Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening

Dr. L.E. Meuwissen
Prof. dr. D.H. de Bakker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-5929-7

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord **5**

1 Inleiding **7**

2 Methode **9**

3 Resultaten **11**
3.1 Ervaringen met het meten van klantervaringen in de zorg 11
3.2 Ervaringen met CQ-index 12
3.3 Voor- en nadelen CQ index 14
3.4 Bruikbaarheid CQI in het licht van doelen 17
3.5 Hiaten en doublures in informatievoorziening over klantervaringen in de 1e lijn 22
3.6 Relatie tussen aandoeningspecifieke vragenlijsten en ketenlijsten 24
3.7 Openbaarheid van resultaten 26
3.8 Kosten en andere praktische aspecten 27

4 Conclusies en Aanbevelingen **33**

Literatuurlijst **39**

Bijlage 1: Interviewprotocol **41**
Bijlage 2: Lijst met de geïnterviewde onderzoekers **42**
Bijlage 3: Lijst met geïnterviewde stakeholders **42**
Bijlage 4: Overzicht van de bestaande en de CQI instrumenten in de eerste lijn **43**

Voorwoord

Met de introductie van CQ-indexen vindt het meten van klantervaringen in de eerste lijn op een gestandaardiseerde manier plaats. Niettemin brengt toepassing van de CQI in de eerste lijn met veel kleinschalige, vaak monodisciplinair georganiseerde voorzieningen een aantal specifieke aandachtspunten met zich mee.

In onderhavig onderzoek brengen wij de ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan met het meten van klantervaring in de eerste lijn in kaart, zowel de ervaring gemeten met de CQ-indexen als met reeds in gebruik zijnde methodes om patiënten te raadplegen als onderdeel van bestaande kwaliteitssystemen binnen de eerste lijn. Op basis van deze ervaringen is in samenspraak met stakeholders en relevante onderzoeksorganisaties een visie ontwikkeld op een samenhangende informatievoorziening ten aanzien van het toepassen van CQ-indexen voor de eerste lijn.

Wij hopen dat dit rapport zal bijdragen aan het op gestandaardiseerde wijze meten van klantervaringen in de eerste lijn, het vergroten van het inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van het CQI-instrumentarium en het stimuleren van een gezamenlijke agenda.

Wij zijn de mensen die bijgedragen hebben aan dit project zeer erkentelijk. Wij zijn zeer dankbaar voor de gastvrijheid waarmee wij overal zijn ontvangen en de openhartigheid van de gesprekken die wij hebben gevoerd. Het is een uitdaging geweest om de hoeveelheid informatie terug te brengen tot een behapbaar rapport. Wij hebben ons best gedaan om de interessante ervaringen van onze gesprekspartners tot hun recht te laten komen. Wij zijn Jany Rademakers zeer erkentelijk voor haar constructieve bijdragen aan alle fasen van dit project, en Peter Spreeuwenberg en Lucas van der Hoek voor het meedenken over de methodologische aspecten.

Utrecht, oktober 2008

1 Inleiding

Doel van dit project is het ontwikkelen van een visie op een efficiënte en samenhangende meting van klantervaringen in de eerste lijn. De afgelopen jaren is de CQ-index zich aan het ontwikkelen tot de standaard wijze van meten van klantervaringen in de gezondheidszorg. De afkorting CQ-index of CQI staat voor Consumer Quality Index. Dit is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

De CQ-index is gebaseerd op een combinatie van twee meetmethoden, de CAHPS en QUOTE systematiek. De CAHPS-meetinstrumenten, wat staat voor Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, hebben hun oorsprong in de Verenigde Staten, en zijn voor de Nederlandse zorgmarkt aangepast door de Afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC en het NIVEL, in samenwerking met AGIS (Delnoij et al., 2006; Hargraves et al., 2003). De QUOTE vragenlijsten, wat staat voor QUality Of care Through the patients' Eyes, zijn een serie vragenlijsten die zijn ontwikkeld door het NIVEL waarbij met name ook het belang dat mensen hechten aan bepaalde aspecten van de zorg wordt meegenomen (Sixma et al., 1998; Sixma et al., 1998).

CQ-indexen kunnen worden gebruikt voor verschillende doelen zoals:
- het opstellen van keuzeondersteunende informatie voor patiënten[1]/consumenten;
- het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars;
- het leveren van (beleids-)informatie aan cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, overheid en toezichthouders.

Om de ontwikkeling van CQ-indexen te coördineren is het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit instituut bewaakt de meetstandaard en bijbehorende protocollen.

Er zijn inmiddels een aantal CQI meetinstrumenten ontwikkeld. Kenmerkend voor het ontwikkelingsproces is dat een belangrijke rol wordt weggelegd voor de gebruikers van de zorgvoorzieningen. Ook worden de betrokken partijen: patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het ontwikkelingstraject betrokken. CQ indexen kunnen zowel algemene lijsten zijn, zoals de CQI zorg en zorgverzekeraars (Hendriks et al., 2005), sectorspecifieke (zoals de CQI kortdurende ambulante GGZ (Wijngaarden et.al., 2007) en aandoeningspecifieke (zoals de CQI rondom een staaroperatie (Brouwer et al., 2006).

Ook in de eerstelijnsgezondheidszorg vinden CQ-indexen ingang. Er is een CQI lijst ontwikkeld voor de thuiszorg, voor de huisartsenzorg, voor de gezondheidscentra, de fysiotherapie, de geboortezorg en voor diabetes ketenzorg. Voor Reuma, COPD en astma, en huisartsenposten zijn de vragenlijsten momenteel in ontwikkeling.

---

[1] In dit voorstel wordt vaak gesproken over de patiënt (m/v), maar daarvoor in de plaats kan tevens de toekomstige patiënt dan wel cliënt, consument of burger worden gelezen.

De introductie van de CQ-indexen heeft als groot voordeel dat het meten van klantervaringen op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk verantwoorde wijze verloopt, en waarmee ook onderlinge vergelijking tussen zorgverleners en zelfs tussen sectoren mogelijk wordt.

Echter, bij toepassing van CQ-indexen in de eerste lijn stuiten wij op een aantal problemen die voor een belangrijk deel voortkomen uit het feit dat de eerste lijn zich kenmerkt als monodisciplinair kleinbedrijf (Bakker de et al., 2005). Ten eerste is het aantal voorzieningen groot (er waren per 1 januari 2007 circa 4.321 huisartsenpraktijken, circa 4.690 fysiotherapiepraktijken, ca 484 verloskundigenpraktijken, en circa 1.780 apotheken (bron www.NIVEL.nl/beroepenindezorg). Om per zorgaanbieder uitspraken te kunnen doen zouden er bij een landelijke uitrol enorme aantallen enquêtes nodig zijn. Ten tweede maakt de kleinschaligheid van de voorzieningen publicatie van gegevens op het niveau van voorzieningen op www.kiesbeter.nl lastig, omdat het vaak gaat om tot individuele hulpverleners herleidbare informatie. Een derde probleem is dat er overlap is tussen de vragenlijsten (gezondheidscentra versus deelnemende disciplines, lijsten per discipline versus lijsten gericht op ketens). Aan de andere kant zijn er mogelijk gaten in de informatievoorziening.

Verder zijn er verschillen tussen de verschillende CQ-indexen in de manier waarop respondenten benaderd worden: via de verzekeraar versus vanuit de praktijken van de zorgverleners, via uitreiken aan gebruikers versus verzending per post. Daarnaast bestaat er ook het verschil of de vragenlijst op internet of op papier wordt ingevuld. Onbekend is wat de gevolgen zijn voor respons, selectiviteit daarvan en dergelijke. Ook zijn er verschillen in aantallen respondenten per voorziening die worden aangeschreven.

De vraagstellingen die centraal zijn in dit project zijn:

1. Welke ervaringen zijn tot dusver opgedaan met het uitvoeren van klantervaringsonderzoek in de eerste lijn met behulp van CQ-indexen?
2. Wat zijn andere relevante ervaringen met het meten van klantervaringen in de eerste lijn?
   We beperken ons daarbij tot vragenlijsten die regulier worden gebruikt in bepaalde sectoren als onderdeel van bestaande kwaliteitssystemen.
3. Waar is sprake van hiaten in informatievoorziening of doublures met betrekking tot het meten van klantervaringen in de eerste lijn?
4. Hoe kan het meten van klantervaringen eerstelijns breed, efficiënt en in onderlinge samenhang worden opgezet?

Met uitzondering van de verloskunde[2] zijn er voor alle beroepsgroepen in de eerste lijn CQIs ontwikkeld. Alleen bij de thuiszorg is het instrument al in gebruik en is de informatie toegankelijk via www.kiesbeter.nl. Omdat de CQI thuiszorg hele grote eenheden betreft, is deze ervaring niet meegenomen in dit rapport.

[2] De zorg door de verloskundige was inbegrepen in de lijst CQI geboortezorg, maar die lijst bleek niet te voldoen (zie bijlage 4).

2 Methode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethodes gebruikt:

Ten eerste is er een documentanalyse en literatuuronderzoek uitgevoerd rond het meten klantervaringen in de eerste lijn. De rapporten die al verschenen zijn, zijn bestudeerd (Greuningen et al., 2008; Meuwissen et al., 2008; Veenhof et al., 2007; Vervloet et al., 2007; Wiegers, 2007).

Ten tweede is een interviewronde gehouden onder onderzoekers die ervaring hebben met het ontwikkelen van CQ-indexen in de eerste lijn en stakeholders van koepelorganisaties in de eerste lijn. De interviews hadden een open karakter en vonden plaats aan de hand van een interviewprotocol met semigestructureerde vragen die waren afgeleid van de onderzoeksvragen (zie bijlage 1).

In totaal zijn 11 onderzoekers van verschillende onderzoeksinstellingen geïnterviewd die ervaring hebben met het ontwikkelen van CQ-indexen in de eerste lijn. Het interview is ook gebruikt om de feitelijke informatie rond de CQ-indexen te completeren. Dit omdat een deel van de CQ-indexen nog niet in openbare rapporten zijn gepubliceerd. In bijlage 3 is een lijst met geïnterviewden opgenomen.

Ten derde zijn 21 medewerkers van 14 landelijke organisaties, die direct betrokken zijn bij de eerste lijn, met hetzelfde interviewprotocol geïnterviewd. Dit interview diende ook om eventuele andere vragenlijsten op te sporen en om hun ervaring met CQIs en hun visie op het instrument te vernemen. De volgende organisaties zijn bezocht: Centrum Klantervaring Zorg, de IGZ, de patiënten en consumentenfederatie NPCF, de beroepsgroep organisaties LHV, LVG, KNGF, KNMP, KNOV, NHG, en VHN, en de zorgverzekeraars AGIS, VGZ en Menzis en hun vertegenwoordiger stichting Miletus. Wij hebben deze zorgverzekeraars geselecteerd omdat zij actief betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van bestaande CQI vragenlijsten. In bijlage 3 is een lijst geïnterviewden opgenomen.

Tot slot hebben wij op 23 juni 2008 een invitational conference georganiseerd waarvoor alle geïnterviewde mensen zijn uitgenodigd en waaraan 20 mensen hebben deelgenomen. Aan de hand van stellingen die betrekking hadden op de belangrijkste aspecten van het gebruik van de CQI in de eerste lijn, is met elkaar van gedachte gewisseld over de verschillende thema's die in eerdere gesprekken aan de orde waren gekomen. Van deze conferentie hebben wij een letterlijk verslag gemaakt, dat gebruikt is bij het schrijven van dit rapport.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. In paragraaf 3.1 wordt een overzicht gegeven van de bestaande ervaringen met het meten van klantervaringen. Paragraaf 3.2 beschrijft de ervaring met het meten van klantervaringen in de eerste lijn met de CQ indexen. In paragraaf 3.3 staan de voor- en nadelen van de CQ-index, en in paragraaf 3.4. bespreken wij de bruikbaarheid van de CQ index voor de verschillende doelen: keuze-informatie, verbeterinformatie, inkoopinformatie en beleidsinformatie. In paragraaf 3.5 gaan wij in op de mogelijke doublures en hiaten in de informatievoorziening. Paragraaf 3.6. beschrijft de relatie tussen aandoeningspecifieke, aanbiederspecifieke en ketenlijsten. In paragraaf 3.7. wordt ingegaan op de openbaarheid van resultaten en tot slot gaan de laatste paragrafen over een van de belangrijkste zorgen van de CQI: de kosten.

3.1 Ervaringen met het meten van klantervaringen in de zorg

Het bevragen van cliënten is niet nieuw in de eerste lijn. In alle sectoren bestonden al langer vragenlijsten, die vaak als onderdeel van praktijkaccreditatie (Europep huisartsen, verloskundigen) of certificering (fysiotherapeuten, apothekers) werden gebruikt. Ook voor de huisartsenposten, voor de GGZ (de GGZ-thermometer) en de gezondheidscentra bestaan lijsten. De ervaringen zijn niet altijd positief. Zo zijn voor de gezondheidscentra eind jaren ‘90 lijsten ontwikkeld die bedoeld waren om te gebruiken als onderdeel van een benchmark. De kosten voor het afnemen, bewerken en rapporteren van de resultaten per centrum waren echter dermate hoog (€ 30.000,- per centrum) dat maar weinig centra deelnamen, waardoor de benchmark uiteindelijk niet werd gerealiseerd.

Recenter is de ontwikkeling van Apotheek door Cliënten Bekeken (ACB) en Eerste lijn door Cliënten Bekeken (ECB). Deze instrumenten zijn door ARGO in opdracht van de NPCF ontwikkeld. Kenmerkend voor hun benadering is dat het instrument onderdeel is van een kwaliteitsverbetertraject waarbij de zorgverleners en de patiënten met elkaar in gesprek komen via patiëntenpanels. De vragenlijsten worden uitgedeeld door de zorgverleners. Binnen de ECB wordt een CQI achtige vragenlijst gebruikt, en binnen de ACB wordt momenteel een pilot uitgevoerd waarbij de al langer bestaande vragenlijst wordt uitgezet naast een nieuw ontwikkelde CQI vragenlijst.

In de volgende tabel vindt u het overzicht van de al bestaande vragenlijsten die ontwikkeld zijn voor de verschillende beroepsgroepen. Annex 4 geeft een overzicht van de kenmerken van de vragenlijsten die regulier binnen de sector gebruikt worden als onderdeel van kwaliteitssystemen en van de CQI vragenlijst.

Tabel 3.1: Overzicht van meetinstrumenten in de eerste lijn om tevredenheid van patiënten/klanten te meten. Tussen haakjes staat de organisatie die de lijst ontwikkeld heeft.

	Beroepsgroep	Bestaande vragenlijst * (ontwikkelaar/beheerder)
1	Huisartsen	Europep (WOK) Kemakeur (KEMA) (alleen apotheekhoudende huisartsen)
2	Huisartsenposten	Tevredenheidvragenlijst (WOK) Tevredenheidsvragenlijsten e-novation via www.tevreden.nl
3	Apothekers	Diverse lijsten (Kring, Escura, Mediq) ACB oude stijl (NPCF/Argo)
4	Fysiotherapeuten	Tevredenheidvragenlijst
3	Gezondheidscentra	Tevredenheidvragenlijst (LVG) HKZ certificering (HKZ)
4	Verloskundigen	Tevredenheidvragenlijst
5	GGZ	Thermometer (niet 1e lijn) (Trimbos instituut)

* Gedetailleerdere informatie over deze vragenlijsten zijn te vinden in annex 4.

