie (onder andere Agis, Stichting Miletus en Actiz).

ZonMw heeft in het kader van zijn programma 'Meten Patiëntervaringen in september 2008' een call uitge-schreven voor onderzoek naar het gebruik van de CQ-index. Hierin zijn 6 onderzoeksvoorstellen gehono-reerd. Alle onderzoeken hebben betrekking op de bruikbaarheid en het feitelijk gebruik van CQI informatie door consumenten, door cliëntenraden, door zorgverze-kerars en/of door zorgaanbieders zelf.

De Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) van het CKZ vindt het belangrijk om het onderzoek rond de CQ-index zoveel mogelijk te coördineren en streeft naar uitwisse-ling van kennis tussen de diverse instituten die bij dit onderzoek betrokken zijn. Eén van de middelen die daarvoor worden ingezet is het zogeheten Onderzoe-kersforum CQ-index. Het Onderzoekersforum CQ-index bestaat uit alle onderzoekers die bezig zijn met de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten, het meten met CQI meetinstrumenten en verdiepend wetenschappelijk onderzoek rond de CQ-index. Deze onderzoekers komen ongeveer vijf keer per jaar bij elkaar in workshops rond wisselende thema's.

In 2008 waren het deze thema's:

- Toepassing van vignetten om de patiëntgericht-heid van verschillende gezondheidszorgsystemen te vergelijken
- Het taalniveau van CQI meetinstrumenten
- Presentatiewijze van CQI gegevens voor patiënten/consumenten en het gebruik door patiënten/consumenten van CQI informatie
- Keuze-informatie voor consumenten op internet
- Online enquêteren

Het CKZ heeft per 1 juli 2008 een leerstoel 'Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief' ingesteld bij het instituut TRANZO van de Universiteit van Tilburg. De leerstoel wordt bekleed door de directeur van het CKZ, Diana Delnoij. In het kader van deze leerstoel zal zij onderzoek gaan doen rond het thema '(Hoe) werkt transparantie in de zorg?'

INLEIDING

De CQ-index is door het Ministerie van VWS in 2006 gelanceerd als de standaardmethodiek voor het meten van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het Ministerie heeft om verschillende redenen belang bij het bestaan van zo'n standaard. Het functioneren van gereguleerde marktwerking is één van de redenen. Daarnaast is de CQ-index echter ook ingevoerd met het oog op de landelijke informatievoorziening. Het Ministerie van VWS monitort de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg met behulp van de Zorgbalans. Patiënten-/consumentenervaringen maken deel uit van de indicatoren die in deze Zorgbalans zijn opgenomen. Dat betekent dat de CQ-index ook landelijke cijfers moet opleveren over klantervaringen in de zorg. Niet voor niets werd het Ministerie van VWS in onze vorige jaarrapportage *Klantervaringen in de Zorg* aangeduid als één van de zeven heren die het CKZ moet bedienen.

In deze jaarrapportage geven we op hoofdlijnen een overzicht van de klantervaringen in Nederland die gemeten zijn met de CQ-index. Dit overzicht is ge-baseerd op wat er in openbare ontwikkelrapporten en verslagen van reguliere metingen is terug te vinden. Omdat voor vele parameters geldt dat zij niet in alle

rapporten worden gepresenteerd en/of niet altijd op dezelfde manier worden gepresenteerd is het overzicht niet compleet. Hier komen we later op terug.

FEITEN EN CIJFERS

Tabel 3.1 toont het overzicht van klantervaringen in de zorg in Nederland. Hierin is opgenomen: het rapportcijfer voor de zorg of de zorgaanbieder, het rapportcijfer voor de hoofdbehandelaar en de gemiddelde schaalscores voor bejegening en voor informatievoorziening. Te zien is dat het rapportcijfer voor de zorg of de zorgaanbieder varieert van een 7,0 (Astma) tot een 8,8 (Staaroperatie en Geboortezorg: bevalling). Met name het rapportcijfer voor Astma vormt een uitschieter: het één-na-laagste rapportcijfer is bijna een halve punt hoger (Vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen: 7,4). Het rapportcijfer voor de hoofdbehandelaar kent een kleinere range en loopt uiteen van 7,7 (Vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen) tot 8,8 (Staaroperatie).

Verder is in veel rapportages melding gemaakt van scores voor bejegening en informatievoorziening. Deze scores zijn gemiddelden over een aantal vragen die relevant zijn voor bejegening (beleefd behandeld

worden, serieus genomen worden, aandachtig luisteren e.d.) of informatievoorziening (begrijpelijke uitleg, geen tegenstrijdige informatie e.d.). Deze kwaliteitsaspecten worden gemeten op een schaal van 1 (er werd nooit aan een kwaliteitseis voldaan) tot 4 (er werd altijd aan een kwaliteitseis voldaan). De ervaringen van patiënten/ cliënten met de bejegening door zorgverleners zijn over het algemeen goed. De gemiddelden voor bejegening variëren van een 3,4 (Interviews met bewoners van

verpleeg- en verzorgingshuizen; Vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen) tot een 3,8 (Fysiotherapie; Huisartsenzorg; Geboortezorg zwangerschap 1e lijn). Ervaringen met informatievoorziening zijn verhoudingsgewijs minder positief. De gemiddelden voor informatievoorziening variëren van een 2,7 (Interviews met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen; Farmacie) tot een 3,6 (Fysiotherapie).

Tabel 3.1 *Klantervaringen in verschillende onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg*

CQI						
	Meting	Totaal-oordeel	Rapportcijfer hoofd-behandelaar	Bejegening	Informatie-voorziening	Schaal (aantal bevroegde klanten)
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	2008	-	-	3,6	-	2538
Astma	2008	7,0	-	3,7	-	1182
Diabetes	2006	8,3	-	3,7	3,3	5438
Farmacie	2007	8,0	-	3,5	2,7	1295
Fysiotherapie	2005	-	8,6	3,7	3,4	723
Fysiotherapie	2007	-	8,5	3,7	3,5	11713
Fysiotherapie	2008	8,4	-	3,8	3,6	1269

CQI						
	Meting	Totaal-oordeel	Rapportcijfer hoofd-behandelaar	Bejegening	Informatie-voorziening	Schaal (aantal bevroegde klanten)
Geboortezorg: bevalling	2007	8,8	-	3,7	-	632
Geboortezorg: kraamperiode	2007	8,6	-	3,8	-	632
Geboortezorg: zwangerschap; 1e lijn	2007	8,5	-	3,8	-	793
Geboortezorg: zwangerschap; 2e lijn	2007	8,1	-	3,7	-	793
Gehandicaptenzorg: ambulante ondersteuning	2006	8,2	-	-	-	86
Gehandicaptenzorg: cliëntvertegenwoordigers	2006	7,5	-	-	-	110
Gehandicaptenzorg: gezinsondersteuning	2006	8,2	-	-	-	45
Gehandicaptenzorg: interviews ³	2006	7,6	8,1	-	-	219
Heup- of knieoperatie	2005	8,4	8,5	3,5	-	1686
Huisartsen zorg	2007	8,2	-	3,8	-	-
Mammacare	2006	8,2	-	-	-	673
Mammacare goedaardig ⁵	2008	7,6	-	-	-	1073
Mammacare kwaadaardig ⁵	2008	7,9	-	-	-	1391
Reumatoïde Artritis	2007	7,9	-	-	-	407

CQI						
	Meting	Totaal-oordeel	Rapportcijfer hoofd-behandelaar	Bejegening	Informatie-voorziening	Schaal (aantal bevroegde klanten)
Reumatoïde Artritis	2008	8,3	8,6	3,6	-	2757
Staaroperatie	2005	8,8	8,8	3,6	-	4640
VV&T interviews ¹	2006	7,7	7,9	3,4	2,7	2386
VV&T interviews ¹	2008	-	-	3,4	2,8	14985
VV&T thuiszorg	2006	8,1	8,4	3,5	3,1	1363
VV&T thuiszorg	2008	-	-	3,6	3,2	7274
VV&T vertegenwoordigers ²	2008	-	-	3,5	3,3	8795
VV&T vertegenwoordigers ²	2006	7,4	7,7	3,4	3,1	2000
Ziekenhuizen	2008	8,0	8,1	-	-	22380
Zorg en Zorgverzekering ⁴	2005	7,6	-	3,5	-	13819
Zorg en Zorgverzekering ⁴	2006	7,7	-	3,5	-	8266
Zorg en Zorgverzekering ⁴	2007	7,8	-	3,6	-	8088
Zorg en Zorgverzekering ⁴	2008	7,8	-	3,6	-	7183

