



Dit rapport is uitgegeven door het Nivel in 2002. De gegevens mogen met bronvermelding (Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen?, Dr. Emmy M. Sluijs, Drs. Annemarie Janse) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie @nivel.nl.

Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen?

Een beschouwing over het gebruik van normen om patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen

Dr. Emmy M. Sluijs
Drs. Annemarie Janse

Utrecht, juni 2002

Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Tel. 030 - 2729700; fax 030 - 2729729; www.nivel.nl; e.sluijs@nivel.nl

ISBN 90-6905-566

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt 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 bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport heeft als doel een bijdrage te leveren aan discussies over normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. Patiëntvriendelijkheid staat voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit patiëntenperspectief.

In toenemende mate wordt de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen beoordeeld door cliënten of patiënten/consumentenorganisaties. Daarbij rijst de vraag hoe deze oordelen moeten worden geïnterpreteerd. Wanneer kan op basis van de patiëntenoordelen worden geconcludeerd dat een ziekenhuis goed of minder goed presteert? Zouden landelijke normen voor patiëntvriendelijkheid ontwikkeld moeten worden of is de gemiddelde score in de sector een adequaat ijkpunt om ziekenhuizen in te delen in goede en minder goede ziekenhuizen. Op deze vragen wordt ingegaan in het voor u liggende rapport.

Het rapport is een onderdeel van het ziekenhuisvergelijkingsproject. In dat project worden ziekenhuizen met elkaar vergeleken wat betreft de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. De ziekenhuisvergelijking wordt uitgevoerd door de Consumentenbond in samenwerking met het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de Consumentenbond.

De ziekenhuisvergelijking heeft onder meer als doel consumenten en andere partijen informatie te verschaffen over de kwaliteit van de deelnemende ziekenhuizen om zodoende de transparantie van de kwaliteit van zorg te vergroten. De ziekenhuizen worden ingedeeld als goed en minder goed presterend wat betreft de patiëntvriendelijkheid op basis van de gemiddelde score over alle ziekenhuizen als onderscheidend criterium.

In dit rapport wordt ingegaan op de sterke en zwakke kanten van het gemiddelde als onderscheidend criterium en worden alternatieven beschreven. In zijn algemeenheid wordt ingegaan op factoren waar rekening mee moet worden gehouden bij het gebruik van normen voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Wij hopen dat dit rapport handvatten biedt bij toekomstige discussies over het gebruik van normen om de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen.

Utrecht, juni 2002

Nivel,
Dr.J.Hutten,
programmaleider

Inhoud

Samenvatting	7
1. Meningspeilingen onder patiënten	
1.1 Inleiding	11
1.2 De opkomst van meningspeilingen in de zorgsector	11
1.3 Meningspeilingen in het ziekenhuisvergelijkingsstelsel	12
1.4 Vraagstellingen	15
1.5 Methode	16
2. Redenen om patiëntvriendelijkheid aan normen te toetsen	
2.1 Inleiding	19
2.2 Transparantie van de kwaliteit van zorg	19
2.3 Verbeteren van de kwaliteit van zorg	21
2.4 Houvast voor zorgaanbieders en patiënten	22
2.5 Samenvattend kader m.b.t. functies van normen	23
3. Overzicht van bestaande normen	
3.1 Inleiding	25
3.2 Normen in de pilot ziekenhuisvergelijking	25
3.3 Algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	26
3.4 Normen bij accreditatie of certificering	27
3.5 Normen in het project patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen	27
3.6 Normen in benchmark projecten	29
3.7 Normen van individuele ziekenhuizen	30
3.8 Landelijke normen m.b.t. wachttijden	31
3.9 Samenvattend overzicht van soorten normen	32
4. Status en betekenis van normen	
4.1 Inleiding	35
4.2 Minimumnormen of streefnormen	35
4.3 Normen op instellingsniveau of individueel niveau	35
4.4 Wie heeft de norm bepaald en wat is de acceptatie?	36
4.5 Het relatieve belang van onderwerpen waar patiënten over oordelen	36
4.6 Incentives of sancties	37
4.7 Afbakening van de normen	37
4.8 Samenvattend kader m.b.t. het gebruik van normen	38
5. Een groepsinterview met betrokken partijen	
5.1 Inleiding	39
5.2 Oordelen over bruikbaarheid van normen	39
5.3 Relativering van het gebruik van normen	41
5.4 Conclusies	42
Literatuur	43
Bijlage 1: Verslag van het groepsinterview op 24 oktober 2001	45

Samenvatting

Inleiding

Dit rapport gaat in op het gebruik van normen bij toekomstige ziekenhuisvergelijkingen. Dit rapport is onderdeel van een groter project, namelijk het ziekenhuisvergelijkingproject, dat wordt uitgevoerd door de Consumentenbond en het Nivel en wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Binnen dat project worden circa 40 ziekenhuizen met elkaar vergeleken onder meer wat betreft patiëntvriendelijkheid. Het doel van ziekenhuisvergelijkingen is de transparantie van de kwaliteit van zorg voor patiënten te vergroten en ziekenhuizen te stimuleren tot kwaliteitsverbetering. De ziekenhuizen participeren op basis van vrijwilligheid. De vergelijkingen tussen de ziekenhuizen worden gemaakt op het niveau van specialismen. De resultaten van de ziekenhuisvergelijking worden openbaar gepubliceerd in juli 2002.

Doel van het project

Het onderhavige project is een verkennende studie naar het gebruik van normen waaraan de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen zou kunnen worden getoetst.

Het doel is kaders aan te dragen op basis waarvan patiënten(organisaties) en ziekenhuizen keuzen kunnen maken omtrent het soort normen dat in toekomstige ziekenhuisvergelijkingen kan worden gehanteerd.

In het huidige ziekenhuisvergelijkingproject wordt het rekenkundig gemiddelde over alle ziekenhuizen gebruikt als maatlat om de ziekenhuizen in te delen als goed en minder goed presterend wat betreft de patiëntvriendelijkheid. Aan een groot aantal patiënten (85.000) is een oordeel gevraagd over de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. Op basis daarvan wordt per specialisme berekend welke ziekenhuizen significant boven of onder het gemiddelde scores. Aan deze methode - hoewel algemeen geaccepteerd - kleeft het bezwaar dat daarmee vrij globale informatie over de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuisspecialismen ontstaat. Daarom is een exploratieve studie uitgevoerd om te zien of in Nederland andersoortige normen worden gehanteerd die wellicht ook gebruikt zouden kunnen worden in toekomstige ziekenhuisvergelijkingen. Deze vraag weerspiegelt in feite een algemener probleem, namelijk de vraag hoe oordelen van patiënten over de kwaliteit van zorg moeten worden geïnterpreteerd.

Uitgangspunten

Bij de voor u liggende beschouwing over het gebruik van normen zijn vooraf twee opmerkingen van belang.

Ten eerste is er het gegeven dat individuele ziekenhuizen zelf eigen normen hanteren, specifiek toegesneden op de eigen situatie in het ziekenhuis. Deze normen zullen per ziekenhuis verschillen en zijn niet bedoeld voor onderlinge vergelijkingen, zo dat al mogelijk zou zijn. Dergelijke normen blijven in dit project buiten beschouwing.

Ten tweede. Vooraf was afgesproken dat binnen het huidige project geen nieuwe normen ontwikkeld zouden worden. Dat valt buiten het kader van deze studie.

Wel is nagegaan welk soort normen op dit moment voorhanden zijn wat betreft patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen en wat de sterke en zwakke kanten van deze normen zijn.

Vraagstelling

Het project is uitgevoerd aan de hand van de volgende vragen:

1. Welk soort normen worden op dit moment gebruikt voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit patiëntenperspectief?
2. Hoe bruikbaar zijn deze normen om te toetsen of de patiëntvriendelijkheid aan de normen voldoet?
3. Bestaat er behoefte aan nieuwe normen en op welke wijze zouden die ontwikkeld moeten worden?

Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van de bestaande literatuur, van de op het Niveau aanwezige expertise op het gebied van kwaliteitszorg en via raadpleging van 11 vertegenwoordigers van patiënten(organisaties) en van de participerende ziekenhuizen. De gegevens zijn derhalve niet generaliseerbaar en moeten worden beschouwd als een eerste verkenning.

Het soort normen dat wordt gebruikt

Uit de resultaten blijkt dat relatief veel normen voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief zijn opgesteld door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en door bijvoorbeeld de organisaties die zich bezighouden met accreditatie of certificering in de gezondheidszorg (NIAZ/PACE en HKZ)¹. Deze normen kunnen echter niet als maatlat voor toetsing worden gebruikt omdat ze in vrij algemene termen zijn geformuleerd en niet zijn geoperationaliseerd in indicatoren c.q. concrete getallen of meetbare grootheden. In totaal blijken zes soorten meetbare normen op dit moment te worden gebruikt (zie schema):

Schema 1 Overzicht van soorten normen

1. Gemiddelde: op basis van het rekenkundig gemiddelde over alle ziekenhuizen worden individuele ziekenhuizen ingedeeld in goed en minder goed presterend.
2. Best practice: bij Benchmarking wordt uitgegaan van de 10% best presterende instellingen. De scores van deze best practices worden streefnormen voor de instellingen.
3. 100%- norm: als norm geldt dat alle patiënten (100%) tevreden zijn over elk zorgaspect.
4. 80% of 90% - norm: 80% of 90% van de patiënten is tevreden over elk zorgaspect.
5. Gedifferentieerde normen: dit betekent dat normen per zorgaspect kunnen verschillen. Als voorbeeld de Treeknormen: voor ziekenhuisopname geldt dat 80% van de patiënten binnen 5 weken opgenomen moet zijn, terwijl dat voor de polikliniek 3 weken is.
6. Limieten voor individuele patiënten: de maximale wachttijd voor individuele patiënten is in de Treeknormen gesteld op 7 weken voor opname en maximaal 4 weken voor de polikliniek.

De normen 1 t/m 5 gaan uit van een score die op ziekenhuisniveau wordt berekend. Zij geven geen houvast aan individuele patiënten. In de 6^{de} variant (Treeknormen) is dat wel het geval, omdat daarin de maximale wachttijd voor individuele patiënten is vastgesteld.

¹ NIAZ/PACE = Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen;
Stichting HKZ = Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.

Status van de normen

Hoewel in het onderhavige rapport een indruk wordt gegeven van sterke en zwakke kanten van deze normen blijkt het op basis van de literatuur niet zonder meer mogelijk te zijn om de voor- en nadelen van de 6 soorten normen tegen elkaar af te zetten. Dat is namelijk mede afhankelijk van de wijze waarop de normen worden gebruikt.

In het rapport is een kader geschetst dat handvatten biedt voor de wijze waarop normen (in de toekomst) kunnen worden gebruikt. Het gaat daarbij om het bepalen van: onder meer de status van normen als minimumnorm of als streefnorm; de vrijblijvendheid van normen of de incentives of sancties die daaraan verbonden worden; de mate waarin patiënten daar al dan niet aanspraken aan kunnen ontlenen, en, de acceptatie en het draagvlak van de normen hetgeen mede afhankelijk is van degenen die de normen hebben opgesteld (patiëntenorganisaties of ziekenhuizen of in gezamenlijk overleg). Deze overwegingen kunnen worden meegewogen bij de keuze voor normen in toekomstige ziekenhuisvergelijkingen.

Raadpleging van betrokken partijen

Om te verkennen hoe in de praktijk zelf over normstelling wordt gedacht zijn betrokken partijen geraadpleegd. Aan 11 vertegenwoordigers van patiënten(organisaties) en de participerende ziekenhuizen is gevraagd welk soort normen volgens hen het meest bruikbaar is in toekomstige ziekenhuisvergelijkingen.

Uit deze raadpleging blijkt dat de meerderheid van de geïnterviewden niet zonder meer één van de zes soorten normen als het meest bruikbaar kan bestempelen. Op één na geven alle geïnterviewden de voorkeur aan een combinatie van twee of meer soorten normen.

De meest frequent genoemde combinatie is het gebruik van het gemiddelde, aangevuld met gedifferentieerde normen voor (alleen) die zorgaspecten die voor patiënten van doorslaggevend belang zijn.

Een belangrijk argument voor gebruik van het gemiddelde is dat dit een dynamische norm is waarin een natuurlijke groei zit. Het gemiddelde zal namelijk steeds stijgen op basis van de kwaliteitsverbeteringen die de ziekenhuizen in de loop der tijd realiseren.

Aanvullend kunnen nieuwe normen ontwikkeld worden voor aspecten die van doorslaggevend belang zijn voor patiënten. Te denken valt aan zorgaspecten waar patiënten hun keuzes op baseren, zorgaspecten waar voor patiënten risico's aan verbonden zijn, of aspecten die wettelijk verplicht zijn. Volgens de geïnterviewden moeten deze nieuwe normen aan onder meer de volgende voorwaarden voldoen. De normen moeten:

- werkbaar en haalbaar zijn;
- zij moeten stimuleren tot kwaliteitsverbetering;
- zij moeten periodiek worden bijgesteld.

De normen zouden gezamenlijk moeten worden opgesteld door patiënten(organisaties) en ziekenhuizen.

Relativering van het gebruik van normen

De vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen brengen tot slot twee relativeringen aan bij het gebruik van normen.

Het ziekenhuisvergelijkingsstelsel - evenals het soort normen dat daarbij (in de toekomst) wordt gehanteerd - betreft de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief en de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. De kwaliteit van de ziekenhuiszorg wordt in belangrijke mate mede bepaald door de medisch technische kwaliteit en daarover zijn geen gegevens beschikbaar. In hoeverre dergelijke gegevens in de toekomst wel beschikbaar komen is op dit moment niet te voorspellen.

Als tweede overweging wordt gesteld dat het wellicht minstens zo belangrijk is om te kijken naar de vooruitgang die het ziekenhuis in de loop ter tijd weet te boeken, c.q. de kwaliteitsverbeteringen die het ziekenhuis realiseert, dan te kijken naar de mate waarin het ziekenhuis aan normen voldoet.

1. Meningspeilingen onder patiënten

1.1 Inleiding

Dit rapport beschrijft welk soort normen op dit moment in de ziekenhuiszorg worden gehanteerd met betrekking tot patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. Concreet gaat het om normen waaraan kan worden getoetst in welke mate het ziekenhuis al dan niet als patiëntvriendelijk kan worden getypeerd. Met patiëntvriendelijk wordt bedoeld de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Deze studie gaat in op de sterke en zwakke kanten van de bestaande normen en op de wenselijkheid in de toekomst nieuwe normen te ontwikkelen.

Deze studie heeft een exploratief karakter. Het doel is kaders te bieden aan patiënten en ziekenhuizen die zij kunnen gebruiken bij hun keuze voor het soort normen dat zij in de toekomst bij ziekenhuisvergelijkingen willen gebruiken.

N.B. Voor de duidelijkheid benadrukken wij dat binnen dit project geen nieuwe normen ontwikkeld zijn.