Bij de vergelijking van de instrumenten die regulier gebruikt worden binnen de eerste lijn, kunnen een aantal conclusies worden getrokken.
- In bijna alle beroepsgroepen wordt al een lijst gebruikt.
- Bij een aantal beroepsgroepen zijn meerdere lijsten in omloop (huisartsenposten, huisartsen, apothekers).
- De vragenlijsten vragen naar een beoordeling van de zorgaanbod/aanbieder, en niet naar concrete ervaringen
- Bij geen van de eerstelijnszorgaanbieders wordt een vragenlijst uitgerold over de hele beroepsgroep.
- De vragenlijsten die gebruikt worden, worden ingezet in het kader van interne kwaliteitsverbeteringtrajecten, zoals praktijkaccreditatie.
- De uitkomsten van de metingen zijn niet openbaar (met uitzondering van de GGZ thermometer maar die wordt in de tweede lijn gebruikt)
- Over het discriminerend vermogen van de vragenlijst is weinig bekend.
- Er vindt geen correctie plaats van verschillen in de kenmerken van de verzorgde populaties. In de GGZ wordt dit ondervangen door de resultaten van vergelijkbare afdelingen met elkaar te vergelijken, i.p.v. met het algemeen gemiddelde.

3.2 Ervaringen met CQ-index

De ontwikkeling van de CQ-indexen is recent en er zijn in de eerste lijn nog geen ervaringen met het uitrollen van de CQI vragenlijst over gehele beroepsgroepen.
Voor de *huisartsenzorg* is ervaring opgedaan met een grote pilot in Drenthe en Rotterdam, en een voorloper is gebruikt in Almere. De CQI huisartsenzorg is gevalideerd, en is toegankelijk voor gebruik. Op dit moment wordt hij gebruikt bij de evaluatie van de patiëntenervaring met de Independer praktijken in Den Haag. Voor de *huisartsenposten* wordt er op dit moment een lijst ontwikkeld.

Tabel 3.2: Overzicht van CQI meetinstrumenten in de eerste lijn om ervaringen van patiënten/klanten te meten. Tussen haakjes staat de organisatie die de lijst ontwikkeld heeft

	Beroepsgroep	CQ-index
1	Huisartsen	CQI huisartsenzorg (NIVEL) Module in ECB (NPCF/Argo)
2	Huisartsenposten	CQI huisartsenposten (i.o. IQ)
3	Apothekers	Module farmaceutische zorg in ECB (NPCF/Argo) CQI farmacie (i.o. NPCF/Argo/NIVEL)
4	Fysiotherapeuten	CQI fysiotherapie (NIVEL) Module in ECB(NPCF/Argo)
3	Gezondheidscentra	ECB (NPCF/Argo)
4	Verloskundigen	CQI geboortezorg (NIVEL)
5	GGZ	Module in ECB (NPCF/Argo) CQI ambulant (Trimbos instituut)

* Gedetailleerdere informatie over deze vragenlijsten zijn te vinden in annex 4.

Twintig *gezondheidscentra* hebben nu meegedaan aan het ECB traject, eerstelijnszorg door patiënten bekeken. Hierin wordt een CQI vragenlijst gebruikt, die wordt uitgedeeld door de artsen, fysiotherapeuten en psychosociale zorgverleners. (De farmaceutische zorg wordt uitgevraagd in de lijst aan de huisartsen). Bij de analyse is niet gecorrigeerd voor verschillen tussen gezondheidscentra in de samenstelling van de geïnterviewde populatie[3].
Bij de *fysiotherapeuten* wordt de CQI fysiotherapie wordt op dit moment (medio 2008) uitgezet in een grote pilot studie waarbij de afname geheel via internet verloopt.
Bij de *apothekers* is de CQI farmaceutische zorg, onlangs afgenomen binnen het ACB traject waardoor straks een vergelijking mogelijk is tussen de resultaten van de eerder gebruikte lijst en de CQI .
Voor de *verloskunde* bleek de ontwikkelde CQI Geboortezorg niet geschikt te zijn. Het instrument bestond uit twee delen, een voor de prenatale zorg en de tweede uit de zorg rondom bevalling en kraambed. De CQI Geboortezorg bleek niet geschikt voor het meten van verschillen tussen de verschillende zorgaanbieders. Er bleek te veel variëteit te zijn tussen de verschillende zorgtrajecten van de ondervraagde vrouwen. Er wordt nu gekeken of de lijst kan worden opgesplitst in een module kraamzorg, 1^{e} lijns verloskunde en 2^{e} lijns verloskunde.
In de geestelijke gezondheidszorg is de CQI ambulante zorg uitgezet voor de GGZ. De CQI heeft de veldtest goed doorlopen en blijkt een bruikbare lijst,met zowel inhoudelijk als statistisch goede schalen. Deze lijst is ook bedoeld om te gebruiken voor metingen bij 1^{e} lijns psychologen.

[3] Dit is deels verklaarbaar door het feit dat de gezondheidscentra zijn geworven via een geleidelijk proces. Maar op zich is het mogelijk om bij meer dan 20 centra multilevel-analyse te doen.

De uitkomsten van de CQI zijn nog niet openbaar gepubliceerd. Het merendeel van de ervaring met CQI betreft namelijk pilot studies om het meetinstrument te ontwikkelen. Om dezelfde reden, is er nog maar weinig ervaring opgedaan binnen de eerste lijn met het gebruik van de gegevens voor de zorginkoop.

3.3 Voor- en nadelen CQ index

Belang klantervaring
De introductie van de CQI als wetenschappelijk methode om de klantervaring te meten, heeft volgens de geïnterviewden eraan bijgedragen dat men niet meer om de patiënten-ervaring heen kan bij het bespreken van de kwaliteit van de zorg. Sommige geïnterviewden zijn bezorgd dat het meten van patiëntervaringen de enige kwaliteitsindicator wordt waarop zorgverleners vergeleken gaan worden, terwijl de zorginhoudelijke indicatoren van minstens even groot belang zijn. Anderen hebben zorgen op een ander niveau. Zij vinden klantervaring wel belangrijk als feedback voor verbetering, maar zijn bezorgd over het spanningsveld dat bestaat tussen goede samenwerking in de eerste lijn en het stimuleren van de concurrentie tussen de zorgaanbieders.

Standaard methode
Het feit dat er een standaard methode bepaald wordt waarmee patiëntervaringen wordt gemeten, krijgt brede instemming. Men had vaak hinder van de vele manieren waarop patiënteninbreng gemeten kan worden en de wildgroei die er hier en daar dreigde te ontstaan. Door een instrument met een vaste methode van afname te verkiezen waarmee de lijst voorgelegd wordt aan een representatieve groep zorggebruikers, worden resultaten van aanbieders onderling en in de tijd vergelijkbaar.

Vergelijking tussen sectoren
Door het gestandaardiseerd meten, analyseren en rapporteren wordt het ook makkelijk om tussen sectoren te vergelijken, en bijvoorbeeld fysiotherapeuten die werken binnen een gezondheidscentrum te vergelijken met de fysiotherapeuten die daarbuiten werken. Hoewel het voordeel van standaardisatie duidelijk is, kleeft hier ook het nadeel aan dat de flexibiliteit verdwenen is. Bij het letterlijk volgen van de instructie van het handboek, ontstaan er hierdoor soms ingewikkelde formuleringen, bijvoorbeeld bij ervaringen die slechts eenmalig waren. Het CKZ kent het probleem van de eenmalige ervaringen, en er worden inmiddels experimenten uitgezet om met andere antwoordcategorieën te werken.

Historische trends
Het overstappen op een nieuw instrument betekent dat de historische dataset, opgebouwd met metingen uit eerdere instrumenten, hun betekenis verliezen (zoals bij huisartsen, huisartsenposten, de apothekers door de cliënten bekeken, en de fysiotherapeuten). Bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld de CQI farmacie, wordt getracht dit probleem op te lossen door beide methodes tegelijkertijd uit te zetten, waardoor een omrekenformule berekend kan worden en historische trendanalyses mogelijk blijven. Ook bij de ontwikkeling van de CQI huisartsenposten wordt hierover nagedacht.

Referentiewaarde voor de ervaring
Als kracht van het instrument wordt genoemd dat er gevraagd wordt naar ervaringen in plaats van naar tevredenheid. Dit wordt als een objectievere maat ervaren. Ook vindt men het een belangrijke winst dat de ervaringen worden gewogen ten opzichte van het belang dat mensen eraan hechten. Wat nog ontbreekt is dat het instrument extern gevalideerd is en dat er absolute referentiewaarden bestaan. Nu worden praktijken met elkaar vergeleken en beoordeeld op de relatieve verschillen. Deze verschillen hangen sterk af van wie met wie vergeleken wordt. Bovendien kunnen zij inhoudelijk betekenisloos zijn, ondanks dat zij statistisch significant zijn. Zo bleek bij de eerste versie van de CQI fysiotherapie dat een miniem verschil in de score het verschil kon zijn tussen één of drie sterren (zie verder paragraaf 3.5).

De kosten
Het belangrijkste nadeel van de CQI betreft de kosten die gepaard gaan met het uitzetten van de CQI. Om de kosten te beperken, wordt er binnen de fysiotherapie momenteel geëxperimenteerd met het exclusief via internet uitzetten van de CQI lijst. Bij het gelijktijdig uitzetten van de papieren vragenlijst met een internet link, blijkt dat ongeveer 10% van de mensen de vragenlijst via internet uitzet (Huisartsenlijst, GGZ). Bij de ACB wordt momenteel vergeleken wat de uitslagen zijn van het handmatig uitdelen van de lijst met het versturen van de lijst. De drie reminders die standaard verstuurd dienen te worden en de lengte van veel CQI vragenlijsten zijn twee andere factoren die de kosten opdrijven. In paragraaf 3.8 komen wordt hier verder op ingegaan.

Draagvlak
Men ziet het als zeer positief dat alle betrokkenen uit het veld betrokken worden bij het proces en dat de CQI geschikt is voor verschillende gebruikersdoelen. Hierop komen wij in de volgende paragraaf uitgebreid terug. De ervaringen bij de ontwikkelingen van de CQI fysiotherapie en de CQI farmacie hebben duidelijk gemaakt dat het essentieel is om alle partijen uit het veld te betrekken bij de ontwikkeling van de vragenlijst. In deze processen waren de beroepsgroepen aanvankelijk niet betrokken. Pas bij het betrekken van alle veldpartijen ontstaat er draagvlak voor het instrument. Ook de zorgverzekeraars hechten er aan dat het instrument door alle partijen gedragen wordt. Sommige geïnterviewden melden dat in hun ervaring de zorgverzekeraars veel invloed hebben op het ontwikkeltraject. Zij ervaren de CQI dan ook vooral als een instrument van de zorgverzekeraars.

Invloed van karakteristieken zorggebruikers
Er wordt binnen de CQI methodiek al een belangrijke stap gezet naar objectieve vergelijking door het corrigeren van de scores voor verschillen in de patiëntenpopulaties die gerespondeerd hebben. Voor de illustratie van het belang hiervan zie box 1. De ervaring is dan ook dat uitkomsten uit de CQI niet worden betwist door zorgaanbieders. Sommige geïnterviewden stellen wel vragen of de correctie voldoende is. Binnen de GGZ zouden ze graag ook de diagnose mee willen nemen in de casemix adjustment, omdat de diagnose een duidelijke invloed heeft op de manier waarop ervaringen gerapporteerd worden. Een andere plek waar dit speelt is bij het inventariseren van de ervaringen van patiënten in achterstandswijken. De vragen die gesteld worden zijn hoe karakteristieken van de populatie de ervaringsscores beïnvloeden, en of het verzenden van schriftelijke vragenlijsten wel de

goede methode is om deze groep te bereiken. De bezorgdheid is dat zorgverleners werkzaam in achterstandswijken altijd slechter scoren dan zorgverleners in betere wijken, zonder dat zij daar zelf iets aan kunnen doen.

Box 1: Correctie voor Patiëntkenmerken

Patiëntkenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid blijkt de ervaring te kleuren. Zo zullen oudere mensen in het algemeen positiever antwoorden dan jongere mensen. Als in de steekproef bij huisarts 1 dus veel meer oudere mensen zitten dan in de steekproef bij huisarts 2, dan krijgt huisarts 1 vanzelf een hogere score, terwijl dit niet zegt dat hij/zij een betere zorg levert. Om nu de steekproefeffecten eruit te halen wordt binnen de CQI met behulp van multilevel-analyse gecorrigeerd voor verschillen in de kenmerken van de respondenten voor de variabelen: leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid. Om de invloed van de correctie te illustreren het volgende voorbeeld:

32 huisartsenpraktijken hebben meegedaan aan de CQI huisartsenzorg. De huisartsen kregen voor 8 schaalscores en voor het algemene oordeel de uitslag of zijn significant minder goed of significant beter scoorden dan hun collega's met behulp van sterren, d.m.v. één, twee of drie sterren. Voor de onderlinge vergelijking worden schaalscores gebruikt i.p.v. itemscores. Schalen bestaan uit een aantal items die naar hetzelfde aspect vragen, en die zo een robuustere maat vormen dan items. De schaalscores worden gebruikt om praktijken onderling te vergelijken en de verschillen te duiden met sterren. Een ster betekent significant lager dan de praktijken die drie sterren krijgen.

Als deze scores van de huisartsen niet gecorrigeerd zouden worden voor leeftijd gezondheidstoestand en opleidingsniveau zou de uiteindelijke beoordeling er voor een aantal praktijken anders uitgezien hebben. In het volgende tabelletje ziet u bij hoeveel praktijken dit het geval zou zijn geweest.

Classificatie	**32 praktijken**
Identieke indeling	14 praktijken
1 score anders	10 praktijken
2 scores anders	6 praktijken
3 scores anders	1 praktijk
4 scores anders	1 praktijk

Correctie voor verschillen in patiëntkenmerken van de respondenten (leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid) leidde er bij 18 van de 32 praktijken (56%) toe dat er minstens één schaal een andere score zou krijgen.

Open vragen

De CQI heeft de mogelijkheid om open vragen op te nemen, maar die horen niet standaard bij de CQI vragenlijst. Als de vragenlijst wordt gebruikt voor verbetertrajecten, worden de open vragen positief gewaardeerd, omdat zij kleur geven aan de kwantitatieve data. Het nadeel van open vragen is echter dat de verwerking van de vragen duur is, en dat ze vaak een onevenredig grote invloed hebben op de interpretatie van de gegevens, de zogenaamde 'N is één anekdotes' die de discussie domineren.

3.4 Bruikbaarheid CQI in het licht van doelen

Zoals gezegd in de inleiding kan de CQI in principe voor meerdere doelstellingen gebruikt worden: om de keuze van de gebruikers van de zorg te ondersteunen; om de zorgverleners feedbackinformatie te geven over de door hun geleverde kwaliteit; om zorgverzekeraars informatie te geven om ook kwaliteitsaspecten te betrekken in de afspraken met zorgaanbieders; en om beleidsinformatie te genereren voor de overheid, gemeenten, beroepsorganisaties en patiënten- en consumentenorganisaties. In deze paragraaf wordt nader ingegaan hoe de ervaringen en visies van de geïnterviewden zijn over de haalbaarheid van deze doelen binnen de eerste lijn.

Keuze-informatie
Cliënten hebben niet voor alle eerstelijnszorgaanbieders een keuze (er bestaat geen keuze bij huisartsenposten en voor huisartsen is de keus vaak heel beperkt). De CQI informatie is op zich geschikt om aan te reiken aan patiënten om keuzes te kunnen maken, maar dat zou wel plaats moeten vinden in combinatie met prestatie-indicatoren en etalage-informatie. Ook is het nodig dat er meer informatie komt over wat mensen nodig hebben om te kunnen kiezen en in welke mate zij zich daarin willen baseren op de ervaringen van anderen. Daarbij komt dat bij verschillende groepen mensen het keuzeproces waarschijnlijk verschillend verloopt, en verschillende mensen mogelijk ook andere informatie nodig hebben. Hierbij wordt het onderzoek van van Groenewoud aangehaald. Hij heeft voor een aantal specifieke aandoeningen onderzocht dat de behoefte aan keuzeondersteunende informatie niet alleen afhankelijk is van de (aard van de) aandoening en het stadium van de ziekten, maar ook van het 'consumentenprofiel' en de (sociaal economische) persoonskenmerken (Groenewoud et.al., 2007). Een ander punt dat genoemd wordt is dat het belangrijk en goed is om te kijken naar wat mensen belangrijk vinden. Je kunt echter niet zomaar zeggen dat wat mensen belangrijk vinden ook datgene is waarop mensen hun keuze baseren. Tot slot moet er nog goed nagedacht worden over hoe je informatie moet presenteren opdat mensen het kunnen gebruiken.