1 Interviews met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

2 Vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

3 Interviews met gehandicapten

4 In tabel alleen ervaringen met zorgverzekeraar vermeld

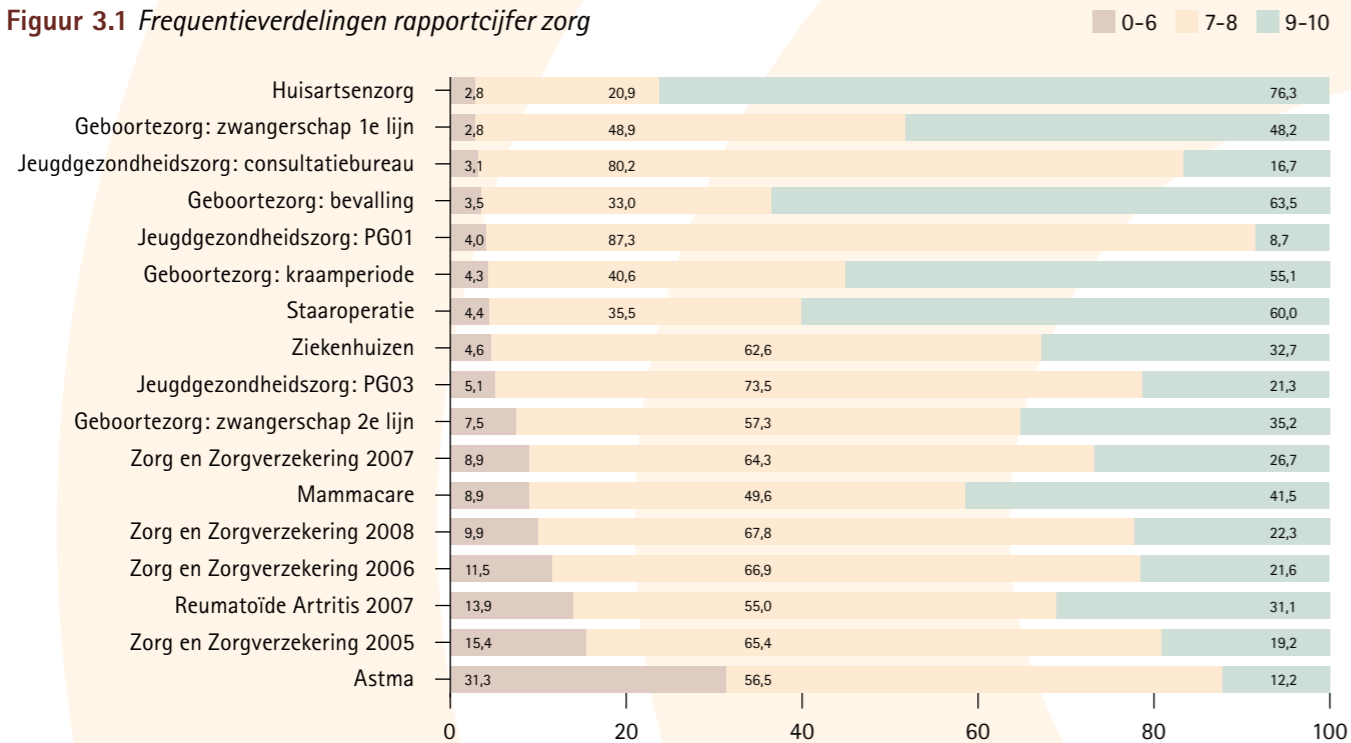
5 Na de meting in 2006 is besloten de vragenlijst op te splitsen in een vragenlijst voor goedaardige en een vragenlijst voor kwaadaardige afwijkingen

Een belangrijke vraag is wat de verschillen in ervaringen tussen de verschillende klantengroepen nu eigenlijk betekenen. Dit is niet eenduidig vast te stellen. Een relatief hoog algemeen oordeel kan betekenen dat de zorg rond die aandoening of in die sector beter is geregeld. Maar het kan ook te maken hebben met kenmerken van de betreffende klantengroep. Zo is bijvoorbeeld bekend dat oudere mensen systematisch positiever oordelen over de zorg dan jongere mensen. Het hoge rapportcijfer voor Staaroperatie is dus mogelijk het gevolg van het feit dat het hier gaat om een relatief oude klantengroep. De hoge cijfers voor geboortezorg kunnen niet worden verklaard uit de leeftijd van de klantengroep, maar hier speelt wellicht een rol dat het krijgen van een kind voor veel mensen een heuglijke gebeurtenis is. Bij het interpreteren van verschillen in oordelen moet dus mede gekeken worden naar karakteristieken van de klantengroepen en naar de context waarin zij gebruikmaken van zorg.

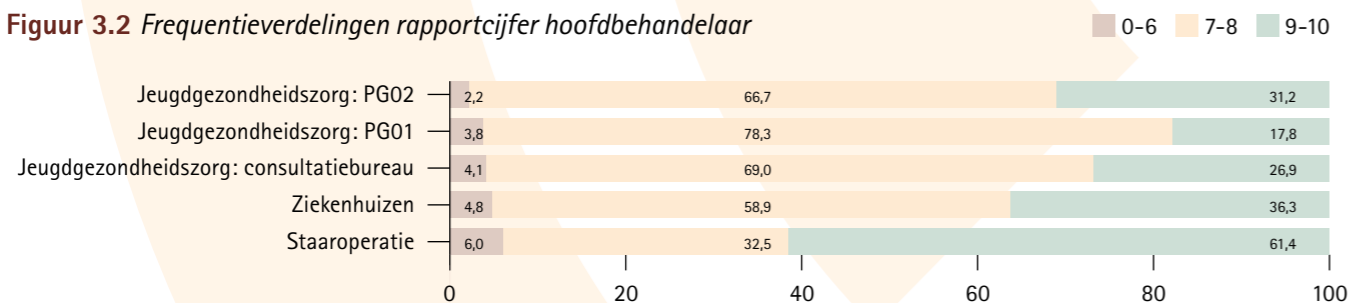
Behalve naar gemiddelde scores kan ook gekeken worden naar de verdeling van antwoorden op de verschillende CQI-vragen. Figuur 3.1 toont de frequentieverdelingen van het rapportcijfer voor de zorg of de zorgaanbieder. Niet alle klantengroepen uit tabel 3.1 zijn in deze figuur terug te vinden omdat in een aantal

rapporten de benodigde frequentieverdelingen niet beschikbaar waren. In figuur 3.1 valt weer op dat Astma er niet goed uit komt: 31% van de klanten geeft de astmazorg een onvoldoende (dat wil zeggen, een cijfer van 6 of lager). Verder is te zien dat het aantal mensen dat een onvoldoende gaf boven de 10% lag bij 3 van de 4 metingen met de CQI Zorg en Zorgverzekering (rapportcijfer zorgverzekeraar). Ook bij reumatoïde artritis geeft meer dan 10% van de mensen een onvoldoende voor de totale reumazorg. Tenslotte valt op dat er enkele positieve uitschieters zijn, namelijk de huisartsenzorg, de zorg rond een bevalling, de zorg gedurende de kraamperiode en de zorg rond een staaroperatie.

Figuur 3.1 Frequentieverdelingen rapportcijfer zorg



Figuur 3.2 Frequentieverdelingen rapportcijfer hoofdbehandelaar



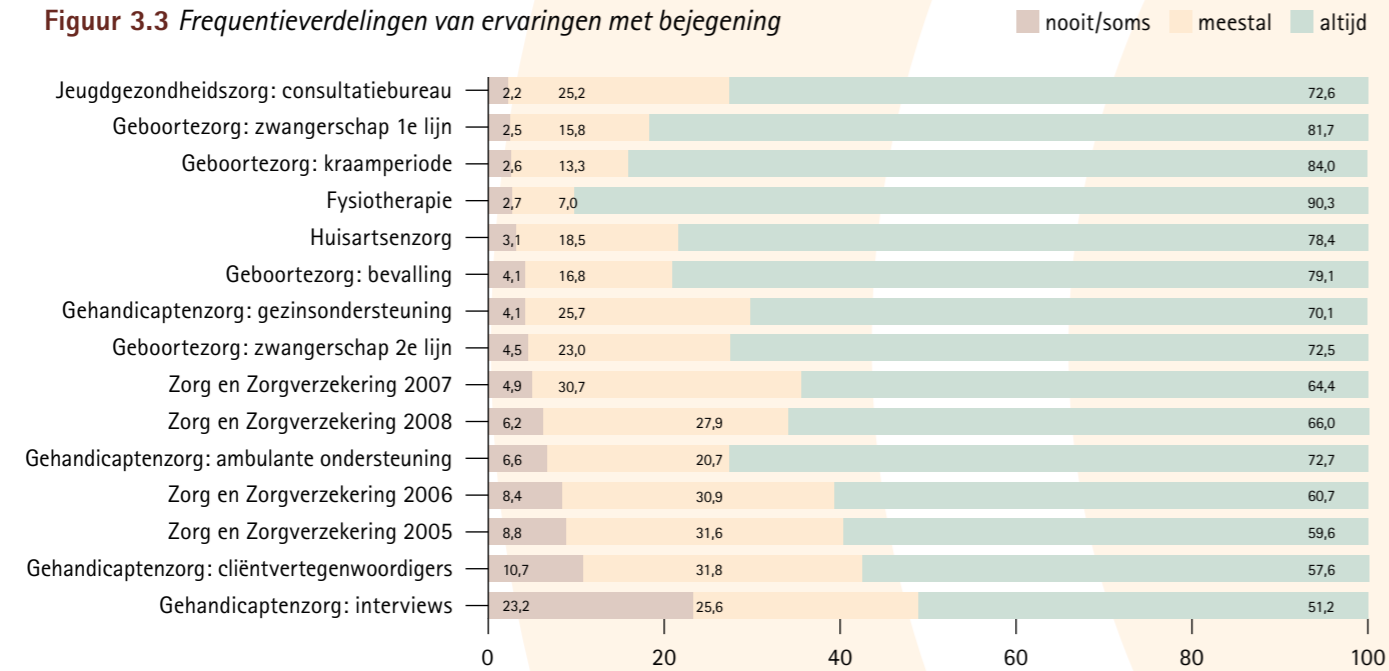
In figuur 3.2 zijn de beschikbare frequentieverdelingen voor het rapportcijfer van de hoofdbehandelaar weergegeven. Deze zijn voor maar weinig lijsten beschikbaar omdat de verdeling niet voorhanden is uit het betreffende rapport of omdat het onduidelijk is wie als hoofdbehandelaar gezien moet worden. Interessant in deze figuur is dat de hoofdbehandelaar bij een staaroperatie (de oogarts) zich zowel in positieve als in negatieve zin onderscheidt. Enerzijds geeft meer dan 60% van de klanten de oogarts een 9 of een 10 en dat is beduidend vaker dan bij de andere hoofdbehandelaars in figuur 3.2. Tegelijkertijd krijgt de oogarts ook vaker een onvoldoende dan de andere hoofdbehandelaars.