Dit eerste hoofdstuk gaat in op de achtergrond van het onderhavige project en is als volgt opgebouwd. Eerst wordt beschreven waarom in toenemende mate meningspeilingen onder patiënten worden gehouden en waarbij aan patiënten wordt gevraagd een oordeel over de kwaliteit van de (ziekenhuis)zorg te geven. Vervolgens wordt beschreven wat het ziekenhuisvergelijkingssysteem inhoudt en welke plaats het onderhavige project daarin inneemt. Daarna worden vraagstelling en methode beschreven.

1.2 De opkomst van meningspeilingen in de zorgsector

Tot vóór de jaren negentig waren meningspeilingen onder patiënten of cliënten een vrijwel onbekend fenomeen in de Nederlandse gezondheidszorg. Zij zijn nu niet meer weg te denken: anno 2000 bleek 72% van de zorginstellingen meningspeilingen onder patiënten of cliënten te houden (Sluijs en Wagner, 2000). Deze snelle opkomst is verklaarbaar vanuit drie - met elkaar verweven - ontwikkelingen.

Ten eerste was een algemene maatschappelijke ontwikkeling gaande in de richting van meer klantgerichtheid en klantvriendelijkheid. Ten tweede kan de toegenomen emancipatie van patiënten worden genoemd en de - door de overheid gestimuleerde - versterking van de positie van patiënten(organisaties) (Min.VWS, 1995a, 1995b, 1996, 2000). Ten derde kregen ook zorgaanbieders belang bij het verhogen van de klantgerichtheid om - in het licht van de aangekondigde marktwerking in de zorgsector - hun concurrentiepositie te behouden of te verstevigen.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat meningspeilingen onder patiënten belangrijke pijlers worden in het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Daaromtrent zijn de volgende afspraken gemaakt op de landelijke kwaliteitsconferenties (Leidschendamconferenties), die in 1990, 1995 en 2000 zijn gehouden. De betrokken partijen (patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) hebben afgesproken dat meningspeilingen onder patiënten of cliënten een gangbaar onderdeel van het kwaliteitssysteem zouden moeten zijn, om op die wijze de patiëntvriendelijkheid en vraaggerichtheid van de zorg te kunnen verbeteren (zie de Leidschendamafspraken, 1990, 1995 en 2000). Ook werd afgesproken dat patiëntenorganisaties zouden expliciteren wat voor hen belangrijke kwaliteitscriteria zijn, zodat zorgaanbieders daar rekening mee zouden kunnen houden. Tenslotte werd

overeengekomen dat patiëntenorganisaties de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief zouden gaan beoordelen, teneinde de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod te vergroten.

Meningspeilingen vanuit patiëntenperspectief

In de wijze waarop de meningen van patiënten worden gepeild is de laatste jaren meer nadruk komen te liggen op het perspectief van de patiënt. Aanvankelijk waren het de zorgaanbieders die bepaalden over welke aspecten de tevredenheid van patiënten werd gevraagd. Patiënten werden niet betrokken bij het opstellen van de vragenlijsten. Sinds enkele jaren is dat veranderd. In toenemende mate worden patiëntenorganisaties of cliëntenraden bij de opzet van meningspeilingen betrokken of bij de interpretatie daarvan (Sluijs en Wagner, 2000a, 2000b). Ook is een nieuwe familie van vragenlijsten ontwikkeld, expliciet gebaseerd op het perspectief van patiënten: de QUOTE-systematiek (Quality of Care Through the Patients Eyes) (Sixma en Van Campen, 1996; Sixma e.a., 1998). Daarbij wordt eerst bij patiënten(groepen) geïnventariseerd - bijvoorbeeld via focusgroep gesprekken - welke aspecten zij van belang vinden voor de kwaliteit van zorg. De door patiënten genoemde aspecten van kwaliteit vormen het uitgangspunt voor vragenlijsten die bij de meningspeilingen worden gebruikt.

Aan de hand van deze vragenlijsten worden twee oordelen aan patiënten gevraagd: ten eerste wordt aan de patiënt gevraagd aan te geven hoe belangrijk een bepaald aspect voor hem of haar is, en ten tweede, in welke mate de daadwerkelijk verleende zorg daaraan voldoet. De patiënt geeft daarmee een 'belangscore' en een 'ervaringsscore'. Een vergelijking tussen de 'belangscore' en de 'ervaringsscore' geeft aan in welke mate de zorg wel of niet tegemoet komt aan de wensen van de patiënt en welk gewicht daaraan - via de belangscore - moet worden toegekend.

Een tweede verandering ligt in de - veel specifiekere - formulering van de vragen. Aanvankelijk werd in algemene termen gevraagd of patiënten tevreden waren over bijvoorbeeld de informatievoorziening. Dergelijke algemene vragen leverden doorgaans een hoge tevredenheidsscore op en gaven weinig aanknopingspunten voor verbeteringen. Tegenwoordig worden de vragen specifiek geformuleerd, bijvoorbeeld: 'Bent u geïnformeerd over de risico's van de behandeling?'. Door deze specifieke manier van vragen geven de huidige meningspeilingen meer informatie over datgene wat goed gaat en aspecten die voor verbetering vatbaar zijn.

1.3 Meningspeilingen in het ziekenhuisvergelijkingsstelsel

Meningspeilingen onder patiënten vormen een belangrijke pijler in de ziekenhuisvergelijking die momenteel door de Consumentenbond en het Nivel wordt uitgevoerd. In dat project worden circa 40 ziekenhuizen met elkaar vergeleken. Deze ziekenhuisvergelijking heeft een tweeledig doel. Het eerste doel is het verhogen van de transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor (potentiele) patiënten. Meer transparantie wordt in dat project bereikt doordat informatie over de kwaliteit van elk ziekenhuis openbaar wordt gepubliceerd, zodat patiënten op basis daarvan een keuze voor een ziekenhuis kunnen maken (RVZ, 1998; Straten e.a., 1999; Friele en Andela, 2000).

Als tweede doel beoogt het project een verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Verbetering van de kwaliteit van zorg kan worden bereikt indien ziekenhuizen de feedback omtrent hun sterke en zwakke kanten gebruiken als input voor hun kwaliteitsbeleid. Uit onderzoek blijkt dat feedback van patiënten (in de vorm van zogenoemde 'consumer reports')

inderdaad tot kwaliteitsverbeteringen leidt (Longo e.a., 1997; Rosenthal e.a., 1997; Turnbull e.a., 1996).

De vergelijking tussen de ziekenhuizen - die vrijwillig participeren - wordt daarbij gebaseerd op drie bronnen, namelijk:

- 1 gegevens omtrent het (kwaliteits)beleid van het ziekenhuis en/of de afdelingen/specialismen;
- 2 observatie van accommodatie, toegankelijkheid et cetera van het ziekenhuis;
- 3 meningspeilingen onder en ervaringen van (grote groepen) patiënten.

Deze meningspeilingen en ervaringen monden uit in een oordeel van patiënten over de afdelingen van een ziekenhuis (per specialisme). De oordelen betreffen uitsluitend de kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt; kwaliteit vanuit het perspectief van ziekenhuismanagement, medisch specialisten, verpleegkundigen etc. blijft buiten beschouwing.

Aan patiënten wordt een oordeel gevraagd over onderwerpen die zij van belang achten, zoals uit eerder onderzoek is gebleken². De onderwerpen zijn ontleend aan het instrument Patiëntvriendelijkheid van Ziekenhuizen, het pilotproject Ziekenhuisvergelijking en de QUOTE-vragenlijsten (Bon e.a., 1992; Straten e.a., 1999; Sixma e.a., 1998). Ter informatie wordt in schema 1.1 een indruk gegeven van de aspecten waarover het oordeel van patiënten wordt gevraagd (zie kader op de volgende pagina). Voor een gedetailleerder overzicht verwijzen we naar de publicatie van Janse, Hutten en Spreeuwenberg (2002).

Het schema laat zien dat met name oordelen van patiënten worden gevraagd over de wijze waarop de zorg door arts en verpleegkundigen wordt verleend, de informatie verstrekking en de bejegening, de organisatie en continuïteit van zorg en de verblijfsfunctie. Er worden in de vragenlijst geen vragen gesteld op medisch-technisch gebied³.

Op basis van de oordelen van patiënten worden ziekenhuizen per specialisme ingedeeld in goed en minder goed presterend wat betreft de hiervoor genoemde onderwerpen. 'Goed' betekent in dit geval een score boven het gemiddelde en minder goed is een score onder het gemiddelde. Het gemiddelde is het rekenkundig gemiddelde van de scores per specialisme over alle ziekenhuizen samen. Het rekenkundig gemiddelde is in feite de norm c.q. het ijkpunt waaraan de kwaliteit per specialisme wordt afgemeten.

Bij gebruik van het rekenkundig gemiddelde als norm kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst. De vraag is of de kwaliteit van zorg per definitie als goed kan worden beschouwd als een zorginstelling boven het gemiddelde scoort. Stel dat de gemiddelde wachtlijst 12 weken bedraagt dan kan een wachtlijst van 10 weken niet per definitie als goede kwaliteit worden aangemerkt. Dit betekent dat problemen die in de gehele sector spelen niet tot uitdrukking komen bij gebruik van het gemiddelde. Daarom worden in onderhavige project alternatieven verkend.

Andere normen dan het gemiddelde zouden ook nuttig kunnen zijn voor situaties waarin geen referentiegegevens in de vorm van gemiddelde scores beschikbaar zijn. De ruime meerderheid

² Onderzoek laat zien dat patiënten minder belang hechten aan service-aspecten van het ziekenhuis (het kopje koffie) en het grootste belang hechten aan de relatie tussen hulpverlener en patiënt, zoals tot uiting komt in het vertrouwen in arts en/of verpleegkundige, de informatieverstrekking tijdens ziekenhuisopname en bij ontslag uit het ziekenhuis, een respectvolle bejegening et cetera (Friele en Andela, 2000).

³ De vragen in schema 1.1 hebben betrekking op opname en verblijf in het ziekenhuis. Daarnaast is er een aparte vragenlijst voor het polikliniekbezoek die in grote lijnen dezelfde onderwerpen bevat. De poliklinieklijst bevat aanvullende vragen over wachttijden, wachtruimte en de aansluiting van de verschillende afspraken en onderzoeken.

van de ziekenhuizen (82%) meldt dat op eigen initiatief meningspeilingen onder patiënten worden gehouden, los van een benchmarkonderzoek of ziekenhuisvergelijking (Sluijs en Wagner, 2000b). Elk ziekenhuis of ziekenhuisafdeling ziet zich daarbij voor de vraag gesteld hoe de oordelen van patiënten moeten worden geïnterpreteerd. Voor deze situaties zouden normen een uitkomst bieden.

Schema 1.1 Onderwerpen in de vragenlijst m.b.t. ziekenhuisopname *)

- Spoedopname:**
- ik werd zo snel mogelijk geholpen
 - ik werd voldoende geïnformeerd over mijn ziekte/aandoening en behandeling
 - er was voldoende aandacht voor mijn pijn
 - er was voldoende aandacht voor mijn angst en ongerustheid
- Planning van de opname**
- er is bij de afspraak voldoende rekening gehouden met mijn voorkeur voor dag of week
 - wat vond u van het aantal dagen/weken dat voor opname moest wachten?
- Opname en ontvangst**
- ik werd op een persoonlijke manier ontvangen
 - ik werd voldoende wegwijs gemaakt in het ziekenhuis
 - ik kreeg snel genoeg een gesprek met de behandelend arts
 - ik kreeg snel genoeg een gesprek met een verpleegkundige van de afdeling
 - er is mij voldoende gevraagd naar mijn wensen (m.b.t. eten, slapen, bezoek etc)
- Medisch handelen**
- de artsen waren goed op de hoogte van mijn ziekte/aandoening
 - waren goed op de hoogte van mijn onderzoek/behandeling
 - vroegen regelmatig dezelfde dingen aan mij
 - gaven soms tegenstrijdige informatie
- De arts** - ik wist welke arts ik moest aanspreken als ik iets wilde weten
- ik kon de arts die ik wilde spreken snel genoeg bereiken als ik iets wilde weten
- Informatie**
- ik wist waarom een onderzoek of behandeling nodig was
 - wat een onderzoek of behandeling inhield
 - hoe lang een onderzoek of behandeling zou duren
 - of een onderzoek of behandeling pijnlijk zou zijn
 - wat de bijwerkingen of gevolgen van een onderzoek of behandeling konden zijn
 - of er andere onderzoeken of behandelingen mogelijk waren
 - ik was voldoende geïnformeerd over de klachtenregeling
- Inspraak en bejegening**
- de arts liet mij meebeslissen over onderzoek of behandeling
 - vroeg mijn toestemming voorafgaand aan onderzoek of behandeling
 - nam voldoende tijd om met mij te praten
 - zorgde ervoor dat anderen niet konden meeluisteren met vertrouwelijke gesprekken
 - kwam gemaakte afspraken na
 - stemde de zorg goed af op de zorg van andere hulpverleners
 - gaf steun als ik me onzeker of gespannen voelde
 - gaf ik begrijpelijke taal uitleg over de medicijnen die werden voorgeschreven
 - ik kreeg dezelfde dag te horen wat de uitslag van het uitgevoerde onderzoek was
- De verpleegkundige**
- ik wist welke verpleegkundige ik moest aanspreken als ik iets wilde weten
 - ik kon de verpleegkundige die ik wilde spreken snel genoeg bereiken als ik iets wilde weten
 - ik hoefde niet onnodig lang te wachten als ik om hulp vroeg
- Verpleegkundig handelen**
- de verpleegkundigen namen voldoende tijd om met mij te praten
 - zorgden ervoor dat anderen niet konden meeluisteren met vertrouwelijke gesprekken
 - waren goed op de hoogte van mijn ziekte/aandoening
 - waren goed op de hoogte van mijn onderzoek of behandeling
 - vroegen regelmatig dezelfde dingen aan mij
 - gaven soms tegenstrijdige informatie
 - kwamen gemaakte afspraken na
 - gaven steun of hulp als ik me onzeker of gespannen voelde

Verblijfsfunctie *Goed geregeld waren:*

- het tijdstip van wakker worden
- de keuzemogelijkheden van maaltijden en dranken
- het tijdstip van serveren van maaltijden en dranken
- de kwaliteit van maaltijden en dranken
- de veiligheid van douche en badkamer
- het schoonhouden van douche, badkamer en toilet
- mogelijkheden voor ontspanning en beweging

Ontslag *Ik was voldoende geïnformeerd over:*

- wat ik thuis moest doen in geval van nood
- wanneer ik contact met mijn huisarts moest opnemen
- verdere therapie/behandeling (zoals fysiotherapie of thuiszorg)
- nazorginstructies (zoals dieet, rusten, wondverzorging)
- gebruik van medicijnen
- het verkrijgen van hulpmiddelen en het gebruik daarvan
- hoe ik emotionele steun kon vinden (zoals bij patiëntenorganisaties)

Resultaat - mijn verblijf in het ziekenhuis heeft een goed resultaat opgeleverd

Thuiskomst - bij thuiskomst was de nazorg goed geregeld

*) er zijn vier antwoordcategorieën: 1) nee, 2) eigenlijk niet, 3) eigenlijk wel, 4) ja.