Op dit moment is alleen keuze informatie beschikbaar over thuiszorgorganisaties, ziektekostenverzekeraars en verpleegtehuizen. Dit betreft grote organisaties, waar mensen via kiesbeter.nl vergelijkende informatie kunnen verkrijgen. Over eerstelijnszorgverleners is er momenteel nog weinig tot niets voorhanden. Het is daarom ook niet vast te stellen welke rol de prestatie-indicatoren, inclusief de informatie over patiëntervaring gaan spelen in de afwegingen die zorggebruikers maken. Uit internationaal onderzoek blijkt dat de meeste consumenten de informatie niet gebruiken of het niet willen gebruiken (Hibbard et al., 1997; Harris, 2003; Scanlon et al., 1998).

De informatie over de patiëntervaring wordt door bijna alle geïnterviewden wel van belang gevonden. Ook al leidt de informatie niet direct tot andere keuzes van patiënten, publicatie zal in ieder geval zorgverleners tot verbetering prikkelen. Omdat de informatie zorgverleners kan beschadigen, wordt er veel belang aan gehecht dat er een goede selectie gemaakt wordt van de indicatoren die gepresenteerd worden, dat er valide en betrouwbare indicatoren gebruikt worden die betekenisvolle verschillen laten zien. Hierop wordt nader ingegaan in de paragraaf 3.7 over openbaarheid van de informatie.

Verbeterinformatie
De CQI geeft een inventarisatie van de sterke en zwakkere punten van de zorgaanbieder. De zorgaanbieders vinden dit het belangrijkste doel van het onderzoek naar de patiënt-ervaring.

Professionele eer wordt genoemd als een belangrijke motor achter het inzetten van verbetertrajecten. Anderen rapporteren dat informatie op zich onvoldoende is voor verbetering. Zij stellen dat pas als het teruggeven van deze informatie ingebed is in een traject, hetzij als onderdeel van accreditatie, patiëntenpanels, of andere verbetertrajecten, dat dit leidt tot veranderingen in het zorgaanbod.

Met betrekking tot de oude generatie vragenlijsten rondom patiënttevredenheid is weinig bekend of die leiden tot daadwerkelijke verbeteringen in het aanbod, omdat de uitkomsten daarvan niet toegankelijk zijn, ook niet voor de koepelorganisaties. De ervaringen met de methode 'door de cliënten bekeken' (ECB en ACB) waarbij ook gesprekken met zorgaanbieders en patiëntenpanels worden georganiseerd, worden positief gerapporteerd, maar zijn nog niet geëvalueerd. Kwaliteitsverbetering is het expliciete doel van deze trajecten.

Als (delen van de) informatie uit de CQI openbaar gaat worden, zoals expliciet de bedoeling is, dan komt mogelijk een nieuwe dynamiek op gang. De transparantie die ontstaat door de publicatie van deze informatie kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het is een bekend mechanisme dat zaken die intern moeilijk in beweging te krijgen zijn, wel gaan bewegen als de buitenwereld zich er mee gaat bemoeien. Openbare informatie gaat mogelijk de keuze van patiënten beïnvloeden, en zal gebruikt gaan worden voor contractgesprekken. Het is mogelijk dat hierdoor een prikkel tot veranderingen ontstaat zonder dat er verbetertrajecten georganiseerd worden. Dit zal pas te verifiëren zijn als CQI informatie van (eerstelijns)zorgverleners openbaar wordt.

Voor verbeterinformatie zijn waarschijnlijk alle indicatoren van belang. Zorgverleners zullen op alle indicatoren hun eigen functioneren willen vergelijken met het functioneren van anderen. Op basis van de ervaring met de praktijkaccreditatie, suggereren enkele beroepsorganisaties dat voor het verbetertraject een meting eens in de drie à vier jaar volstaat, tenzij er aanleiding is om dit vaker te doen.

Inkoopinformatie
Eén van de uitdagingen waarvoor verzekeraars zich in het nieuwe zorgstelsel gesteld zien is het vorm geven aan de inkoop van zorg op basis van kwaliteit. De intentie van het ontwikkelen van de CQI is om informatie te krijgen die meegenomen zou worden bij het inkoopbeleid.

De eerste opmerking die hierbij geplaatst wordt is dat de mogelijkheden van selectief contracteren in de eerste lijn beperkt zijn, omdat voor de meeste beroepsgroepen een schaarste bestaat. Gedifferentieerd contracteren is wel mogelijk. Hiermee wordt bedoeld dat er prijsafspraken gemaakt kunnen worden afhankelijk van de kwaliteit (pay-for-performance).

De CQI wordt op dit moment nog niet gebruikt voor het gericht inkopen van eerstelijnszorg. Wel wordt patiëntenervaring soms meegenomen in de contractgesprekken. Zo gebruikt AGIS de resultaten van de CQI diabetes bij contractgesprekken met de DiAgis ketenzorg contractanten. Dit is een reguliere meting onder ruim 20 contractanten die wordt toegepast bij de zorginkoop. Ook heeft Agis ervaring met het betrekken van de informatie uit de ECB's, die zij verplicht stellen aan alle 'Agis- gezondheidscentra'. Ze gebruiken deze informatie om afspraken te maken over aspecten als tijdigheid, voorlichting e.d. De intentie is om te investeren in de relatie met de zorgaanbieder. Voor 2009 zijn de plannen om de CQI fysiotherapie op grote schaal af te nemen in een vergevorderd stadium. CZ heeft ervaring met het gebruiken van patiënttevredenheidsonderzoek in huisartsenposten om bepaalde kwaliteitsverbetertrajecten te financieren. Zorgverzekeraars ervaren het als belangrijke winst, dat door dit soort informatie contractgesprekken een andere inhoud krijgen. Naast de cijfers over de prestaties en voorschrijven gaan die dan ook over de door patiënten ervaren kwaliteit van zorgverlening.

De geïnterviewden zijn het er over eens dat als de informatie gebruikt wordt voor zorginkoop, deze inkoop zich het best kan baseren op de informatie over patiëntervaring in samenhang met andere prestatie-indicatoren. Nog uitgezocht moet worden hoe je dan een weging kan maken tussen patiëntervaring en de andere prestatie-indicatoren. In Zuid-Nederland heeft de VGZ het project transparantie huisartsenzorg geïnitieerd. Dit is een groot project voor prestatie beloningen voor huisartsenzorg, waarin verscheidene indicatoren betrokken worden.

Een probleem waar zorgverzekeraars tegenaan lopen is dat de lijsten nog niet stabiel zijn. De vragenlijst voor de fysiotherapie waarvan zij dachten dat hij ontwikkeld was, is nogmaals het ontwikkeltraject ingegaan [omdat de KNGF niet bij de eerste fase betrokken was geweest]. Zorgverzekeraars hebben uitontwikkelde lijsten nodig voor de contractering. Alleen voor de huisartsenzorg is de lijst al gevalideerd.

Een ander probleem is dat het discriminerend vermogen van een aantal ontwikkelde CQI lijsten te weinig is om onderscheid tussen aanbieders te kunnen maken. Wel geven de uitslagen signaleringen waarmee je dan met de aanbieders verder kan praten. Maar op zich is dit niet voldoende om zorginkoop op te richten. Sommige zorgverzekeraars spreken de wens uit dat de CQI meer concrete elementen uit de zorg zou bevatten en ook zou vragen naar uitkomsten van zorg. Tijdens de invitational conference ontstond hierover de discussie of het uitvragen van de patiëntervaring wel een geschikte methode is om dat soort indicatoren betrouwbaar te meten. Hierop wordt later deze paragraaf nader ingegaan.

Voor de zorgverzekeraars zijn thema's belangrijker dan de rapportcijfers, en zijn niet alle indicatoren van belang. Interessant zijn specifieke scores die meegewogen kunnen worden met de andere prestatie indicatoren. Daarbij zijn dan niet alleen de relatieve, maar ook de absolute scores van belang. Zo blijf je zien dat bijvoorbeeld de informatie over medicatie in een ziekenhuis slecht is, ook al kan een ziekenhuis op dit item scoren als één van de besten. Met absolute gegevens kun je de aanbieder aanspreken, om samen te kunnen werken aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Naast deze overeenkomsten bestaan er ook verschillen van inzicht tussen zorgverzekeraars over de behoefte aan informatie. De ene verzekeraar wil jaarlijks informatie van alle zorgaanbieders om deze te kunnen gebruiken voor de zorginkoop. Een andere verzekeraar vindt eens in de drie jaar voldoende en is dan vooral geïnteresseerd in de belangrijkste ketens, zoals COPD en diabetes, omdat op die manier de ervaring van grootgebruikers van de zorg in beeld komt. Een ander vindt dat de ontwikkelingen binnen de ketenzorg zo snel gaan, dat een CQI lijst te traag is om deze ontwikkelingen te volgen. (Met de traagheid wordt de tijd bedoeld die verstrijkt tussen het uitzetten van de lijst en het hebben van de resultaten).

Deze verschillen in behoefte aan informatie hebben ook te maken met verschillen in inzicht hoe zij de informatie willen gebruiken. De verschillende strategieën zijn globaal te kenschetsen zijn als:

1. de bonus/verleidstrategie: vergroten van de clientèle door informatie te gebruiken om actief cliënten te sturen naar goede zorgverleners en door het financieel belonen van prestatiescores en innovaties;
2. pay for performance: betaling op basis van getallen en onderbouwde indicatoren, die zijn vastgelegd in een contract.

Vanuit de beroepsgroepen en onderzoekers zijn er veel vragen over het baseren van de inkoop op indicatoren. De vragen hebben betrekking op de validiteit van de indicatoren om werkelijk kwaliteit van zorg te kunnen meten en daarmee rechtvaardig onderscheid tussen zorgaanbieders te kunnen maken. Het belang van absolute referentiewaarden en het meten van betekenisvolle verschillen wordt benadrukt. Ook wordt gewezen op de mogelijkheid van de beïnvloeding van de registratie als mensen hierop afgerekend worden.

Onderzoekers brengen naar voren dat er soms een spanningsveld zit in hetgeen zorgverzekeraars willen weten om te gebruiken voor de zorginkoop en hetgeen betrouwbaar te meten is via patiëntenervaring. Sommige onderzoekers stellen dat als je naar cliëntervaringen vraagt, je moet vragen naar dingen die cliënten belangrijk vinden, omdat zij die ook goed kunnen beoordelen. Een ander argument is dat patiënten bijvoorbeeld geen inzicht hebben in de vele procedures voor veiligheid en kwaliteit bij de apotheek. Deze belangrijke aspecten zijn dus niet goed te onderzoeken door patiënten te ondervragen. Ook kan het moeilijk zijn om uitkomsten van zorg door patiënten te laten beoordelen, omdat niet alle aandoeningen te genezen zijn. Door deze zaken hebben de patiëntervaringen over de uitkomsten vaak een beperkte validiteit. Slechts bij een aantal goed gedefinieerde zorgtrajecten zal het mogelijk zijn om de uitkomsten op een betrouwbare wijze via patiënten uit te vragen. Aangezien de eerste lijn zich kenmerkt door een generiek zorgaanbod zullen de mogelijkheden om uitkomsten uit te vragen in deze context dus beperkt zijn.

Van meer praktische aard is de zorg bij zorgaanbieders over de snelle wisseling van de contactpersonen bij verzekeringsmaatschappijen. Dit geeft veel instabiliteit, want iedere nieuwe contactpersoon heeft weer zijn eigen dingen die belangrijk zijn. Hierdoor is er geen continuïteit in beleid.

Beleidsinformatie
CQI informatie is relevant voor het nationale beleid. Dat is ook onlangs weer geïllustreerd door het agenderen van de problemen van de bereikbaarheid van de huisartsenzorg overdag, n.a.v. de publicatie van het rapport CQI huisartsenzorg. Voor het gebruik voor beleid en sturing is er geen gedetailleerde informatie nodig op praktijkniveau. Geaggregeerde informatie volstaat. Voor het VWS beleid volstaat ook representatieve informatie over de ervaren knelpunten in een bepaald zorgsegment.

Daarnaast is klantervaring een belangrijk onderdeel van de informatie die in de nabije toekomst beschikbaar moet komen in het kader van de transparantie van het zorgaanbod in de gezondheidszorg. Onder leiding van het programmabureau zichtbare zorg van de IGZ (voorheen bureau zorgbrede transparantie en kwaliteit (ZbTK)) zijn stuurgroepen opgericht. Deze bestaan uit alle direct betrokken partijen zoals patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, VWS, en de inspectie.

Deze stuurgroepen zullen per eerstelijnsberoepsgroep gezamenlijk een indicatorenset vaststellen (huisartsenzorg, acute zorg, kraamzorg, verloskundige zorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg e.d.). Deze indicatorensets bestaan uit z.g. etalage-plus informatie (met de namen van de zorgaanbieders, de openingstijden, en het specifieke zorgaanbod), zorginhoudelijke indicatoren en patiëntervaring.

Voor de inspectie (IGZ) zelf zijn de patiëntervaringsscores in de eerste lijn niet de belangrijkste indicatoren voor het uitoefenen van hun taak. Zichtbare zorg hecht wel veel belang aan de ze scores, omdat zij een essentieel onderdeel zijn van de basisset kwaliteitsindicatoren die nu per beroepsgroep wordt vastgesteld. De indicatoren verkregen via de CQI zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen, met name omdat het een instrument is dat geschikt is om de patiëntervaringen met zorgverleners onderling te vergelijken.

Voor het beleid van de koepelorganisaties helpen de CQI uitslagen om speerpunten voor hun kwaliteitsbeleid te formuleren. Het is goed als onderzoek aantoont waar de knelpunten zitten. Voor de NPCF is de informatie van groot belang. Zij gebruiken het zowel om het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars te beïnvloeden als om knelpunten in de zorg op te sporen. Ze zijn erg blij met de eenheid van taal, zodat er tussen sectoren vergeleken kan worden.

Een laatste punt betreft de bruikbaarheid van de gegevens voor de landelijke informatievoorziening zoals Zorgbalans. De meeste CQ-indexen in de eerste lijn zijn uitgetest in pilots met steeds weer een andere steekproef die meestal niet landelijk representatief is. Zowel voor het kunnen interpreteren van de CQI uitslagen van individuele of groepen zorgaanbieders als voor de landelijke informatievoorziening is het verkrijgen van landelijke referentiecijfers van groot belang.

3.5 Hiaten en doublures in informatievoorziening over klantervaringen in de 1e lijn

Doublure en hiaten in ontwikkeling instrumenten
Voor het merendeel van de beroepsgroepen bestaat nu een CQI lijst, of is er een in ontwikkeling. De belangrijkste doublure die wordt genoemd is dan ook de doublure met de al bestaande instrumenten. Het belang van de selectie van één standaard manier voor het meten van de patiëntervaring per sector wordt breed onderschreven. Sommige koepelorganisaties merken op dat de voorlichting aan de beroepsgroepen over het CQI instrument en hoe het te gebruiken nog ontbreekt.
Alleen voor de verloskundigen ontbreekt een vragenlijst. Voor de eerstelijnspsychologen kan de vragenlijst ontwikkeld voor de ambulante GGZ gebruikt worden, waarbij slechts een aantal kleine aanpassingen nodig zijn.