Figuur 3.3 toont de beschikbare frequentieverdelingen voor bejegening. Te zien is dat bij een aantal klantengroepen geldt dat zo'n 80% van de klanten altijd een goede bejegening ervaart. Dit is bijvoorbeeld het geval voor een aantal onderdelen van de geboortezorg en ook voor consultatiebureaus. De bejegening door de fysiotherapeut wordt nog positiever gewaardeerd: meer dan 90% van de mensen ervaart altijd een goede bejegening door de fysiotherapeut. Wanneer we kijken naar slechte ervaringen rond bejegening dan worden deze vooral vaak gerapporteerd in interviews met gehandicapten. Bij cliëntvertegenwoordigers in de gehandicaptenzorg

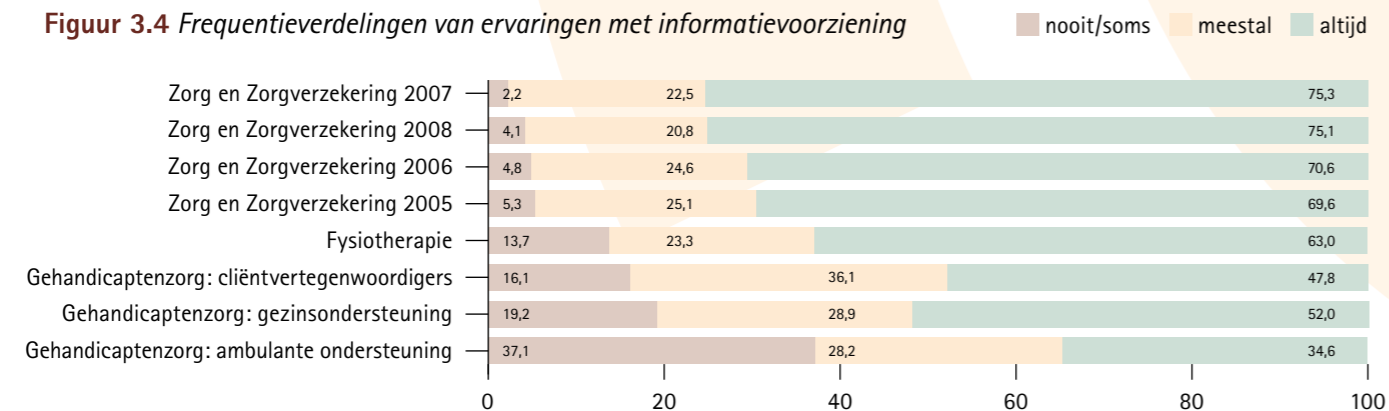
komen slechte ervaringen rond bejegening ook wat vaker voor dan bij de andere klantengroepen.

De beschikbare frequentieverdelingen voor informatievoorziening zijn te vinden in figuur 4.4. Deze figuur toont dat slechte ervaringen met informatievoorziening beduidend minder vaak voorkomen bij zorgverzekeraars dan bij de fysiotherapeut of in de gehandicaptenzorg.

Figuur 3.3 Frequentieverdelingen van ervaringen met bejegening



Figuur 3.4 Frequentieverdelingen van ervaringen met informatievoorziening



INFORMATIEVOORZIENING

In de vorige paragraaf viel tussen de regels door al te lezen dat de landelijke informatie over klantervaringen niet compleet is. In deze paragraaf gaan we nader in op de huidige stand van zaken wat betreft de beschikbaarheid van informatie en de mate waarin die informatie zich leent voor overzichten van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg.

We hebben voor de overzichten gebruik gemaakt van gegevens die publiek toegankelijk zijn uit openbare rapporten. Dit zijn in vrijwel alle gevallen rapporten over de ontwikkeling van een CQI vragenlijst. Nadat de ontwikkeling is voltooid is de vragenlijst klaar voor gebruik en wordt deze ingezet voor reguliere metingen. Reguliere metingen worden vaak op grote schaal uitgezet door verzekeraars of op initiatief van landelijke stuurgroepen en kunnen dus in potentie belangrijke gegevens opleveren voor overzichten van klantervaringen in Nederland. Niet al deze reguliere metingen resulteren echter in openbare rapporten met totaalcijfers. Omdat in de toekomst steeds meer reguliere metingen zullen gaan plaatsvinden, is het belangrijk na te denken hoe landelijke gegevens daaruit beschikbaar kunnen

komen voor overzichten van klantervaringen in de zorg in Nederland.

In de gevallen waarin wel een openbaar rapport beschikbaar was, heeft dit ook lang niet altijd gegevens opgeleverd die geschikt zijn voor totaaloverzichten van klantervaringen. In een aantal gevallen worden in de rapporten bijvoorbeeld geen ervaringsscores of rapportcijfers gepresenteerd, maar worden alleen de (psychometrische) eigenschappen van het meetinstrument beschreven. Ook komt het voor dat ervaringsscores en rapportcijfers alleen als een frequentieverdeling óf alleen als een gemiddelde worden gepresenteerd. Dat is jammer, want voor een goed overzicht van klantervaringen in de zorg zijn idealiter het gemiddelde én de frequentieverdeling beschikbaar. Ten slotte komt het voor dat er tijdens de ontwikkeling van vragenlijsten keuzes worden gemaakt, bijvoorbeeld rond de constructie van schalen, die vergelijking met andere sectoren en andere CQI vragenlijsten bemoeilijken.

Bovengenoemde problemen kunnen vaak worden opgelost door de oorspronkelijke databestanden te raadplegen, maar deze zijn uiteraard niet publiek toegankelijk en zijn ook nog eens eigendom van verschillende partijen (verzekeraars of zorgaanbieders).

Daarnaast dient de methode om te komen tot totaaloverzichten verder te worden ontwikkeld. De overzichten uit dit hoofdstuk bevatten bijvoorbeeld voornamelijk globale maten (rapportcijfers) en procesmaten (bejegening en informatievoorziening). Voor deze maten is gekozen omdat er voldoende uniformiteit is in de wijze van meten en presenteren voor het trekken van parallellen tussen klantengroepen. In CQI meetinstrumenten wordt echter ook regelmatig gevraagd naar structuurmaten als toegankelijkheid, wachttijden en ervaren problemen rond wachttijden. De wijze van meten en presenteren is voor deze maten vooralsnog onvoldoende uniform om eenvoudig parallellen te kunnen trekken tussen klantengroepen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de beschikbare gegevens een mooi totaaloverzicht bieden van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg, maar ook dat er nog een wereld te winnen valt als het gaat om de beschikbaarheid en geschiktheid van gegevens.

Hierbij dienen in ieder geval de volgende mogelijkheden te worden overwogen:

- Het onderbrengen van alle CQI meetgegevens in een centraal databestand dat kan worden geraadpleegd voor het genereren van totaalcijfers;
- Het verder ontwikkelen van methoden en procedures voor het adequaat trekken van parallellen tussen klantengroepen.

De ontwikkeling van een CQI meetinstrument verloopt gestandaardiseerd. In het "Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument" wordt omschreven welke stappen onderzoekers moeten doorlopen als zij een vragenlijst voor het meten van klantervaringen ontwikkelen die - aan het eind - het keurmerk CQ-index mag dragen. Wanneer zo'n vragenlijst gereed is en goedgekeurd is door het bestuur van het CKZ wordt hij op de CKZ-website geplaatst onder www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijsten. Op de site wordt ook een soort 'bijsluiters' bij de vragenlijst gepubliceerd. Deze beschrijft voor welk doel de vragenlijst geschikt is, hoe groot de steekproef moet zijn, hoe de steekproef moet worden getrokken, hoe de vragenlijsten moeten worden verzonden, met hoeveel herinneringen, op welke dag van de week de vragenlijst op de deurmat van de respondent moet vallen, hoe de data geschoond en geanalyseerd moeten worden en op welke manier erover gerapporteerd moet worden. Al deze richtlijnen zijn gebaseerd op onderzoek. Meestal gaat het daarbij om algemeen methodologisch onderzoek, bijvoorbeeld naar de relatie tussen het verzenden van herinneringen en de respons op de vragenlijst. Vaak zijn richtlijnen gebaseerd op Amerikaans onderzoek rond CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems;

gestandaardiseerde vragenlijsten voor het meten van klantervaringen in de VS). En in enkele gevallen is onderzoek specifiek ten behoeve van de CQ-index uitgevoerd, bijvoorbeeld onderzoek rond de beste presentatiewijze van CQI informatie aan consumenten (Damman e.a. 2008).