Bron: Janse e.a., 2002

Definitie van normen

Welke normen worden hier bedoeld? De letterlijke definitie van het begrip norm is:

“De toestand - die voor een categorie van personen of zaken - de gewone is of waarnaar zij zich zou kunnen of moeten richten. Synoniemen zijn richtsnoeren of regels” (Van Dale, 1999).

In deze brede zin opgevat zijn normen in ruime mate aanwezig in de Nederlandse gezondheidszorg. Denk aan de vele richtlijnen en standaarden van zorgaanbieders of de kwaliteitscriteria die door patiënten/consumëntenorganisaties zijn opgesteld. In dit project gaat het specifiek om normen in de vorm van indicatoren c.q. (getals)waarden waarmee de kwaliteit van zorg gemeten kan worden (Place e.a., 2000). Bijvoorbeeld een norm kan zijn dat 90% van de patiënten tevreden is. Dergelijke getalsmatige normen zouden kunnen worden gebruikt als maatlat om patiëntenoordelen aan te toetsen.

Samenvattend is deze beschouwing afgebakend tot normen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief (omdat de oordelen van patiënten daarop betrekking hebben) en afgebakend tot normen in de vorm van indicatoren c.q. getalswaarden.

1.4 Vraagstelling

In zijn algemeenheid gaat het onderhavige project over de vraag hoe oordelen van patiënten over de kwaliteit van zorg moeten worden geïnterpreteerd. Specifiek gaat het daarbij om oordelen van patiënten in het kader van het ziekenhuisvergelijkingproject. Wat zijn ijkpunten op basis waarvan kan worden geconcludeerd dat het ziekenhuis goed of minder goed presteert wat betreft de patiëntvriendelijkheid van het ziekenhuis c.q. bestaan er getalsmatige normen die als toetssteen kunnen worden gebruikt.

Voor het beantwoorden van dit algemene probleem zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe bruikbaar is het rekenkundig gemiddelde van de patiëntenoordelen over alle ziekenhuizen als norm en wat zijn de voor- en nadelen van een vergelijking van ziekenhuizen op basis van het rekenkundig gemiddelde van de scores?
2. Bestaan er in Nederland andere normen dan het gemiddelde om oordelen van patiënten aan te toetsen? Zo ja, wat zijn de voor- en nadelen van deze andere normen?
3. Indien de huidige normen niet in alle opzichten bevredigend zijn, op welke wijze zouden dan nieuwe normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen ontwikkeld kunnen worden?
N.B. het daadwerkelijk ontwikkelen van nieuwe normen valt buiten het bestek van deze studie.

De vraagstellingen moeten worden gezien in het licht van de doelen die met de ziekenhuisvergelijking worden beoogd, namelijk de transparantie van de kwaliteit van zorg vergroten en het ziekenhuis stimuleren tot kwaliteitsverbetering. Deze aspecten zullen bij het beantwoorden van de vraagstelling worden meegenomen.

1.5 Methode

Conform de onderzoeksopdracht is het onderhavige project in twee fasen ingedeeld. De eerste fase bestaat uit een beschrijving van bestaande normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen en de sterke en zwakke kanten daarvan. In de tweede fase is dat overzicht voor commentaar voorgelegd aan een aantal betrokken partijen met de vraag of het wenselijk zou zijn nieuwe normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen te gaan ontwikkelen. Het project moet worden beschouwd als een eerste verkenning en is kwalitatief van karakter.

Fase 1: Bestaande normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen

Overzicht van bestaande normen

In de eerste fase is geïnventariseerd welk soort normen er bestaan met betrekking tot de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. Bij deze inventarisatie is gebruik gemaakt van bestaande literatuur en van op het Niveau aanwezige expertise op het gebied van kwaliteitszorg. Op basis daarvan wordt (in hoofdstuk 3) een beschrijving gegeven van de verschillende soorten normen die op dit moment worden gehanteerd, afgebakend tot normen ten aanzien van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit patiëntenperspectief. Daarbij wordt onder andere ingegaan op de normen die patiënten/consumentenorganisaties de afgelopen jaren hebben ontwikkeld, normen die gebruikt worden in benchmarkprojecten en normen die worden gehanteerd door instanties die zich bezig houden met accreditatie en certificering.

Redenen voor het gebruik van normen

Behalve het overzicht van bestaande normen is ook nagegaan wat de redenen zijn om patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan normen te toetsen. Specifiek wordt ingegaan op de vraag in welke mate normen een bijdrage kunnen leveren aan de transparantie van de kwaliteit van zorg en/of een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbeteringen in ziekenhuizen. Ook is nagegaan voor welke partijen - ziekenhuizen, patiënten/consumentenorganisaties en/of cliëntenraden - normen van belang zijn en waarom. Deze exercitie mondt uit in een overzicht van mogelijke redenen om patiëntvriendelijkheid aan normen te toetsen en de doelen die daarmee door ziekenhuizen en/of patiënten/consumenten-organisaties zouden kunnen worden beoogd (zie hoofdstuk 2).

Factoren waarmee rekening moet worden gehouden

Als derde onderwerp is nagegaan waarop moet worden gelet bij het gebruik van normen. In zijn algemeenheid gaat het daarbij om de status van normen en de betekenis die daaraan wordt toegekend, bijvoorbeeld betreft het minimumnormen of streefnormen, hebben de normen een verplichtend of vrijblijvend karakter, wat is de acceptatie van normen et cetera. Een overzicht van dergelijke factoren is in hoofdstuk 4 te vinden.

Fase 2: Raadpleging van betrokken partijen

Fase 2 is bedoeld als eerste meningspeiling van betrokken partijen. Daartoe is het overzicht van de bestaande normen voorgelegd aan vertegenwoordigers van patiënten en vertegenwoordigers van de ziekenhuizen die in het ziekenhuisvergelijkingsproject participeren. Deze vertegenwoordigers zijn niet door de onderzoekers geselecteerd maar zijn benaderd via de leden van de expertgroep die het ziekenhuisvergelijkingsproject begeleidt.

De volgende vertegenwoordigers hebben aan de meningspeiling meegedaan:

- 4 vertegenwoordigers van de participerende ziekenhuizen;
- 3 vertegenwoordigers van cliëntenraden van ziekenhuizen;
- 2 vertegenwoordigers van Regionale Patiënten/Consumenten Platforms RP/CP's);
- 1 vertegenwoordiger van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie;
- 1 vertegenwoordiger van de Consumentenbond.

Wat betreft vertegenwoordigers van patiënten zijn zowel cliëntenraden als RP/CP's uitgenodigd voor het groepsinterview. Dit was gebaseerd op de volgende overwegingen.

Cliëntenraden hebben het recht het ziekenhuis te adviseren over het kwaliteitsbeleid, hetgeen wettelijk is vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (Min.VWS, 1995). Zij kunnen hun adviezen mede baseren op de uitkomsten van meningspeilingen onder patiënten. Bij de interpretatie van die meningspeilingen kunnen normen een hulpmiddel voor cliëntenraden zijn. Voor RP/CP's kunnen normen een hulpmiddel zijn bij het beoordelen van ziekenhuizen, waar deze platforms in toenemende mate toe over gaan.

Alle hier genoemde vertegenwoordigers hebben deelgenomen aan een groepsinterview en discussie met als centraal thema: de bruikbaarheid van bestaande normen en de voor- en nadelen daarvan en de vraag of het wenselijk zou zijn in de toekomst nieuwe normen te ontwikkelen.

Het verslag is ter autorisatie aan de geïnterviewden voorgelegd en als bijlage in dit rapport opgenomen. De resultaten staan beschreven in hoofdstuk 5.

2 Redenen om patiëntvriendelijkheid aan normen te toetsen

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag waarom de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan normen zou moeten worden getoetst. Voor welke partijen - ziekenhuizen en/of patiënten/consumentenorganisaties - is dat van belang? En specifiek in het kader van de ziekenhuisvergelijking kan worden gezien in hoeverre normen bijdragen aan de transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg dan wel stimuleren tot kwaliteitsverbetering, doelen die met de ziekenhuisvergelijking worden beoogd. Los daarvan bieden normen vanzelfsprekend houvast aan zorgaanbieders en patiënten. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens op deze drie onderwerpen ingegaan, transparantie, kwaliteitsverbetering en houvast.

2.2 Transparantie van de kwaliteit van zorg

Transparantie via jaarverslagen van ziekenhuizen

Transparantie van de kwaliteit van zorg is voor consumenten van belang om een keuze uit verschillende vormen van zorgverlening en/of verschillende zorgaanbieders te kunnen maken. Om keuzes te kunnen maken moet duidelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van zorg van de verschillende zorgvormen of zorgaanbieders beschikbaar zijn.

Transparantie staat sinds 10 jaar hoog op de agenda van het landelijke kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Reeds in 1990 is daarover op de landelijke kwaliteitsconferentie afgesproken dat zorgaanbieders de kwaliteit van zorg inzichtelijk zullen maken via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag, waarin zij verantwoording over de kwaliteit van zorg afleggen (Leidschendam, 1990). Het publiceren van een kwaliteitsjaarverslag is sinds 1996 een wettelijke verplichting voor zorgaanbieders met het in werking treden van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Min VWS, 1996). Nagenoeg alle ziekenhuizen (97%) en andere zorginstellingen blijken anno 2000 een kwaliteitsjaarverslag te publiceren (Sluijs en Wagner, 2000b).

Deze jaarverslagen bieden met name informatie over de kwaliteitssystemen die de zorgaanbieder hanteert (Schuller e.a., 1997). Zij geven tot op heden weinig inzicht in de effecten van het gevoerde kwaliteitsbeleid, dat wil zeggen de daadwerkelijke kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Hoewel enkele instellingen ook uitkomsten van meningspeilingen onder patiënten publiceren zijn die uitkomsten onderling niet vergelijkbaar omdat elke instelling eigen 'meetinstrumenten' gebruikt. Overigens zou ook niet van individuele patiënten kunnen worden verwacht dat zij jaarverslagen van ziekenhuizen naast elkaar leggen om op basis daarvan een keuze voor een bepaald ziekenhuis te maken. In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat jaarverslagen van zorgaanbieders wel informatie geven over het kwaliteitsbeleid maar niet zijn toegespitst op het geven van feitelijke informatie over de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief aan individuele patiënten.

Over één kwaliteitsaspect is wel openbare en vergelijkbare informatie voor consumenten beschikbaar, namelijk wachtlijsten voor medisch specialistische zorg. De meeste ziekenhuizen publiceren sinds kort gegevens over wachtlijsten per specialisme op internet⁴.

⁴ Zie www.nvz-ziekenhuizen.nl. Op deze web site van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) staan wachttijden voor polikliniek, dagbehandeling en opname per specialisme (met uitzondering van de Academische Ziekenhuizen). Het is de bedoeling dat de gegevens elke maand worden geactualiseerd. Overigens worden

Transparantie via beoordelingen door Patiënten/Consumenten organisaties

Informatie over de kwaliteit van zorg kan ook worden verkregen via patiënten/consumentenorganisaties. Deze organisaties proberen op verschillende manieren de kwaliteit van zorg te beoordelen om consumenten van informatie te voorzien of hen te kunnen adviseren. Regionale Patiënten/Consumentenplatforms (RP/CP's) houden zich bezig met het beoordelen van individuele instellingen wat betreft de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. De RP/CP's worden daarbij financieel ondersteund door een subsidie van het Ministerie van VWS (Min VWS, 2000). De bevindingen van deze platforms zijn echter (vooralsnog) niet openbaar omdat alleen aan de instelling zelf wordt gerapporteerd. Wel kunnen de platforms de - uit de beoordelingen verkregen - informatie gebruiken indien patiënten voor advies bij hen aankloppen.

Transparantie door het verschaffen van consumenteninformatie

Het verschaffen van consumenteninformatie over de kwaliteit van de ziekenhuiszorg was een van de doelen in het project dat in 1992 door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) en Bakkenist is uitgevoerd. In dat project is een instrument voor het meten van patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen ontwikkeld. Een tweede doel van dat project was: 'normen te ontwikkelen om de werkelijke en wenselijke situatie (wat betreft patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen) met elkaar te kunnen vergelijken'. Op basis daarvan zouden consumenten een onderbouwde keuze voor een ziekenhuis kunnen maken. Volgens de auteurs is voor het maken van keuzes duidelijke en specifieke informatie nodig over patiëntvriendelijkheid en de verschillende aspecten die daar deel van uitmaken (Bon e.a., 1992).

Uiteindelijk zijn in dat project geen normen opgesteld. De auteurs merken hierover op:

"In de loop van het project is het niet zinvol gebleken om een lijst van simpele, toetsbare indicatoren te ontwikkelen, waarbij een score lager dan de norm betekent dat de patiëntvriendelijkheid ondermaats is" (Bon e.a., 1992, pag. 75).

"Gaande het project werden patiëntenoordelen nadrukkelijk in een veranderingsperspectief geplaatst. Dat wil zeggen hoe patiënten of patiëntenorganisaties hun belangen kunnen behartigen in de beleidsvoering van een ziekenhuis" (Bon e.a., 1992, pag. 4).

De aandacht verschoof naar de functie die patiëntenoordelen zouden kunnen vervullen in het verbeteren van de patiëntvriendelijkheid van het ziekenhuis. Normen werden niet noodzakelijk geacht voor het realiseren van verbeteringen.

Transparantie via het ziekenhuisvergelijkingsysteem

Op initiatief van de Consumentenbond is een start gemaakt met het openbaar en op naam publiceren van patiëntenoordelen over de kwaliteit van de ziekenhuiszorg (Straten e.a., 1999; Friele en Andela, 2000). In een eerste pilotproject zijn negen ziekenhuizen met elkaar vergeleken. Deze ziekenhuizen - uit de regio Utrecht - hebben op vrijwillige basis hun medewerking aan deze vergelijking verleend. Het doel van de vergelijking was: "inzicht in de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor consumenten te vergroten door objectieve, vergelijkende consumenten-informatie over aspecten van de dienstverlening van ziekenhuizen te verzamelen en te publiceren".

wachttijden ook wel op andere manieren (regionaal) bekend gemaakt, bijvoorbeeld via de kabeltelevisie of teletekst en via verzekeraars en huisartsen.

In totaal hebben 3568 opgenomen of poliklinisch behandelde patiënten een vragenlijst over de ziekenhuiszorg ingevuld. Op basis daarvan zijn de ziekenhuizen per specialisme⁵ met elkaar vergeleken. Als uitkomstmaat is gekeken of de oordelen van patiënten significant in positieve dan wel negatieve zin van het gemiddelde oordeel afwijken.