Geen informatie over alle zorgaanbieders
Om voor keuze-informatie te kunnen dienen, zouden de lijsten landelijk uitgerold moeten worden, of op zijn minst in een specifieke regio het complete zorgaanbod in beeld brengen. Er is tot nu toe nog geen vragenlijst die op die wijze is uitgerold. Het grote aantal eerstelijnszorgaanbieders vergt een grote budgettaire inspanning om dit voor elkaar te krijgen. Het aantal ziekenhuizen of thuiszorgorganisaties is immers veel kleiner. In paragraaf 3.8 zal nader op de kosten worden ingegaan.

Landelijke referentiewaarden
Gezien de grote hoeveelheid aanbieders is het moeilijk te realiseren om alle zorgaanbieders in één meting mee te nemen. In afwezigheid van de landelijke uitrol is duidelijk behoefte aan landelijke referentiecijfers voor iedere beroepsgroep in de eerste lijn. Op dit moment kunnen bij metingen de participerende zorgverleners alleen met elkaar vergeleken worden. Dat betekent dat de relatieve scores afhangen van wie er meedoen en er geen goede follow-up in de tijd mogelijk is. Met landelijke referentiecijfers kunnen de instrumenten locaal/regionaal uitgezet worden en herhaalmetingen gedaan worden, waarbij de resultaten consistent geïnterpreteerd kunnen worden.
Procedures zullen ontwikkeld moeten worden hoe deze landelijke referentie waarden opgeslagen, toegankelijk gemaakt en gebruikt kunnen worden. Eens in de zoveel jaren zullen ze ook opnieuw vastgesteld moeten worden (zie ook box 2).

Specifieke thema's
Inhoudelijk zijn de lijsten globaal van karakter. Sommige zorgaanbieders en onderzoekers merken op dat er behoefte kan zijn of ontstaan om ook de klantervaring te weten over meer specifieke thema's zoals patiëntveiligheid, ontslag uit het ziekenhuis, het stimuleren van zelfzorg, palliatieve zorg, aansluiting tussen specifieke zorgverleners. De CQI methodiek leent zich goed om, afhankelijk van de vraagstelling, een extra module aan de vragenlijst toe te voegen. De uitslagen kunnen gebruikt worden voor het opsporen van knelpunten of het evalueren van best practices(zie ook paragraaf 3.6).

Box 2: Landelijke referentiecijfers

Het beste en eerlijkste model om bij alle zorgaanbieders in een bepaalde beroepsgroep tegelijkertijd de klantervaring te onderzoeken, is om de gegevens in gezamenlijkheid te analyseren. Omdat het aantal zorgaanbieders in de eerste lijn zo groot is, is het belangrijk dat er rekening gehouden kan worden met de mogelijkheid dat niet alle zorgaanbieders in één keer gemeten worden. In dat geval is het wenselijk dat er toch met eenzelfde maat beoordeeld wordt.

Om klantervaring groepsgewijs te kunnen evalueren terwijl toch met eenzelfde standaard beoordeeld wordt, zijn landelijke referentiecijfers nodig. Deze cijfers kunnen bijvoorbeeld gegenereerd worden door de vragenlijst voor te leggen aan een landelijke steekproef van patiënten. In deze steekproef moeten de verschillende groepen waarvoor is afgesproken case-mix correctie toe te passen voldoende vertegenwoordigd zijn.

Uitkomsten van metingen bij groepen zorgaanbieders kunnen dan uitgezet worden tegen de waarden in dit referentiebestand. De metingen kunnen locaal of regionaal georganiseerd worden, mits de dataverwerking volgens gestandaardiseerde en eenduidige procedures verloopt. Het geschoonde databestand moeten vervolgens naar een centraal 'doorrekenpunt' verstuurd worden. Dit is de instantie die het referentiebestand beheert. In dit 'doorrekenpunt' worden de uitkomsten van de groep aanbieders waarbij is gemeten gerelateerd aan de referentiewaarden. De data-handelingen op dit centrale doorrekenpunt kunnen verregaand geautomatiseerd worden.

Deze manier van werken voorkomt dat de beoordeling van zorgaanbieders sterk afhangt van de groep waarmee tegelijkertijd gemeten wordt, terwijl er toch een goede case-mix correctie plaats vindt.

Doublures

Doublures kunnen ontstaan als de ketenlijsten en aanbiederspecifieke lijsten uitgezet worden bij alle zorgverleners, en mogelijk ook als de metingen zo snel achter elkaar herhaald worden dat er onvoldoende tijd tussen zit om reële veranderingen te verwachten.

Een van de geïnterviewden zei: "De kernvraag die beantwoord moet worden is wat willen wij nu eigenlijk weten. Specifieker wie wil wat weten en waarom. Als dat duidelijk is kan worden vastgesteld waar de overlap zit en waar het mogelijke hiaat. Het risico op dit moment is meer het gebrek aan richting dan dat er gaten vallen"

Hiaten in kennis

Er werden ook een aantal hiaten genoemd die nieuwe kennis betreffen. De volgende vragen werden naar voren gebracht:

1. Wat doet mensen kiezen en welke informatie hebben ze daarvoor nodig? Hoe verschilt dit tussen groepen mensen? De studies die bekend zijn hebben onderzocht hoe mensen beslissingen nemen over behandelingen, en welke invloed informatie, vrienden en adviezen van zorgverleners hierin spelen. Maar er is niet bekend of mensen de ervaring van andere patiënten belangrijker vinden, of informatie over het zorgaanbod, of over de kwaliteit van het medisch handelen. (ZonMw heeft onlangs een ronde van het programma 'meten patiëntervaringen' gestart die specifiek aandacht besteedt aan deze punten).

2. Bereik je met deze schriftelijke methode mensen met een lage sociaal economische achtergrond? En kunnen mensen van andere etnische herkomstgroepen op deze manier adequaat bevraagd worden? (Binnen de Universiteit van Amsterdam i.s.m. het NIVEL wordt momenteel onderzoek gedaan naar de invloed van etniciteit op de CQI scores).
3. Kun je *uitkomsten* van de zorg meten door het bevragen van de ervaring van patiënten, of is de validiteit beperkt tot het meten van *procesinformatie*? Met andere woorden, kun je de effectiviteit en de deskundigheid van een betreffende zorgverlener wel evalueren op basis van ervaringen van patiënten?
4. Hoe verhouden zich de resultaten van het meten van patiëntervaring middels de CQI ten opzichte van de uitkomsten die gemeten worden met de bestaande instrumenten die patiënttevredenheid meten (zoals de Europep in de huisartsenpraktijk, de huisartsen-postvragenlijst, en de apothekerslijst gebruikt in de ACB). Het onderzoek van ARGO bij het uitzetten van de oude en CQI lijst bij apothekers zal inzicht in geven in mogelijke verschillen in uitkomsten bij deze beroepsgroep.
5. Hoe kunnen uitkomsten van patiëntervaring voor keuze- en zorginkoop geïntegreerd worden met andere kwaliteitsindicatoren, zoals de zorginhoudelijke indicatoren.

3.6 Relatie tussen aandoeningspecifieke vragenlijsten en ketenlijsten

Er wordt verschillend gedacht over de vraag of er binnen de eerste lijn aanbiederspecifiek, aandoeningspecifiek of ketenspecifiek gevraagd zou moeten worden naar ervaringen.

Aandoening vs. aanbieder
De meeste geïnterviewden waren van mening dat aandoeningspecifiek uitvragen van ervaringen niet heel relevant is voor de eerste lijn, omdat de eerste lijn zich kenmerkt door een generiek zorgaanbod. Dat neemt niet weg dat het op zich best interessant zou zijn als de consument over gerichte informatie zou kunnen beschikken over hoe bijvoorbeeld verschillende fysiotherapeuten omgaan met incontinentieklachten, of hoe de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut precies verloopt bij de klacht waar je beide voor nodig zult hebben.
Het gros van de mensen komt slechts bij één of twee hulpverleners terecht, en heeft doorgaans weinig zicht op de samenwerking en interactie tussen deze zorgverleners. Hierdoor kun je met generieke lijsten weinig detail uitvragen over onderlinge samenwerking. Echter, met een aandoeningspecifieke lijst is het mogelijk om dieper in te gaan op een bepaald behandelprotocol of samenwerkingsrelatie. De vragenlijst kan worden voorgelegd aan een steekproef van patiënten met een specifieke aandoening of die bepaalde zorg gebruiken. De CQI methode is geschikt om te gebruiken om zulke specifieke aspecten van de zorg te bevragen. Echter, dit soort onderzoek zal niet tot doel hebben om een voor de eerste lijn dekkend informatie systeem op te zetten, in verband met de enorme kosten die daarmee gemoeid zouden zijn. Het is wel zeer geschikt om knelpunten op te sporen, best practices te identificeren, vast te stellen of er variatie is tussen zorgaanbieders, of om specifieke lokale programma's te evalueren.

Keten vs. aanbieder
De tegenstelling tussen aanbiederspecifiek en ketenspecifiek is minder groot dan het lijkt. Zorgverzekeraars willen de ketenlijsten namelijk gebruiken voor het evalueren van de patiëntervaring met gecontracteerde ketenzorg. Zij zien het als de verantwoordelijkheid van deze 'ketenzorgaanbieder' om verder te kijken waar (organisatie)verbeteringen nodig zijn om op de uiteindelijke gemeten kwaliteit met de CQI te verbeteren. Het is namelijk niet goed mogelijk om binnen de keten informatie te verkrijgen die herleidbaar is tot een specifieke zorgverlener. De ketenaanbieder zal hiervoor dan vaak andere methoden nodig hebben, zoals flexibele vragenlijsten onder patiënten, spiegelgesprekken en intercollegiale toetsing. De keten wordt dus in zijn geheel geëvalueerd en de ketenaanbieder zelf analyseert verder waar de zwakste schakel zit. De ketenlijst is dus eigenlijk ook aanbiederspecifiek.
Bij CQI lijsten die ontwikkeld worden voor bijvoorbeeld de ketens reuma en COPD betreft het niet altijd zorg die bij een consortium van aanbieders gecontracteerd is. In deze lijsten wordt ook gevraagd naar de zorg geleverd door bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en specialisten. Het blijkt in de praktijk niet mogelijk deze informatie te herleiden tot specifieke eerstelijnszorgaanbieders, en daar betrouwbare uitspraken over te doen. De eenheid van analyse en terugrapportage is hier het ziekenhuis.

Of het zinvol is om een ketenlijst te gebruiken, hangt dus af van hoe de eerste lijn georganiseerd is. De ervaring met de CQI geboortezorg heeft geleerd dat de informatie niet gebruikt kan worden als hij niet herleidbaar is tot specifieke aanbieders. Deze herleidbaarheid is essentieel om voor keuze-, inkoop- en praktijkspecifieke feedbackinformatie geschikt te zijn. Als groepen aanbieders een specifiek zorgaanbod doen, dan kan de patiëntervaring met een ketenlijst geëvalueerd worden.

Zoals eerder vermeld verschillen de verzekeraars van inzicht over wat voor hun de meest interessante informatie is. Twee verzekeraars zijn met name geïnteresseerd in aanbiederspecifieke informatie, de ander ziet meer heil in het meten van de patiëntervaring met specifieke aandoeningen bij mensen die veel zorg gebruiken. De anderen zijn daarin wel geïnteresseerd, maar vinden in snel deze veranderende sector daarvoor andere instrumenten geschikter.

Vanuit de beroepsgroepen wordt benadrukt dat het eerstelijnsaanbod een generiek aanbod is, en dat er een gevaar schuilt dat zorgaanbieders zich gaan profileren op deze aanbod specifieke indexen. Het basisaanbod van de bijvoorbeeld de huisarts bestaat grofweg uit 10% aanbod voor specifieke aandoeningen, en 90% voor basiszorg. Er komen steeds meer CQIs op aandoeningen, waardoor de aandacht gaat naar een klein stuk van de huisartsenzorg en niet het geheel. Mensen kunnen hun aandacht maar aan een ding tegelijk besteden, en het gevaar is dat dit gaat ten koste van het brede geheel dat je biedt.

Op de langere termijn is het misschien wel interessant en belangrijk om per keten een CQ-index te hebben. Voor dit moment lijkt het voor de eerste lijn als geheel het meest praktisch om te zorgen dat de CQI gericht op de aanbieder goed georganiseerd wordt en voor iedereen wordt uitgevraagd. Dit is al moeilijk genoeg. In deze generieke vragenlijsten van

specifieke zorgaanbieder kunnen ook een aantal vragen staan over de aansluiting met belangrijke andere zorgverleners, de keten.

3.7 Openbaarheid van resultaten

Bijna alle geïnterviewden zijn het er over eens dat het goed is dat een deel van de informatie van de patiëntenenquête openbaar wordt. Het is duidelijk dat als de informatie niet openbaar wordt, deze nooit als keuze informatie gebruikt kan worden. Vele betwijfelen of patiënten nu echt op deze informatie hun keuzes gaan baseren. Tot nu toe blijkt uit onderzoek uit het buitenland dat patiënten het wel gebruiken om hun keuze te onderbouwen, maar niet dat zij er nu wezenlijk andere keuzes door gaan maken (zie ook paragraaf 3.4). Anderen beargumenteren dat zolang er niet veel relevante keuze-informatie is, deze ook geen rol kan spelen in het keuzeproces. De ervaring is echter wel dat openbare cijfers een sterke prikkel zijn om mensen in beweging te krijgen om dingen te verbeteren. Doordat de vrijblijvendheid eraf gaat krijgt de kwaliteit een impuls.

De verloskundigen hebben een aantal bedenkingen bij het openbaar maken van alle patiëntervaring en uitkomsten van zorg. De verloskundigen vinden dat niet alle informatie geschikt is om openbaar te maken naar cliënten en zorgverzekeraars. Dit geldt bijvoorbeeld als er calamiteiten plaatsvinden. Omdat de aantallen in de verloskundigen praktijk zo klein zijn, kan dat een verkeerd beeld van een praktijk geven. De verloskundigen willen zelf de regie houden over wat wel en niet in de openbaarheid komt.
Voor hen heeft het openbaar maken van de ervaringen van patiënten op dit moment geen prioriteit. Zij willen dat de betreffende verloskundige zelf beslist of zij de informatie op haar website plaatst. De reden is dat de verloskundigen op dit moment op heel veel punten met kwaliteit bezig zijn zoals met het uitrollen van de praktijkaccreditering, het kwaliteitsregister waarin bij en nascholing wordt geregistreerd en de richtlijnen standaarden. Ook worden binnenkort de tarieven vrijgegeven. Kortom er komt veel op hun af. Zij hebben op dit moment een cliëntenenquête die voldoet voor het doel waarvoor zij hem nodig hebben, namelijk voor interne kwaliteitsverbetering. De CQI is een veel kostbaarder instrument, waarvan de kosten - als die door de verloskundige gedragen zouden moeten worden - bijna niet zijn op te brengen, te meer omdat huns inziens de meerwaarde ontbreekt.

Ook door andere geïnterviewden worden bedenkingen geuit. Deze hebben ermee te maken dat het in de eerste lijn om kleine eenheden gaat die onderzocht worden en dat de informatie soms herleidbaar is tot een persoon. Een van de opmerkingen die gemaakt werd was dat de privacy wetgeving niet toestaat dat tot een persoon herleidbare informatie gepubliceerd wordt. De vraag speelt in hoeverre de wet bescherming persoonsgegevens in dit opzicht in tegenspraak is met de wet marktordening gezondheidszorg. Een ambtelijke werkgroep is hier op dit moment naar aan het kijken.

Een andere bedenking is dat de informatie iemands praktijk kan beschadigen, en daarom is het van belang dat de verzamelde informatie de werkelijke situatie weergeeft. En een andere angst is dat de media hypes kunnen veroorzaken met uit hun verband gehaalde

indicatoren. Bovendien wordt genoemd dat openbaarheid relatief duur is als je wilt zorgen dat er up-to-date informatie beschikbaar is van alle eerstelijnszorgaanbieders.

