

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.tijdschriftkiz.nl/artikel/14936/Bruikbaarheid-CQ-index-voor-Risicogestuurd-Toezicht-IGZ
Pubmed link	
DOI	

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

Hoe kan de Inspectie patiëntervaringen benutten?

Bruikbaarheid CQ-index voor Risicogestuurd Toezicht IGZ

H. SIXMA EN D. DE BOER

ABSTRACT

In de toezichtvisie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is een belangrijke plaats ingeruimd voor het betrekken van burgers. Eén van de manieren om dit handen en voeten te geven is om de signalen die burgers afgeven zo goed mogelijk te benutten als bron van toezichtinformatie. In het Incidenten Toezicht maakt de IGZ al langer gebruik van burgermeldingen. Maar ook in het Risicogestuurd Toezicht bekijkt de IGZ momenteel hoe signalen van burgers te benutten zijn, bijvoorbeeld als het gaat om signalen uit social media (Van de Belt, 2014).

Wat is bekend?

De Consumer Quality Index (CQ-Index; CQI) is een verzameling van vragenlijsten voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. Om verschillende redenen wordt de CQI momenteel slechts beperkt gebruikt voor toezicht.

Wat is nieuw?

Het beter benutten van de bestaande informatie in de CQI, de CQI-vragenlijsten meer toesnijden op toezicht en het combineren van CQI-data met andere bronnen worden gezien als mogelijkheden om de bruikbaarheid van de CQ-Index voor toezicht te bevorderen.

Wat kun je ermee?

De suggesties uit dit artikel kunnen gebruikt worden om patiëntervaringsvragenlijsten zoals de CQ-Index bruikbaarder te maken voor toezicht.

Risicogestuurd Toezicht houdt in dat de IGZ zich richt op de meest risicovolle zorgaanbieders.

De achtergrond hiervan is dat de Inspectie onmogelijk alle zorgaanbieders in Nederland (frequent) kan bezoeken. Door per zorgaanbieder een inschatting te

maken van risico's op onverantwoorde of onveilige zorg met behulp van risico-analyses kan de Inspectie de aanbieders met de hoogste risico's selecteren voor een bezoek. Overigens worden ook altijd enkele aanbieders 'at random' geselecteerd voor een inspectiebezoek zodat iedere aanbieder altijd een kans heeft om te worden bezocht.

Een van de onderdelen van de risico-analyses is gebruik maken van externe signalen. De IGZ doet dit momenteel op verschillende manieren.

[KADER 1]

Zo wordt bij Risicogestuurd Toezicht gebruik gemaakt van meldingen die burgers doen aan het landelijk meldpunt zorg en gegevens uit sociale media zoals de reviews en ratings op de website van Zorgkaart Nederland. Ook gestandaardiseerde metingen van patiëntervaringen die toch al plaats vinden zouden een mooie aanvullende informatiebron kunnen vormen voor Risicogestuurd Toezicht. Een instrument dat zich hier in beginsel goed voor kan lenen is de Consumer Quality Index (CQI; CQ-index), een verzameling vragenlijsten met bijbehorende methoden en werkinstructies voor het gestandaardiseerd meten van patiëntervaringen met kwaliteit van zorg (zie kader 1).

De CQI is vooralsnog echter niet optimaal bruikbaar voor toezicht door de IGZ. In een evaluatie van de eerste vijf jaar CQ-index kwam bijvoorbeeld naar voren dat het vaak erg lang duurt voordat de IGZ toegang krijgt tot CQI-informatie waardoor de informatie gedateerd is.

Daarnaast krijgt de IGZ doorgaans alleen toegang tot geaggregeerde en casemixgecorrigeerde scores die mogelijk niet de beste basis vormen voor een risicoanalyse. Tevens bleek dat een risicoselectie op basis van geaggregeerde en casemixgecorrigeerde CQI-scores veel te vaak leidt tot een bezoek aan instellingen waar niets aan de hand blijkt (Hopman et al. 2011). Voorts laat onderzoek van Zwijnenberg et al. (2012) zien dat 'niet plus' ziekenhuizen statistisch gezien geen slechtere CQI-resultaten hebben dan 'plus' ziekenhuizen in een periode voorafgaand aan een IGZ-maatregel of IGZ-oordeel van het ziekenhuis.