Hoewel een afwijking van het gemiddelde aan consumenten wel enige informatie over kwaliteit verschaft heeft deze informatie een globaal karakter. In het vervolg op dit project - het huidige ziekenhuisvergelijkingssysteem - is daarom besloten te bezien of het wenselijk zou zijn andersoortige normen te hanteren of te ontwikkelen.

Samenvattend zijn er inmiddels verscheidene initiatieven ontplooid om de transparantie van de zorg te vergroten en patiënten van informatie omtrent de kwaliteit te voorzien. Toch is er tot op heden weinig specifieke informatie voor patiënten beschikbaar op grond waarvan zij een keuze voor een bepaald ziekenhuis zouden kunnen maken. Daarom wordt in dit project verkend of de transparantie van kwaliteit kan worden vergroot indien patiëntvriendelijkheid aan normen zou kunnen worden getoetst en wordt bezien welk soort normen daartoe geschikt zijn.

2.3 Verbeteren van de kwaliteit van zorg

Metten en verbeteren van de kwaliteit van zorg

In hoofdstuk 1 is betoogd dat meningspeilingen onder patiënten een belangrijke pijler zijn in het kwaliteitssysteem van zorgaanbieders. Periodieke meningspeilingen maken zichtbaar hoe patiënten de kwaliteit beoordelen en op welke gebieden kwaliteitsverbeteringen nodig of gewenst zijn. Daarmee ontstaat een cyclisch proces van meten en verbeteren (en her-meten) wat het basisprincipe is van elk kwaliteitssysteem. Zorgaanbieders zijn ook wettelijk verplicht tot het cyclisch meten en verbeteren van de kwaliteit omdat dit is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen⁶ (Min VWS, 1996).

Wat betreft het verbeteren van de kwaliteit is hier de vraag aan de orde, of het toetsen van patiëntenoordelen aan normen bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en zo ja, in welke opzichten. Hierover wordt verschillend gedacht, zoals uit het navolgende blijkt.

Normen niet noodzakelijk voor het verbeteren van de kwaliteit

Uit het - in de vorige paragraaf genoemde - project 'patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen' kan worden afgeleid dat normstelling niet perse nodig zou zijn indien kwaliteitsverbetering het belangrijkste doel is van meningspeilingen onder patiënten. Toen de doelstelling van dat project verschoof - van het geven van consumenteninformatie naar het stimuleren van kwaliteitsverbeteringen - werd afgezien van normontwikkeling. Als reden voeren de auteurs aan dat patiënten(organisaties) en/of cliëntenraad in gezamenlijk overleg met het ziekenhuismanagement kunnen bepalen op welke gebieden verbeteringen zijn gewenst. Wel wordt opgemerkt dat de patiëntenoordelen niet zonder meer handvatten boden voor bijstelling van het kwaliteitsbeleid: *“de discussies in het ziekenhuis over mogelijke*

⁵ In het onderzoek zijn de volgende vier specialismen vergeleken: Cardiologie, Interne geneeskunde, Orthopedische chirurgie en Algemene chirurgie. Er zijn per specialisme afzonderlijke vergelijkingen gemaakt voor opnameafdelingen en voor de polikliniek.

⁶ De betreffende tekst in de kwaliteitswet luidt:
Zorgaanbieders zijn verplicht tot systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Daartoe dient de zorgaanbieder:

- op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en te registreren;
- op basis daarvan dient systematisch te worden getoetst in hoeverre verantwoorde zorg is verleend;
- op basis van deze toetsing dienen zo nodig veranderingen te worden aangebracht.

verbeteringen lieten veel onzekerheden zien. Door elkaar heen werden uitspraken gedaan over wat wel en niet belangrijk is om mee bezig te gaan en waar kernproblemen moeten worden gezocht” (Bon e.a., 1992, pag. 72).

Uit deze ervaringen leiden wij af dat normen niet noodzakelijk zijn voor het verbeteren van de kwaliteit. Normen hadden wellicht wel de interpretatie van de patiëntenoordelen kunnen vergemakkelijken, zodat de betrokken partijen (ziekenhuis, patiëntenorganisatie en cliëntenraad) gemakkelijker tot overeenstemming waren gekomen over noodzakelijke verbeteringen.

Normen voorkómen een eenzijdige interpretatie van patiëntenoordelen

In het project ‘patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen’ was het de bedoeling dat patiëntenorganisaties periodiek de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief zouden beoordelen omdat ‘dergelijke periodieke beoordelingen kunnen functioneren als aanjagers van veranderingsprocessen in ziekenhuizen’, zo hebben Harteloh en Casparie (1991) betoogd. Impliciet wordt daarbij aangenomen dat patiëntenorganisaties per definitie bij de interpretatie van patiëntenoordelen worden betrokken en bij de consequenties daarvan voor het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder. Dit blijkt vooralsnog niet altijd het geval te zijn. Uit een landelijk onderzoek in 2000 blijkt dat 57% van de ziekenhuizen meldt dat uitkomsten van meningspeilingen met patiënten- of cliëntenraad worden besproken. Ook externe beoordeling van het ziekenhuis door RP/CP's of andere patiënten/consumenten(organisaties) komt nog relatief weinig voor: van de ziekenhuizen meldde 14% dat op enigerlei wijze een dergelijke beoordeling had plaatsgevonden (Sluijs en Wagner, 2000b).

Uit deze bevindingen leiden wij af dat het ziekenhuismanagement relatief vaak afgaat op de eigen interpretatie van patiëntenoordelen en op grond daarvan bepaalt wat voor verbetering in aanmerking komt. Indien de resultaten van meningspeilingen aan normen zouden kunnen worden getoetst zou objectieve informatie verkregen worden omtrent gebieden waarop verbeteringen nodig of wenselijk zijn.

Zorginstellingen hebben behoefte aan specifieke informatie omtrent gewenste verbeteringen

Zorginstellingen hebben ook zelf behoefte aan concrete informatie omtrent gewenste verbeteringen, zo blijkt uit ervaringen met Benchmarking⁷. In Benchmarkprojecten worden zorgaanbieders met elkaar vergeleken met als doel diegenen op te sporen die de beste kwaliteit leveren tegen de minste kosten c.q. ‘best practices’. Oordelen van cliënten spelen daarin een belangrijke rol. De bedoeling is dat de overige zorgaanbieders lering trekken uit deze ‘best practices’ en dienovereenkomstig veranderingen aanbrengen. Het doel van Benchmarking is verbetering van kwaliteit en doelmatigheid (en niet het verschaffen van consumenteninformatie; de uitkomsten zijn niet openbaar).

In 1998 is het eerste Benchmarkonderzoek uitgevoerd in de sector thuiszorg (Benchmark Thuiszorg, 1999). Voor het beoordelen van de kwaliteit zijn enquêtes onder grote aantallen cliënten (totaal 18.818) gehouden en de instellingen hebben spiegelinformatie ontvangen⁸. Thuiszorginstellingen zouden graag zien dat die informatie meer aanknopingspunten zou bieden voor verbeteringen, zo bleek bij de voorbereidingen van de tweede Benchmarking die

⁷ Onder benchmarking wordt verstaan: het vergelijken van de prestaties van instellingen met die van toonaangevende instellingen binnen de sector, de best-practice instellingen. Het doel van het benchmarkonderzoek in de thuiszorg was driedelig: het bieden van 1) vergelijkingsmateriaal voor de thuiszorginstellingen, 2) aanknopingspunten voor het optimaliseren van de bedrijfsvoering door het management van de instellingen, en 3) het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van een systeem voor outputfinanciering in de sector.

⁸ Uit de vergelijking tussen de 12 best-practice instellingen en de overige thuiszorginstellingen bleek dat: ‘er geen duidelijke kenmerken in de bedrijfsvoering zijn te vinden die de best-practice-instellingen als categorie onderscheiden van andere instellingen’. Wel bleek er in zijn algemeenheid een verband te bestaan tussen efficiëntie en (een laag) ziekteverzuim.

in 2001/2002 plaatsvond. Expliciete normen zouden daaraan een bijdrage kunnen leveren omdat dan duidelijker uitspraken kunnen worden gedaan over gebieden waarop wel en waarop geen verbeteringen noodzakelijk zijn. Dergelijke normen zijn echter ook voor de thuiszorg (nog) niet voorhanden.

Samenvattend kan het volgende worden geconcludeerd. Voor het realiseren van kwaliteitsverbeteringen lijken niet per definitie normen nodig. Wel zouden normen de interpretatie van patiëntenoordelen vergemakkelijken omdat normen als objectieve maatstaf kunnen dienen voor wat goed en niet goed gaat. Dat geldt zowel voor de ziekenhuizen zelf als voor de cliëntenraden en RP/CP's.

2.4 Houvast voor zorgaanbieders en patiënten

Los van de bijdrage aan transparantie en kwaliteitsverbetering geven normen per definitie houvast aan zowel zorgaanbieders als patiënten. Hoewel die functie (van normen) min of meer vanzelfsprekend is gaan wij er voor de volledigheid kort op in.

Voor zorgaanbieders geven normen aan waar naar gestreefd zou moeten worden. Het halen van de normen kan werken als een vorm van positieve feedback. Indien de zorgverlening aan de normen voldoet kunnen de betrokken hulpverleners daar voldoening en wellicht ook motivatie aan ontlelen. Daarmee kan ook enige nuancering worden aangebracht in het kwaliteitszorgprincipe dat kwaliteit nooit af is, maar dat altijd aan verbetering kan worden gewerkt. Normstelling kan duidelijk maken welk kwaliteitsniveau als goed kan worden beschouwd en dus behouden dient te worden. In die zin zijn aan normstelling positieve kanten voor zorgaanbieders verbonden.

Ook patiënten en consumenten hebben houvast als (via normen) duidelijk is welk kwaliteitsniveau als goed wordt beschouwd en wat zij (dus) van zorgaanbieders mogen verwachten. Denk bijvoorbeeld aan de Treek-normen die ten aanzien van aanvaardbare wachttijden zijn opgesteld (Treekoverleg, 2001). Patiënten weten hierdoor waar zij aan toe zijn. Hoewel patiënten geen rechtszekerheid aan dergelijke normen kunnen ontleen kunnen zij de zorgaanbieder (of zorgverzekeraar) daar wel op aanspreken (Friele e.a. 2000).

2.5 Samenvattend kader m.b.t. de functies van normen

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal waarom normen nodig zouden zijn om de kwaliteit van zorg (vanuit patiëntenperspectief) aan te toetsen en voor welke partijen dat van belang zou zijn. In zijn algemeenheid blijkt uit het voorgaande dat normen een hulpmiddel zijn bij de interpretatie van patiëntenoordelen, dat wil zeggen bij de vraag welke betekenis aan het oordeel van patiënten moet worden gehecht.

Voor patiënten en voor de ziekenhuizen zijn er accentverschillen in de primaire functies die (toetsing aan) normen kan vervullen⁹. Voor patiënten ligt het accent op het verhogen van de transparantie van de kwaliteit van zorg, zodat patiënten weloverwogen keuzes kunnen maken. Voor ziekenhuizen ligt het accent op (handvatten voor) het verbeteren van de kwaliteit van zorg, hetgeen vanzelfsprekend weer ten goede komt aan de patiënt.

⁹ Normstelling kan vanzelfsprekend ook van belang zijn voor zorgverzekeraars, de inspectie en ketenpartners. Deze studie is beperkt tot de hoofdrolspelers in het ziekenhuisvergelijkingsproject, de patiënten(organisaties) en de ziekenhuizen.

Schema 2.1 geeft een samenvattend overzicht van functies die normen voor patiënten(organisaties) en ziekenhuizen zouden kunnen vervullen.

Schema 2.1 Een kader m.b.t. de functies die normen kunnen vervullen voor patiënten en ziekenhuizen

Individuele patiënten of consumenten: transparantie

- om weloverwogen keuzes te kunnen maken
- om te weten welk kwaliteitsniveau zij mogen verwachten

Cliëntenraden:

- om het ziekenhuis onderbouwd te kunnen adviseren omtrent wenselijke kwaliteitsverbeteringen

Patiënten/consumenten(organisaties) of RP/CP's

- om houvast te hebben bij het beoordelen van ziekenhuizen
- om onderbouwde aanbevelingen te kunnen doen voor wenselijke verbeteringen

Ziekenhuis en hulpverleners in het ziekenhuis:

- om aan de normen af te kunnen meten wanneer het goed gaat (feedback)
- om objectieve informatie te krijgen over wenselijke verbeteringen

De koepel/branche-organisatie

- om inzicht te krijgen in wat goed en niet goed gaat in de gehele sector

Dit kader laat zien dat normen een functie kunnen vervullen op verschillende niveau's. Op micro-niveau voor individuele patiënten en hulpverleners. Op meso-niveau voor cliëntenraden, ziekenhuisorganisatie en RP/CP's. En op macroniveau voor de gehele sector.

Dit kader biedt handvatten aan ziekenhuizen en patiënten(organisaties) en eventueel ook andere partijen bij hun discussies over het toekomstige gebruik van normen in ziekenhuis-vergelijkingsprojecten¹⁰.

¹⁰ Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van normen komen nog andere dimensies aan de orde waar in hoofdstuk 4 op in wordt gegaan (bijvoorbeeld vragen rond de acceptatie en het draagvlak van normen en, verwant daarmee, de vraag wie de normen heeft opgesteld).

3 Overzicht van bestaande normen

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een inventarisatie van soorten normen die momenteel worden gebruikt in de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat om normen die door patiënten/consumentenorganisaties en/of zorgaanbieders ontwikkeld zijn en betrekking hebben op de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Eerst wordt hierna ingegaan op de werkwijze die is gehanteerd is bij de vorige ziekenhuisvergelijking (in het pilotproject) waarbij het rekenkundig gemiddelde als maatstaf is gebruikt. Vervolgens komen aan de orde:

- algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief, opgesteld door de NP/CF;
- normen die bij accreditatie of certificering worden gehanteerd (NIAZ of HKZ);
- normen in het project patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen;
- normen in benchmark projecten;
- normen in individuele ziekenhuizen;
- landelijke normen m.b.t. wachttijden;

Het hoofdstuk besluit met een overzicht van typen normen die te onderscheiden zijn.

3.2 Normen in het pilot Ziekenhuisvergelijkingproject

In 1999 is - als voorloper van het huidige ziekenhuisvergelijkingssysteem - een pilotstudie uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre het mogelijk was ziekenhuisafdelingen met elkaar te vergelijken op basis van onder meer de oordelen van patiënten over de kwaliteit van zorg (Straten e.a., 1999). Het gemiddelde oordeel van patiënten (gemiddeld percentage tevreden patiënten) werd daarbij als maatstaf gebruikt. Een significante afwijking van het gemiddelde werd gehanteerd om aan te geven of een ziekenhuis beter of slechter (dan het gemiddelde) presteerde wat betreft de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief

Een vergelijking met het rekenkundig gemiddelde is een gangbare werkwijze in wetenschappelijk onderzoek en staat nauwelijks ter discussie. Ook in het huidige ziekenhuisvergelijkingssysteem wordt het gemiddelde als maatstaf gebruikt omdat vooralsnog geen betere norm voorhanden is. Wel is de ervaring dat aan het gemiddelde enkele bezwaren kleven, waar we kort op ingaan.