Het wordt van groot belang geacht dat vooraf duidelijke regels zijn opgesteld. Dingen die daarbij van belang gevonden worden zijn:
- dat er duidelijke afspraken gemaakt zijn over wat er gepresenteerd wordt. Het is niet nodig dat alle gegevens voor iedereen openbaar zijn, en voor de patiënt relevante items moeten worden gepresenteerd;
- dat er een zorgvuldige selectie gemaakt wat er gepresenteerd wordt zodat er geen overdosis aan informatie gepresenteerd wordt;
- dat betrouwbare en relevante informatie gepresenteerd wordt;
- dat er betekenisvolle verschillen aangegeven worden;
- dat het instrument voor iedereen op gelijke wijze wordt toegepast, en dat alle zorgaanbieders in een bepaalde regio de kans hebben gehad om mee te doen;
- dat de mogelijkheid bestaat om de meting te herhalen op initiatief van de zorgaanbieder;
- dat de informatie over de patiëntervaring wordt gepresenteerd in samenhang met andere indicatoren over de kwaliteit;
- dat er goed nagedacht is op welke manier de informatie wordt aangeboden, zodat mensen daadwerkelijk geholpen worden bij het maken van een keuze.

3.8 Kosten en andere praktische aspecten

Ook in de invitational conference kwam duidelijk naar voren dat de kosten de belangrijkste hinderpaal zijn in het uitzetten van de CQIs op grote schaal in de eerste lijn.

De kosten van het uitzetten van de CQI hangen samen met:
a. het aantal te verzenden vragenlijsten;
b. de manier van distributie: uitdelen of opsturen;
c. de manier van invullen: papieren lijsten of internet;
d. het aantal reminders;
e. de frequentie van het uitzetten.

Ad a. Het aantal te verzenden vragenlijsten
Het aantal te verzenden vragenlijsten hangt direct samen met het discriminerend vermogen van de vragenlijst. Hoe hoger het discriminerend vermogen, hoe minder vragenlijsten nodig zijn om verschillen tussen zorgaanbieders te kunnen meten. Het discriminerend vermogen wordt aangegeven met de ICC (intraclasse correlatie coëfficiënt). De ICC geeft aan welk percentage van de verschillen in ervaringen tussen de cliënten verklaard kan worden door verschillen tussen de zorgaanbieders. Het discriminerend vermogen van de vragenlijst bij de huisartsenpraktijken (schaalscores ICCs 4-15%, (Meuwissen et al., 2008) en apothekers (ICC schaalscores 9-18%, (Greuningen et al., 2008) stak sterk positief af ten opzichte van het discriminerend vermogen voor staaroperaties (ICCs van 0-3% (Stubbe et al., 2007)), heup-/knie operaties (ICCs 0-4%, (Stubbe et al., 2007)) en diabetes (1-4% (Rupp et al., 2006)). De verklaring voor dit verschil ligt waarschijnlijk in het feit dat de huisartspraktijken en apotheken relatief kleine eenheden betreft, terwijl bij de andere CQIs grote

organisaties met veel verschillende hulpverleners zijn onderzocht. Hierdoor is de uitslag het gemiddelde van veel verschillende ervaringen, en kunnen negatieve ervaringen gecompenseerd worden door positieve. Omdat de eerstelijnszorgaanbod gekenmerkt wordt door relatief kleine eenheden, zal dit relatief sterke discriminerend vermogen waarschijnlijk ook gelden voor andere eerstelijnszorgverleners. Hierdoor kan worden volstaan met minder ingevulde vragenlijsten per praktijk (tussen de 50 en de 100). Daarnaast zullen ook binnen de vragenlijsten voor de eerste lijn de aantallen per item of schaal verschillen.

Wel is het belangrijk te realiseren dat discriminerend vermogen niet het enige criterium is om items van belang te achten. Gebrek aan discriminerend vermogen betekent dat er op dit punt weinig verschil tussen aanbieders wordt gemeten. Als het doel is de kwaliteit van het zorgaanbod in kaart te brengen en te monitoren, kan het van bepaalde items ook belangrijk zijn te meten en te weten wat er goed gaat, ook als dit bij bijna iedereen goed gaat.

Box 3: Hoe wordt binnen de CQI het aantal af te nemen vragenlijsten bepaald

Met multilevel analyses wordt het 'discriminerend vermogen' van de vragenlijst vastgesteld. Dat is de mate waarin de vragenlijst verschillen tussen praktijken kan aantonen. Nadat is vastgesteld dat het meetinstrument in staat is om verschillen te meten tussen praktijken, wordt onderzocht hoeveel patiënten per zorgaanbieder nodig zijn om deze verschillen op betrouwbare wijze verschillen tussen praktijken te kunnen vaststellen.

Met behulp van multilevel analyses kan bepaald worden per item en schaal hoeveel patiënten per zorgaanbieder nodig zijn voor het vaststellen van statistisch significante verschillen tussen praktijken bij een specifieke 'reliability'. Een reliability van 0,80 of meer wordt als betrouwbare ondergrens gezien. Dit betekent dat er 80% kans is dat de verschillen die worden aangetoond ook werkelijke verschillen zijn. Deze aantallen zullen per schaal of item verschillen. In het algemeen geldt dat als het onderscheidend vermogen op een bepaalde schaal of item geringer is, er meer respondenten nodig zijn om verschillen tussen praktijken te kunnen aantonen en dat als het onderscheidend vermogen hoger is, de verschillen met een grotere mate van betrouwbaarheid aangetoond kunnen worden.

Ad b. Ervaringen m.b.t. uitzetten: versturen versus uitdelen

Vragenlijsten voor patiënttevredenheidsonderzoek worden doorgaans uitgedeeld door de zorgverleners. Aan deze werkwijze zijn een aantal voordelen gekoppeld. Uit onderzoek van ARGO bij de ECB bleek dat de respons hoger was, de kosten veel lager en de ervaring waarover gerapporteerd wordt recenter (Linschoten, 2007). Het bleek ook dat als de ervaring korter geleden is mensen kritischer hun ervaring beschrijven, dan wanneer het langer geleden is. Een ander voordeel is dat het uitdelen de relatie, het partnership, tussen zorgverlener patiënt benadrukt en ondersteunt. Door het direct te koppelen aan kwaliteitsverbetering wordt het instrument iets van de zorgverleners zelf.

Het belangrijkste nadeel is dat de manier van uitdelen de resultaten beïnvloed. Zo kan het moment van uitdelen de beantwoording beïnvloeden. Het is een bekend fenomeen dat als het druk is het uitdelen vergeten wordt. Uitdelen is een extra belasting voor de zorg-

aanbieders. Ook is het mogelijk de vragenlijsten selectief uit te delen. Hoe meer consequenties er aan de uitkomsten zitten anders dan verbeterinformatie, hoe moeilijker het zal zijn om echt aselect uit te delen. Een ander nadeel van uitdelen is dat er geen goede administratie van de respons bijgehouden kan worden.

Het belangrijkste voordeel van verzenden is dat er een aselecte steekproef kan worden getrokken die niet beïnvloed kan worden door de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder. Dit garandeert een zo eerlijk mogelijke vergelijking tussen alle zorgaanbieders. Het is wel belangrijk dat de vragenlijsten verzonden worden in een neutrale envelop. Mensen kunnen zich in hun privacy aangetast voelen door het toegezonden krijgen van vragenlijsten over hun zorggebruik. Dit speelt met name bij mensen met een vraag naar psychische hulp.

Verzenden heeft als belangrijkste nadeel dat het bewerkelijker en kostbaarder is. Uit onderzoek bij relatief grote schriftelijke dataverzamelingen (n>1.500) bleek de prijs per verzonden vragenlijst tussen de € 5,- en € 6,- te zitten en per ontvangen vragenlijst tussen de 6,40 en de 10,59 (drukkosten, verzendkosten, bijhouden respons) (Zuidgeest et al., 2008). Dit laatste hangt natuurlijk sterk af van de respons. De grootste kostenposten zijn de porto (37%), de respons verwerking (23%) en het materiaal (18%).

Naarmate de belangen groter worden, wordt het belangrijker om de vragenlijsten op een objectieve manier uit te zetten. Verzenden naar een aselecte steekproef van gebruikers is daarvoor een goede strategie. Maar verzenden heeft dus ook een aantal nadelen. Bovendien zijn de kosten die verzenden met zich meebrengt door de grote hoeveelheid aanbieders enorm. Het lijkt dus zinvol om verder te onderzoeken of het mogelijk is om de distributie van de vragenlijsten via de praktijk te regelen, maar dat er een controleerbare steekproeftrekking plaatsvindt. Gedacht kan worden aan iedere zoveelste patiënt, een computerinformatiesysteem dat random een pop-up vertoont als iemand een vragenlijst moet ontvangen, of een registratie van alle e-mail adressen van de zorggebruikers, waarbij er uit die adressen een random steekproef wordt getrokken.

Concluderend. Voor transparantiedoeleinden en benchmarking is het opsturen van de vragenlijst een geschiktere methode. Aangezien deze methode erg kostbaar is, is het de moeite waard om te onderzoeken of er een methode bestaat waarbij zorgaanbieders de vragenlijst uitdelen op een manier waarop de aselectheid van de distributie gewaarborgd wordt.

Ad c. Internet versus papieren vragenlijst

Het aanbieden van de vragenlijst via internet lijkt een goede oplossing om de kosten te drukken van distributie en invoeren van de data. De goedkoopste opzet is het versturen van een internet link naar een e-mail adres. Mensen kunnen dan direct inloggen. Maar hiervoor is wel een e-mail adres nodig. De zorgverzekeraars blijken maar van 14% van hun verzekerde populatie over e-mail adressen te beschikken. Zij verwachten nog 5 jaar nodig te hebben om dit van 80% van hun verzekerden te hebben (Zuidgeest et al., 2008). Een andere mogelijkheid is om te vragen aan de zorgaanbieders om alle e-mail adressen van de zorggebruikers te registeren. Dit is een methode die nu binnen de pilot fysiotherapie wordt gebruikt, waarin bij een deel van de fysiotherapeuten exclusief per e-mail wordt gemeten.

De fysiotherapeut registreert het e-mail adres van alle cliënten en geeft dat door. De internetlink om de vragenlijst in te vullen wordt met wachtwoord per e-mail verstuurd aan een steekproef van deze cliënten. Op deze manier worden zowel de kosten van verzending als van het invoeren van de vragenlijst uitgespaard.

Het is natuurlijk ook mogelijk om de vragenlijst schriftelijk aan te bieden met een brief waarin een internetlink staat. Binnen de GGZ en de huisartsenzorg is hiermee geëxperimenteerd en daarbij zijn een schriftelijke vragenlijst en de link tegelijkertijd aangeboden. De respons via internet was 10%. Men verwacht dat deze respons veel hoger kan worden als in de eerste verzending alleen de internetlink wordt vermeld.

De ervaring tot nu toe leert dat de respons met het afnemen van de vragenlijst via internet lager is, en bepaalde groepen mensen ondervertegenwoordigd zijn. Zo reageren ouderen en vrouwen minder frequent met internet (Zuidgeest et al., 2008). Uit onderzoek blijkt dat een combinatie van een vragenlijst via internet en een schriftelijke vragenlijst kosten spaart en betrouwbaarder gegevens blijkt op te leveren dan een onderzoek met alleen schriftelijke vragenlijsten.

Uitgezocht moet worden hoe er zoveel mogelijk gebruik gemaakt kan worden van het elektronisch dataverkeer zonder een belangrijk deel van je zorggebruikers te missen. Per sector zal uitgezocht moeten worden of het nodig is om naast de internetvragenlijst andere verspreidingsstrategieën in te zetten om toch een representatief beeld van de ervaringen van zorggebruikers te krijgen. Dit zal mogelijk per sector verschillen. De resultaten van het onderzoek bij de fysiotherapeuten zal een eerst indicatie geven.

Ad d. De reminders
Zoals eerder gezegd moeten volgens de CQI methodiek drie reminders verstuurd worden, volgens de z.g. 'Dillmann methode'. De eerste reminder betreft een kaart die tegelijk dient ter herinnering en als bedankje. De tweede is een nieuwe vragenlijst naar eenieder die niet gerespondeerd heeft en de derde is wederom een kaartje met herinnering/bedankje.

Zoals hierboven vermeldt, brengt het verzenden van drie reminders enorme kosten met zich mee. Deze kosten kunnen worden gehalveerd als er slechts één reminder wordt verstuurd. Daarbij komt dat het versturen van reminders frequent irritatie geeft bij de aangeschreven personen. Geïnterviewden van diverse partijen melden reacties als geïrriteerde telefoontjes of boze opmerkingen op niet ingevulde vragenlijsten van aangeschreven mensen die zich achtervolgd voelen door de hoeveelheid reminders, die niet begrijpen hoe iets anoniem kan zijn en toch bekend is dat zij niet gereageerd hebben e.d.. Een onderzoeker zegt bezorgd te zijn dat de irritatie die de Dillmann methode opwekt, zal leiden tot een steeds hogere non-respons voor vragenlijsten in het algemeen en voor de CQIs in het bijzonder. Als de CQI het landelijk instrument wordt waarmee klantervaring bij alle zorgverleners gemeten gaat worden, is het goed voorspelbaar dat iedere Nederlander meerdere keren zal worden aangeschreven. Van groot belang is dat mensen de lijst positief blijven ontvangen.

De Dillman methode is gebaseerd op onderzoeken waaruit is gebleken dat vier contact-momenten het ideale aantal zijn voor de respons (Slijkhuis, 2008). Dit is overigens niet bevestigd in onderzoek waarbij de respons werd vergeleken tussen CQIs die 3 en de 2 reminders hadden gebruikt. Hier werden geen significante verschillen gevonden (Zuidgeest et al., 2008). In een nader onderzoek naar de methode van uitzetten is gevonden dat het versturen van een pre-notificatie het toesturen van de vragenlijst voor de tweede maal zou kunnen vervangen. Een pre-notificatie is een aankondiging van de onderzoek en blijkt de eerste respons te verhogen. Deze opzet is goedkoper omdat de eerste respons hoger is en er minder reminders verstuurd hoeven te worden en het verzenden van een pre-notificatie goedkoper is dan het opnieuw versturen van de vragenlijst (Slijkhuis, 2008).

Het lijkt wenselijk verder te onderzoeken wat een goede hoeveelheid contactmomenten zijn, waarbij de baten in termen van hogere respons worden afgezet tegen de kosten in termen van geld en (toekomstige) welwillendheid.

Ad e. De frequentie en manier van het uitzetten
De frequentie van het uitzetten hangt af van het doel, en heeft een directe relatie met de kosten. Voor alle doelen die de CQI wil dienen is het belangrijk dat de metingen herhaald worden. Voor de meeste doelen denkt men dat eens in de drie jaar volstaat. Dit is mede gebaseerd op de frequentie bij de praktijkaccreditatie, en heeft te maken met de snelheid waarmee veranderingen verwacht worden. Alleen als de lijst gebruikt gaat worden voor de jaarlijkse contractgesprekken is een jaarlijkse meting nodig.

Naast het trekken van een steekproef, is het ook mogelijk de CQI uit te zetten in een meer continue meting. In een continue systeem worden alle mensen gedurende een bepaalde periode gevraagd worden een vragenlijst in te vullen. Zo'n systeem zou bijvoorbeeld van dienst kunnen zijn bij fysiotherapeuten, verloskundigen en eerstelijnspsychologen, die met hun patiënten meestal een duidelijk traject in gaan (dit in tegenstelling tot huisartsen en apotheken die veel meer patiënten zien, en vaak enkelvoudige contacten hebben). Na afsluiting van de behandelperiode zou iedereen een CQI mee kunnen krijgen, of een brief met een link naar een internetsite. Met vaste regelmaat kan er dan de stand van zaken per praktijk weergegeven worden. Met een dergelijk systeem wordt bij de eerstelijns-psychologen en verloskundige tegelijkertijd het probleem van de relatief kleine aantallen zorgvragers opgelost. In plaats van een steekproef te trekken wordt (voor een periode) de hele populatie benaderd. Dit vergemakkelijkt ook de verwerking van de gegevens.