Maar wat gebeurt er als meetorganisaties met deze CQI richtlijnen aan de slag gaan? Wat komen zij tegen in de praktijk? Kunnen steekproeven getrokken worden die voldoen aan de CKZ-richtlijnen? Leveren de drie herinneringen die bij schriftelijke vragenlijsten moeten worden verzonden inderdaad een hoge respons op? Wat zijn de specifieke problemen van toepassing van CQ-index vragen onder mensen met een verstandelijke handicap of mensen met psychische problemen? Hoe goed worden de 'witte' CQI meetinstrumenten ingevuld door patiënten van allochtone herkomst? En hoe bruikbaar zijn de uitkomsten van metingen als keuze-informatie voor consumenten of zorginkoopinformatie voor verzekeraars? Op basis van onderzoek dat eind 2008 is gepubliceerd in een speciaal themanummer van TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen zal een aantal van deze vragen de revue passeren.

STEEKPROEFTREKKING IN DE PRAKTIJK

Onderzoekers die een CQI meetinstrument ontwikkelen, bepalen op basis van de gegevens die in het ontwikkelonderzoek verzameld zijn hoe groot de steekproef moet zijn bij toepassing van het betreffende instrument.

De onderzoekers voeren daarvoor een zogeheten 'powerberekening' uit. De uitkomst geeft aan hoeveel respondenten een vragenlijst moeten hebben ingevuld om verschillen tussen zorgaanbieders te kunnen meten. Er is nooit maar één duidelijke uitkomst. De aanbevolen steekproefomvang hangt bijvoorbeeld af van hoe

betrouwbaar de meting moet zijn (hoe hoger de betrouwbaarheidseisen, des te groter de steekproef) en hoe groot de verschillen zijn die men wil aantonen (hoe kleiner de verschillen, des te groter de steekproef). Ook wordt bij de aanbevolen steekproefomvang rekening gehouden met de netto respons in het ontwikkelonderzoek. De uitkomst verschilt bovendien per CQI meetinstrument en zelfs - binnen een meetinstrument - van thema tot thema. Bijvoorbeeld: als huisartspraktijken onderling grote verschillen tonen rond het thema accommodatie en kleine verschillen rond het thema bejegening, dan kun je met een kleine

steekproef volstaan als je alleen geïnteresseerd bent in het meten van verschillen op het gebied van accommodatie. Maar als je verschillen tussen huisartspraktijken wil aantonen op het gebied van bejegening, dan heb je veel grotere steekproeven nodig. Bij het opstellen van de definitieve richtlijnen voor steekproefinstructies bij CQI meetinstrumenten komen de onderzoekers die een lijst ontwikkeld hebben in overleg met het CKZ tot een aanbevolen steekproefomvang, zie tabel 4.1.

Uit tabel 4.1 blijkt dat er grote verschillen zijn tussen CQI meetinstrumenten als het gaat om de aanbevolen steekproefomvang die nodig is om verschillen tussen zorgaanbieders te kunnen vinden. Een van de praktische problemen waar meetbureaus tegenaan lopen bij het toepassen van de CQ-index is dat de aanbevolen steekproefomvang soms groter is dan het feitelijk aantal patiënten uit de doelgroep per instelling. Voor het ontwikkelonderzoek van de CQI Mammacare moesten bijvoorbeeld patiënten worden geselecteerd die in verband met een kwaadaardige borstafwijking in het eerste of tweede kwartaal van 2007 in het ziekenhuis waren behandeld. Er bleken slechts twee ziekenhuizen te zijn die meer dan 150 patiënten hadden behandeld in die periode. Ook in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) komt het regelmatig voor dat te vergelijken

instellingen kleiner zijn dan de minimum steekproefomvang, bijvoorbeeld bij kleinschalige woonvoorzieningen, of dat er na toepassing van de exclusiecriteria minder cliënten overblijven dan de 30 die minimaal vereist zijn. Nu is de consument er niet bij gebaat als de eisen die uit onderzoekstechnische overwegingen aan metingen worden gesteld, klakkeloos worden overgenomen. Dat zou voor de VV&T betekenen dat een belangrijk deel van de instellingen niet mee hoeft te doen aan CQI metingen en dat over hun prestaties dus geen informatie op kiesBeter.nl komt of aan de cliëntenraad wordt voorgelegd. Daarbij gaat het bovendien om een selectief deel van de instellingen, namelijk kleinschalige woonvoorzieningen.

In aanvullende richtlijnen met betrekking tot de VV&T is daarom het volgende advies opgenomen: "Het kan voorkomen dat kleinere organisatorische eenheden toch verantwoording moeten afleggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg of zelf een CQI-meting willen uitvoeren. Dat kan. Zolang er cliënten te vinden zijn die voldoen aan de inclusiecriteria kunnen de interviews en vragenlijsten worden afgenomen en kunnen de gegevens worden ingevoerd in een databestand, dat qua format aansluit bij de centrale database. Over de resultaten kan ook worden gerapporteerd (zolang eenheden maar niet

Tabel 4.1 Aanbevolen steekproefomvang per CQI meetinstrument voor het kunnen vinden van verschillen tussen zorgaanbieders/zorgverzekeraars

CQI MEETINSTRUMENT	AANBEVOLEN STEEKPROEFOMVANG PER ZORGAANBIJDER
CQI VV&T interviews met bewoners	30
CQI VV&T vragenlijst cliëntvertegenwoordigers	70
CQI VV&T vragenlijst thuiszorg	110
CQI Huisartsenzorg overdag	225
CQI Mammacare	435
CQI Reumatoïde artritis	395
CQI Zorg en Zorgverzekering	1000
CQI Diabetes	670

usdanig klein zijn dat de anonimiteit van respondenten in gevaar is)". Als vuistregel voor dat laatste wordt inmiddels uitgegaan van een aantal van minimaal 10 respondenten.

In de praktijk wordt dus soepel omgesprongen met de aanbevolen ondergrens van 30 cliënten. Maar recent vervolgonderzoek van het CKZ heeft inmiddels wel aangetoond dat kleine organisatorische eenheden, vooral de voorzieningen met maar 10 tot 15 cliënten, vrijwel altijd gemiddeld scoren in vergelijkende analyses. Zij slagen er vrijwel niet in om zich positief (of negatief) te onderscheiden van het gemiddelde over alle instellingen. Dat is een 'statistische realiteit' waaraan weinig te veranderen valt. Maar het plaatst onderzoekers en beleidsmakers wel voor een dilemma: omwille van de transparantie worden metingen uitgevoerd bij instellingen die niet voldoen aan de minimumeisen voor steekproefomvang, maar in de vergelijkende analyses op die metingen belanden die instellingen vrijwel zonder uitzondering in de categorie 'gemiddeld'. Dat leidt tot een soort schijntransparantie.

DE RESPONS IN CQI-METINGEN

In het Handboek CQI Meetinstrumenten worden twee methoden van dataverzameling beschreven: schriftelijke vragenlijsten en mondelinge interviews. Daarnaast is het afgelopen jaar geëxperimenteerd met dataverzameling via het internet. Schriftelijke vragenlijsten zijn in CQI onderzoek echter tot nu toe het meest gebruikt. Zuidgeest e.a. onderzochten in 2008 wat het effect van de methode van dataverzameling was, op de respons. Zij constateren dat de respons het hoogst is bij mondelinge interviews en het laagst bij een dataverzameling via het internet. Dataverzameling via internet kenmerkt zich door een oververtegenwoordiging van mannelijke respondenten. Het omgekeerde is het geval bij schriftelijke vragenlijsten: die worden juist relatief meer ingevuld door vrouwen.

Bij schriftelijke dataverzameling schrijft het Handboek CQI Meetinstrumenten voor dat zendingen op vrijdag of zaterdag bij de beoogde respondent moeten worden besteld en dat er 3 herinneringen moeten worden gestuurd volgens het volgende schema:

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

In de praktijk wordt dit schema echter niet altijd aangehouden (zie tabel 4.2). Zuidgeest e.a. (2008) onderzochten waar het responspercentage in schriftelijke CQI vragenlijsten van afhangt. In tabel 4.2 is te zien dat de responspercentages sterk variëren van 20% tot 79%. Een veelgehoorde klacht over CQI vragenlijsten is dat ze zo lang zijn. Zuidgeest e.a. (2008) vonden echter dat het responspercentage niet afhangt van het aantal vragen in de vragenlijst. Het hing ook niet af van de leeftijd van respondenten en het aantal verstuurd herinneringen, maar wél van het aantal mannen in de steekproef. Vooralsnog lijkt een combinatie van schriftelijke en internetvragenlijsten (behalve onder doelgroepen waar interviews gebruikt moeten worden) dus een veelbelovende combinatie: internetvragenlijsten om de kosten te drukken en mannen te verleiden tot deelname; gecombineerd met schriftelijke vragenlijsten om de respons te verhogen en de representativiteit te waarborgen.