Een bezwaar van het gemiddelde als maatstaf is dat een afwijking van het gemiddelde een vrij globale indeling geeft. Een score boven het gemiddelde betekent wel dat een ziekenhuisafdeling beter presteert, maar niet hoeveel beter. Het is voorstelbaar dat een ziekenhuisafdeling die excellent presteert dat ook graag in de vergelijking uitgedrukt zou zien. Dit bezwaar zou ondervangen kunnen worden indien met meerdere klassen wordt gewerkt waarin de afstand tot het gemiddelde tot uiting komt.

Ten tweede moet worden opgemerkt dat relatieve vergelijkingen binnen een sector niet in alle opzichten bevredigend zijn, ongeacht of dat op basis van het gemiddelde of op basis van best practices plaatsvindt, zoals in benchmarking gebruikelijk is (Benchmarkonderzoek Thuiszorg, 1999). Bij vergelijkingen binnen een sector wordt de huidige inrichting van de gezondheidszorg als uitgangspunt genomen en wordt uitgegaan van het huidige zorgaanbod. De vraag of die inrichting en dat zorgaanbod het meest adequaat is vanuit patiëntenperspectief blijft daarmee buiten beschouwing. Verwant daarmee signaleren

relatieve vergelijkingen geen situaties waarbij in de gehele sector verbeteringen gewenst zouden zijn, denk bijvoorbeeld aan vermindering van wachtlijsten, wachttijden of infecties. Zorgaanbieders die op deze gebieden beter dan gemiddeld presteren kunnen niet per definitie als 'goed' worden aangemerkt¹¹.

Geconcludeerd moet worden dat een vergelijking met het rekenkundig gemiddelde algemeen gangbaar is in wetenschappelijk onderzoek. Een bezwaar in het ziekenhuisvergelijkingsstelsel is dat ziekenhuizen daarmee op vrij globale wijze worden ingedeeld (boven en onder het gemiddelde). Daarnaast geldt voor alle relatieve vergelijkingen dat niet zichtbaar wordt of en zo ja welke tekortkomingen in een gehele sector spelen.

3.3 Algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF) zijn in 1995 algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld (NP/CF, 1995). Deze criteria zijn sectoroverstijgend en gelden voor alle vormen van zorgverlening. Ze weerspiegelen de "kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief". In totaal zijn 30 criteria c.q. normen opgesteld en is bij elke norm een aantal specificaties of aandachtspunten opgenomen. Ter illustratie volgt de letterlijke weergave van één van de normen:

"De patiënt participeert als volwaardige partner in de besluitvorming en uitvoering rond zijn/haar behandeling" (criterium 5.1)

Specificatie:

- *De eigen keuzes/beslissingen van de patiënt worden zoveel mogelijk gerespecteerd; hij/zij kan deze beslissingen in alle rust nemen (criterium 5.1.c).*

Bijzondere aandachtspunten:

- *keuze van de hulpverlener*
- *keuze voor een bepaalde behandeling*
- *keuze voor de plaats van behandeling*
- *het expliciete toestemmingsprincipe*
- *de uitsluiting van dwang (NP/CF, 1995).*

Op deze wijze zijn met betrekking tot 30 onderwerpen normen vanuit patiëntenperspectief geformuleerd. Het doel daarvan is aan zorgaanbieders kenbaar te maken wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de gezondheidszorg, zodat zorgaanbieders hun beleid daarop kunnen richten.

Een aantal van deze onderwerpen is ook opgenomen in de vragenlijst die in het ziekenhuisvergelijkingsstelsel wordt gebruikt. Omdat de normen niet in meetbare grootheden zijn uitgedrukt lijken zij geen expliciete handvatten te bieden om patiëntenoordelen aan te toetsen. Indien men echter van mening is dat bij **alle** patiënten en in **alle** omstandigheden aan deze normen zou moeten worden voldaan, zou een 100% norm

¹¹ Het bestaan van sectorbrede problemen kan betekenen dat de oplossing niet uitsluitend op instellingsniveau moet worden gezocht, maar bijvoorbeeld op regionaal of landelijk niveau moet worden aangepakt (denk aan wachtlijsten, personeelstekorten et cetera).

gelden. De vraag is of een dergelijke norm realistisch is en die 100%-norm is dan ook niet als zodanig door de NP/CF geformuleerd¹².

3.4 Normen bij certificering of accreditatie (HKZ of NIAZ).

Om voor certificering of accreditatie in aanmerking te komen moeten zorgaanbieders voldoen aan een aantal kwaliteitsnormen. We gaan achtereenvolgens in op de normen die daarbij door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ) en het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) worden gehanteerd.

Bij de HKZ zijn inmiddels 11 certificatieschema's voor sub-sectoren verschenen (en 11 in voorbereiding). De kwaliteitsnormen in deze schema's worden opgesteld in overleg met patiënten/consumentenorganisaties en alle andere betrokken partijen (zorgaanbieders, ketenpartners en zorgverzekeraars). Op basis van de normen vindt externe beoordeling plaats door een onafhankelijke (formeel erkende) certificerende instantie.

De normen in deze schema's die het patiëntenperspectief betreffen zijn afgeleid van de hiervoor besproken Algemene kwaliteitscriteria van de NP/CF. Daarnaast bevatten de schema's wettelijke kwaliteitseisen, bijvoorbeeld m.b.t. Privacywetgeving, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Ter illustratie een voorbeeld van kwaliteitsnormen in het Certificatieschema voor Dialysecentra (SHKZ, 1999):

Toestemmingsvereiste (norm 2.7)

- *Het dialysecentrum draagt er zorg voor dat de patiënt, conform wettelijke bepalingen, toestemming geeft voor de behandeling;*
- *De zorgverlener moet de informatie op zodanige wijze verstrekken dat deze aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt;*
- *De door de patiënt gegeven toestemming wordt vermeld in een dossier.*

Hoe wordt beoordeeld of een instelling aan deze normen voldoet? In het certificatieschema worden daartoe de volgende suggesties gedaan: "Beoordeeld kan worden of het dialysecentrum regelingen hanteert ten aanzien van het verkrijgen van toestemming van de patiënt en of deze regelingen bekend zijn. Tevens kan dit worden beoordeeld door het bestuderen van uitkomsten van patiëntenraadplegingen" (SHKZ, 1999, pag.37). Nadere specificaties, bijvoorbeeld in aantallen of percentages worden niet gegeven. De certificerende instantie bepaalt zelf op welke wijze hij/zij beoordeelt of, en zo ja in welke mate de zorgaanbieder aan deze eisen voldoet.

Ook bij de accreditatie van ziekenhuizen worden nog geen meetbare normen met betrekking tot het patiëntenperspectief gehanteerd¹³. De NP/CF en het NIAZ beraden zich momenteel wel omtrent de wijze waarop normen voor het patiëntenperspectief opgesteld zouden kunnen worden. De conclusie is dat de certificatie- of accreditatie-normen (nog) niet als meetbare

¹² Op vergelijkbare wijze zijn door de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) normen opgesteld voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Een aantal van die normen is in meetbare grootheden uitgedrukt, bijvoorbeeld: "Een belsignaal van een bewoner moet binnen 5 minuten beantwoord zijn" (LOC, 2000). Bij deze normen is niet geëxpliciteerd of een verpleeghuis altijd en in alle omstandigheden aan deze normen moet worden voldaan c.q. 100% als norm.

¹³ Een voorbeeld van normen die het NIAZ hanteert bij de accreditatie van ziekenhuizen is: "Het ziekenhuis evalueert het kwaliteitsbeleid aan de hand van de waardering van de patiënten/cliëntenraad, de verwijzers, het personeel en de omgeving. Conform wetgeving vindt regelmatig overleg plaats met de cliëntenraad".

indicatoren zijn geformuleerd en vooralsnog geen handvatten bieden om patiëntenoordelen aan te toetsen.

3.5 Normen in het project patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen

Zoals in hoofdstuk 2 is opgemerkt zijn in het project Patiëntvriendelijkheid van Ziekenhuizen (Bon e.a., 1992) geen normen in de zin van indicatoren opgesteld. De participanten in dat project vonden het belangrijker dat de samenwerking tussen het ziekenhuis en de patiëntenorganisatie op gang kwam en dat zij in gezamenlijk overleg zouden bepalen op welke gebieden verbeteringen wenselijk zijn (Bon e.a., 1992).

In het - over dit project verschenen - rapport zijn echter wel normen gehanteerd omdat de auteurs in zijn algemeenheid wilden aangeven op welke gebieden de patiëntvriendelijkheid in ziekenhuizen verbeterd zou moeten worden. Daarbij werd een onderwerp als te verbeteren aangemerkt op een afdeling indien significant meer dan 10% van de patiënten op een afdeling van mening was dat het 'beter kon'¹⁴. We geven een toelichting aan de hand van een vraag uit de vragenlijst:

<i>Hoe goed werd u geïnformeerd over de uit te voeren behandelingen wat betreft:</i>			
- risico's	0 goed	0 kon beter	0 kon duidelijk beter
- pijnlijkheid	0 goed	0 kon beter	0 kon duidelijk beter
- mogelijke bijwerkingen	0 goed	0 kon beter	0 kon duidelijk beter

Als 10% van de patiënten aangaf dat de informatie 'beter of duidelijk beter kon' werd het verstrekken van informatie **in de rapportage** als verbeterpunt aangemerkt. Elk individueel ziekenhuis was natuurlijk vrij om ook andere aspecten te verbeteren die niet als verbeterpunt bestempeld waren.

De grens van 10% 'ontevreden' oftewel 90% "tevreden" was gekozen omdat "bij veel onderzoek blijkt dat zorgaspecten vaak met 90% of meer met goed worden beoordeeld" (Bon e.a., 1992).

Hoewel een 90%-norm een voor de hand liggende oplossing lijkt en de hierop gebaseerde rapportage volgens de ziekenhuizen voldoende aangrijpingspunten voor verbetering bood, zijn bij deze norm de volgende kanttekeningen te maken.

Ten eerste is de 90%-norm in het project voor **alle** onderwerpen gehanteerd. De vraag dient zich aan of voor sommige onderwerpen een lagere norm zou kunnen gelden¹⁵, of misschien een hogere, bijvoorbeeld bij wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen.

Ten tweede bood de norm niet zonder meer handvatten voor prioritering van verbeterpunten: bij vrij veel onderwerpen bleek de 90%-norm niet te worden gehaald. Daardoor kwamen veel onderwerpen voor verbetering in aanmerking, zodat alsnog een selectie moest worden gemaakt¹⁶.

Verwant daarmee bleek het voor de ziekenhuizen niet eenvoudig te zijn om op basis van de gegevens een beleid voor het verbeteren van de patiëntvriendelijkheid te formuleren. Eerst

¹⁴ Een onderwerp dat op 30% van de afdelingen als verbeterpunt werd aangemerkt, werd geacht een verbeterpunt voor het gehele ziekenhuis te zijn (in tegenstelling tot de hier bedoelde verbeterpunten die voor één afdeling gelden).

¹⁵ Door Van der Pas e.a. wordt hieromtrent (in een vervolproject) het volgende opgemerkt; "Soms kan 20% respondenten die opmerken dat iets beter moet, acceptabel zijn, bijvoorbeeld bij klachten over geluidsoverlast tijdens een verbouwing. Soms is 20% echter een lelijk teken aan de wand, bijvoorbeeld als 20% van de patiënten klaagt dat zij te lang moeten wachten als ze gebeld hebben om hulp" Van der Pas e.a., 1995).

¹⁶ Daarbij was niet duidelijk welke criteria moesten worden gehanteerd (bijvoorbeeld urgentie, haalbaarheid, realiseerbaar op korte of lange termijn et cetera).

moest worden geanalyseerd welke oordelen met elkaar samenhangen en door welke (onderliggende) problemen tekorten in de patiëntvriendelijkheid werden veroorzaakt. De ziekenhuizen wilden niet afgaan op één geïsoleerd item om ten aanzien daarvan een ad-hoc maatregel te nemen. Men wilde een samenhangend beleid voor het verbeteren van de patiëntvriendelijkheid ontwikkelen (Bon e.a., 1992).

De conclusie is dat - met inachtneming van genoemde kanttekeningen - de hier gehanteerde 90%-norm gebruikt zou kunnen worden om patiëntoordelen aan te toetsen. Een dergelijke norm biedt aangrijpingspunten voor verbetering maar biedt niet zonder meer handvatten voor het prioriteren van verbeterpunten¹⁷. De vraag blijft of eenzelfde (90%) norm voor alle onderwerpen zou moeten gelden.

3.6 Normen in benchmarkingsprojecten

Het doel van benchmarking is 'best practices' op te sporen, zodat andere organisaties daarvan leren en kunnen proberen eenzelfde niveau te bereiken. Deze scores van 'best' presterende instellingen worden naar onze mening impliciet beschouwd als normen waarnaar gestreefd zou moeten worden.

In de ziekenhuissector is geen benchmarkproject uitgevoerd. Daarom bespreken we ter illustratie de Benchmarking in de Thuiszorg. In dat project zijn geen uitspraken over normen gedaan. De auteurs kiezen voor een terughoudende opstelling met de volgende argumentatie: *"Kwaliteitsbeoordeling in het kader van een benchmarkonderzoek is complex; instellingen interpreteren het begrip "kwaliteit" op verschillende manieren. Het benchmarkanalysemodel bevat geen kwaliteitsnormen en geen kwaliteitsstandaard. Een dergelijke extern ontwikkelde standaard zou naar onze mening te zeer vatbaar zijn voor discussies binnen de sector. In plaats daarvan hebben wij gekozen (...) voor een kwaliteitsmeting vanuit het gezichtspunt van de cliënt"* (Benchmark Thuiszorg, 1999, pag 38).

Ter illustratie beschrijven we hoe de 'best practices' in 1999 zijn berekend op basis van de cliëntoordelen over de thuiszorg (Benchmarkonderzoek Thuiszorg, 1999).

Cliëntoordelen met betrekking tot de werkwijze van de thuiszorgmedewerk(st)ers¹⁸:

- *werken zij netjes en geordend?*
- *werken zij hygiënisch?*
- *gaan zij zorgvuldig om met uw spullen?*

met als antwoordcategorieën¹⁹:

- *ja* (omgezet in rapportcijfer 10)
- *meestal wel* (omgezet in rapportcijfer 7)
- *meestal niet* (omgezet in rapportcijfer 4)
- *nee* (omgezet in rapportcijfer 1)

¹⁷ Door Van der Pas e.a. wordt opgemerkt: "Als de keuze (...) is om alle punten die door minder dan 10% van de respondenten als te verbeteren worden aangemerkt, niet mee te tellen, dan is dat eigenlijk de keuze om tien procent van de patiënten niet serieus te nemen" (Van der Pas e.a., 1995).

