



Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://www.tsg.bsl.nl/">www.tsg.bsl.nl/</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Keuze-informatie op basis van patiëntenervaringen: aanbevelingen en dilemma's

OLGA C. DAMMAN<sup>1,2</sup>, MICHELLE HENDRIKS<sup>1</sup>, DIANAM.J. DELNOIJ<sup>3,4</sup>

Er is in Nederland steeds meer informatie beschikbaar over de ervaringen van patiënten met de zorg (middels metingen met de CQ-index). We hebben in vijf deelstudies onderzocht hoe deze gegevens het beste bewerkt en gepresenteerd kunnen worden als keuze-informatie. Die studies leverden aanbevelingen op voor verschillende partijen die werken met de CQindex en keuze-informatie in de zorg. De aanbevelingen zijn grofweg op te delen in twee categorieën: (1) aanbevelingen voor het corrigeren voor antwoordtendenties om eerlijke vergelijkingen tussen zorgaanbieders mogelijk te maken; en (2) aanbevelingen voor presentatiewijzen om de informatie weer te geven op internet. Ook worden in dit artikel enkele dilemma's geschetst die voor het beleid, de praktijk en het onderzoek van belang zijn. Om keuze-informatie verder te optimaliseren, is het belangrijk dat de verschillende achterliggende doelen benoemd worden

Trefwoorden: patiëntenervaringen, CQ-index, keuze-informatie, case-mix adjustment, presentatiewijze

### INLEIDING

Het overheidsbeleid is er de laatste jaren op gericht om de gezondheidszorg meer transparant te maken. Gegevens over wat er in de zorg gebeurt, wat dat kost en welke resultaten dat oplevert worden per zorgaanbieder openbaar gemaakt.<sup>1</sup> Verschillende websites presenteren deze informatie, zoals [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en [www.consumentenzorg.nl](http://www.consumentenzorg.nl). De wens om dit soort informatie openbaar te maken is ontstaan vanuit verschillende gedachten:<sup>2</sup>

1 Transparantie is een recht van patiënten. Zij moeten weten hoe het is gesteld met de kwaliteit van zorg in zorginstellingen om zich te emanciperen

2 Transparantie is nodig om publieke verantwoording af te leggen, waarbij zorginstellingen inzicht geven in hoe collectieve middelen besteed zijn

3 Transparantie zet zorgaanbieders aan om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Het feit dat een instelling met een score op internet staat is een stimulans om verbeteringen binnen de eigen organisatie op gang te brengen

4 Transparantie is een voorwaarde voor het laten slagen van meer gereguleerde marktwerking in de zorg. Consumentenkeuzes op basis van keuze-informatie zetten zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan om te concurreren op het leveren van kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs. Op dit moment bestaat keuze-informatie uit verschillende soorten gegevens, zoals informatie over leveringsvoorwaarden (prijs, wachttijden, openingstijden etc.) en over de kwaliteit van zorg. Bij kwaliteit van zorg gaat het kort gezegd om gewenste en ongewenste uitkomsten van de zorg en om de manier waarop de zorg wordt verleend. In Nederland wordt onderscheid gemaakt tussen drie soorten kwaliteitsindicatoren:<sup>3</sup> indicatoren voor

effectiviteit, voor veiligheid en voor patiëntgerichtheid van de zorg. Deze indicatoren kunnen vanuit verschillende perspectieven bezien worden, zoals het perspectief van zorgverleners en van patiënten. Door het genereren van keuze-informatie wordt geput uit meerdere bronnen, zoals bestaande registraties van zorginstellingen, speciaal voor kwaliteitsindicatoren opgezette registraties en vragenlijsten onder patiënten. Om kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief te meten is in Nederland een standaard ontwikkeld, namelijk de Consumer Quality Index (CQ-index of CQI).<sup>4</sup> Dit is een verzameling meetinstrumenten die ervaringen van patiënten met de zorg meten op verschillende kwaliteitsthema's, zoals toegankelijkheid, bejegening door zorgverleners en informatievoorziening. Het gaat hierbij voornamelijk om patiëntgerichtheid van de zorg. Voor de komst van de CQ-index werden patiëntenervaringen en tevredenheid ook gemeten, maar veelal op verschillende manieren. Het voordeel van de CQ-index is dat gewerkt wordt met uniforme vragenlijsten, steekproeven en methoden van dataverzameling. Daarmee kan betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over patiëntenervaringen gerealiseerd worden.<sup>5</sup> Hoewel keuze-informatie vaak bestaat uit meerdere soorten informatie, lijkt CQI informatie uitermate geschikt om zorgconsumenten te ondersteunen bij hun keuzes. Het is namelijk bekend dat consumenten behoefte hebben aan informatie die de mening van andere patiënten weergeeft.<sup>6</sup> Bovendien gaat het over thema's die patiënten zelf belangrijk vinden. De afgelopen jaren is er enorm geïnvesteerd in het ontwikkelen van CQI meetinstrumenten en het openbaar maken van de resultaten. Er zijn zestien meetinstrumenten ontwikkeld die op dit moment gereed zijn voor toepassing, en daarnaast zijn er nog zo'n 30 in voorbereiding en/of in ontwikkeling. Met verschillende CQI meetinstrumenten zijn al metingen verricht, en de resultaten van enkele metingen (Zorg en zorgverzekering, Ziekenhuisopname, Heup/knieoperaties, Staaroperaties, Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) zijn op internet te vinden. Binnen de snel groeiende beweging van ontwikkelen en meten is nog weinig aandacht geweest voor de vraag hoe consumenten hun weg zouden moeten vinden in dit soort informatie. De bewerking en presentatie van CQI gegevens zijn grotendeels gebaseerd op de CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)-richtlijnen uit de Verenigde Staten. Verder zijn keuzes gemaakt in samenspraak met stakeholders. Het gevolg is een gebrek aan standaardisatie: bij de diverse metingen zijn verschillende bewerkingen en presentatiewijzen gehanteerd. Het is bekend dat keuze-informatie vaak (te) complex is voor consumenten<sup>7</sup> en het is aannemelijk dat het presenteren op tal van verschillende manieren bijdraagt aan die complexiteit.<sup>8</sup> Immers, als keuze-informatie over de zorg op verschillende manieren wordt gepresenteerd, wordt er geen heldere of uniforme boodschap gecommuniceerd. Hoewel de CQ-index veel mogelijkheden biedt om te standaardiseren, is dit op het gebied van keuze-informatie dus nog niet gerealiseerd. Het is nog onbekend of en in welke mate Nederlandse consumenten CQI informatie gebruiken bij hun keuzes in de zorg. In de Verenigde Staten zijn consumenten de informatie niet massaal gaan gebruiken.<sup>9-12</sup> Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat consumenten onbekend zijn met de informatie, maar deels ook met de gebrekkige presentatie van de informatie.<sup>13-14</sup> Uit de psychologische beslissonderzoek is bekend dat de manier waarop informatie wordt weergegeven invloed heeft op hoe consumenten met die informatie omgaan.<sup>15,16</sup> De vraag die voor de presentatie van CQI keuze-informatie belangrijk is, is wat consumenten het beste ondersteunt bij hun keuze. In een eerdere bijdrage aan Forum van dit tijdschrift<sup>17</sup> stelden wij dit aan de orde. Inmiddels hebben wij verschillende studies uitgevoerd naar de bewerking en presentatiewijze van CQI gegevens. In dit artikel beschrijven we de uitkomsten van die studies, met als centrale vragen:

1 Hoe ziet de ideale CQI keuze-informatie er uit? Of: hoe moet CQI informatie bewerkt worden middels casemix correctie en aan zorgconsumenten gepresenteerd worden om hen te ondersteunen bij een effectieve keuze (een keuze voor de 'beste' aanbieder)?

2 Voor zover het mogelijk is een ideale bewerking- en presentatiewijze van CQI keuze-informatie te bepalen op basis van onderzoek: Hoe kunnen verschillende partijen ervoor zorgen dat keuze-informatie in de praktijk ook op die manier tot stand komt?

### **Hoe ziet ideale keuze-informatie er uit?**

Kernresultaten uit de studies

Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste resultaten, de daaruit volgende dilemma's en aanbevelingen voor de praktijk

[FIGURE 1]

### Corrigeren voor antwoordtendenties van respondenten

Een belangrijke stap tussen het beschikbaar komen van CQI gegevens en publicatie op internet is bewerking door middel van case-mix correctie. Het doel van case-mix correctie is om te corrigeren voor verschillen in antwoordtendenties van verschillende subgroepen patiënten. Uit onderzoek<sup>18</sup> is bekend dat ouderen, mensen met een lage opleiding en mensen met een goede gezondheid geneigd zijn positievere ervaringen te rapporteren dan jongeren, hoger opgeleiden en mensen met een slechte gezondheid, onafhankelijk van de kwaliteit van de zorg. Het is echter niet de bedoeling dat een goede prestatie van een ziekenhuis enkel wordt veroorzaakt doordat dat ziekenhuis relatief veel oudere patiënten behandelt. Dergelijke informatie zou misleidend kunnen zijn voor consumenten die een keuze voor een ziekenhuis moeten maken. Voor de invloed van respondentkenmerken wordt doorgaans gecorrigeerd, zodat de informatie een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders weergeeft. Deze case-mix correctie werd in de beginperiode van de CQ-index vastgesteld op basis van een binnen CAHPS ontwikkelde methode. Deze methode hield echter geen rekening met de gelaagdheid van CQI gegevens; er is altijd sprake van zorgconsumenten gegroepeerd binnen zorgaanbieders. Onze eerste deelstudie liet zien dat multilevel regressieanalyses, die wel rekening houden met deze gelaagdheid, goed bruikbaar zijn om vast te stellen welke respondentkenmerken van invloed zijn op de gegeven antwoorden onafhankelijk van eventuele verschillen tussen zorgaanbieders, en waarvoor dus gecorrigeerd dient te worden. Het belangrijkste voordeel is dat de invloed van correcties wordt vastgesteld op het niveau waar het om gaat bij keuze-informatie, namelijk het niveau van de zorgaanbieders.<sup>19</sup> In de tweede deelstudie is onderzocht of deze verbanden tussen respondentkenmerken en gerapporteerde ervaringen gelijk zijn bij verschillende zorgaanbieders. Als dit niet het geval is, dan zien we bij de zorgaanbieders verschillende antwoordpatronen tussen patiëntensubgroepen. Bijvoorbeeld dat bij ziekenhuis A ouderen positiever zijn dan jongeren en bij ziekenhuis B jongeren positiever dan ouderen. Dat kan erop wijzen dat zorgaanbieders bepaalde groepen patiënten verschillend behandelen en deze verschillen wil je juist laten zien in plaats van ervoor te corrigeren. We vonden weinig variatie tussen zorgaanbieders en concludeerden dat het gebruik van de traditionele case-mix correctie (multilevel met vaste covariaten) in veel gevallen gerechtvaardigd is. Echter, voor aspecten rondom bejegening van zorgverleners lijkt deze methode niet zonder meer geschikt. Een studie met de CQI Huisartsenzorg liet zien dat bij het aspect 'bejegening van de huisarts' de verbanden tussen leeftijd, opleidingsniveau en etnische achtergrond enerzijds en de gerapporteerde ervaring anderzijds verschillen voor de verschillende huisartspraktijken. In Figuur 2 is te zien dat de lijnen van de huisartspraktijken niet parallel lopen voor de variabele 'leeftijd'. Dit betekent dat de verbanden niet gelijk zijn bij de huisartspraktijken. Bij de ontwikkeling van CQI vragenlijsten zou dan ook naar dergelijke antwoordpatronen per zorgaanbieder gekeken moeten worden, en eventueel zou informatie per subgroep (gestratificeerde informatie) overwogen moeten worden.<sup>20</sup>

[FIGURE 2]

### PRESENTATIEWIJZE

Na de bewerking moet worden nagedacht over de wijze waarop de gegevens worden gepresenteerd. Uit onze derde deelstudie, waarin verschillende websites wereldwijd werden bekeken, bleek dat keuze-informatie over de zorg op tal van manieren wordt weergegeven.<sup>21</sup> Dit geldt ook voor informatie gebaseerd op patiëntenervaringen. Er worden veel verschillende weergaven gebruikt, zowel tussen als binnen bepaalde websites. Denk aan woorden, getallen en een verscheidenheid aan symbolen (sterren, driehoekjes, thermometers, stoplichten). Toch zijn er ook overeenkomsten, zoals het gebruik van tabellen met zorgaanbieders in rijen en keuzaspecten in kolommen (zie Figuur 3). Ook is vaak sprake van gelaagde informatie: algemene informatie eerst in samenvattende tabellen en doorklikmogelijkheden naar gedetailleerde informatie. Het lijkt belangrijk om een beperkte set keuzaspecten te presenteren in samenvattende tabellen, zodat deze aspecten ook daadwerkelijk worden meegewogen in consumentenkeuzes. Als er teveel informatie tegelijk wordt weergegeven is de kans groot dat consumenten afgaan op één in het oog springend aspect, terwijl de overige aspecten ook belangrijk kunnen zijn voor hun keuze.<sup>22, 23</sup> De vraag blijft welke presentatiewijzen gebruikt moeten worden voor CQI keuze-informatie.