Tabel 4.2 Overzicht van schriftelijke CQI dataverzamelmethode, gerangschikt op respons (%)
(Bron: Zuidgeest e.a., 2008)

CQI							
	aantal vragen	aantal herinneringen	respons (%)	mannen steekproef (%)	gemiddelde leeftijd steekproef	mannen respons (%)	gemiddelde leeftijd respons
Gehandicaptenzorg; Gezinsondersteuning	161	0	20	-	-	16	39
Gehandicaptenzorg; Ambulante ondersteuning	101	0	23	-	-	31	43
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	97	3	31	43	-	34	41
Gehandicaptenzorg vertegenwoordigers	150	0	34	-	-	29	48
Zorg en Zorgverzekering 2007	101	3	34	50	47	44	52
Zorg en Zorgverzekering 2006	102	3	39	52	47	47	51
Zorg en Zorgverzekering 2005	111	3	45	56	46	52	50
(VV&T) Thuiszorg	117	2	52	26	78	21	77
Farmaceutische zorg	76	3	54	40	57	38	59
Mammacare 2007	234	3	58	-	56	-	55
Diabeteszorg 2006	129	3	58	43	68	43	67
Mammacare 2008 goedaardig afwijking	60	3	61	-	50	-	51

CQI							
	aantal vragen	aantal herinneringen	respons (%)	mannen steekproef (%)	gemiddelde leeftijd steekproef	mannen respons (%)	gemiddelde leeftijd respons
Diabeteszorg 2007	96	3	63	45	66	44	65
Ziekenhuizen	81	3	63	38	55	39	56
Fysiotherapie	76	3	63	31	58	30	59
Geboortezorg; Zwangerschap	119	1	64	-	31	-	31
Mammacare 2008 kwaadaardige afwijking	151	3	67	-	62	-	60
Reumatoïde artritis	211	3	71	29	62	27	63
Staaroperatie	81	3	72	41	73	41	73
Heup/knieoperatie	93	3	75	-	70	28	69
V&V PG vertegenwoordigers	70	2	78	26	-	22	-
Geboortezorg; Bevalling en kraambed	135	3	79	-	31	-	31

Meer lezen? Zie:

Zuidgeest, M., Boer, D. de, Hendriks, M., Rademakers, J. Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. TSG 86 (2008); 8: 455-462

DE CQ-INDEX BIJ MENSEN MET VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN OF PSYCHISCHE PROBLEMEN

De eerste CQI meetinstrumenten die ontwikkeld werden, hadden betrekking op onderdelen van de curatieve somatische zorg, zoals vervangende heup-/knieoperaties of staaroperaties. Vanuit de curatieve somatische zorg is de CQ-index 'geëxporteerd' naar de care (verpleging, verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg) en naar de geestelijke gezondheidszorg (geestelijke gezondheidszorg). Bij de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten voor de care en de geestelijke gezondheidszorg zijn de grenzen aan het licht gekomen van wat je via schriftelijke vragenlijsten aan zorggebruikers kunt vragen. Voor metingen in verpleeg- en verzorgingshuizen is bewust gekozen voor het houden van mondelinge interviews met bewoners. Bewoners met lichte psychogeriatrische problematiek worden daarin zoveel mogelijk mee genomen. Maar bewoners van psychogeriatrische afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen worden niet zelf geïnterviewd. In plaats daarvan worden hun vertegenwoordigers (meestal een familielid) via schriftelijke vragenlijsten naar hun ervaringen met de zorg gevraagd.

Bij de ontwikkeling van de meetinstrumenten voor de gehandicaptenzorg, in het kader van de benchmark gehandicaptenzorg die in 2007 is uitgevoerd, werd door de sector echter de nadrukkelijke wens geuit om zoveel mogelijk de ervaringen van cliënten zélf in kaart te brengen. Dat betekende dat ook op grote schaal interviews zijn gehouden met cliënten, zowel cliënten met een lichamelijke of zintuiglijke beperking, maar ook cliënten met een verstandelijke beperking. In die laatste categorie vielen cliënten met een matige tot ernstige verstandelijke handicap, licht verstandelijk gehandicapten en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. In samenwerking met de instelling zelf werd een voorselectie gemaakt van cliënten die in staat werden geacht aan een interview deel te nemen. Desalniettemin moest 29% van de interviews voortijdig worden beëindigd of ging het interview helemaal niet door. De belangrijkste oorzaak van deze uitval betrof problemen van cognitieve aard aan de kant van de cliënt. Cliënten hadden moeite met het taalniveau en de lengte en aard van de vragenlijst. Om die reden is in 2008 gestart met een revisie van de CQI meetinstrumenten voor de gehandicaptenzorg. Deze revisie wordt uitgevoerd door het ITS Nijmegen.

De ervaringen met de CQI in de geestelijke gezondheidszorg zijn verrassend positief voor cliënten die kortdurende ambulante hulp ontvangen. In deze sector wordt regelmatig twijfel geuit over de geschiktheid van de CQ-index als instrument. De vragenlijst zou te lang zijn voor cliënten en te moeilijk. De resultaten van het onderzoek dat het Trimbosinstituut deed onder cliënten van ambulante kortdurende geestelijke gezondheidszorg bevestigen dit beeld echter niet. De respons op de vragenlijst bedroeg gemiddeld 31%; een veel lager percentage dan doorgaans in de curatieve zorg wordt behaald, maar vergelijkbaar met andere instrumenten voor cliëntenraadpleging die in het verleden in de geestelijke gezondheidszorg werden ingezet. De relatief lage respons kan bovendien voor een deel worden verklaard uit 'vervuiling' in de administratieve systemen van instellingen. Een flink aantal respondenten had ten onrechte een vragenlijst ontvangen. Hierin bestaan verschillen tussen instellingen. Bij een aantal ggz-instellingen lukte het namelijk om een respons van meer dan 50% te halen.

De vragenlijsten die werden ingevuld, werden over het algemeen goed ingevuld. Een grote meerderheid van de lijsten was vrijwel volledig ingevuld. Daarbij gaf 86,5%

van de respondenten aan dat de vragenlijst gemakkelijk in te vullen was. Het invullen kostte meestal minder dan 20 minuten.

Het Trimbosinstituut concludeert dan ook dat de CQI vragenlijst goed bruikbaar is voor een schriftelijke afname onder cliënten in de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Een eerste pilot onder andere groepen geestelijke gezondheidszorg-clieënten liet zien dat ook cliënten die zijn opgenomen in een psychiatrische of verslavingszorg-kliniek en beschermd en begeleid wonen cliënten de lijst in het algemeen zelfstandig en betrouwbaar kunnen invullen, zij het dat zij daarbij vaker hulp nodig hebben van bijvoorbeeld een interviewer. Bij cliënten van langdurende verblijfsafdelingen in de geestelijke gezondheidszorg is volgens het Trimbosinstituut echter de grens van de bruikbaarheid van de CQ-index bereikt.

Meer lezen? Zie:

Wijngaarden, B. van, Kok, I., Sixma, H. De bruikbaarheid van een CQ-index voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg: eerste bevindingen. TSG 86 (2008); 8: 463-470

DE CQ-INDEX BIJ ALLOCHTONEN

CQI meetinstrumenten zijn vragenlijsten of interview-protocollen die opgesteld zijn in het Nederlands. Er zijn geen meetinstrumenten vertaald in het Turks, Arabisch, Berbers of een van de andere talen die in ons land veel gesproken worden onder mensen van allochtone herkomst. Dit ondanks het feit dat in ons land 20% van de bevolking allochtoon is; 11% is niet-Westerse allochtoon. Onduidelijk is in hoeverre de CQI meetinstrumenten aansluiten bij de opvattingen van allochtone patiënten over ziekte en gezondheid. Daarnaast is niet bekend hoe betrouwbaar en valide de vragenlijsten beantwoord worden door mensen van allochtone afkomst, voor wie het Nederlands vaak niet de eerste taal is. Het lijkt erop dat met name oudere niet-Westerse allochtonen minder vaak responderen op een CQI vragenlijst. Allochtonen rapporteren bovendien vaak slechtere ervaringen met de zorg, waarbij onduidelijk is of zij andere antwoordtendities vertonen, of inderdaad zorg van slechtere kwaliteit ontvangen.

De afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC onderzoekt verschillen in de zogeheten item non-respons tussen allochtonen en autochtonen op de CQI Ziekenhuiszorg in ontwikkeling. Met item non-respons wordt

bedoeld dat mensen individuele vragen in een vragenlijst ten onrechte niet beantwoorden. Een hoge item non-respons kan erop wijzen dat een bepaalde vraag niet goed begrepen wordt door de respondenten en zegt dus iets over de kwaliteit van de gegevens.