¹⁸ Zie de Vragenlijst Kwaliteit thuiszorg vanuit het perspectief van cliënten van thuiszorginstellingen (Stichting Kien, 1998).

¹⁹ Bij ander type vragen worden andere antwoord categorieën gebruikt. Bijvoorbeeld: Krijgt u in het algemeen de hoeveelheid thuiszorg waar u recht op heeft? ja; ik twijfel, maar eigenlijk wel; ik twijfel, maar eigenlijk niet; nee.

De antwoordcategorieën zijn achteraf door de onderzoekers omgezet in rapportcijfers om een score per thuiszorginstelling te kunnen berekenen (de gemiddelde score bedroeg 8,1; minimum 7,3 en maximum 8,8). De scores zijn vervolgens gewogen voor het belang dat cliënten aan elk onderwerp hechten, hetgeen eveneens in de vragenlijst aan cliënten was gevraagd. Daarna zijn de thuiszorginstellingen op basis van hun (totaal gemiddelde) score in drie groepen ingedeeld, namelijk:

Groep A: instellingen met een score van 8,4 of hoger

Groep B: instellingen met een score tussen 8,0 en 8,4

Groep C: instellingen met een score beneden 8,0.

De instellingen in groep A zijn als de best presterende aangeduid²⁰. Over de mate waarin de overige instellingen van deze best practices geleerd hebben zijn (nog) geen gegevens bekend.

Rapportcijfers kunnen in principe worden gebruikt om patiëntenoordelen aan te toetsen (overigens worden rapportcijfers op andere (empirische) wijze berekend in de lopende benchmark thuiszorg; nog niet gepubliceerd ten tijde van deze studie). Het feit dat ook het belang van de items is meegewogen kan als een sterk punt worden aangemerkt.

Voor het indelen van de thuiszorginstellingen zijn totaal gemiddelde scores per instelling berekend. Daarbij valt de volgende kanttekening te maken. Uit het Benchmarkonderzoek bleek dat de gemiddelde scores sterk beïnvloed zijn door de grote aantallen cliënten die een zeer hoge waardering gaven. Bijvoorbeeld: van de 17.354 cliënten gaven ruim 6000 cliënten een waardering tussen de 9 tot 10 (Benchmarkonderzoek Thuiszorg, Appendix, 1999). Daarnaast waren er echter ruim 700 cliënten die een waardering lager dan 5 gaven. Dat wordt niet zichtbaar in het algemeen gemiddelde dat op 8,1 uitkwam. Een mogelijkheid zou zijn de spreiding van de oordelen in acht te nemen en eventueel een limiet te stellen aan het percentage patiënten dat de kwaliteit als (zeer) onvoldoende beoordeelt. En nadeel van één rapportcijfer voor de gehele thuiszorginstelling of het gehele ziekenhuis is dat dit geen recht doet aan verschillen tussen de diverse onderdelen van de instelling. In de huidige ziekenhuisvergelijking is daar dan ook vanaf gezien en worden vergelijkingen per specialisme gemaakt.

3.7 Normen van individuele ziekenhuizen

Binnen individuele ziekenhuizen worden ook eigen normen opgesteld. Hoeveel ziekenhuizen dat inmiddels hebben gedaan is niet bekend. Ter illustratie bespreken we twee voorbeelden²¹: de normen die destijds door het Academisch Ziekenhuis Nijmegen waren opgesteld (Claessens e.a., 1994) en de normen van het Diakonessenhuis Utrecht (Diakonessenhuis, 1997). Vanuit beide ziekenhuizen wordt gesteld dat het van belang is dat *“een ziekenhuis weet welk kwaliteitsniveau zij nastreeft én weet welk niveau daadwerkelijk wordt geleverd”*. In beide ziekenhuizen hebben de normen betrekking op de gehele routing van de patiënt van aanmelding tot ontslag en in beide ziekenhuizen zijn de normen opgesteld in overleg met patiënten(organisaties). Voor zover mogelijk zijn de normen in meetbare indicatoren geformuleerd (bijvoorbeeld “de patiënt wacht niet langer dan 4 minuten voordat hij te woord wordt gestaan”).

²⁰ Overigens merken de auteurs op dat binnen eenzelfde instelling uitschieters in de cliëntenoordelen te zien zijn: “de oordelen variëren van beneden de 6 en soms zelfs beneden de 2, tot ver boven de 9” (Benchmarking Thuiszorg, 1999 pag. 82).

²¹ Wij pretenderen geen volledigheid. Er zijn naar verwachting meer ziekenhuizen die eigen normen hebben opgesteld. Deze twee voorbeelden dienen uitsluitend ter illustratie.

In het Diakonessenhuis is het uitgangspunt dat de normen voor minimaal 80% van de patiënten geldend moeten zijn. Wel is opgemerkt dat niet alle stappen in de routing (en de daarbij horende normen) van toepassing zijn op elke patiënt (Diakonessenhuis, 1997). In het Nijmeegse ziekenhuis is bij elke norm vastgesteld hoe wordt gemeten (via observatie of via interviews met patiënten) of de normen worden gehaald²². Ter illustratie geeft tabel 3.1 een voorbeeld van enkele normen (voor de polikliniek) met daarbij vermeld in welke mate de normen werden gehaald volgens interviews met 50 patiënten.

Tabel 3.1 Voorbeelden van normen in een ziekenhuis en de mate waarin deze zijn gerealiseerd volgens 50 (geïnterviewde) patiënten.

<i>Normen m.b.t. de routing van de patiënt</i>	<i>gerealiseerd volgens % patiënten</i>
Alle afspraken met de patiënt worden op een eenduidige en duidelijke wijze gepland	16%
De patiënt ontvangt thuis vooraf aan zijn bezoek het informatieboekje voor patiënten	54%
De verpleegkundige/doktersassistent stelt zichzelf voor aan de patiënt	73%
De arts informeert de patiënt over zijn bevindingen naar aanleiding van het onderzoek	82%
De arts stelt samen met de patiënt een voorlopig diagnose- en behandelplan op	98%
De arts behandelt de patiënt vriendelijk en beleefd	98%
De patiënt ontvangt een afsprakenlijst	100%

Bron: Claessens, 1994

Deze tabel geeft volgens ons aanleiding tot twee overwegingen.

Ten eerste, hoewel de normen door de polikliniekmedewerkers zelf (samen met patiënten) waren opgesteld blijkt dat- strikt genomen - slechts één van de 7 normen werd gehaald: **alle** patiënten ontvingen een afsprakenlijst. Dit illustreert overigens wel dat een 100% norm niet per definitie onmogelijk of onhaalbaar is.

Ten tweede. Bij de overige zes normen treden de al eerder genoemde interpretatie-problemen op: wat is haalbaar, hoe zwaar weegt elke norm en in welke orde van grootte zijn afwijkingen van de norm acceptabel? De tabel toont dat er grote verschillen zijn tussen de normen in de mate waarin zij worden of kunnen worden gehaald. Dat is een ondersteuning voor de eerder gedane suggestie dat differentiatie tussen normen wenselijk zou zijn. Dat wil zeggen dat bij elke norm vastgesteld zou moeten worden welk percentage haalbaar en acceptabel is, in plaats van een uniform percentage op alle normen van toepassing te laten zijn.

Vanuit de betreffende ziekenhuizen wordt overigens geen melding gemaakt van de hier (door ons) gesignaleerde interpretatieproblemen. Voor de mate waarin de bevindingen tot verbeteringen hebben geleid merken zij het volgende op: Voor de polikliniekmedewerkers zijn de resultaten *“aanleiding geweest tot directe kwaliteitsverbeteringen (er zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt dat elke medewerker die in contact komt met een patiënt zichzelf voorstelt), en tot het opstarten van kwaliteitsprojecten (bijvoorbeeld om het aantal verstoringen van het spreekuur terug te dringen). Andere zaken worden meegenomen in de beleidsplanning voor de langere termijn”* (Claessens, 1994).

²²

Een voorbeeld m.b.t. patiënten die zich melden aan de balie.

Factor: Wachtijd balie.

Norm: De patiënt wacht niet langer dan 2 minuten voordat hij/zij aan de balie te woord wordt gestaan.

Meting: Observeer bij 20 willekeurige patiënten op 5 verschillende dagen van de week, hoe lang een patiënt heeft gewacht voordat hij/zij aan de balie te woord wordt gestaan. (Bron: Claessens e.a, 1994)

3.8 Landelijke normen m.b.t. wachttijden

Ten aanzien van wachttijden voor ziekenhuizen zijn door zorgaanbieders en zorgverzekeraars landelijke streefnormen opgesteld in het zogenaamde Treekoverleg (Treekoverleg, 2000). Patiënten(organisaties) waren daar niet bij betrokken.

Het Treekoverleg heeft de volgende normen geformuleerd voor aanvaardbare wachttijden, uitgesplitst in polikliniekbezoek en ziekenhuisopname. Afgesproken is dat de normen vóór 2003 gerealiseerd moeten zijn. De normen gelden niet voor spoedopnamen:

Voor de specialist (poliklinisch):

- 80% van de patiënten moet binnen 3 weken terecht kunnen.
- de **maximaal** aanvaardbare wachttijd is 4 weken

Voor ziekenhuisopname:

- 80% van de patiënten moet binnen 5 weken zijn opgenomen
- de **maximaal** aanvaardbare wachttijd is 7 weken.

De wijze waarop deze normen zijn geformuleerd geven niet alleen houvast aan het ziekenhuis maar ook aan de individuele patiënt. Volgens deze normen zou het namelijk niet aanvaardbaar zijn als een individuele patiënt langer dan vier weken zou moeten wachten voor polikliniekbezoek of langer dan zeven weken voor een ziekenhuisopname.

Patiënten hanteren voor een deel andere normen, zo blijkt uit een onderzoek van de Consumentenbond en Nivel (Friele, Dane en Andela, 2001). Aan 1455 patiënten is gevraagd welke normen zij redelijk vinden (respons 74%). Daaruit blijkt dat patiënten niet veel afwijken van de norm voor de wachttijd voor polikliniekbezoek, maar dat zij de wachttijd voor opname veel te lang vinden²³. Deze verschillen tussen zorgaanbieders en patiënten impliceren dat men bij het hanteren van normen niet heen kan om de vraag wie de normen hebben bepaald en welke partijen daarbij betrokken waren.

De normen zijn in meetbare indicatoren geformuleerd en kunnen dus worden gebruikt om patiëntenoordelen aan te toetsen. Dat is inmiddels (in datzelfde onderzoek) gebeurd door aan patiënten te vragen hoe lang zij in werkelijkheid hebben moeten wachten (Friele e.a. 2001)²⁴. Daaruit blijkt dat de normen niet werden gehaald. De Treeknorm is dat 80% binnen drie weken op de polikliniek terecht kan, terwijl die norm in werkelijkheid bij 46% van de patiënten werd gehaald (54% van de patiënten moest langer wachten). Wat betreft de ziekenhuisopname moest 36% van de patiënten langer wachten dan de Treeknorm²⁵. De auteurs laten zich niet uit over mogelijke consequenties die verbonden zouden kunnen worden aan het overschrijden van de normen.

²³ Polikliniek: 75% van de patiënten vindt een wachttijd van minder dan 3 weken voor polikliniekbezoek redelijk. Gemiddeld over alle patiënten genomen vindt men een wachttijd van 2,8 weken redelijk. Ziekenhuisopname: 76% van de patiënten vindt een wachttijd van minder dan 4 weken voor ziekenhuisopname redelijk. Gemiddeld over alle patiënten vindt men een wachttijd van 2,4 weken voor ziekenhuisopname redelijk. (Friele e.a., 2001).

²⁴ De gegevens zijn afkomstig van 550 patiënten die in 2000 een niet-spoedeisend bezoek aan de polikliniek hebben gebracht en van 142 patiënten die dat jaar met niet-spoedeisende klachten in het ziekenhuis waren opgenomen (Friele e.a., 2001).

²⁵ Over alle patiënten genomen was de gemiddelde wachttijd voor polikliniekbezoek 5,2 weken en was de gemiddelde wachttijd voor een ziekenhuisopname 5,3 weken (Friele e.a., 2001).

Deze bevinding geeft aanleiding tot een laatste overweging die bij het hanteren van normen een rol speelt: hoe vrijblijvend zijn normen? wie is aanspreekbaar als normen niet worden gehaald? Is het wenselijk om incentives of sancties te verbinden aan het wel of niet voldoen aan de normen?

3.9 Samenvattend overzicht van soorten normen

Tot besluit geven we een samenvattend overzicht van het soort normen dat momenteel kan worden gebruikt om oordelen van patiënten aan te toetsen. Dit overzicht is - inclusief een korte toelichting - voorgelegd aan vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen. Aan hen is gevraagd is welk soort normen het meest bruikbaar is om oordelen van patiënten aan te toetsen en de vraag of nieuwe normen ontwikkeld zouden moeten worden. De resultaten staan in hoofdstuk 5.

Schema 3.1 Overzicht van soorten normen

1. Gemiddelde: op basis van het rekenkundig gemiddelde worden ziekenhuizen ingedeeld in goed en minder goed presterend.
2. Best practice: bij Benchmarking wordt uitgegaan van de 10% best presterende instellingen. De scores van deze best practices worden de streefnorm voor alle instellingen.
3. 100%- norm: als norm geldt dat alle patiënten (100%) tevreden zijn over elk zorgaspect.
4. 80% of 90% - norm: 80% of 90% van de patiënten is tevreden over elk zorgaspect.
5. Gedifferentieerde normen: dit betekent dat normen per zorgaspect kunnen verschillen. Als voorbeeld de Treeknormen: voor ziekenhuisopname geldt dat 80% van de patiënten binnen 5 weken opgenomen moet zijn, terwijl dat voor de polikliniek 3 weken is.
6. Limieten voor individuele patiënten: de hiervoor genoemde normen 1 t/m 5 hebben betrekking op een gemiddelde norm voor het ziekenhuis. In de Treeknormen is daarnaast de maximale wachttijd voor patiënten vastgesteld: voor opname maximaal 7 weken en voor de polikliniek maximaal 4 weken.

Naast deze algemene normen zijn er inmiddels diverse ziekenhuizen die - samen met patiënten(organisaties) - normen voor het eigen ziekenhuis hebben opgesteld. Hoeveel ziekenhuizen dat inmiddels hebben gedaan is niet bekend. Ook is niet bekend in welke mate de normen die individuele ziekenhuizen hanteren onderling vergelijkbaar zijn.

Het blijkt niet zonder meer mogelijk te zijn de voor- en nadelen van de verschillende typen normen tegen elkaar af te zetten. Dat is namelijk mede afhankelijk van de wijze waarop de normen worden gebruikt of kunnen worden gebruikt. Het volgende hoofdstuk gaat daarop in.