4 Conclusies en Aanbevelingen

De inventarisatie van de ervaringen en visies van betrokken onderzoekers, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en beleidsverantwoordelijken en de bestudering van de literatuur heeft veel informatie opgeleverd over het meten van klantervaringen in de eerste lijn. Eerst zullen wij kort ingaan op de gestelde onderzoeksvragen.

1) Welke relevante ervaringen bestonden er met het meten van klantervaringen in de eerste lijn vóór de introductie van de CQI?

Uit de inventarisatie van de ervaringen met de CQI komt naar voren dat er vóór de introductie van de CQI bij de meeste beroepsgroepen vragenlijsten naar patiënttevredenheid gebruikt werden voor het meten van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief. In de meeste sectoren worden er diverse instrumenten parallel gebruikt. In deze vragenlijsten wordt gevraagd naar oordelen van patiënten.

Met uitzondering van de thermometer die binnen de geestelijke gezondheidszorg gebruikt wordt, zijn deze vragenlijsten onderdeel van intern gerichte processen, zoals praktijkaccreditatie. Deze vragenlijsten worden uitgedeeld door de zorgverleners, en verwerkt zonder dat er correctie plaatsvindt voor verschillen tussen patiëntengroepen. De verzamelde informatie is niet toegankelijk voor derden. Dat wil zeggen dat alleen de zorgaanbieder zijn eigen resultaten te zien krijgt, en de koepelorganisatie en anderen ze zien op geaggregeerd niveau.

Naast de trajecten voor de praktijkaccreditatie is er voor de apothekers en voor de eerstelijnsgezondheidsheidscentra een traject ontwikkeld dat heet “door de cliënten bekeken”, respectievelijk het ACB en het ECB. Kenmerkend voor deze benadering is dat het instrument onderdeel is van een kwaliteitsverbetertraject waarbij de zorgverleners en de patiënten met elkaar in gesprek komen via patiëntenpanels. De vragenlijsten worden uitgedeeld door de zorgverleners. Binnen de ECB wordt een CQI-achtige vragenlijst gebruikt, en binnen de ACB wordt momenteel een pilot uitgevoerd waarbij de al langer bestaande vragenlijst wordt uitgezet naast een nieuw ontwikkelde CQI vragenlijst.

2) Welke ervaringen zijn tot dusver opgedaan met het uitvoeren van klantervaringsonderzoek in de eerste lijn met behulp van CQ-indexen?

Met uitzondering van de verloskunde worden of zijn er voor alle beroepsgroepen in de eerste lijn CQIs ontwikkeld. De informatie, verkregen met deze CQIs uitgezet in de eerste lijn, is tot op heden niet publiek toegankelijk omdat het pilotprojecten betrof die tot doel hadden het meetinstrument te ontwikkelen. Wel gaat bij een aantal CQIs de praktijkspecifieke informatie naar de zorgverzekeraar. Dit geldt voor de CQI vragenlijsten die door Stichting Miletus ontwikkeld en uitgezet zijn, de CQI diabetes, en de eerste twaalf indicatoren uit de ECB.

De geïnterviewden hebben in het algemeen positieve ervaringen met de CQI. Als voordelen worden genoemd het vragen naar ervaring en belang i.p.v. naar beoordeling, de geschiktheid om zorgverleners onderling te vergelijken, de vergelijkbaarheid van CQI instrumenten tussen de sectoren, en de stimulans om tot standaardisatie van één instrument te komen om patiëntervaring mee te meten binnen een beroepsgroep. Het feit dat volgens de CQI gecorrigeerd wordt voor verschillen tussen praktijken in de kenmerken van de mensen die gerespondeerd hebben, maakt een eerlijker vergelijking mogelijk tussen zorgaanbieders. Dit maakt de instrumenten geschikt voor processen als benchmarking en verhoging van transparantie.

Er worden ook een aantal bedenkingen geuit. Er is nog weinig inzicht of en hoe de informatie uit de CQI de keuzeprocessen bij patiënten beïnvloedt, en of deze informatie voor verschillende groepen gebruikers geschikt is. Ook is nog niet duidelijk hoe de zorgverzekeraars de lijsten gaan gebruiken voor de zorginkoop, en hoe deze informatie geïntegreerd gaat worden met zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren. Met name veel zorgaanbieders maken zich zorgen over deze nog onbekende aspecten. Een door iedereen gedeelde zorg is wie de hoge kosten die gepaard gaan met het uitzetten van de CQI lijsten zal gaan betalen.

3) Waar is sprake van doublures of hiaten in informatievoorziening met betrekking tot het meten van klantervaringen in de eerste lijn?

De belangrijkste doublure die op dit moment bestaat is de doublure met de al bestaande instrumenten. Bij de apotheken en de huisartsenposten worden beide lijsten voor een periode tegelijkertijd uitgezet. Op die manier is een geleidelijke transitie naar het nieuwe instrument mogelijk, blijft de waarde van de historische dataset zoveel mogelijk behouden, en kan er meer draagvlak ontstaan voor het nieuwe instrument.

Een mogelijke overlap zou kunnen ontstaan door het parallel uitzetten van aandoeningspecifieke, aanbiederspecifieke en ketenlijsten. Aangezien de eerste lijn zich kenmerkt door een generiek zorgaanbod, is met een aandoeningspecifieke benadering slechts een fractie van het zorgaanbod in beeld te krijgen. Aandoeningspecifieke lijsten zullen daarom in eerste instantie gebruikt worden om de (grotere) tweedelijnsinstellingen mee te kunnen beoordelen, maar niet om individuele eerstelijnszorgaanbieders mee te adresseren. Ook voor de CQI ketenlijsten geldt dat de CQI informatie pas interessant wordt binnen de eerstelijn als specifieke aanbieders adresseerbaar zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als een groep van aanbieders gezamenlijk de ketenzorg aanbiedt (bijvoorbeeld in het geval van zorggroepen). Als dit niet het geval is, zoals bijvoorbeeld bij algemene COPD zorg, is het niet mogelijk om met een CQI de specifieke zorgaanbieders te traceren. In zo'n geval is de CQI informatie wel interessant voor bijvoorbeeld de overheid, beroepsgroepen en patiëntenverenigingen, maar hoeft hij niet uitgerold te worden over de hele eerste lijn.

Een hiaat met betrekking tot het ontwikkelen van de lijsten bestaat er voor de verloskundige. Voor de belangrijkste andere eerstelijnszorgaanbieders bestaat er een gevalideerde lijst, of wordt die op dit moment ontwikkeld. Een hiaat met betrekking tot het implementeren betreft het ontbreken van de landelijke referentiecijfers voor de CQI. Omdat de eerste lijn uit zoveel kleine eenheden bestaat, zal het praktisch moeilijk haalbaar zijn om

de patiëntervaring bij alle zorgaanbieders tegelijkertijd te meten. Om alle zorgaanbieders wel met dezelfde norm te kunnen beoordelen, is het noodzakelijk om landelijke referentiecijfers te hebben. De scores van de individuele zorgaanbieders kunnen dan tegen deze referentiecijfers worden afgezet, in plaats van tegen elkaar. Dit maakt het mogelijk de CQI stapsgewijs te implementeren.

Tot slot ontbreekt het nog aan kennis. Aan een kant ontbreekt het aan kennis over wat mensen nu nodig hebben om te kunnen kiezen, en hoe dit eventueel verschilt voor verschillende groepen patiënten. En aan de andere kant ontbreekt het ook aan meer methodische kennis over hoe de CQI tegen lagere kosten uitgezet kan worden zonder dat dit ten koste gaan van de representativeit en a-selectiviteit.

4) Hoe kan het meten van klantervaringen eerstelijnsbreed, efficiënt en in onderlinge samenhang worden opgezet?

Zoals in de inleiding gesteld kunnen CQ-indexen worden gebruikt voor verschillende doelen zoals:
- het opstellen van keuzeondersteunende informatie voor patiënten/consumenten;
- het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars;
- het leveren van (beleids)informatie aan cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, overheid en toezichthouders.

Uiteindelijk dienen al deze gebruikswijzen een groter doel, namelijk het komen tot een kwaliteitsverbetering in de zorg. Door het meten van de patiëntervaring wordt inzichtelijk gemaakt en vastgesteld welke aspecten van de zorg verbeterd kunnen worden. Deze verbeteringen kunnen vervolgens tot stand komen onder invloed van professionele eer, door druk gevoeld door keuze processen van de patiënt, of onder invloed van de verzekeraar.

Omdat de met de CQI gemeten patiëntervaring bedoeld is om publiekelijk toegankelijk te zijn is het cruciaal dat de informatie waarheidgetrouw is en dat zorgaanbieders op een eerlijke manier vergeleken worden. De CQI is daar een geschikt instrument voor omdat de CQI met zijn schaalscores robuuste indicatoren voor de ervaren kwaliteit heeft. Ten tweede, omdat het instrument, door de correctie voor de verschillen in patiëntkenmerken tussen praktijken, geschikt is om zorgverleners onderling te vergelijken. En ten derde omdat het tot stand gekomen is in een gezamenlijk traject van alle betrokken partijen.

> <u>De eerste aanbeveling</u> is dat als patiëntervaring openbaar gepubliceerd gaat worden en/of gebruikt gaat worden voor zorginkoop, een meetmethode te gebruiken waarbij gecorrigeerd wordt voor steekproefverschillen en verschillen tussen praktijken in de patiëntenkenmerken van de respondenten.

Om een eerlijke vergelijking tussen praktijken mogelijk te maken, is het belangrijk te laten zien welk deel van de kwaliteitsverschillen veroorzaakt wordt door verschillen in de geleverde kwaliteit (en niet de verschillen die voortkomen omdat de enquête bijvoorbeeld is ingevuld door een groter of kleiner percentage jongere mensen). Als zorgaanbieders

worden afgerekend op aspecten die zij niet kunnen beïnvloeden ontstaat het risico dat zorgaanbieders risicoselectie toe zullen willen passen bij de selectie van hun cliënten.

De CQI methode is in dat opzicht superieur aan de reeds bestaande methodes. Het uitrollen van de CQI over de eerste lijn brengt echter substantiële kosten met zich mee. De belangrijkste zorgen over de implementatie van de CQI betreffen dan ook de kosten die gepaard gaan met het uitzetten van de CQI. Voordat wij ingaan op de mogelijkheden om de kosten te beperken, is een ander punt belangrijk. De CQI heeft gebracht dat de verschillende partijen die bij de zorg betrokken zijn samen nagedacht hebben over welke aspecten van de zorg voor patiëntervaring relevant zijn om te meten. Dit proces heeft een nieuwe dynamiek op gang gebracht. De CQI vragenlijst is mede hierdoor een instrument geworden dat gebruikt kan worden voor verschillende doelen en waar alle partijen in het veld wat aan kunnen hebben. Aangezien alle partijen, verzekeraars, patiënten, beroepsgroepen en overheid, patiëntenervaring een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg vinden is het enorm efficiënt dat deze partijen met één instrument bediend kunnen worden.

> De tweede aanbeveling is om de vragenlijsten naar patiëntenervaring te integreren in het systeem van praktijkaccreditatie dat binnen de verschillende beroepsgroepen al bestaat. Deze handelswijze is de beste manier om te zorgen dat de patiëntervaring eenmalig gemeten en meerdere malen gebruikt wordt en er geen dubbele kosten gemaakt hoeven te worden.

Het versturen van 100 tot 150 vragenlijsten en reminders per zorgaanbieder kost alleen al aan drukwerk en portokosten per verzonden vragenlijst tussen de € 5,- en € 6,- (Zuidgeest et al., 2008). Daarbij komen nog de kosten van het invoeren van de antwoorden, het analyseren van de gegevens en het produceren van de rapportages en terugkoppelingen. Er wordt dan ook naarstig gezocht naar manieren om de kosten te verminderen. Strategieën om de kosten van het uitzetten van de vragenlijsten te verminderen zijn:
a) het invullen van de vragenlijst via internet;
b) het verminderen van het aantal reminders;
c) het verzenden van de vragenlijst door uitdelen door de zorgverlener.

Het voordeel van deze oplossingen, de vermindering van de te maken kosten, is duidelijk. Maar de nadelen, zoals het mogelijk verlies aan representativiteit en/of a-selectiviteit van de steekproef moeten nog verder onderzocht worden voor een definitieve keuze kan worden gemaakt. De komende drie aanbevelingen gaan over deze aspecten.

> De derde aanbeveling is om zoveel mogelijk gebruik te maken van de mogelijkheden die internetafname biedt door het verzenden van de internetlink per e-mail.

Met internet vallen zowel de kosten van de verzending als van het invoeren van de data weg. Per beroepsgroep zal gekeken moeten worden wat het effect van internet is op de representativiteit van de respondenten en op welke manier de mensen benaderd worden die niet via internet bereikt kunnen worden. Zo zullen bijvoorbeeld de mogelijkheden van

internetuitzetten bij de verloskundige praktijk veel groter zijn, dan bij de huisartspraktijk, gezien de verschillen in leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie.

Een andere factor die een flinke invloed heeft op de kosten is het aantal reminders.

> De vierde aanbeveling is om binnen de eerste lijn het aantal reminders te verminderen.

De kosten van de verzending worden gehalveerd als alleen de vragenlijst en één reminder verstuurd worden. In eerder onderzoek is aangetoond dat met name de jonge mannen bereikt worden met de tweede of derde reminder. Aangezien deze groep beter respondeert via internet, is het mogelijk dat bij het gecombineerd uitzetten deze doelgroep toch voldoende bereikt wordt. Onderzocht moet worden in hoeverre het weglaten van twee van de drie reminders de representativiteit van de respons beïnvloedt.
Een bijkomend voordeel van het achterwege laten van twee reminders is het voorkomen van irritatie van de aangeschreven mensen. Dit is niet onbelangrijk als de CQI eerstelijn breed uitgerold gaat worden, omdat dan de kans reëel is dat mensen meer dan eens gevraagd zullen worden een vragenlijst in te vullen.

> De vijfde aanbeveling is om per beroepsgroep vast te stellen hoe de selectie van de respondenten tot stand zal komen, om op basis daarvan te kiezen voor de beste distributievorm van de vragenlijsten.

Bij de verloskundige, eerstelijnspsycholoog en de fysiotherapeut is het goed mogelijk om, gedurende een bepaalde periode, iedereen die onder behandeling is geweest na beëindiging van het traject te vragen een vragenlijst in te vullen. De trajecten zijn relatief intensief en het aantal patiënten is beperkt. Het voordeel van deze laatste methode is dat er geen steekproef nodig is, en de therapeut aan iedereen kan vragen of zij de lijst via internet willen invullen of een schriftelijke versie verkiezen.

Gezien de grote hoeveelheden zorgvragers en het beperkt aantal contacten per zorgvrager zal bij huisartsenpraktijk, huisartsenposten, en apothekers een steekproef uit de zorggebruikers benaderd moeten worden. Kosten zouden bespaard kunnen worden als de selectie van de respondenten tot stand kan komen met een a-selecte pop-up methode ingebouwd in het registratiesysteem van de zorgaanbieders die vervolgens de vragenlijst uitdeelt, of door een steekproef uit de e-mail adressen geregistreerd door zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Op dit moment bestaan er nog geen goede bestanden met alle e-mail adressen en is ook nog geen a-select pop-up systeem. Deze mogelijkheden zullen verder ontwikkeld en onderzocht moeten worden.

Tot slot volgt een aanbeveling die voortkomt uit de discussie over ketenlijsten, aandoeningspecifieke lijsten en aanbiederspecifieke lijsten.

> De zesde aanbeveling is om alleen vragenlijsten uit te zetten bij alle eerstelijnsaanbieders waarmee specifieke zorgaanbieders adresseerbaar zijn.