Uit het onderzoek van de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC blijkt dat de kwaliteit van de gegevens voor niet-Westerse allochtonen slechter is dan voor autochtonen. Allochtonen vullen meer vragen ten onrechte niet in. Bij Marokkaanse respondenten hing dit samen met hun opleidingsniveau en taalvaardigheid, maar bij Turkse en andere niet-Westerse allochtonen niet. De onderzoekers concluderen dat nader onderzoek nodig is naar de culturele validiteit van CQI meetinstrumenten, bijvoorbeeld door vragenlijsten te vertalen zodat culturele verschillen in beantwoording kunnen worden onderzocht zonder dat taal een storende factor is.

Meer lezen? Zie:

Roset, B., Stronks, K., Sixma, H., Rademakers, J., Arah, O. Item non-respons bij CQI onderzoek onder patiënten van allochtone herkomst. TSG 86 (2008); 8: 471-477

BRUIKBAARHEID CQ-INDEX VOOR KEUZE EN ZORGINKOOP

De CQ-index moet - volgens de statuten van het CKZ - onder meer geschikt zijn om er keuze-informatie voor patiënten en zorginkoopinformatie voor verzekeraars van te maken. Hoe staat het met de belangstelling van zorgverzekeraars voor de CQ-index? Zorgverzekeraar Agis stond in 2003 samen met het NIVEL en de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC aan de wieg van de CQ-index. Samen met Menzis, VGZ en OHRA/Delta Lloyd richtte Agis de Stichting Miletus op om middelen te poolen voor de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten en het uitvoeren van metingen. Vrijwel alle Nederlandse zorgverzekeraars hebben zich inmiddels bij Stichting Miletus aangesloten. Stichting Miletus voerde in 2008 verschillende landelijke metingen uit met de CQ-index en werkte mee aan de ontwikkeling van een groot aantal vragenlijsten. Verzekeraars gebruiken de resultaten van die metingen in hun zorgcontractering. Ze kunnen daarbij focussen op verschillen in prestaties van zorgverleners en/of op verbetering van de prestaties in de loop van de tijd. Maar dan moeten vragenlijsten daarvoor wél geschikt zijn.

In de praktijk blijkt dat de betrokkenheid van verschillende partijen bij de ontwikkeling van een CQI meetinstrument vaak resulteert in erg lange vragenlijsten. Ontwikkelprojecten kennen nu eenmaal een beperkte tijd en bij uiteenlopende informatiebehoeften van de betrokken partijen is het dan eenvoudiger om vragen toe te voegen, dan om langdurig te onderhandelen over welke vragen essentieel zijn en welke niet. Meer dan 100 vragen in een CQI vragenlijst is geen uitzondering. Maar niet al die vragen meten statistisch significante verschillen tussen zorgverleners. Terwijl dat vaak wel nodig is om voor de zorginkoop of keuze-informatie. Waar geen verschil is, valt immers weinig te kiezen.

In samenwerking met het NIVEL heeft het CKZ daarom in 2008 gewerkt aan een methode voor het opstellen van zogeheten doelspecifieke versies van CQI meetinstrumenten. Dat wil zeggen, enerzijds relatief korte versies van meetinstrumenten waarmee verschillen tussen zorgverleners in kaart kunnen worden gebracht en anderzijds veelal langere versies die zorgverleners zelf kunnen inzetten als instrument voor interne kwaliteitsverbetering. Het NIVEL-CKZ onderzoek heeft geresulteerd in een set van criteria die langs vragenlijsten kunnen worden gelegd om vast te stellen welke

vragen geschikt zijn voor het meten van verschillen en welke voor het monitoren van kwaliteitsverbetering. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de vraag of statistisch significante verschillen tussen zorgverleners kunnen worden aangetoond. Statistisch significant is nog niet hetzelfde als relevant. Maar wat voor patiënten/cliënten een relevant verschil in kwaliteit is, valt op dit moment nog niet te zeggen.

Meer lezen? Zie:

Triemstra, M., Hendriks, M., Delnoij, D., Rademakers, J. Doel specifieke versies van CQ-index meetinstrumenten: korter, krachtiger, en specifieker meten? TSG 86 (2008); 8: 486-493

DOELSTELLING

Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) wil vanuit een onafhankelijke en gezaghebbende positie zorgdragen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van een meetstandaard met bijbehorende protocollen (de Consumer Quality Index of CQ-index), waarmee de ervaringen van de consument met de prestaties van (ketens van) zorgverleners en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden. De informatie die hiermee gegenereerd wordt, is geschikt voor de volgende doeleinden:

- het opstellen van keuzeondersteunende informatie voor consumenten (deze informatie wordt onder meer gepresenteerd op kiesBeter.nl);
- het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars;
- het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- het leveren van (beleids-)informatie aan cliëntenorganisaties, de overheid en toezichthouders.

De gedachte achter standaardisatie van metingen via de CQ-index is: één keer meten, meerdere keren gebruiken.

DE CQ-INDEX

Bij het meten van klantervaringen is het van belang dat deze vergelijkbaar zijn tussen zorgaanbieders of verzekeraars. Dit kan alleen als deze klantervaringen met dezelfde vragenlijsten en dezelfde methoden zijn onderzocht. De CQ-index draagt zorg voor betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruiker. De CQ-index bestaat uit een verzameling meetinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit het perspectief van gebruikers van zorg. Op dit moment gaat het binnen de CQ-index vooral om schriftelijke vragenlijsten, maar er is ook ervaring opgedaan met mondelinge interviews en met online enquêteren. Vragenlijsten kunnen gaan over de zorg die verleend wordt door beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld huisartsen of fysiotherapeuten) of instellingen (bijvoorbeeld ziekenhuizen, of verpleeghuizen). Er zijn ook vragenlijsten die betrekking hebben op de zorg rond bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes of reuma). En er zijn vragenlijsten over specifieke ingrepen (bijvoorbeeld staaroperaties of heup-/knieoperaties). De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. Bij de meetinstrumenten horen protocollen en handleidingen voor de steekproeftrekking, de data-

verzameling, de analysemethode en de rapportage. Ook deze richtlijnen maken deel uit van de CQ-index.

KEURMERK

CQ-index® is een geregistreerd merk dat gebruikt wordt als keurmerk. Het keurmerk wordt toegekend aan (1) meetinstrumenten die volgens de richtlijnen van het CKZ tot stand zijn gekomen en (2) resultaten van metingen die tot stand gekomen zijn met een goedgekeurd CQI meetinstrument, dat is toegepast door een geaccrediteerde meetorganisatie volgens de CQI handleiding.

Het keurmerk CQ-index geeft iedereen die geconfronteerd wordt met resultaten van metingen van klantervaringen de zekerheid dat de gegevens betrouwbaar en valide gemeten zijn. Of het nu een individuele consument is die op kiesBeter.nl zoekt, of het management van een instelling, dat op zijn prestaties wordt aangesproken door een zorgverzekeraar. Het keurmerk geeft ook aan dat een eerlijke vergelijking heeft plaatsgevonden van de prestaties van zorgaanbieders, waarbij rekening is gehouden met verschillen in hun patiëntenpopulaties. Alleen informatie met het keurmerk CQ-index kan worden aangeleverd voor publicatie op www.kiesBeter.nl.

HET BESTUUR VAN HET CKZ

Het bestuur van het CKZ bestaat uit twee leden die voorgedragen zijn uit de kring van verzekeraars, twee uit de kring van patiënten-/consumentenorganisaties en twee uit de kring van zorgaanbieders. De bestuursleden zijn: Tom van der Grinten en Joop Hendriks (voorgedragen door ZN), Walter Etty en Rien de Vos (voorgedragen door respectievelijk de Consumentenbond en de NPCF), en Annette Berendsen (voorgedragen door het Interuniversitair Overleg Huisartsgeneeskunde). Een bestuurszetel is vacant. Er wordt gezocht naar een bestuurslid uit de kring van de zorginstellingen. Het CKZ hanteert voor zijn bestuursleden een vacatiegeldregeling die is afgeleid van de regeling van ZonMw voor commissieleden. Deze vergoeding bedraagt € 200 per bestuursvergadering.

Het CKZ bestuur wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter. In 2008 was Joop Gillissen de bestuursvoorzitter van het CKZ. Met zijn overlijden op 14 januari 2009 is aan zijn grote inzet voor het CKZ helaas veel te vroeg een einde gekomen.

HET BUREAU VAN HET CKZ

Het CKZ is gehuisvest in het gebouw van het NIVEL aan Oudenoord 124, te Utrecht. Het CKZ heeft drie medewerkers in dienst: Diana Delnoij, directeur, Alfons Nederkoorn, beleidsmedewerker klantenperspectief en Thea Visser, secretaresse. Op basis van een samenwerkingsovereenkomst met het NIVEL werken daarnaast Michelle Hendriks, secretaris van de Wetenschappelijke Advies Raad, Nicolien Zwijnenberg en Dolf de Boer aan het doorontwikkelen van de CQ-index en de bewerking van meetresultaten. De werkzaamheden rond de accreditatie zijn door het CKZ uitbesteed aan respectievelijk Suzanne van der Meulen-Arts van bureau Sizop en aan CIIO bv, een bureau voor certificering van professionele dienstverlening.