4 Status en betekenis van de normen

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn normen op een rij gezet die in principe geschikt zijn om de patiëntvriendelijkheid van een ziekenhuis aan te toetsen. Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van de verschillende typen normen moet een aantal overwegingen worden betrokken die te maken hebben met - wat wij aanduiden als - de status en betekenis van de normen. Daarmee wordt het volgende bedoeld: Stel dat uitgegaan wordt van de norm dat 90% van de patiënten tevreden zou moeten zijn. Dan rijzen nog de volgende vragen:

- is het een minimumnorm of een streefnorm?
- betekent de norm hetzelfde voor ziekenhuizen en individuele patiënten?
- wie heeft de norm bepaald en wat is de acceptatie?
- wat is het relatieve belang van de aspecten waarover patiënten oordelen?
- wat gebeurt er als de norm niet wordt gehaald?
- hoeveel normen moet men hanteren (afbakening)?

Deze vragen spelen bij vrijwel alle soorten normen een rol. Daarom wordt in het navolgende wat dieper op deze vragen ingegaan.

4.2 Minimumnormen of streefnormen

Het kiezen van een van de in het vorige hoofdstuk besproken normen alleen is niet voldoende. Een kwalificatie is nodig om te weten of het gaat om minimumnormen of streefnormen.

Een minimumnorm betekent dat de zorg tenminste aan de norm moet voldoen.

Minimumnormen hebben daarmee impliciet een verplichtend karakter omdat 'de kwaliteit niet door de bodem mag zakken'. Zij weerspiegelen een basiskwaliteitsniveau. Streefnormen daarentegen weerspiegelen de wenselijke of maximaal haalbare situatie en hebben daarmee per definitie een vrijblijvender karakter. Aangenomen mag worden dat van streefnormen meer prikkels uitgaan om een hoog kwaliteitsniveau te bereiken dan van minimumnormen.

Bij het kiezen van bepaalde normen zal derhalve ook moeten worden vastgesteld of het gaat om minimumnormen of streefnormen of eventueel om een afgesproken niveau daar tussenin (bijvoorbeeld acceptabele of billijke normen).

4.3 Normen op instellingsniveau en individueel niveau

Eenzelfde norm kan voor het ziekenhuis (als organisatie) een andere betekenis hebben dan voor een individuele patiënt. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. De Nederlandse Spoorwegen hanteerde in 2000 als norm dat 88% van de treinen op tijd moest rijden. Blijkbaar was een hogere norm niet haalbaar, gezien andere noodzakelijke investeringen²⁶. In principe werd door de NS actie ondernomen als de norm van 88% niet werd gehaald en werd de bedrijfsvoering aangepast. Voor de NS als bedrijf was 12% vertragingen een acceptabel kwaliteitsniveau.

Voor elke individuele reiziger geldt dat niet. Elke vertraging zal enige ergernis geven, bij de ene persoon meer dan bij de andere. De reiziger verwacht (of hoopt) dat 100% van de

²⁶

De NS kan berekenen welke extra investeringen nodig zijn om 1 of 2% meer treinen op tijd te laten rijden en deze investering afwegen tegen alle andere wenselijke of noodzakelijke investeringen.

treinen op tijd rijdt. Evenzo zal elke individuele patiënt verwachten of hopen dat maximale kwaliteit wordt geleverd (hoewel dat op ziekenhuisniveau nauwelijks haalbaar zal zijn²⁷).

In de Treeknormen is met dit verschil tussen organisatieniveau en individueel niveau rekening gehouden door twee soorten normen te formuleren: namelijk een gemiddelde wachttijd op ziekenhuisniveau en een maximum wachttijd voor individuele patiënten.

Bij het gebruik van normen moet derhalve worden bezien of de norm uitsluitend betekenis heeft voor het ziekenhuis (als organisatie) of dat ook individuele patiënten daar zekerheid aan kunnen ontleen.

4.4 Wie heeft de norm bepaald en wat is de acceptatie?

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat de daar besproken normen verschillen wat betreft de partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van de normen. Globaal kunnen de volgende varianten worden onderscheiden als het gaat om partijen die betrokken worden bij het vaststellen van de normen²⁸:

- eenzijdig door patiënten/consumentenorganisaties;
- eenzijdig door zorgaanbieders;
- gezamenlijk door patiënten(organisaties) en zorgaanbieder;
- gezamenlijk door alle betrokken partijen (patiëntenorganisaties, zorgaanbieder, ketenpartners en zorgverzekeraar).

Eenzijdig door zorgaanbieders opgestelde normen worden niet per definitie onderschreven door patiënten, zoals bleek uit de Treeknormen. Of alle normen van patiëntenorganisaties worden onderschreven door zorgaanbieders is niet bekend. Wel kan worden verondersteld dat ziekenhuizen eerder geneigd zijn (de nodige) verbeteringen aan te brengen als zij de normen onderschrijven of deze samen met patiënten hebben opgesteld. Bij het gebruik van normen speelt derhalve mee wie de normen hebben opgesteld en wat het draagvlak van de normen is.

4.5 Het relatieve belang van de onderwerpen waar patiënten over oordelen

In het ideale geval zouden normen niet alleen duidelijk moeten maken op welke gebieden verbeteringen nodig of wenselijk zijn, maar ook informatie moeten verschaffen over de meest noodzakelijke verbeteringen c.q. het stellen van prioriteiten in verbeteracties, zo blijkt uit de ervaringen van het project Patiëntvriendelijkheid van Ziekenhuizen. In dat project werden de prioriteiten voor verbetering in onderling overleg tussen het patiëntenplatform en het ziekenhuismanagement vastgesteld. Dat bleek niet eenvoudig. De meningen verschilden over de vraag wat het belangrijkste was om mee aan de slag te gaan en waar kernproblemen moesten worden gezocht (Bon e.a., 1992, pag. 72).

Dat probleem wordt voor een deel ondervangen indien bij meningspeilingen ook aan patiënten wordt gevraagd het relatieve belang van de verschillende onderwerpen aan te geven, zoals tegenwoordig in meerdere onderzoeken wordt gedaan (Sixma e.a., 1998; Friele

²⁷ Het zou betekenen dat alle hulpverleners zonder uitzondering maximale kwaliteit leveren, dat de interne organisatie van het ziekenhuis excellent is en dat de aansluitingen in de zorgketen optimaal verlopen. Zolang zorg mensenwerk is lijkt dat een utopie. Bovendien zijn oordelen van patiënten niet alleen afhankelijk van de omstandigheden maar ook van persoonskenmerken.

²⁸ Het gaat hier om normen op geaggregeerd niveau. Elke individuele patiënt zal eigen normen hanteren en eigen keuzes maken in overleg met de individuele behandelaar.

e.a., 2000)²⁹. Dit gebeurt ook in het huidige ziekenhuisvergelijkingssysteem. Het meewegen van het relatieve belang van de onderwerpen waarover patiëntenoordelen worden gevraagd geeft meer handvatten voor prioritering van verbeteringen. Bij het gebruik van normen is het derhalve van belang dit relatieve belang mee te wegen.

4.6 Incentives of sancties

Bij geen van de in het vorige hoofdstuk besproken normen wordt melding gemaakt van incentives als aan de normen wordt voldaan of sancties als de normen niet worden gehaald. In het ziekenhuisvergelijkingssysteem worden op basis van de oordelen van patiënten openbare uitspraken gedaan over de kwaliteit van de ziekenhuisafdeling vanuit patiëntenperspectief. Verondersteld mag worden dat een belangrijke incentive ligt in (verbetering van) het imago van het ziekenhuis of de ziekenhuisafdeling als zij goed blijken te scoren. De vraag is wel hoe bewerkstelligd kan worden dat een ziekenhuis verbeteringen doorvoert indien niet aan de normen wordt voldaan. Door het vaststellen van Treeknormen bijvoorbeeld, is nog niet duidelijk wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor het overschrijden van de wachttijden (ziekenhuis, zorgverzekeraar, overheid) en wie patiënten op de te lange wachttijden kunnen aanspreken. Bij het gebruik van normen moet derhalve worden meegewogen hoe vrijblijvend de normen zijn en welke expliciete of impliciete incentives of sancties daaraan verbonden zijn.

4.7 Afbakening van de normen

In het ziekenhuisvergelijkingproject worden aan patiënten veel oordelen gevraagd: de vragenlijst bevat 60 items over evenzoveel onderwerpen. De vraag is of voor al deze onderwerpen normen zouden moeten worden gehanteerd. Een toename aan gegevens kan ten koste gaan van de overzichtelijkheid van de informatie. Datzelfde probleem doet zich nu reeds voor bij de terugrapportage aan de ziekenhuizen in het ziekenhuisvergelijkingproject. Een terugrapportage op itemniveau aan de ziekenhuizen geeft veel gedetailleerde cijfers maar is vrij onoverzichtelijk. Daarom wordt voor een deel ook op een hoger niveau terug gerapporteerd, bijvoorbeeld op het niveau van dimensies (somscores per schaal) of op het niveau van een totaal gemiddelde over alle items (één rapportcijfer). Aan elk alternatief kleven voor- en nadelen die hier niet ter zake doen (zie Janse e.a., 2002)³⁰. Waar het hier om gaat is dat het aantal normen beperkt zou moeten blijven en dat normen moeten aansluiten bij het niveau waarop de terugrapportage plaatsvindt of tot dat niveau herleidbaar moeten zijn³¹. Bij het gebruik van normen moet derhalve een afbakening plaatsvinden van de onderwerpen

²⁹ Daaruit blijkt onder andere dat patiënten informatie over de zorgverlening van veel groter belang vinden dan de kwaliteit van de koffie of de maaltijden.

³⁰ Een totaal gemiddelde score heeft het voordeel van de eenvoud en de duidelijkheid, maar geeft geen informatie over (zorg)aspecten waar de afdeling hoog of juist laag op scoort. Dat wordt voor een deel ondervangen indien scores per dimensie worden berekend (schaalscores) zodat vervolgens berekend kan worden op hoeveel dimensies een afdeling wel of niet aan de normen voldoet. Scores op itemniveau geven gedetailleerde informatie maar geven een onoverzichtelijk beeld als het om veel items gaat. Hoe goed is een afdeling als 50 items aan de normen voldoen en 10 niet?

³¹ Een voorbeeld ter illustratie. Het onderwerp 'Informatie geven' omvat 7 items in de patiëntenvragenlijst. Voor alle 7 items kan een norm worden geformuleerd. Als over deze 7 items een gemiddelde schaalscore wordt berekend kan op basis van de schaalscore niet meer worden geconcludeerd dat de ziekenhuisafdeling wel of niet aan de normen voldoet, omdat er geen norm voor de (hoogte van) de schaalscore is geformuleerd.

waarvoor de normen gelden en moet in acht worden genomen welke consequenties dat heeft voor (de overzichtelijkheid van) de terugrapportage naar de ziekenhuizen.

4.8 Samenvattend kader m.b.t. het gebruik van normen.

In dit hoofdstuk is een aantal overwegingen besproken die een rol kunnen spelen bij het hanteren van normen om patiëntvriendelijkheid aan te toetsen. Schema 4.1 geeft een samenvattend overzicht.

Schema 4.1 Kader voor overwegingen bij het gebruik van normen

- 1 Kwalificatie van de normen: moet worden gewerkt met:
 - minimumnormen
 - billijke normen
 - streefnormen

- 2 Ontwikkeling en acceptatie: door wie worden normen opgesteld:
 - door ziekenhuizen
 - door patiënten(organisaties)
 - in gezamenlijk overleg

- 3 Relatieve belang van de normen:
 - is het relatieve belang bekend van de onderwerpen waarvoor normen gelden?
 - geeft dat mede richting aan prioritering van verbeteringen?

- 4 Vrijblijvend of verplicht?
 - zijn er incentives of sancties aan verbonden?
 - stimuleren de normen tot verbeteracties?
 - kunnen patiënten er aanspraken aan ontlelen?

- 5 Afbakening van de normen
 - beperking van het aantal normen terwille van de overzichtelijkheid.
 - overeenstemming tussen het niveau van normen en van terugrapportage (itemniveau of het niveau van thema's c.q. schalen).

Wellicht ten overvloede moet nog het actualiseren van normen worden genoemd. Normen zijn aan tijd gebonden. Het denken over kwaliteit is voortdurend in ontwikkeling. Opvattingen over wat een goed kwaliteitsniveau is zullen veranderen afhankelijk van nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden in de zorg en veranderende behoeften en wensen van patiënten. Normen zullen derhalve altijd een tijdelijk karakter hebben en zullen periodiek moeten worden bijgesteld.

5. Een interview met betrokken partijen

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is van een andere orde en beschrijft de meningen van vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen over de bruikbaarheid van bestaande normen en de wenselijkheid nieuwe normen te ontwikkelen.

De hierna te beschrijven resultaten zijn gebaseerd op een groepsinterview met 11 vertegenwoordigers van patiënten en ziekenhuizen. De gegevens zijn derhalve niet generaliseerbaar naar patiëntenorganisaties of ziekenhuizen. Zie de bijlage voor het verslag van het groepsinterview.

5.2 Oordelen over de bruikbaarheid van normen

Aan de deelnemers is het overzicht van bestaande normen (zie hoofdstuk 3) met een korte toelichting voorgelegd. Aan hen is gevraagd een mening te geven over de volgende drie vragen:

1. welk soort normen is het meest bruikbaar om de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen?
2. hoe zwaar wegen de sterke en zwakke kanten van bestaande normen?
3. zou het wenselijk zijn nieuwe normen te ontwikkelen en welk soort normen zouden dat moeten zijn?

Voor de deelnemers bleek het beantwoorden van deze vragen niet eenvoudig te zijn. De vragen zijn daarom eerst in onderlinge samenhang besproken. Daarna heeft elke deelnemer een beargumenteerde voorkeur voor de te gebruiken normen gegeven. Doorgaans bleek de voorkeur uit te gaan naar een combinatie van soorten normen.

We geven in tabel 5.1 eerst een overzicht van de voorkeuren van de deelnemers voor de verschillende soorten normen en gaan vervolgens in op de argumenten die zij daarvoor aanvoeren. In de tabel is te zien welke (combinatie van normen) de voorkeur heeft bij vertegenwoordigers van patiënten/consumënten en vertegenwoordigers van ziekenhuizen.

Tabel 6.1 Voorkeur voor normen van vertegenwoordigers van patiënten/consumënten (pc1 t/m pc7) en ziekenhuizen (zh8 t/m zh11) (N=11).

	pc1	pc2	pc3	pc4	pc5	pc6	pc7	zh8	zh9	zh10	zh11
Gemiddelde	-	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-
Benchmark best practice	-	-	-	-	X	-	-	/	X	-	/
100%-norm	-	/	-	/	/	X	-	-	/	-	-
80% of 90% - norm	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X
Gedifferentieerde normen	X	X	X	X	X	-	/	-	-	X	X
Limietnormen voor patiënten	-	-	/	-	-	-	X	X	X	-	-

X = voorkeur

/ = twijfel

Negen van de 11 deelnemers spreken de voorkeur uit voor het gebruik van een combinatie van normen. De meest genoemde combinatie is het gebruik van het gemiddelde (5 maal genoemd) aangevuld met gedifferentieerde normen voor specifieke zorgaspecten (7 maal genoemd) of limietnormen voor individuele patiënten (3 maal genoemd) (met als voorbeeld de Treeknormen).