In deelstudie 4 hebben we een experimenteel onderzoek uitgevoerd om het effect van presentatiewijzen te testen. Daarin varieerden we de volgende aspecten: (1) sterren versus staafdiagrammen; (2) drie sterren versus vijf sterren; (3); relatieve scores versus absolute scores; (4) een rangorde versus een alfabetische volgorde van zorgaanbieders; (5) wel of geen toevoeging van een algemeen waarderingscijfer. Figuur 4 geeft een voorbeeld weer van wat consumenten te zien kregen. Het bleek dat een driesterrensystematiek en het weergeven van zorgaanbieders in een alfabetische volgorde consumenten ondersteunen bij het kiezen voor de best presterende aanbieder. Ook vonden we dat een combinatie van sterren en staafdiagrammen zonder toevoeging van een algemeen waarderingscijfer voor de zorgaanbieder bijdraagt aan een juiste interpretatie van de informatie. Geconcludeerd werd dat de presentatiewijzen het begrip en gebruik van CQI informatie beïnvloeden en dat de presentatiewijzen die consumenten ondersteunden gebruikt moeten worden.<sup>24</sup> Wat consumenten in het experiment te zien kregen was simpeler dan echte informatie op internet. Daarom is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarin consumenten werden geconfronteerd met bestaande keuze-informatie op drie Nederlandse websites (deelstudie 5). De meeste geïnterviewden bepaalden snel wat ze belangrijk vonden en selecteerden op die manier delen van informatie. We vonden tegenstrijdigheden in wat mensen zeiden en wat ze daadwerkelijk deden. Zo gaven verschillende geïnterviewden aan dat ze bepaalde keuzeaspecten belangrijk vonden, maar deze aspecten werden lang niet altijd meegenomen in hun keuze. Verder gaven consumenten consequent aan meer informatie te willen, maar tegelijkertijd werd de hoeveelheid informatie op het scherm ze snel te veel. Dit wijst erop dat consumenten geen stabiele voorkeuren hebben als ze keuze-informatie bekijken, maar dat deze zich gaandeweg ontwikkelen. De meeste geïnterviewden vonden de informatie moeilijk. Dit bleek onder andere uit het feit dat verschillende aspecten incorrect werden geïnterpreteerd en dat men tegenstrijdige informatie niet kon plaatsen. Ook vond men het moeilijk om eigen ervaringen en informatie uit andere bronnen los te laten. De geïnterviewden gebruikten verschillende beslissingsstrategieën bij het maken van een keuze. De belangrijkste conclusies zijn dat (a) alleen de aspecten gepresenteerd moeten worden die consumenten meewegen in hun keuze (in plaats van alle aspecten die consumenten zeggen belangrijk te vinden); (b) het concept kwaliteit van zorg en de bijbehorende indicatoren begrijpelijk moeten worden uitgelegd; en (c) websites qua opzet flexibel moeten zijn om te voldoen aan de behoeften van verschillende groepen consumenten.<sup>24</sup>

## [FIGURE 3, 4]

### DILEMMA'S

In de deelstudies zijn enkele dilemma's naar voren gekomen die nadere verdieping verdienen (zie Figuur 1). Het eerste dilemma is het belang van eerlijke vergelijkingen tussen zorgaanbieders maar ook de wens om nog aan het publiek uit te kunnen leggen hoe informatie verzameld en bewerkt is. De multilevel methode past goed bij CQI data, maar is geen wijd verspreide en toegepaste methode. De analyses waarbij per zorgaanbieder naar antwoordpatronen wordt gekeken zijn weliswaar relatief eenvoudig toe te voegen aan de bestaande werkwijze, maar bij het creëren van gestratificeerde informatie komen tal van complexe methoden aan de orde. Uit eerder onderzoek<sup>25,26</sup> bleek dat consumenten willen weten of keuze-informatie gedegen en betrouwbaar is. De vraag is of en hoe dit allemaal nog uit te leggen is aan consumenten en of minder 'perfecte' informatie (dus geanalyseerd met minder geavanceerde technieken) wellicht ook kan volstaan als keuze-informatie. Naar onze mening zijn ongecorrigeerde data inferieur om als keuze-informatie te publiceren, omdat dan het gevaar bestaat dat consumenten (en andere partijen) misleid worden. Uitgangspunt bij het openbaar maken van keuze-informatie moet zijn dat het gaat om daadwerkelijke verschillen in de kwaliteit van zorg. Er moet dan ook op zijn minst onderzocht worden hoe de antwoordpatronen van subgroepen van consumenten eruit zien. Wat de waarde is van informatie gebaseerd op minder perfecte analysemethoden moet blijken uit vervolgonderzoek. Een ander dilemma is de wens om bewerking- en presentatiewijzen te standaardiseren versus de wens om informatie op maat te leveren. Op dit moment worden er verschillende presentatiewijzen gebruikt en deze verscheidenheid maakt het voor mensen waarschijnlijk moeilijker om informatie te begrijpen, met als gevolg dat ze de informatie niet gebruiken bij hun keuze.<sup>27</sup> Mogelijk moeten consumenten geleidelijk 'wennen' aan keuze-informatie in de zorg en kan dit gestimuleerd worden door consequent dezelfde presentatiewijzen te gebruiken. Uit eerder onderzoek over informatieverwerking<sup>28</sup> is echter bekend dat consumenten meer interesse hebben in informatie die aansluit bij hun eigen wensen. In onze interviews bleek ook het belang van verschillende soorten zoek- en beslissingsstrategieën van consumenten. Vanuit die gedachte kan men pleiten voor