DE WETENSCHAPPELIJKE ADVIES RAAD

De Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) heeft tot taak om onderzoeksvoorstellen rond de CQ-index te refereren, om conceptmeetinstrumenten te commentariëren en het bestuur te adviseren over goedkeuring ervan en om de CQI systematiek zoals beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten te bewaken en verder te (doen) ontwikkelen. De WAR adviseert het bestuur ook over het

onderzoeksprogramma rond de CQ-index. In de WAR hadden in 2008 de volgende wetenschappers zitting: prof. dr. R. (Robert) Sanderman (UMCG), mw. prof. dr. J. (Jozien) Bensing (NIVEL) en dr. M. (Michel) Wensing (UMCN) en prof. dr. N. Klazinga (AMC-UVA, voorzitter). De WAR wordt ondersteund door een secretaris in de persoon van Michelle Hendriks. De WAR vergadert gemiddeld een keer per 2 maanden. Tussen deze vergaderingen door worden onderzoeksvoorstellen of conceptmeetinstrumenten per e-mail gerefereerd.

De richtlijnen die zijn beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten vormen het toetsingskader voor onderzoeksvoorstellen en meetinstrumenten. Dit Handboek is in 2008 herzien en uitgebreid met onder andere een richtlijn voor het uitvoeren van mondelinge interviews.

DE COMMISSIE KLANTENPERSPECTIEF

In april 2008 is de Commissie Klantenperspectief geïnstalleerd. De Commissie Klantenperspectief adviseert het bestuur van het CKZ over strategisch beleid en functioneert als 'loket' waar patiënten-/cliëntenorganisaties die betrokken zijn bij de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten terecht kunnen met vragen om

ondersteuning. Patiënten-/cliëntenorganisaties zijn een van de drie partijen (naast zorgverzekeraars en zorgaanbieders) die zitting hebben in de werkgroep die het ontwikkelingstraject van de CQ-index begeleidt. De Commissie heeft de volgende concrete taken:

- Het leveren van een bijdrage aan het versterken van de inbreng van patiënten-/ cliëntenorganisaties bij de ontwikkeling van de CQI meetinstrumenten;
- Patiënten-/cliëntenorganisaties stimuleren tot gebruik van de CQ-index voor het meten van klantervaringen;
- Ondersteuning bieden aan patiënten-/cliëntenvertegenwoordigers in de werkgroepen (projectgroepen);
- Het agenderen en prioriteren van de ontwikkeling van CQI-meetinstrumenten vanuit het perspectief van patiënten/cliënten;
- Het vertalen van de betekenis van uitkomsten van CQI-metingen naar keuze-informatie voor individuele klanten en belangenbehartigersinformatie voor patiënten-/cliëntenorganisaties.

De Commissie Klantenperspectief wordt ondersteund door de beleidsmedewerker klantenperspectief, Alfons Nederkoorn. Leden van de Commissie zijn: Marcel Timmen (VSN), Marthijn Laterveer (LOC), Annemone Bögels (NFK), Steven Makkink (LPGeestelijke gezondheidszorg), Cynthia Vogeler (Consumentenbond) en Gerard Nass (LFB Onderling Sterk).

VAN WETENSCHAP NAAR PRAKTIJK

De Commissie Klantenperspectief heeft zich in 2008 onder meer gebogen over de vragen 'Wat verstaan we onder klantenperspectief?' en 'Wanneer is het klantenperspectief voldoende tot zijn recht gekomen bij de ontwikkeling van een CQI meetinstrument?'

In Amerikaans en Engels onderzoek¹ naar patiëntervaringen worden zeven dimensies onderscheiden die voor patiënten van belang zijn: informatie en voorlichting, coördinatie van zorg, respect voor de behoeften van de patiënt, emotionele begeleiding, lichamelijk welbevinden, betrokkenheid van familie en vrienden, continuïteit en overdracht (ketenzorg). Ook in Nederland zijn door koepels van patiënten-/cliëntenorganisaties criteria opgesteld voor de kwaliteit van zorg. Ondermeer de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) maar ook de Consumentenbond hebben algemene kwaliteitseisen voor de zorg geformuleerd vanuit het perspectief van de patiënt². De verschillende kwaliteitseisen die in de internationale literatuur, maar ook in eigen land zijn geformuleerd, zijn samengevat in de lijst hiernaast.

Algemene kwaliteitseisen vanuit het perspectief van de patiënt

- Toegankelijke zorg, dat wil zeggen zorg die goed bereikbaar en tijdig beschikbaar is
- Goede communicatie en informatie, die begrijpelijk is en aansluit bij de behoefte van de patiënt
- Respectvolle bejegening, dat wil zeggen voldoende aandacht voor de patiënt, de patiënt voelt zich gehoord en begrepen
- Regie bij de patiënt, dat wil zeggen zoveel mogelijk behoud van de zelfstandigheid van de patiënt; patiënten kunnen meebeslissen over de zorg en behandeling
- Deskundige medewerkers
- Organisatie van de zorg die aansluit bij de wensen en behoefte van de patiënt
- Continuïteit van zorg, dat wil zeggen een goede samenwerking tussen zorgverleners; niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen
- Effectieve en veilige zorg, dat wil zeggen zorg die naar de ervaring van de patiënt bijdraagt aan een betere gezondheid en/of kwaliteit van leven
- Inzicht in kosten van zorg en vergoedingen door de verzekeraar.

De betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de ontwikkeling van de vragenlijsten kent in de praktijk twee belangrijke momenten: de constructiefase van een vragenlijst en de presentatie en interpretatie van uitkomsten. Patiënten-/cliëntenorganisaties zijn hierbij betrokken doordat zij zitting hebben in de werkgroepen die de ontwikkeling van meetinstrumenten begeleiden. In 2008 is een checklist ontwikkeld aan de hand waarvan aan het eind van elk ontwikkeltraject met de patiënt-/cliëntvertegenwoordigers uit de werkgroepen geëvalueerd kan worden hoe hun inbreng is geweest. De Commissie Klantenperspectief beoordeelt aan de hand van de checklist hoe de bijdrage en de ervaringen van de patiënten-/cliëntenorganisaties zijn geweest bij de totstandkoming van de CQI. Het advies van de commissie klantenperspectief wordt aan de WAR meegedeeld die dit meeweegt in haar besluit tot het al dan niet toekennen van het CQ-index keurmerk.

De eerste evaluaties aan de hand van de checklist brengen een aantal verbeterpunten aan het licht. Zo dient in het ontwikkeltraject meer aandacht uit te gaan naar ondersteuning van de patiënten-/cliëntenorganisaties ten behoeve van hun functioneren in de werkgroep.

Dit kan ondermeer door in een vroeg stadium randvoorwaarden te formuleren met betrekking tot competenties van de vertegenwoordigers en financiering van ondersteuningstrajecten. Ook is er in ontwikkeltrajecten vaak niet genoeg ruimte voor het raadplegen van de achterban door vertegenwoordigers. Bij de financiering en planning van ontwikkeltrajecten zou hier rekening mee moeten worden gehouden.

HET NETWERK VAN HET CKZ

Het CKZ heeft contact met een groot aantal belanghebbenden en (koepel)organisaties in de zorg. Voor zover het daarbij om de patiëntenbeweging gaat is dat contact geïnstitutionaliseerd via de Commissie Klantenperspectief. Daarnaast wordt structureel overleg gevoerd met bijvoorbeeld het bureau Zichtbare Zorg, Stichting Miletus, het RIVM (www.kiesBeter.nl) en ZonMw.

Het CKZ onderhoudt zijn relaties met de buitenwereld daarnaast door het geven van presentaties en workshops op symposia en congressen.

1. Coulter A, Cleary PD. Patients' Experiences With Hospital Care In Five Countries. Health Affairs 20 (2001); 3: 245

2. NPCF. Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! Informatie voor iedereen die zich bezighoudt met de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Utrecht: NPCF, december 2008

In 2008 zijn vanuit het CKZ bijdragen geleverd aan bijvoorbeeld:

- Het symposium Kwaliteitsmanagement: handenbinder of helpende hand? Eindhoven, 31 januari 2008;
- Een expertmeeting van de OECD over internationale vergelijking van klantervaringen in de zorg. New York, 14 maart 2008;
- Het International Forum for Quality and Safety in Health Care. Parijs, 25 april 2008;
- Het jaarlijkse congres van de European Public Health Association. Lissabon, 6-8 november 2008;
- Een workshop over marktwerking in de zorg, georganiseerd door het IVA. Tilburg, 11 november 2008;
- De conferentie Transparante Dyslexiezorg. Arnhem, 20 november 2008;
- Het congres 'Stille kennis', congres georganiseerd door het Julius Centrum naar aanleiding van hun onderzoek naar de patiëntenbeweging. Utrecht, 4 december 2008;
- Een expertmeeting van de RZO en het Ministerie van Defensie over veteranenzorg. Hilversum, 16 december 2008.