De eerste lijn kenmerkt zich door een generiek zorgaanbod. De geschiktste manier om de kwaliteit van dit zorgaanbod te bepalen is met een vragenlijst die naar deze generieke zorg vraagt. Ook is het mogelijk om als een groep aanbieders gezamenlijk een specifiek ketenzorgaanbod doet, hiervan ook de ervaren kwaliteit met een CQI te bepalen. Daarnaast is de CQI wel geschikt om voor een specifieke aandoening knelpunten op te sporen of best practices te identificeren, maar niet op het niveau van de individuele eerstelijnszorgaanbieder.

Samenvattend, de ervaringen met de CQI meetinstrumenten binnen de eerste lijn zijn over het algemeen positief, maar er staan nog een aantal vragen open. De CQI is een betrouwbare methode om de patiëntenervaring te meten en om zorgaanbieders onderling te vergelijken. Deze indicatoren zouden ook goed gebruikt kunnen worden voor het transparant maken van dit aspect van de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld als onderdeel van de basissets kwaliteitsindicatoren die binnen de stuurgroepen transparantie worden afgesproken. De kracht van het instrument zit erin dat het meerdere doelen dient, voor alle partijen relevante informatie bevat, en in een gezamenlijk traject tot stand gekomen is.

Op dit moment zijn er nog een aantal vragen onbeantwoord. De dringendste vragen betreffen de kosten die gepaard gaan met het uitzetten van de vragenlijsten binnen de eerste lijn. Er zijn onderzoeken ingezet om methodes te vinden de dataverzameling minder kostbaar te maken. Als deze succesvol zijn, zou het belangrijkste obstakel voor grootschalig gebruik in de eerste lijn weggenomen worden.

Literatuurlijst

(1) Delnoij DM, ten Asbroek G, Arah OA, de Koning JS, Stam P, Poll A et al. *Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system.* Eur J Public Health, 2006; 16(6): p.652-659.

(2) Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. *Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) 2.0 adult core survey.* Health Serv Res, 2003; 38(6 Pt 1): p.1509-1527.

(3) Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. *Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument.* Health Expectations, 1998; 1(2): p.82-95.

(4) Sixma HJ, Campen Cv, Kerssens JJ, Peters L. *Onderzoeksprogramma kwaliteit van zorg: de QUOTE-vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: vier nieuwe meetinstrumenten.* Utrecht/Den Haag: NIVEL/Ministerie VWS, 1998.

(5) Hendriks M, Delnoij D, Brouwer W, Van der Meulen-Arts S. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl.* Utrecht: NIVEL, 2005.

(6) Wijngaarden Bv, Kok I, Meije D, Fotiadis L. *Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz.* Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.

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

(8) Bakker de DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HE, Hoeymans N, Hingstman L et al. *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020.* RIVM/NIVEL, 2005.

(9) Greuningen VM, Vervloet M, Dijk VL. *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische zorg. (concept rapport).* NIVEL, 2008.

(10) Meuwissen LE, Bakker de DH. *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.* NIVEL, 2008.

(11) Veenhof C, Triemstra M, Stubbe JH. *CQ Index Fysiotherapie: De psychometrische kwlaiteiten nader bekeken.* NIVEL, 2007.

(12) Vervloet M, Linschoten vCP, Dijk VL. *CQ-index Farmaceutische Zorg: kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten. Meetinstrumentontwikkeling.* Utrecht: NIVEL, 2007.

(13) Wiegers TA. *Kwaliteit van de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed volgens cliënten. Meetinstrumentontwikkeling.* . Utrecht, NIVEL.

(14) Groenewoud AS, Huijsman R. *Keuzeprocessen van patiënten met knieartrose, chronische depressie of de ziekte van Alzheimer. Managementsamenvatting.* Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2007.

(15) Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. *Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research.* Milbank Q, 1997; 75(3): p.395-414.

(16) Harris KM. *How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans.* Health Serv Res, 2003; 38(2): p.711-732.

(17) Scanlon DP, Chernew M, Sheffler S, Fendrick AM. *Health plan report cards: exploring differences in plan ratings.* Jt Comm J Qual Improv, 1998; 24(1): p.5-20.

(18) Stubbe JH, Brouwer W, Delnoij DM. *Patients' experiences with quality of hospital care: the Consumer Quality Index Cataract Questionnaire.* BMC Ophthalmol, 2007; 7: p.p.14.

(19) Stubbe JH, Gelsema T, Delnoij DM. *The Consumer Quality Index Hip Knee Questionnaire measuring patients' experiences with quality of care after a total hip or knee arthroplasty.* BMC Health Serv Res, 2007; 7: p.p.60.

(20) Rupp I, Smulders A, Klazinga NS, Delnoij D, Spreeuwenberg P. *Ervaringenlijst Diabetes: onderzoek naar het discriminerend vermogen.* . Amsterdam/Utrecht, AMC/NIVEL.

(21) Linschoten vCP. *Uitdelen of opsturen. Interne notitie voor de klankbordgroep.* ARGO, 2007.

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

(23) 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 de dataverzameling. BSc Thesis. Universiteit Twente, 2008.

(24) Zuidgeest M, Boer DD, Hendriks M, Rademakers J. *Verschillende dataverzamelingsmethoden in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten.* Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008; [in print].

(25) Wensing M, Mainz J, Grol R. *A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe.* European Journal of General Practice, 2000; 6: p.82-87.

(26) Wensing M, e.a. *Europep 2006. Revised Europep instrument en user manual.* WOK, Centre for Quality of Care Research, UMC St.Radboud, 2006.

(27) Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga NS et al. *Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire.* Family Practice, 2008; 23: p.437-443.

(28) Schoen T. *Eindrapportage Apotheken door Cliënten Bekeken.* Utrecht: NPCF, 2004.

Bijlage 1: Interviewprotocol

1. Wat zijn uw ervaringen met het meten van de klantervaring in de zorg?

2. Met welke type onderzoek heeft u ervaring?

3. Wat ziet u als voordelen van de CQ indexen?

4. Wat ziet u als beperkingen/nadelen van de CQ indexen?

5. Hoe verhouden deze voor- en nadelen zich tot andere typen patiëntervaringsonderzoek?

6. Wat is uw visie op de bruikbaarheid van de CQ indexen in de eerste lijn? Voor welke doelen?

7. Waar is sprake van hiaten in informatievoorziening of doublures met betrekking tot het meten van klantervaringen in de eerste lijn?

8. Wat is uw visie op hoe de diverse manieren van het meten van klantervaringen in de eerste lijn (aandoeningspecifiek, zorgverlenerspecifiek, ketenspecifiek) zinvol naast elkaar gebruikt kunnen worden?

9. Wat is uw visie t.o.v. de openbaarheid van de uitkomsten van patiëntervarings-onderzoek?

10. Waar ziet u mogelijkheden voor reductie van de kosten (internet?)

Bijlage 2: Lijst met de geïnterviewde onderzoekers

Mevrouw dr. J. Braspenning, IQ healthcare, Radboud Universiteit Nijmegen
Mevrouw dr. ir. L Van Dijk, NIVEL
De heer dr. P. Giesen, huisarts, IQ healthcare, Radboud Universiteit Nijmegen
Mevrouw A. Hammink, Msc, IQ healthcare, Radboud Universiteit Nijmegen
De heer dr. C.P. Van Linschoten, ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV
Mevrouw dr. J.J.D.J.M. Rademakers, NIVEL
De heer dr. H.J.M. Sixma, NIVEL
Mevrouw dr. A.H.M. Triemstra, NIVEL
Mevrouw dr. C. Veenhof, NIVEL
Mevrouw dr. Th.A. Wiegers, NIVEL
De heer dr. B. Van Wijngaarden, Trimbos Instituut

Bijlage 3: Lijst met geïnterviewde stakeholders

De heer J. Becker Hoff, KNOV
Mevrouw dr. M. Bouma, huisarts, NHG
De heer J. Broeren, VGZ
De heer dr. B.J.G. Daemen, WINAp-KNMP
Mevrouw prof. dr. D.M.J. Delnoij, CKZ
Mevrouw drs. W. Van Driel, KNOV
De heer drs. N. Groeneweg, AGIS Zorgverzekeringen
De heer drs. ing. L.J.M. ter Heijne, Menzis
Mevrouw ir. H.J.M. van der Hoeven, VHN
De heer drs. P.L.M. Lensink, IGZ programmabureau Zichtbare Zorg
Mevrouw drs. M. Rijen, LVG
Mevrouw drs. T..J. Ripken, MENZIS Groningen
De heer K. Rosmalen, huisarts, LHV
De heer M. Schrama, KNGF
De heer drs. A.L. Verhoeven, KNGF
Mevrouw dr. F.A. Vlems, AGIS Zorgverzekeringen
De heer drs. F. Vogelzang, NPCF
Mevrouw drs. C. Van Weert, Stichting Miletus
De heer ir. A. van Zwol, VHN

Bijlage 4: Overzicht van de bestaande en de CQI instrumenten in de eerste lijn

Huisartsen

1. Europep

Naam lijst	Europep
Doelgroep	Huisartsenzorg
Ontwikkelaar/beheerder	IQ healthcare, (voorheenWOK)
Beleidskader	VIA (Visitatie Instrument Accreditatie), daarvoor VIP (Visitatie Instrument Praktijkvoering) Kan ook door individuele huisarts zelf gedaan worden
Feitelijk gebruik	In kader via 100 praktijken geaccrediteerd, 400 praktijken in proces van accreditering, VIP is uitgevoerd voor veel groter aantal praktijken
Inhoud lijst	23 items, vraagt naar tevredenheid. Subschalen 'organisatie praktijk' en 'evaluatie huisarts'
Wijze van verspreiden	Per praktijk 30 lijsten uitgedeeld aan huisartsbezoekers
Betrouwbaarheid/validiteit	Verklaart 60% van de variantie en de factorlading op de afzonderlijke items is tussen de 0,59 en de 0,80
Discriminerend vermogen	Onbekend
Presentatie uitkomsten	Eigen praktijk i.v.m. gemiddeld
Uitkomsten naar:	Alleen naar praktijk
Relatie tot andere instrumenten	Bouwt voort op CEP, wordt ook in internationaal verband afgenomen
Referenties	(Wensing et al., 2000; Wensing et al., 2006)
Kosten	Onderdeel van de praktijkaccreditatie en in die kosten inbegrepen. Ook zelfstandig te gebruiken door de huisarts. Dan is de lijst gratis beschikbaar.

2. CQI huisartsenzorg

Naam lijst	CQI huisartsenzorg
Doelgroep	Huisartsenzorg
Ontwikkelaar/beheerder	Ontwikkelaar NIVEL, gefinancierd door VWS Beheerder: vrij
Beleidskader	Goedgekeurd door CKZ, te gebruiken voor meten patiënt-ervaring voor benchmarking, kwaliteitsverbetering, inkoop, keuze-informatie
Feitelijk gebruik	Na pilot in Rotterdam en Drenthe wordt de lijst nu uit-gezet bij independer
Inhoud lijst	In totaal 69 vragen, waarvan 9 achtergrondvragen, 6 selectievragen en drie algemene beoordelingsvragen. In totaal zijn 41 van de 51 ervaringsvragen onder te verdelen in 8 schalen.
Wijze van verspreiden	Per praktijk 150 vragenlijsten aan mensen die afgelopen 3 maanden de zorg gebruikt hebben
Betrouwbaarheid/validiteit	subschalen toegankelijkheid (α=0,70), assistente (0,75), bejegening huisarts (0,85), communicatie huisarts (0,83), zorg op maat huisarts (0,88), en over de andere zorg-verlener: samenwerking en deskundigheid (0,76), bejegening (0,90), zorg op maat (0,84).
Discriminerend vermogen	Goed voor alle schalen. Voor de meeste schalen zijn minder dan 100 respondenten nodig om significante verschillen te kunnen meten.
Presentatie uitkomsten	Volgens de richtlijnen van CKZ. De eigen praktijk kan zowel gecorrigeerd en ongecorrigeerd vergeleken worden met de scores uit de andere praktijken
Uitkomsten naar:	Cliënten, zorgverleners, inspectie, verzekeraars, koepel-organisaties, en beleidsorganen
Relatie tot andere instrumenten	Bouwt inhoudelijk voort op de eerdere vragenlijsten uit de huisartsenzorg maar is uitgebreid met de zorg door assistentes en andere zorgverleners binnen de huisartsen-praktijk.
Referenties	(Meuwissen et al., 2008)
Kosten	Instrument is gratis te gebruiken. Kosten zitten in uit-zetten, analyse en rapportage.

3. Huisartsenposten

Naam lijst	Huisartsenposten
Doelgroep	Huisartsenposten
Ontwikkelaar/beheerder	IQ healthcare, (voorheen WOK), i.s.m. UVA en NPCF Gelderland geaccepteerd door VHN
Beleidskader	
Feitelijk gebruik	In 75% van de huisartsenposten. In totaal 20.000 lijsten in bestand.
Inhoud lijst	Algemene vragen over achtergrond en verwachting patiënt en communicatie, inhoudelijke kwaliteit en de organisatie van de zorg Lijsten voor telefonische consult (3 schalen), bezoek aan gezondheidscentrum (4 schalen) en huisbezoek (4 schalen)
Wijze van verspreiden	Verstuurd een dag na bezoek aan post, en reminder na 10 dagen
Betrouwbaarheid/validiteit	Alfa's tussen de 0.74 en de 0.98.
Discriminerend vermogen	Maakt geen significant onderscheid tussen huisartsen-posten
Presentatie uitkomsten	Prestaties post in vergelijking met resultaten andere posten en aanbevelingen voor verbeteringen.
Uitkomsten naar:	Huisartsenpost
Relatie tot andere instrumenten	
Referenties	(Moll van Charante et al., 2008)
Kosten	€ 5.000,- per onderzoek

4. CQI huisartsenposten

Naam lijst	CQI huisartsenposten
Doelgroep	Huisartsenposten
Ontwikkelaar/beheerder	Ontwikkelaar: IQ healthcare, i.s.m. VHN en NIVEL; financier ZonMw
Beleidskader	Vragenlijst in beginfase van ontwikkeling
Feitelijk gebruik	Testfase
Inhoud lijst	Testfase
Wijze van verspreiden	Testfase
Betrouwbaarheid/validiteit	Testfase
Discriminerend vermogen	Testfase
Presentatie uitkomsten	Testfase
Uitkomsten naar:	Testfase
Relatie tot andere instrumenten	Bouwt voort op bestaande instrument patiënttevredenheid huisartsenpost en wordt afgestemd met CQI huisartsenzorg
Referenties	Instrument straks gratis te gebruiken. Kosten zitten in uit-zetten, analyse en rapportage.