informatie op maat, waarbij via keuzemenu's en geavanceerde beslissingshulpen informatie te vinden is die is afgestemd op de eigen behoeften. Sommige consumenten willen misschien het liefst cijfers zien, terwijl anderen meer hebben aan grafieken. Een ander voorbeeld waarbij standaardisatie en informatie op maat op gespannen voet met elkaar staan is de werkwijze rondom case-mix correctie. Men wil voorkomen dat verschillen in gerapporteerde patiëntenervaringen het resultaat zijn van antwoordtendenties en dus wordt informatie zoveel mogelijk vergelijkbaar gemaakt middels case-mix correctie. Wanneer er echte verschillen in kwaliteit worden gevonden voor consumentensubgroepen moet de informatie wellicht gestratificeerd per consumentensubgroep (en dus meer 'op maat') gepresenteerd worden. Als het gaat om informatie op maat is het belangrijk om verschillende typen consumenten te onderscheiden, zoals maximizers en satisficers.<sup>29</sup> Satisficers zoeken totdat ze iets vinden dat aan hun eisen voldoet en stoppen daarna met zoeken. Maximizers zoeken daarna nog verder en willen het allerbeste. Zij zullen geneigd zijn om informatie uit te pluizen en door te klikken naar gedetailleerde informatie. Satisficers worden eerder afgeschrikt door veel informatie en zien wellicht meer in beknopte tabellen. Het contra-intuïtieve resultaat dat een alfabetische volgorde van zorgaanbieders consumenten ondersteunt bij een keuze voor de best presterende aanbieder kan wellicht geplaatst worden in deze theorie. Misschien is het zo dat sommige consumenten niet op zoek zijn naar de beste zorg, maar willen weten of een (eigen vertrouwde) aanbieder voldoet aan minimaleisen en willen zij deze aanbieder gemakkelijk terugvinden. Ook het onderscheid in typen zorgconsumenten dat Groenewoud<sup>30</sup> naar voren heeft gebracht is relevant. Uit zijn onderzoek bleek dat er patiënten zijn die focussen op vertrouwen en patiënten die focussen op uitkomsten van de zorg bij het kiezen van een zorgaanbieder en dat die focus mede afhankelijk is van de soort aandoening. Als men verschillende groepen consumenten wil voorzien van relevante keuze-informatie, moeten er waarschijnlijk verschillende soorten informatie gepresenteerd worden. Een derde dilemma is de wens om informatie levendiger te maken of 'in te kleuren' versus de wens om beknopt en overzichtelijk te zijn. Het is bekend dat consumenten anekdotische informatie van individuele patiënten meer waarderen dan gegevens gebaseerd op empirisch onderzoek.<sup>25,31</sup> Op basis hiervan bestaat de wens om de 'droge' informatie zo te presenteren dat het meer aansluit bij de belevingswereld van consumenten. Te denken valt aan plaatjes en foto's en het tegelijkertijd presenteren van cijfers en verhalen / reviews van patiënten zelf, op een zelfde manier zoals keuze-informatie over hotels en restaurants vaak wordt weergegeven. Web 2.0, waarbij internetgebruikers zelf informatie kunnen toevoegen, biedt wat dat betreft tal van mogelijkheden voor de toekomst. Het feit dat consumenten in deelstudie 5 moeite hadden om informatie uit andere bronnen los te laten pleit voor het koppelen van 'objectieve' keuze-informatie aan meer verhalende informatie. Een gevolg is wel dat de hoeveelheid informatie toeneemt, terwijl dit veelvuldig in de literatuur wordt genoemd als knelpunt<sup>32-34</sup> en ook in onze deelstudies 3 en 5 naar voren kwam. Een laatste dilemma is om aan de ene kant verschillende soorten informatie te willen presenteren (informatie van zorgaanbieders zelf, CQI informatie, informatie over leveringsvoorwaarden)<sup>35,36</sup> en aan de andere kant geen tegenstrijdige informatie te willen aanbieden. Uit onze vierde en vijfde deelstudie bleek dat consumenten moeite hebben met tegenstrijdige informatie, zoals een hoog waarderingscijfer terwijl een zorgaanbieder slecht presteert op bejegening. Een ander voorbeeld is dat de registratie van een ziekenhuis een acceptabele wachttijd voor een operatie aangeeft, terwijl patiënten in een vragenlijst aangeven de wachttijd negatief te ervaren. Hoe meer verschillende soorten informatie op een scherm, hoe groter de kans op tegenstrijdigheden. Voor de consument leiden tegenstrijdigheden tot verwarring en wellicht ook tot wantrouwen ten aanzien van informatie.

### **Wat betekenen de resultaten voor de praktijk?**

Voor wie zijn de resultaten en de daaruit volgende dilemma's relevant? In dit artikel worden drie belangrijke groepen onderscheiden (zie ook Figuur 1):

- 1 Het beleid. Dit zijn het Ministerie van VWS en de Stuurgroepen van het programma Zichtbare Zorg
- 2 De praktijk. Dit zijn het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) die de richtlijnen voor CQI metingen opstelt en de beheerders van keuzewebsites
- 3 Het onderzoek. Dit zijn de onderzoekers die zich bezighouden met de CQ-index en keuze-informatie aan diverse universiteiten en onderzoeksinstituten

### **HET BELEID**

Bij de implementatie van onze aanbevelingen moet goed worden nagedacht over het beleidsdoel van keuze-informatie op basis van de CQ-index. Onze deelstudies zijn uitgevoerd met een focus op het