RELEVANTE (NEVEN) FUNCTIES VAN BESTUUR EN DIRECTIE

Tom van der Grinten:

- Gasthoogleraar Beleid en Organisatie Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg:
 - Voorzitter Adviesraad Centrum voor Management Development in de Zorg (CMDZ)
 - Voorzitter onderzoekscommissie
- BenM, tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij, lid Adviesraad
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), lid Raad van Advies
- ING, lid Adviesgroep Gezondheidszorg
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), voorzitter Raad van Advies
- Rijks Instituut voor Volksgezondheid & Milieuhygiëne (RIVM), waarnemend voorzitter Wetenschappelijke Adviescommissie Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010.
- Stichting Gemeenschapsfonds Amstelveen, lid bestuur

- ZonMw
 - Voorzitter Begeleidingscommissie Evaluatie Zvw/ Wmg
 - Lid Commissie Evaluatie Regelgeving
 - Lid Programmacommissie Gezondheidszorgonderzoek

Joop Hendriks:

- Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Bronovo-Nebo, een combinatie van Ziekenhuis Bronovo, Verpleeghuis Nebo en Gezondheidscentrum Wassenaar
- Lid Raad van Bestuur International Health Policy and Management Institute, Washington D.C., VS
- Lid Raad van Advies Studiecentrum Bedrijf en Overheid
- Lid Raad van Toezicht ELA in Amsterdam, (Eerste Lijnsondersteuning Amsterdam)
- Lid bestuur Platform Zorginstellingen in Grote Steden
- Lid Bestuursadviescommissie NVZ Onderwijs & Opleidingen
- Lid Raad van Toezicht Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN)
- Lid begeleidingscommissie ZonMw Evaluatie Zorgverzekeringswet

Rien de Vos:

- Decaan van de Amsterdam school of Health Professions
- Voorzitter van het domein gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam

Walter Etty:

- Vennoot/senior adviseur bij Andersson Elffers Felix b.v. te Utrecht

Niek Klazinga:

- Hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC/Universiteit van Amsterdam
- Coördinator Health Care Quality Indicator programma OECD, Parijs
- Voorzitter Nederlandse Public Health Federatie
- Voorzitter Dutch Clinical Trial Foundation
- Lid Raad van Toezicht Isala Klinieken
- Bijzonder hoogleraar Corvinus Universiteit, Budapest

Annette Berendsen:

- Stafid (0.8 fte) bij de afdeling Huisartsopleiding te Groningen met als functies:
 - Adjunct-hoofd van de Huisartsopleiding
 - Coördinator van de stages en het onderwijs in het tweede jaar van de huisartsopleiding
- Onderzoeker op het terrein van zorgketens en patiëntenperspectief
- Huisarts (0.2 fte) in Leeuwarden
- Redactielid van Vademecum, permanente nascholing huisartsen
- Lid van de congrescommissie van het NHG congres 2009

Diana Delnoij:

- Hoogleraar Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief, TRANZO, Universiteit van Tilburg
- Lid Raad van Advies Nederlandse Zorgautoriteit
- Lid Raad van Bestuur Medisch Comité Nederland-Vietnam
- Lid Bestuur Nationaal Referentiecentrum Dyslexie
- Lid Bestuur European Public Health Association
- Lid Bestuur Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie
- Lid ZonMw-commissie Spoedzorg

Bloemendal, E., Koopman, L., Hendriks, M., Rademakers, J. Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 2: achtergronden van verschillen in klantervaringen bij zorgverzekeraars. Utrecht: NIVEL, 2008

Bloemendal, E., Triemstra, A.H.M., Rademakers, J.J.D.J. CQ-index Astma: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg bij astma vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2008

Boer, D. de, Damman, O.C., Delnoij, D.M.J. Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2008

Boer, D. de, Delnoij, D.M.J., Rademakers, J.J.D.J.M. The patient perspective: priorities, experiences and global ratings. European Journal of Public Health: 2008, 18(suppl. 1), 58

Damman, O.C., Hendriks, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 3: presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten. Utrecht: NIVEL, 2008

Damman, O.C., Hendriks, M., Sixma, H.J. Towards more patient centred healthcare: A new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. European Journal of Cancer 2008

Delnoij, D., Hendriks, M. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.440-446

Doornen, A. van, Triemstra, M., Rademakers, J. CQ-Index Spataderen: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2008

Greuningen, M. van, Rademakers, J. Het oordeel van leden van cliëntenraden over de kwaliteit van dienstverlening van de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC): meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2008

Heesbeen, I. CQ-index Verpleging, Verzorging, Thuiszorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.428-429

Hendriks, M., Damman, O.C., Rademakers, J.J.D.J.M., Delnoij, D.M.J., Groenewegen, P.P. How do consumers process and evaluate comparative health care information? A qualitative study using cognitive interviews. European Journal of Public Health: 2008, 18(suppl. 1), 163

Hendriksen, E. Makkelijker kiezen in de zorg door CQ-index? In beweging, 2008;(3): p.7-10

Koopman, L., Bloemendal, E., Hendriks, M., Rademakers, J.J.D.J.M. Consumer experiences with health plans: does size matter? European Journal of Public Health: 2008, 18(suppl. 1), 59

Meuwissen, L.E., Bakker, D.H. de. CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van patiënten: de ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2008

Meuwissen, L.E., Bakker, D.H. de. CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening. Utrecht: NIVEL, 2008

Oers, H. van, Verkleij, H. De CQ-index, bruikbaar voor aanbieder en verzekeraar. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.p.426

Plaggenhoef, W., Karssen, B., Bogaard, J. van den, Vried de Robbè P. Het effect van ziekenhuismerken op de ervaren zorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.478-485

Plochg, M., Koning, C. Instrumentenkoffer klantervaringen GGD'en. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.431-434

Rademakers, J. Measuring patients' experiences with quality of health-care; lessons from the consumer quality-index. European Journal of Public Health, 2008; 18(suppl. 1): p.p.58

Rademakers, J., Sixma, H., Triemstra, M., Damman, O., Hendriks, M., Zuidgeest, M. De constructie van een CQI meetinstrument: ervaringen uit de praktijk. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.447-454

Roset, B., Stronks, K., Sixma, H., Rademakers, J., Arah, O. Item non-respons bij CQI onderzoek onder patiënten van allochtone herkomst. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.471-477

Sixma, H., Delnoij, D. Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument Versie 2.0 Utrecht: NIVEL, 2008

Sixma, H., Delnoij, D. Handboek CQI Metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Deel 1: Steekproeftrekking en dataverzameling Versie 2.0 Utrecht: NIVEL, 2008

Sixma, H., Delnoij, D. Handboek CQI Metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Deel 2: Opschoning databestanden en (vergelijkende) analyses Versie 2.0 Utrecht: NIVEL, 2008

Sixma, H., Delnoij, D. Handboek CQI Metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Deel 3: Rapportage. Versie 2.0 Utrecht: NIVEL, 2008

Sixma, H., Rademakers, J., Spreeuwenberg, P., Zuidgeest, M. CQ-index ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling: Kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2008

Sixma, H., Delnoij, D. Measuring patient experiences in the Netherlands: the case of hospital care. European Journal of Public Health, 2008; 18(suppl. 1): p.p.88

Slijkhuis, R. Is Dillman absoluut? Onderzoek naar de invloeden van opmaak en contacttraject van de CQI vragenlijsten op de kwantitatieve respons, de kwalitatieve respons en de kosten van dataverzameling. 2008 Universiteit Twente. Bachelor Science thesis

Slijkhuis, R. The internet: valid or flawed. Study towards the validity of the internet as a mode of data-collection in a survey among the general Dutch public. 2008. Universiteit Twente. MSc Research thesis

Tange, H., Moser, A., Korstjens, I., Weijden, T. van der. Gebruikersparticipatie bij het ontwerp van een CQI-keuzewebsite. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.494-500

Triemstra, M., Rademakers, J.J.D.J. Focus groups as a tool for developing measurement instruments from a patient's perspective. European Journal of Public Health, 2008; 18(suppl. 1): p.p.58

Triemstra, M., Hendriks, M., Delnoij, D., Rademakers, J. Doel specifieke versies van CQ-index meetinstrumenten: korter, krachtiger, en specifieker meten? TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.486-493

Weert, C. van. CQ-index: methodiek met veel dynamiek! TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.427-428

Wijngaarden, B. van, Kok, I., Sixma, H. De bruikbaarheid van een CQ-index voor de ggz, verslavingszorg en gehandicaptenzorg: eerste bevindingen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.463-470

Zuidgeest, M., Hendriks, M., Weert, C. van, Cronenberg, J.J. van, Kortenhoeven, P., Huisman-Hatzmann, R., Jansen, T.L.T.A. Het meten van patiëntervaringen met de CQ-index Reumatoïde Artritis. Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie: 2008(1), 8-14

Zuidgeest, M., Hendriks, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 1: methoden van dataverzameling bij CQI onderzoek. Utrecht: NIVEL, 2008

Zuidgeest, M., Hendriks, M., Rademakers, J.J.D.J. Comparing mixed-mode and mail surveys for assessing quality of care: cost and benefit analysis. European Journal of Public Health 2008; 18(suppl. 1):59

Zuidgeest, M., Boer, D. de, Hendriks, M., Rademakers, J. Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; 86(8): p.455-462



Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2009
ISBN-978-90-6905-956-3