Gezondheidscentra

5. ECB

Naam lijst	Eerstelijnszorgcentra door cliënten bekeken ECB
Doelgroep	Eerstelijnsgezondheidscentra zorg door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en de psychosociale zorg-verleners
Ontwikkelaar/beheerder	ARGO in opdracht van LVG en NPCF, gefinancierd door VWS
Beleidskader	Verbetertraject bestaande uit patiëntenraadpleging, na-bespreking in het team, maken van verbeterplannen, en nabespreking verbeterplannen met patiëntenpanel
Feitelijk gebruik	Nu zijn de gegevens bekend van 25 centra
Inhoud lijst	Modules algemeen, huisarts, fysiotherapeut, apotheek, psychosociale zorgverlener. Schalen: informatie, be-jegening, accommodatie.
Wijze van verspreiden	Distributie aan patiënten door de zorgverleners
Betrouwbaarheid/validiteit	Onbekend
Discriminerend vermogen	Onbekend
Presentatie uitkomsten	Uitkomsten naar eigen centrum/praktijk en vergelijking met andere centra/praktijken, waarbij het percentage 'altijd' wordt vergeleken.
Uitkomsten naar:	Gezondheidscentra.12 indicatoren gaan naar zorg-verzekeraar. Plannen om in de toekomst data te publiceren op www.consumentendezorg.nl
Relatie tot andere instrumenten	De vaste kern van CQI-items vormt onderdeel van de ver-schillende modules in het ECB instrument
Referenties	
Kosten	Tussen de € 5.000,- en € 7.000,- voor het hele proces

Fysiotherapie

6. Enquête tevredenheid fysiotherapie

Naam lijst	Enquête tevredenheidsonderzoek fysiotherapie. Ontwikkeld 2002-2003
Doelgroep	Fysiotherapiepraktijken eerste lijn
Ontwikkelaar/beheerder	KNGF i.s.m NPCF
Beleidskader	Is ontwikkeld om de fysiotherapie praktijk een instrument te geven om de kwaliteit van de dienstverlening aan de patiënt in beeld te krijgen en te kunnen verbeteren. Wordt nu ook gebruikt als onderdeel van de HKZ praktijk-accreditatie.
Feitelijk gebruik	800 praktijken hebben er gebruik van gemaakt. In totaal 25.500 dossiers.
Inhoud lijst	60 vragen verdeeld over de modules behandeling, informatie, bejegening, klachtenbehandeling, accommodatie en de praktijkvoering
Wijze van verspreiden	Vragenlijsten kunnen worden gedownload en gekopieerd of worden gekocht. Fysiotherapeut deelt deze uit aan de patiënt. Patiënt kan ook in de praktijk de enquête online invullen. De door de patiënten ingevulde lijsten worden door de fysiotherapeut of ander praktijkmedewerker ingevuld op Fysionet. Via Fysionet komt er direct feedbackinformatie.
Betrouwbaarheid/validiteit	De vragenlijst is gevalideerd
Discriminerend vermogen	Onbekend.
Presentatie uitkomsten	De praktijk krijgt een gemiddelde van de eigen score t.o.v. de gemiddelde waarde van andere praktijken. Daarnaast kan de praktijk de gemiddelden van twee perioden met elkaar vergelijken. Hiermee kunnen verbeteringen zichtbaar worden gemaakt. Uitslagen zijn niet te herleiden tot fysiotherapeut niveau.
Uitkomsten naar:	Alleen naar praktijk
Relatie tot andere instrumenten	
Referenties	
Kosten	De aanschaf van fysieke exemplaren is voor kosten van de praktijk. Alleen beschikbaar voor leden van de van KNGF. Aan verwerken via internet en feedback via internet zijn geen kosten verbonden. De praktijk heeft personele kosten aan het invoeren van de gegevens via internet en mogelijk het invoeren van de verbeteringen.

7. CQI fysiotherapie

Naam lijst	CQI fysiotherapie ontwikkeld in 2007-2008
Doelgroep	Fysiotherapie praktijken eerste lijn
Ontwikkelaar/beheerder	Stichting Miletus en Centrum Klantervaring Zorg i.s.m. NPCF, NIVEL, KNGF, IQ healthcare
Beleidskader	Wordt onderdeel van de basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie
Feitelijk gebruik	In de testfase van het discriminerend vermogen.
Inhoud lijst	Modules.
Wijze van verspreiden	De fysiotherapeut vraagt aan alle patiënten hun e-mail adres. Aan een selectie van deze patiënten wordt per e-mail een link opgestuurd met een wachtwoord waarmee ze de vragenlijst op internet kunnen invullen.
Betrouwbaarheid/validiteit	Nog niet bekend
Discriminerend vermogen	Nog niet bekend
Presentatie uitkomsten	Eigen praktijk t.o.v. andere praktijken. Scores gecorrigeerd case-mix verschillen.
Uitkomsten naar:	In ieder geval naar de praktijken en nader te bepalen doelgroepen.
Relatie tot andere instrumenten	Gebaseerd op tevredenheidsvragenlijst voor de fysiotherapie van het KNGF en op de eerste versie van de CQI vragenlijst die tot stand was gekomen zonder de inbreng van de beroepsgroep en de NPCF.
Referenties	
Kosten	Zullen afhankelijk zijn van de afspraken die gemaakt worden met de bedrijven die de gegevens gaan verwerken en de rapportage die aan de praktijken wordt geleverd.

Apotheek

8. ACB

<table>
<tr><td>Naam lijst</td><td>ACB apotheken door cliënten bekeken</td></tr>
<tr><td>Doelgroep</td><td>Openbare apotheken</td></tr>
<tr><td>Ontwikkelaar/beheerder</td><td>ARGO in opdracht van NPCF</td></tr>
<tr><td>Beleidskader</td><td>Verbetertraject bestaande uit patiëntenraadpleging, nabespreking in het team, maken van verbeterplannen, en nabespreking verbeterplannen met patiëntenpanel</td></tr>
<tr><td>Feitelijk gebruik</td><td>700 apotheken hebben inmiddels meegedaan.</td></tr>
<tr><td>Inhoud lijst</td><td>Vragenlijst met 50 vragen over verbetermogelijkheden.
Schalen:

Tabel 1: Kenmerken van de schalen van het meetinstrument Apotheken door Cliënten Bekeken

<table><tr><th>Schaal</th><th>H</th><th>ρ</th></tr><tr><td>Bejegening</td><td>0.68</td><td>0.94</td></tr><tr><td>Informatievoorziening</td><td>0.77</td><td>0.94</td></tr><tr><td>Deskundigheid</td><td>0.59</td><td>0.90</td></tr><tr><td>Samenwerking met de patiënt</td><td>0.83</td><td>0.96</td></tr><tr><td>Accommodatie</td><td>0.48</td><td>0.67</td></tr><tr><td>Privacy</td><td>0.65</td><td>0.79</td></tr><tr><td>Algemeen</td><td>0.73</td><td>0.85</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Wijze van verspreiden</td><td>Uitgedeeld aan de patiënt</td></tr>
<tr><td>Betrouwbaarheid/validiteit</td><td>Rho’s tussen .67 en .94.</td></tr>
<tr><td>Discriminerend vermogen</td><td>Niet bekend</td></tr>
<tr><td>Presentatie uitkomsten</td><td>Scores per apotheek en t.o.v. gemiddelde van apotheken in Nederland</td></tr>
<tr><td>Uitkomsten naar:</td><td>Eigen apotheek, besproken in patiëntenpanel</td></tr>
<tr><td>Relatie tot andere instrumenten</td><td>Nieuwe items in ACB komen inhoudelijk overeen met een aantal CQI items</td></tr>
<tr><td>Referenties</td><td>(Schoen, 2004)</td></tr>
<tr><td>Kosten</td><td>Hele traject kost € 2.100,- voor 200 vragenlijsten</td></tr>
</table>

9. CQI farmacie

Naam lijst	CQI vragenlijst
Doelgroep	Openbare Apotheken
Ontwikkelaar/beheerder	Ontwikkeling: Stichting Miletus met KNMP als obser-vator betrokken. Uitvoering NIVEL/ARGO
Beleidskader	Instrument voor zorginkoop
Feitelijk gebruik	In de toekomst mogelijk integratie ACB en CQI In een pilot waarbij de ACB oude stijl en de nieuwe stijl met elkaar vergeleken worden.
Inhoud lijst	49 ervaringsvragen + 13 verplichte persoonskenmerken, met de modules: informatievoorziening eerste uitgifte, begeleiding vervolguitgifte, bejegening, actieve houding apotheek, service
Wijze van verspreiden	In deze pilot worden uitdelen en opsturen met elkaar vergeleken.
Betrouwbaarheid/validiteit	Alfa's tussen de 0.72 en 0.90
Discriminerend vermogen	Testfase
Presentatie uitkomsten	Percentage 'altijd' apotheek, t.o.v. andere apotheken
Uitkomsten naar:	Geschikt voor openbare presentatie
Relatie tot andere instrumenten	Bouwt voort op ACB oude stijl
Referenties	(Vervloet et al., 2007)
Kosten	Afhankelijk van evaluatie worden definitieve opzet en kosten vastgesteld

Verloskunde

10. Vragenlijst verloskunde

Naam lijst	Vragenlijst patiententevredenheid met de verloskundige
Doelgroep	Extramurale verloskundigen
Ontwikkelaar/beheerder	KNOV
Beleidskader	Instrument Accreditatie, die binnenkort door NPA verzorgd gaat worden. Kan ook door individuele verloskundige zelf gedaan worden
Feitelijk gebruik	Nu alleen nog door individuele verloskundigen gebruikt.
Inhoud lijst	43 gesloten en 3 open vragen. Praktijkinrichting, de praktijkorganisatie, privacy, de relatie met de verloskundigen, informatie en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de verloskundige
Wijze van verspreiden	Uitgedeeld aan het eind van de zwangerschap of na de bevallingen. Verloskundige voert gegevens zelf in, en analyseert ze zelf. Wordt t.z.t. onderdeel van de praktijk-accreditatie, en wordt analyse door NPA gedaan.
Betrouwbaarheid/validiteit	Niet bekend
Discriminerend vermogen	Niet getest
Presentatie uitkomsten	Eigen praktijk t.o.v. andere praktijken
Uitkomsten naar:	Alleen naar eigen praktijk
Relatie tot andere instrumenten	
Referenties	-
Kosten	Gratis voor KNOV leden

11. CQI geboortezorg

Naam lijst	CQI geboortezorg
Doelgroep	Gehele zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed
Ontwikkelaar/beheerder	Financier Stichting Miletus. Uitvoerder NIVEL
Beleidskader	
Feitelijk gebruik	Nooit in gebruik genomen.
Inhoud lijst	Instrument bestond uit 2 vragenlijsten van elk $\pm$ 70 vragen waarvan een bij 30 weken zwangerschap en een na de bevalling ingevuld moest worden.
Wijze van verspreiden	Steekproef van zwangere vrouwen
Betrouwbaarheid/validiteit	Bleken geen goede schalen te maken te zijn. Informatie was niet herleidbaar tot zorgverleners.
Discriminerend vermogen	Niet getest
Presentatie uitkomsten	n.v.t.
Uitkomsten naar:	n.v.t.
Relatie tot andere instrumenten	n.v.t.
Referenties	(Wiegers, 2007)
Kosten	n.v.t.

GGZ

12. GGZ thermometer

<table>
<tr><td>Naam lijst</td><td>GGZ Thermometer</td></tr>
<tr><td>Doelgroep</td><td>Personen die in behandeling zijn (geweest) in de ggz of verslavingszorg (zowel volwassenen als jongeren), ouders van jongeren in de ggz of vz die ouderbegeleiding krijgen, betrokkenen van cliënten in de ggz of vz die zelf niet in staat zijn hun behandeling te evalueren (bijvoorbeeld ouderen met dementie).</td></tr>
<tr><td>Ontwikkelaar/beheerder</td><td>Trimbos-instituut/GGz Nederland</td></tr>
<tr><td>Beleidskader</td><td>Verbetering kwaliteit van de zorg. Beschreven procedures voor kortdurende (bij ontslag) en langdurende zorg (periodiek), steeksproefgewijs of structureel. Mogelijkheid tot benchmarking tussen vergelijkbare instellingen.</td></tr>
<tr><td>Feitelijk gebruik</td><td>Het merendeel van de ggz-instellingen (>80%) gebruikt één of meerdere versies van de Thermometer. Vergelijkbare afdelingen worden met elkaar vergeleken, en de uitkomsten van de metingen zijn openbaar.</td></tr>
<tr><td>Inhoud lijst</td><td>De GGZ Thermometer bestaat uit 17 vragen, over de waardering van de ontvangen informatie (3 items), inspraak (3 items), de hulpverlener (4 items), het resultaat van de behandeling (6 items) en een algemeen eindoordeel. Deze zijn aangevuld met optionele vragen over verbeteringen (3 items) en optionele achtergrondgegevens (8 items). In totaal 30 items. Er zijn versies ontwikkeld voor de jeugdzorg en ouderenzorg:
<table>
<tr><th>Thermometer</th><th>Oordeel over eigen behandeling</th><th>Oordeel over eigen begeleiding</th><th>Afgeleid oordeel</th></tr>
<tr><td>Volwassenenzorg (ouderenzorg)</td><td>GGz-Thermometer voor volwassenen (versie 2003)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Jeugd GGz</td><td>GGz-Jeugdthermometer versie voor jongeren van 12 jaar en ouder (versie 2003)</td><td>GGz-Jeugdthermometer versie voor ouders: ouderbegeleiding (versie 2005)</td><td>GGz-Jeugdthermometer versie voor ouders: behandeling kind (versie 2005)</td></tr>
<tr><td>Ouderenzorg</td><td></td><td>GGz-Thermometer waardering betrokkenen deel B (versie 2005)</td><td>GGz-Thermometer waardering betrokkenen: deel A (versie 2005)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Wijze van verspreiden</td><td>Variabel: per post, hand-out, groepsgewijze afname (bijvoorbeeld bij langdurende zorg)</td></tr>
<tr><td>Betrouwbaarheid/ validiteit</td><td>Alfa's voor de volwassenen Thermometer bedragen 0.66 (inspraak), 0.79 (informatie), 0.80 (hulpverlener), 0.87 (resultaat) en 0.89 voor de totaalscore. De factorstructuur is robuust over meerdere onderzoeken. Er is geen externe validering vastgesteld.</td></tr>
<tr><td>Discriminerend vermogen</td><td>niet bekend</td></tr>
<tr><td>Presentatie uitkomsten</td><td>Eigen afdeling t.o.v. vergelijkbare afdelingen; algemeen rapportcijfer</td></tr>
<tr><td>Uitkomsten naar:</td><td>Zorgverleners, instellingen en cliëntenraden</td></tr>
<tr><td>Relatie tot andere instrumenten</td><td>De GGZ Thermometer vervangt een voorheen wildgroei aan cliëntwaarderingsinstrumenten</td></tr>
</table>

Kosten	De kosten voor een papieren versie van de thermometer komen ongeveer op 1200-1500 euro per 300 lijsten, als de lijst verstuurd wordt in een eenmalige verzending zonder reminders. Vaak wordt de lijst persoonlijk overhandigd en dat vermindert de kosten en verhoogt de respons.

13. CQI ambulante zorg

Naam lijst	CQI kortdurende ambulante ggz en vz
Doelgroep	GGZ ambulante zorg (kan na aanpassingen toegepast worden in de eerste lijn)
Ontwikkelaar/beheerder	Trimbos-instituut
Beleidskader	Kwaliteitsverbetering en transparantie
Feitelijk gebruik	Wordt onderdeel van de basisset prestatie-indicatoren
Inhoud lijst	In totaal 63 vragen, waarvan 14 achtergrondvragen, 6 selectievragen en één algemene beoordelingsvraag. In totaal 36 van de 42 ervaringsvragen zijn onder te verdelen in 11 schalen:
Wijze van verspreiden	Steekproef van de ingeschreven cliënten.
Betrouwbaarheid/validiteit	bejegening (0.83), informatie over de behandeling (0.72), informatie over cliëntenrechten (0.76), bereikbaarheid hulp-verlener (,0.71), ervaren functioneren (0.93), vervulling hulpwensen (0.80), keuzemogelijkheid (0.62), informatie over medicatie (0.73), behandelaar op één lijn (0.63), infor-matie-uitwisseling tussen behandelaars (0.64) en afronding behandeling (0.62).
Discriminerend vermogen	Vrijwel alle indicatoren en schalen discrimineren tussen zorg-aanbieders, met uitzondering van 'bijstellen behandelplan' en 'afronding behandeling'
Presentatie uitkomsten	Volgens richtlijnen CKZ
Uitkomsten naar:	Cliënten, zorgverleners, Inspectie, verzekeraars, prestatie-indicatoren
Relatie tot andere instrumenten	Bevat zelfde domeinen als de GGZ Thermometer plus extra domeinen. Meet geen cliëntwaardering maar cliëntervaringen
Referenties	(Wijngaarden et.al., 2007)
Kosten	Verzending en inlezen 400 vragenlijsten & 3 reminders: € 3.800,-