mechanisme van geregleerde marktwerking. Maar ook patiëntenemancipatie, publieke verantwoording en verbeterinitiatieven worden doorgaans aangehaald als doel van keuze-informatie Binnen de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) is geregeld dat zorgaanbieders consumenten moeten informeren over prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van de zorg om zo marktprijkkels te stimuleren De stuurgroepen binnen het programma Zichtbare Zorg zijn momenteel belast met het tot stand brengen van die transparantie in verschillende zorgsectoren. Hoewel er in alle stuurgroepen gewerkt wordt aan transparantie (het ontwikkelen van indicatoren en het openbaar maken van resultaten), is de aandacht voor CQI keuze-informatie in elke stuurgroep verschillend. In de sector VV&T is de stuurgroep sterk betrokken bij beslissingen over de bewerking en presentatie van CQI gegevens. In andere sectoren, zoals Fysiotherapie en de GGZ, houden de stuurgroepen meer afstand tot de precieze processen. Ook de besluiten over presentatiewijzen verschillen per stuurgroep Omdat het belangrijk lijkt om bewerking- en presentatiewijzen meer te standaardiseren, zou centrale regie boven de stuurgroepen een middel zijn om standaardisatie te bewerkstelligen. Beleidsmakers bij VWS en Zichtbare Zorg zouden zich daarom moeten bezinnen op de vraag of en hoe verschillende soorten keuze-informatie gepresenteerd moeten worden Als (CQI) keuze-informatie primair wordt gecreëerd om bij te dragen aan meer geregleerde marktwerking, dan moet het wellicht meer aangepast worden aan het keuzeproces van 'maximizers', een minderheid die actief keuzes wil maken. Dit zou al voldoende stimulans kunnen vormen voor de zorgmarkt. De consumenten die niet actief kiezen ('satisficers') kunnen dan mogelijk profiteren van de kwaliteitsverbetering als gevolg van (kleine) marktverschuivingen. Voor maximizers lijkt het van belang om complete informatie aan te bieden, inclusief uitleg over dataverzameling- en bewerking. Een belangrijk punt is echter dat als de maximizers vooral jonge, hoog opgeleide kritische consumenten zijn, de zorg uit concurrentieoverwegingen mogelijk vooral op die groep wordt ingericht. Het is de vraag of de zorg dan ook automatisch verbetert voor oudere, laag opgeleide, meer 'inschikkelijke' patiënten (zie ook<sup>37</sup>) Vanuit de patiëntenemancipatie gedachte is het belangrijk dat (CQI) keuze-informatie voor alle burgers compleet, toegankelijk en 'op maat' is. Echter, ook hier geldt dat die aspecten geselecteerd worden die voor patiënten het meest van belang zijn. De informatie hoeft niet per definitie te leiden tot keuzes voor de best presterende aanbieder, waardoor een nadruk op de best presterende aanbieder minder prominent aanwezig hoeft te zijn. De informatie kan beter zo worden ingericht dat consumenten hun eigen vertrouwde aanbieder kunnen vinden en snel een oordeel kunnen vormen. Ook is begrijpelijkheid van de informatie belangrijk: informatie die te complex is zal patiënten niet in staat stellen om een meer gelijkwaardige relatie met zorgprofessionals aan te gaan Als we naar CQI keuze-informatie kijken als bijdrage aan verbeterinitiatieven bij zorginstellingen<sup>33,38</sup> is het minder belangrijk dat de informatie keuzeondersteunend is. Wel lijkt het belangrijk dat er verschillende kwaliteitsaspecten worden gepresenteerd. De uitdaging is dat de meest relevante informatie vanuit het perspectief van patiënten wordt gebruikt. Op die manier wordt kwaliteitsverbetering in ieder geval ingezet op de aspecten die patiënten belangrijk vinden. Hibbard<sup>33</sup> pleit er in dit verband voor om informatie zo te presenteren dat het publiek snel een oordeel kan vormen over wie de beste en de slechtste zijn. De rest volgt vanzelf via discussies met anderen; zo komen bepaalde reputaties tot stand Als het doel van de informatie vooral publieke verantwoording is, lijkt het van belang om het publiek inzicht te geven in een beperkte set van relatief globale indicatoren. Het gaat erom dat wordt aangetoond dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de verleende zorg en uitgebreide informatie is in dat geval niet noodzakelijk. Algemene waarderingscijfers in vragenlijsten passen goed bij publieke verantwoording

## DE PRAKTIJK

In 2007 zijn de handboeken CQI Meetinstrumenten van het CKZ uitgekomen voor standaardisatie van de ontwikkeling van meetinstrumenten en het meetproces.<sup>39</sup> De handboeken bevatten protocollen voor de dataverzameling, analyse, en rapportage. De resultaten uit de eerste deelstudie zijn aanleiding geweest om bij herziening van de handboeken de statistische criteria aan te scherpen: multilevel analyses worden nu voorgeschreven. Wij raden verder aan om in het handboek voor de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten een sectie op te nemen over de invloed van respondentkenmerken per zorgaanbieder Als er variabele responspatronen per zorgaanbieder worden gevonden, dan moet in de begeleidingscommissie gediscussieerd worden over alternatieven voor de traditionele case-mix correctie. Men kan bijvoorbeeld gestratificeerde rapportages overwegen die met behulp van multilevel random effects analyses tot stand komen (zie tweede deelstudie). Dit zal echter niet bij alle CQI metingen mogelijk zijn, omdat bepaalde subgroepen van patiënten (zoals ouderen of allochtonen) van geringe omvang zijn en extra moeten worden



geselecteerd Een andere mogelijkheid is om voor responsgedrag te corrigeren door middel van een vignettenmethode. Deze methode<sup>40</sup> gebruikt 'anker vignetten' om antwoordtendenties te identificeren. Vignetten beschrijven hypothetische situaties, zoals een situatie waarin een patiënt informatie ontvangt van een zorgverlener. Het idee is dat deze vignetten 'vast' staan en dat mogelijke verschillen in beoordeling van de vignetten tussen respondenten het resultaat zijn van verschillen in responsgedrag (en niet van echte verschillen in de kwaliteit van zorg). Patiëntenervaringen kunnen vervolgens geanalyseerd worden door middel van regressieanalyses met correcties voor de antwoorden op de vignetten. Hoewel er nog meer onderzoek moet plaatsvinden naar de toepasbaarheid van deze methode binnen de CQ-index, is het duidelijk dat de methode een groot voordeel zou kunnen bieden: antwoordtendenties en verschillen in behandeling zouden beter te onderscheiden zijn. Het handboek voor CQI metingen bevat ook een deel over presentatiewijzen van keuze-informatie aan zorgconsumenten. Eén van de richtlijnen is dat de zorgaanbieders gerangschikt worden van goed naar minder goed. Op basis van onze bevindingen zou deze richtlijn moeten worden aangepast. Wij raden aan om de aanbieders juist in een alfabetische volgorde weer te geven. De overige CQI richtlijnen komen overeen met onze aanbevelingen. Op dit moment zijn er in Nederland meerdere websites die keuze-informatie over de zorg aanbieden. Afgaande op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten zal het aantal Nederlandse websites waarschijnlijk verder toenemen. Daarom is het belangrijk dat websites kennis nemen van onze resultaten. De aanbevelingen over presentatiewijzen kunnen worden overgenomen door bouwers van keuzewebsites. Om de hoeveelheid informatie het hoofd te bieden moet een gelaagde opbouw worden gebruikt: samenvattende informatie eerst en meer gedetailleerde informatie via doorklikmogelijkheden of uitgebreide keuzehulpen. Maximizers kunnen meer informatie vinden en satisficers worden niet overweldigd. De resultaten uit de kwalitatieve studie zijn aanleiding om te pleiten voor intensievere pretests onder consumenten voordat informatie online gaat. Meestal testen bouwers van websites hun informatie in usability tests, maar onze resultaten wijzen erop dat de bruikbaarheid van de informatie ook afhangt van begrijpelijke taal en uitleg. Zolang consumenten niet begrijpen wat keuzeaspecten betekenen en waar sterren voor staan, is het onwaarschijnlijk dat informatie op een juiste manier gebruikt wordt.<sup>33</sup> Door eerst cognitieve interviews<sup>41</sup> te houden met consumenten kunnen terminologie en symbolen op websites beter uitgelegd worden. De vraag blijft wie verantwoordelijk is voor het schrijven van teksten op keuzewebsites. Zijn dit de beheerders van de websites? Of misschien de onderzoekers die gegevens aanleveren? In veel gevallen zullen dit geen communicatiedeskundigen zijn, terwijl juist hun expertise nodig is. Beheerders en bouwers van keuzewebsites zouden verder moeten nadenken over of en hoe standaardisatie van presentatiewijzen mogelijk is. De basis kunnen de presentatiewijzen zijn die consumenten ondersteunden in onze studies. De vraag blijft echter in hoeverre standaardisatie mogelijk en wenselijk is. Websites komen veelal voort uit private initiatieven. De initiatiefnemers willen zichzelf onderscheiden en zullen wellicht niet gemakkelijk te bewegen zijn tot onderlinge afspraken over uniforme presentatiewijzen. Mogelijk kunnen patiënten en consumentenverenigingen daarbij een rol spelen, bijvoorbeeld door goed vormgegeven websites aan te bevelen bij hun achterban.