Vijf deelnemers vinden dat eigenlijk gestreefd zou moeten worden naar een 100%-norm met de kanttekening dat dit waarschijnlijk niet realistisch en niet haalbaar is.

Het minst genoemd is de 80% of 90%-norm. De argumenten en overwegingen worden hierna uiteengezet.

Gemiddelde, aangevuld met gedifferentieerde normen voor specifieke zorgaspecten

Het vergelijken van ziekenhuizen op basis van het gemiddelde oordeel van patiënten is een goed uitgangspunt, is een goede start en is al heel wat, aldus drie deelnemers. Een belangrijk voordeel van gebruik van het gemiddelde is dat daarin een natuurlijk groei-effect zit, zo wordt gesteld. Het gemiddelde zal steeds stijgen op basis van de verbeteringen die ziekenhuizen zullen realiseren. Dat betekent dat de lat steeds hoger wordt gelegd. Deze voortdurende stijging maakt het gemiddelde meer geschikt dan statische normen zoals een 90%-norm.

Het is wel wenselijk het gebruik van het gemiddelde aan te vullen met specifieke en gedifferentieerde normen voor specifieke zorgaspecten (aspecten die van doorslaggevend belang zijn). Per zorgaspect moet worden bekeken of het noodzakelijk is daar een norm voor op te stellen. De deelnemers doen de volgende suggesties voor de zorgaspecten waarvoor nieuwe normen ontwikkeld zouden moeten worden.

Normen zouden betrekking moeten hebben op zorgaspecten:

- die patiënten zeer belangrijk vinden;
- waar patiënten hun keuzes op baseren;
- die voor patiënten risico's met zich meebrengen;
- die via wetgeving verplicht zijn.

Met name bij risicovolle aspecten of bij wettelijk verplichte zaken is een 100%-norm niet uit te sluiten, aldus een van de deelnemers.

Bij het ontwikkelen van nieuwe normen - aanvullend op het gebruik van het gemiddelde - moet worden geëxpliciteerd welk doel daarmee wordt beoogd, bijvoorbeeld transparantie en/of kwaliteitsverbetering. Daarnaast moet rekening worden gehouden met de volgende factoren die elk door twee tot drie deelnemers zijn genoemd:

- de normen moeten werkbaar en haalbaar zijn;
- zij moeten gezamenlijk worden opgesteld door patiënten en ziekenhuizen;
- zij moeten periodiek worden bijgesteld;
- zij moeten stimuleren tot kwaliteitsverbetering.

Dit laatste punt verdient de aandacht omdat normen niet altijd stimuleren tot kwaliteitsverbetering, zo wordt opgemerkt. Hulpverleners kunnen ook het gevoel krijgen dat normen niet haalbaar zijn of onrealistisch en dat werkt averechts. Tenslotte zouden - indien dat mogelijk is - limieten kunnen worden opgesteld die houvast geven aan individuele patiënten, zodat zij weten wat zij mogen verwachten, aldus drie deelnemers. Er wordt een vergelijking getrokken met de Treeknormen. Dergelijke normen zouden een minimumniveau kunnen aangeven, waaraan het ziekenhuis tenminste zou moeten voldoen. Dat zou in tweede instantie kunnen gebeuren. Men weet niet of het mogelijk is - anders dan voor wachttijden - minimumnormen op te stellen.

100%-norm

Vijf deelnemers hebben een voorkeur voor een combinatie van normen, waarbij gestreefd zou moeten worden naar een 100%-norm. Wel merken vier van hen op dat 100% tevredenheid waarschijnlijk een utopie is en niet haalbaar, omdat er ook altijd enkele 'moeilijke' patiënten bestaan. In zijn algemeenheid wordt opgemerkt dat continu aan kwaliteitsverbeteringen zou moeten worden gewerkt, om zo steeds dichterbij de 100%-norm als streefgetal te komen.

Benchmark en best practice

Benchmarking is volgens twee deelnemers eveneens bruikbaar om bij een ziekenhuisvergelijking te gebruiken (aangevuld met specifieke normen voor belangrijke zorgaspecten). Twee deelnemers maken daarbij de volgende kanttekeningen:

'Benchmarking is goed te gebruiken als incentive voor kwaliteitsverbeteringen in het ziekenhuis; Benchmarking is minder geschikt voor het bieden van transparantie. Het gevaar bestaat dat patiënten denken dat de beste 10% ook (op alle fronten) de beste ziekenhuizen zijn. Er moeten ook geen sterren aan ziekenhuizen worden uitgedeeld, want een ziekenhuis kan op sommige aspecten heel goed scoren en op andere aspecten minder goed'.

Daarom is het nodig dat bij benchmarking gekeken wordt naar de best practice op onderdelen of aspecten, zo wordt opgemerkt. Een aantal ziekenhuizen gebruikt intern al een vorm van benchmarking om de 'best presterende' afdelingen op te sporen, zodat andere afdelingen daarvan kunnen leren.

80% of 90%-norm

De meerderheid vindt een 80% of 90%-norm minder bruikbaar om bij ziekenhuisvergelijkingen als norm te gebruiken. Er worden twee bezwaren genoemd. Ten eerste zijn dit statische normen. Veel deelnemers zijn van mening dat normen voortdurend geactualiseerd en bijgesteld moeten worden, bijvoorbeeld op basis van vergelijkingen met voorgaande jaren. Ten tweede overheerst de mening dat differentiatie van normen nodig is afhankelijk van de zorgaspecten waarop de normen betrekking hebben. Twee deelnemers vinden de 80% of 90%-norm wel bruikbaar, maar dan in combinatie met aanvullende normen voor specifieke zorgaspecten.

5.3 Relativering ten aanzien van het gebruik van normen

Het nut van normen in het ziekenhuisvergelijkingssysteem wordt door een aantal deelnemers ook gerelativeerd. De volgende argumenten worden in verband daarmee genoemd.

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief

De aan de orde zijnde normen hebben betrekking op de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief en dus op de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. Dat is belangrijk maar niet het enige aspect van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Volgens enkele deelnemers wordt de kwaliteit van zorg vooral ook bepaald door het contact met de individuele arts en (de uitkomsten van) het medisch handelen. Over de kwaliteit daarvan zijn geen gegevens beschikbaar.

Keuzemogelijkheden voor patiënten

De keuzemogelijkheden voor patiënten kunnen - behalve door schaarste - ook beperkt zijn voor ziekenfondspatiënten die via hun verzekering aangewezen kunnen zijn op het ziekenhuis in hun regio, aldus enkele deelnemers. Deze patiënten hebben er weinig baat bij als hun

ziekenhuis een slecht imago krijgt indien niet alle normen worden gehaald. In zijn algemeenheid is ook nog weinig bekend over het feit of patiënten wel keuzes maken en zo ja, waardoor zij zich dan laten leiden. De nabijheid van familie zou wel eens een belangrijke factor kunnen zijn, of datgene wat het ziekenhuis wel en niet (aan behandelmogelijkheden) te bieden heeft. Over dit laatste aspect zou meer informatie bekend gemaakt moeten worden, aldus een van de deelnemers.

Betrouwbaarheid van de gegevens

Om uitspraken te kunnen doen over normen die wel of niet worden gehaald door een ziekenhuis moet de informatie betrouwbaar zijn. De kwaliteit van het meetinstrument, waarmee oordelen van patiënten worden gemeten, is van groot belang. Opgemerkt wordt dat het oordeel van patiënten over de patiëntvriendelijkheid van het ziekenhuis gekleurd kan zijn door het resultaat van de behandeling of de mate waarin genezing mogelijk was.

Vooruitgang is belangrijker

Belangrijker dan het voldoen aan normen is de vooruitgang die een ziekenhuis boekt, aldus twee deelnemers. Dat betekent dat vooral gekeken zou moeten worden naar vergelijkingen met voorgaande jaren of relatieve vooruitgang. Vooruitgang kan ook zichtbaar worden gemaakt via de verbeterprojecten die een ziekenhuis uitvoert.

Ziekenhuizen hebben behoefte aan eigen normen

Van verschillende kanten wordt betoogd dat ziekenhuizen toch altijd behoefte zullen houden aan (het ontwikkelen van) eigen normen, die specifiek op het ziekenhuis zijn toegesneden en betrekking hebben op waar het ziekenhuis staat (wat betreft kwaliteitszorg) of aan welke verbeterprojecten wordt gewerkt. Wellicht zouden ziekenhuizen de normen die zij hanteren onderling met elkaar kunnen vergelijken, indien het vergelijkbare zorgaspecten betreft, zo suggereert een van de deelnemers.

Aanbodgerichte structuur van het ziekenhuisvergelijkingssysteem

Tot slot een laatste relativering van enkele deelnemers vanwege het niveau waarop de gegevens in het huidige ziekenhuisvergelijkingssysteem worden verzameld en worden gepresenteerd. Dat gebeurt op het niveau van het specialisme of de afdeling. In feite spoorst dat niet meer met het denken in termen van ketenkwaliteit en vraaggerichte zorg, aldus een deelnemer. Een cultuuromslag zal daarvoor nodig zijn.

5.4 Conclusies

In toekomstige ziekenhuisvergelijkingen zou een combinatie gebruikt kunnen worden van het gemiddelde, aangevuld met normen voor zorgaspecten die patiënten van doorslaggevend belang vinden. Dit betekent dat daarvoor nieuwe normen ontwikkeld zouden moeten worden door patiënten en ziekenhuizen gezamenlijk. Er is een aantal voorwaarden genoemd waaraan deze normen zouden moeten voldoen die in dit hoofdstuk zijn beschreven.

Het gebruik van normen voor patiëntvriendelijkheid in ziekenhuisvergelijkingen dient te worden gerelativeerd omdat geen gegevens bekend zijn over de medisch technische kwaliteit van de ziekenhuiszorg en omdat patiënten (onder meer door schaarste) beperkte keuzemogelijkheden hebben. Daarnaast is het wellicht van belang te kijken naar de vooruitgang die het ziekenhuis in de loop van de tijd boekt en de verbeteringen die worden gerealiseerd in plaats van uitsluitend te kijken naar de mate waarin de normen worden gehaald.

LITERATUUR

Van Dale. Groot Woordenboek der Nederlandse Taal, 1999.

Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage. Utrecht, PriceWaterhouseCoopers en Berenschot, 1999.

Bon PLM, Buys MMA, Van Heel ME, Kleingeld P, Van der Pas FGEM, Van Santen W, Tellegen B. Werken aan patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen. Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument. Amsterdam/Utrecht, Bakkenist Management Consultants/ Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, 1992.

Claessens L, Ouwens M, Visser G. De patient stap voor stap door het ziekenhuis. *Kwaliteit en Zorg*, 1994 (2) 3: 122-130.

De Vries HH. Patiëntentevredenheidsonderzoek en kwaliteitszorg in het Nederlandse Ziekenhuis. Een literatuurstudie naar patiëntentevredenheidsonderzoek als instrument voor kwaliteitszorg in ziekenhuizen. Den Haag, SWOKA, 1991.

Diakonessenhuis Utrecht. De algemene routing van de patiënt in het Diakonessenhuis. Utrecht, Diakonessenhuis, 1997.

Friele RD, Andela M. Visie patiënten op kwaliteit van ziekenhuiszorg. Gaat het patienten vooral om de cappucino? *Medisch Contact*, 2000 (55) 4; 129-132

Friele RD, Dane A, Andela M. Wachten duurt lang. Het oordeel van patiënten over aanvaardbare wachttijden. *Medisch Contact* 2001 (56) 14, 542-544

Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Den Haag, VUGA, 1991.

Janse, A, Hutten J, Spreeuwenberg P. Patientenoordelen over ziekenhuizen (werktitel). Te verschijnen in 2002.

Kistemaker JWG, Visser APh. Betekenis van tevredenheid van patiënten voor kwaliteit van zorg. Een zorginhoudelijke, bedrijfskundige en dienstverlenende benadering. *TSG*, 1995 (73) 4: 214-223

Leidschendamafspraken 1990. Afspraken over kwaliteitsbeleid *Medisch Contact*, 1990 (nr. 27/28).

Leidschendamafspraken 1995 en 2000. Zie de web site van het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector: www.lckz.nl

LOC. De Zorgvragenkaart Bewoners Verpleeghuizen - 2000. Utrecht, Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), 2000.

Longo D, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howel V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care. *JAMA*, 1997 (278) 19, 1579-1584.

Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen. Den Haag, Ministerie van VWS, 1995a.

Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Den Haag, Ministerie van VWS, 1995b.

Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Kwaliteitswet Zorginstellingen. Den Haag, Ministerie van VWS, 1996

Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Zorg van betekenis 2000: Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst. Den Haag, Ministerie van VWS, 2000.

NIAZ. Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. NIAZ-Kwaliteitsborgingsnorm. Kwaliteitssysteem (geactualiseerd in mei 2000). 2000. www.niaz.nl

NP/CF. Algemene criteria voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF), 1995.

Place M, Van Ooyen-Houben M, De Veer A, Wagner C. Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk. Utrecht, Trimbos-instituut/Nivel, 2000.

Rosenthal GE, Quinn L, Harper DL. Declines in hospital mortality associate with a regional initiative to measure hospital performance. *AMJMedQual*, 1997 (12), 2, 103-112.

RVZ, Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998.

SHKZ. Certificatieschema Dialysecentra: Sectorspecifiek Deel. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ), 1999.

Schuller R, Wagner C, De Bakker DH. Kwaliteitsjaarverslagen van zorginstellingen: een inhoudsanalyse. Utrecht, Nivel, 1997.

Sixma H, Van Campen C. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers. *Kwaliteit in Beeld*, 1996; 2: 12-14.

Sixma HJ, Van Campen C, Kerssens JJ, Peters L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht, Nivel/NWO/VWS, 1998.

Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht, Nivel, 2000.

Sluijs EM, Wagner C. Tabellenboek kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2000. Utrecht, Nivel, 2000.

Stichting Kien. Vragenlijst kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten van thuiszorginstellingen. Stichting Cliënt en Kwaliteit, 1998.

Straten GFM, Friele RD, Spreeuwenberg P. Patientenoordelen over ziekenhuizen. Utrecht, Nivel, 1999.

Treekoverleg. Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector. Zeist, Zorg verzekeraars Nederland (ZN), 19 januari 2001.

Turnbull JE, Hembree WE. Consumer information, patient satisfaction surveys, and public reports. AMJMedQual, 1996 (11) 1, 42-45.

Van der Pas FGEM, Buckens CMAG, De Hartog JJH, Tellegen B, Wiersma EL. Samen werken aan patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen. Toepassing van een kwaliteitsinstrument. Utrecht/Amsterdam, NP/CF, NVZ, Bakkenist Management Consultants, 1995.