## HET ONDERZOEK

Verder onderzoek naar de voor- en nadelen van complete informatie en van informatie op maat moet uitwijzen welke hoeveelheid informatie gepresenteerd moet worden. Naar onze mening moet met behulp van onderzoek gezocht worden naar een 'ideale' hoeveelheid informatie, met behulp waarvan (groepen) consumenten effectieve keuzes kunnen maken. Ook dient onderzocht te worden of er bepaalde profielen van consumenten te onderscheiden zijn in Nederland die op een bepaalde manier met keuze-informatie omgaan. Bij deze verschillende groepen mensen moet vastgesteld worden of ze willen kiezen in de zorg, en op welke manier zij (CQI) keuzeinformatie gebruiken. Een ander belangrijk onderzoeksthema is het daadwerkelijke keuzeproces van consumenten. In onze studies (en in veel andere onderzoeken) is alleen gebruik gemaakt van hypothetische situaties. Het is voor het evalueren van transparantie en marktwerking in de zorg echter van groot belang om vast te stellen of en hoe consumenten gebruik maken van keuze-informatie. Daarvoor is zowel economisch (onder welke voorwaarden vinden marktverschuivingen plaats) als psychologisch (waarom willen consumenten wel of niet kiezen) onderzoek nodig.

## CONCLUSIE

De door ons uitgevoerde deelstudies hebben geresulteerd in verschillende aanbevelingen om CQI keuze-informatie verder te optimaliseren. Wat betreft de gegevensbewerking is het belangrijk om met behulp van multilevel analyses variabelen voor case-mix correctie te selecteren. Als het gaat om keuzeondersteunende presentatiewijzen zijn verschillende effectieve methoden aangetoond, zoals een driesterrensystematiek en een alfabetische volgorde van zorgaanbieders. Tegelijkertijd komen ook enkele dilemma's naar voren. Toekomstige onderzoeksresultaten moeten richting geven aan de oplossing van de dilemma's. Het onderscheiden van consumentenprofielen en het daadwerkelijk keuzegedrag van consumenten zijn belangrijke onderzoeksthema's. Naast onderzoek is het echter ook nodig om een discussie onder beleidsmakers, beheerders van websites en onderzoekers op gang te brengen over de doelen van keuze-informatie in de zorg. Het Ministerie van VWS wil met keuze-informatie in de zorg meerdere doelen dienen. Gezien de dilemma's die uit onze studies volgen is het echter de vraag of dit allemaal wel tegelijkertijd kan

## ABSTRACT

Public reporting about patients' experiences: recommendations and dilemmas. In the Netherlands, information about patients' experiences with healthcare is increasingly available (based on measurements using the CQ-index). In five studies, we examined how these data can be best adjusted and presented on the Internet to function as public comparative information for consumer choice. These studies resulted in recommendations important to different stakeholders working with the CQ-index and public comparative healthcare information. The recommendations can be divided into two categories: (1) recommendations concerning adjustment for response tendencies to ensure fair provider comparisons; and (2) recommendations concerning presentation formats to display the information on the Internet. In addition, several dilemmas are outlined in this article, which are relevant for policy, practice, and research. To further optimize public comparative information, the different aims behind it need to be addressed. Key words: patients' experiences, CQ-index, comparative information, case-mix adjustment, presentation format

## LITERATUUR

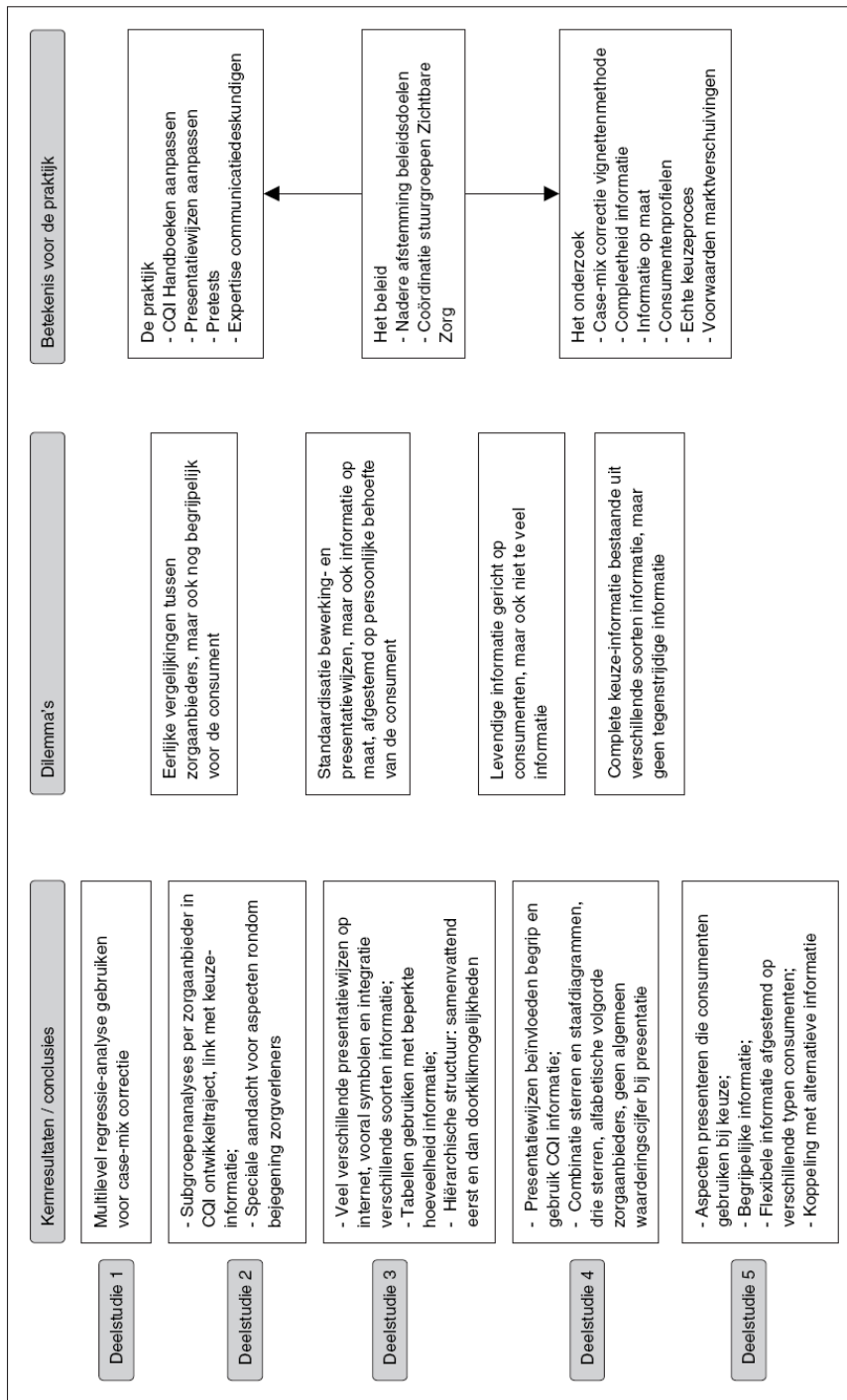
1. Lugtenberg M, Westert GP. Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers: een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Universiteitsdrukkerij, 2007
2. Delnoij D. Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Rede, uitgesproken op 15 mei 2009. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2009
3. Delnoij DMJ, Asbroek AHA ten, Arah OA et al. Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003
4. Delnoij D, Hendriks M. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. Tijdschr Gezondheidswet 2008;86:440-6
5. Rademakers J, Sixma H, Triemstra M, et al. De constructie van een CQI meetinstrument: ervaringen uit de praktijk. Tijdschr Gezondheidswet 2008;86:447-54
6. Dafny LS, Dranove D. Do report cards tell consumers anything they don't already know? The case of Medicare HMOs. Rand J Econ 2008;39:790-821
7. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, et al. Making health care quality reports easier to use. The Joint Commission. J Quality Improvement 2001;27:591-604
8. Jae H, Delvecchio DS, Cowles D. Picture-text incongruity in print advertisements among low-and high literacy consumers. J Consumer Affairs 2008;42:439-51
9. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000;283:1866-74
10. Farley DO, Short PF, Elliott MN et al. Effects of CAHPS health plan performance information on plan choices by New Jersey Medicaid beneficiaries. Health Serv Res 2002;37:985-1007
11. Farley DO, Elliott MN, Short PF et al. Effect of CAHPS performance information on health plan choices by Iowa Medicaid beneficiaries. Med Care Res Rev 2002;59:319-36



12. Fung CH, Lim YW, Mattke S et al. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Int Med* 2008;148:111-23
13. Hibbard JH, Slovic P, Peters E et al. Is the informed-choice policy approach appropriate for Medicare beneficiaries? *Health Aff* 2001;20:199-203
14. Faber M, Bosch M, Wollersheim H et al. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47:1-8
15. Bettman JR, Kakkar P. Effects of information presentation format on consumer information acquisition strategies. *J Consum Res* 1977;3:233-40
16. Payne JW, Bettman JR, Johnson EJ. *The Adaptive Decision Maker*. New York: Cambridge University Press, 1993
17. Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM et al. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *Tijdschr Gezondheidswet* 2007;85:136-8
18. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, et al. Case-mix adjustment of the CAHPS1 Hospital survey. *Health Serv Res* 2005; 40:2162-81
19. Damman OC, Stubbe JH, Hendriks M et al. Using multilevel modeling to assess case-mix adjusters in consumer experience surveys in health care. *Med Care* 2009;47:496-503
20. Damman OC, Boer D de, Hendriks M, et al. The influence of patient characteristics on healthcare experiences across family physicians. (Submitted)
21. Damman OC, Rademakers J. *Keuze-informatie in de zorg: een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet* Utrecht: NIVEL, 2008
22. Tversky A, Sattah S, Slovic P. Contingent weighting in judgment and choice. *Psychol Rev* 1988;95:371-84
23. Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research *Milbank Q* 1997;75:395-414
24. Damman OC, Hendriks M, Spreeuwenberg P et al. *Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 3: presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten*. Utrecht: NIVEL, 2008
25. Robinson S, Brodie M. Understanding the quality challenge for health consumers: the Kaiser/AHCPR Survey. *Jt Comm J Qual Improv* 1997;23:239-44
26. Tange H, Moser A, Korstjens I et al. *Gebruikersparticipatie bij het ontwerp van een CQI-keuzewebsite*. *Tijdschr Gezondheidswet* 2008; 86:494-500
27. Rosenstein AH. Hospital report cards: intent, impact, and illusion *Am J Med Qual* 2004;19:183-92
28. Fogg BJ. *Persuasive technology. Using computers to change what we think and do*. Morgan San Francisco: Kaufmann Publishers, 2003
29. Schwarz B. *The paradox of choice: Why more is less*. Harper Collins Publishers, 2004
30. Groenewoud AS. *It's your choice! A study of search and selection processes, and the use of performance indicators in different patient groups (thesis)*. Rotterdam: Erasmus University, 2008
31. Mennemeyer ST, Morrisey MA, Howard LZ. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information *Inquiry* 1997;34:117-28
32. Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: Implications from decision-making research *Milbank Q* 1997;75:395-414
33. Hibbard JH. What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results. *Ann Int Med* 2008;148:160-1
34. Veroff DR, Gallagher PM, Wilson V, et al. Effective reports for health care quality data: lessons from a CAHPS demonstration in Washington State. *Int J Qual Health Care* 1998;10:555-60
35. Loon AJM van, Tolboom RAL. *Ontwerprapport kiesBeter.nl 2006-2007*. Bilthoven: RIVM, 2005
36. Bokhour BG, Pugh MJ, Rao JK, et al. Improving methods for measuring quality of care: a patient-centered approach in chronic disease. *Med Care Res Rev* 2009;66:147-66
37. Grit K, Bovenkamp H van de, Bal R. *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: iBMG, 2008
38. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1 Suppl): I30-8
39. Sixma H, Delnoij D. *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument Versie 2.0* Utrecht: NIVEL, 2008
40. King G, Murray CJL, Salomon JA et al. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. *Am Polit Sci Rev* 2003; 97:567-84
41. Beatty PC, Willis GB. Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opin Q* 2007;71:287-311

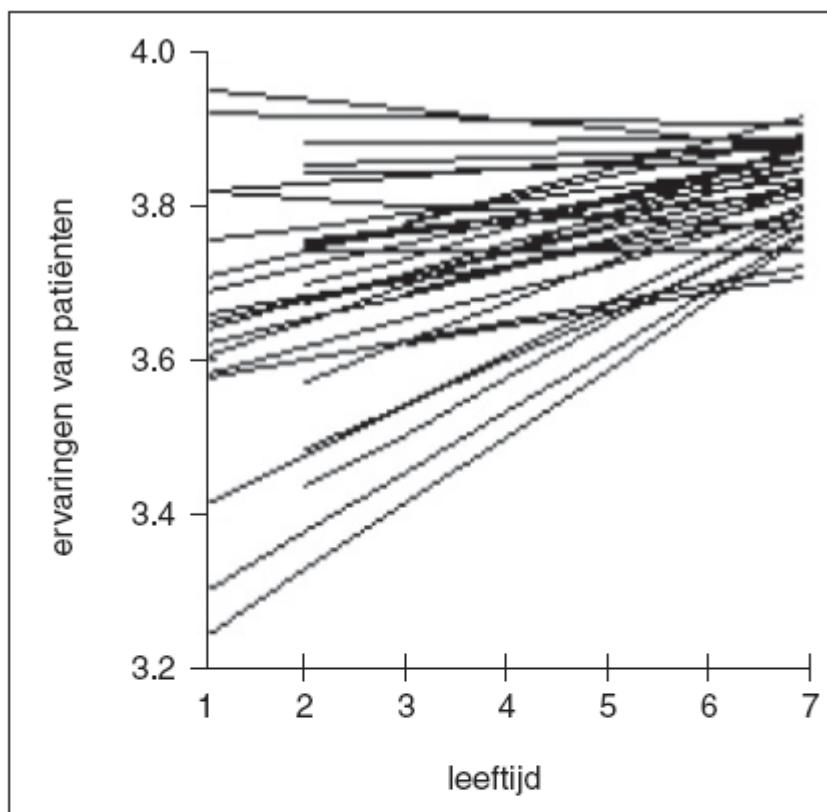
FIGURES

[FIGURE 1]



Figuur 1 Overzicht resultaten

[FIGURE 2]



**Figuur 2** Voorbeeld van variërende invloed case-mix adjuster\*

\* In dit voorbeeld is leeftijd als case-mix adjuster gebruikt en uitgezet op de x-as (in 7 leeftijdsgroepen). Op de y-as staan de ervaringen van patiënten met de zorg. Hoe hoger de ervaringsscore, hoe positiever de ervaring. Elke lijn geeft een zorgaanbieder weer. Te zien is dat er relatief veel verschillen tussen zorgaanbieders zijn als het gaat om de ervaringen van jongeren. Er zijn relatief weinig verschillen als het gaat om de ervaringen van ouderen. Ook is te zien dat de invloed van leeftijd bij de meeste zorgaanbieders positief is: hoe ouder de patiënt, hoe positiever zijn of haar ervaring. Bij enkele zorgaanbieders zien we echter een negatief verband: hoe ouder de patiënt, hoe negatiever zijn of haar ervaring met de zorg.



[FIGURE 3]

Plan Name	Plan Type	Accredited Product	Accreditation Type	Access and Service	Qualified Providers	Staying Healthy	Getting Better	Living with Illness	Overall Accreditation Status
Delta Health, Inc. (Blue Cross of Southern New Jersey)	Medicare	HMO	NCO Accreditation	★★★★	★★★★	★★☆☆	★★★★	★★★★	Excellent
Delta Health, Inc. (Blue Cross of Southern New Jersey)	Medicare	HMO	NCO Accreditation	★★★★	★★★★	★★☆☆	★★★★	★★★★	Excellent
Delta Life Insurance Company	Medicare	PPO	PPO Accreditation	★★★★	★★★★	Does Not Apply	Does Not Apply	Does Not Apply	Full
Accredited HMO (in New Jersey)	Medicare	HMO/POS Combined	NCO Accreditation	★★★★	★★★★	★★☆☆	★★☆☆	★★★★	Excellent
United Health Plans of New Jersey	Medicare	HMO	NCO Accreditation	★★★★	★★☆☆	★★☆☆	★★☆☆	★★☆☆	Commendable

Figuur 3 Voorbeeld van een tabel met de zorgaanbieders in rijen en de keuzeaspecten in de kolommen (afkomstig van <http://reportcard.ncqa.org>)

[FIGURE 4]

Goede omgang met cliënten					
***	Thuiszorgaanbieder C		■ nooit/soms (7 %)	■ meestal (25%)	■ altijd (68%)
**	Thuiszorgaanbieder A		■ nooit/soms (7 %)	■ meestal (37%)	■ altijd (56%)
**	Thuiszorgaanbieder E		■ nooit/soms (14%)	■ meestal (36%)	■ altijd (50%)
**	Thuiszorgaanbieder B		■ nooit/soms (16%)	■ meestal (33%)	■ altijd (51%)
*	Thuiszorgaanbieder D		■ nooit/soms (16%)	■ meestal (39%)	■ altijd (45%)
<b>Legenda sterren</b>					
Bovengemiddeld		***			
Gemiddeld		**			
Benedengemiddeld		*			

Figuur 4 Voorbeeld van een experimenteel format uit deelstudie 4: combinatie van staafdiagram en sterren, rangorde van zorgaanbieders, 3 sterren, relatieve scores, een algemeen waarderingscijfer