Het is dus de vraag of de informatie die aan de CQ-index wordt ontleend in zijn huidige vorm wel voldoende informatief en/of bruikbaar is voor Risicogestuurd Toezicht.

INTERVIEWS MET HET VELD

Om inzicht te krijgen in de ideeën vanuit het veld over de bruikbaarheid van de CQ-index voor de IGZ zijn 15 semigestructureerde interviews met (vertegenwoordigers van) stakeholders gehouden (zie kader 2).

Zonder uitzondering vinden partijen waarmee is gesproken het een goede zaak dat de IGZ bij het invullen van de toezichtfunctie ook (en in toenemende zin) aandacht besteedt aan cliëntof patiëntervaringen. Naast informatie op basis van zorginhoudelijk indicatoren en structuurkenmerken, bieden patiëntervaringen een extra mogelijkheid voor risico-inventarisatie en risicoanalyse.

De meningen over de bruikbaarheid van CQI-meetinstrumenten voor risico-inventarisatie in hun huidige vorm waren verdeeld.

De meerderheid van de personen waarmee is gesproken ziet niettemin mogelijkheden om de resultaten van CQI-onderzoek te gebruiken voor risico-inventarisatie door de

IGZ, maar dit vraagt soms wel om aanpassingen van de meetinstrumenten en/of de manier waarop wordt gerapporteerd. Een overzicht van de suggesties zijn weergegeven in tabel 1.

BETER BENUTTEN VAN BESTAANDE INFORMATIE

Verschillende deelnemers noemden mogelijkheden om bestaande informatie uit de CQI beter te benutten. Een suggestie die in dit verband door bijna iedereen werd genoemd is het systematisch analyseren van de antwoorden op de open vragen in de CQI-vragenlijsten. Daarnaast werd gesuggereerd om CQI-informatie in andere vormen beschikbaar te stellen voor toezicht.

Ook werd geopperd om te kijken naar de mogelijkheden die differentiatie in CQI-antwoordcategorieën bieden. Onderzoek naar groepen patiënten met lage waarderingscijfers in relatie tot risicovolle situaties werd eveneens genoemd als idee om informatie uit de CQI beter te benutten.

CQI-VRAGENLIJSTEN MEER TOESNIJDEN OP TOEZICHT

Verschillende suggesties hadden betrekking op het beter laten aansluiten van CQI-vragenlijsten op de aandachtspunten van de IGZ. Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het toevoegen van een algemene open vraag gericht op risicovolle situaties of meer specifieke vragen gericht op onveilige situaties. Een andere suggestie was de ontwikkeling en toepassing van een 'pluis/niet-pluis' module.

COMBINEREN MET ANDERE BRONNEN

Verschillende deelnemers wezen op mogelijkheden om CQI-informatie te combineren met andere informatie die mogelijk bij de IGZ beschikbaar is. Ook PROMs (Patient Reported Outcome Measures) werden in dit verband genoemd als interessante data om te relateren aan risicovolle situaties, hoewel de IGZ vooralsnog geen toegang heeft tot data van PROMs.

[TABEL 1]

Tot slot werd geopperd dat de IGZ kan onderzoeken of risicovolle situaties die de IGZ heeft geconstateerd, ook kunnen worden voorspeld op basis van CQI-informatie. Een dergelijk voorspelmodel zou vervolgens kunnen bijdragen aan het identificeren van instellingen met een hoog risico op onveilige situaties. Een eerste poging hiertoe met geaggregeerde en casemixgecorrigeerde CQI-scores in de ziekenhuiszorg bleek overigens niet direct vruchtbaar (Zwijnenberg et al., 2012), maar verschillende vervolgstappen die de Inspectie hierop heeft ondernomen met gegevens op gedetailleerder niveau lijken meer op te leveren.

OVERIGE SUGGESTIES

Verschillende overige suggesties kwamen uit de interviews naar voren die over het algemeen geen betrekking hadden op de CQI zelf, maar als bijvangst van de interviews wel het vermelden waard zijn. Een suggestie die herhaaldelijk terug kwam betrof de ontwikkeling van een passend juridisch kader voor databeheer en het gebruik van CQI (en andere) gegevens door de IGZ. Gegevens worden in groeiende mate openbaar, maar nog veel meer gegevens zijn niet openbaar toegankelijk en voor die gegevens is

het voor de IGZ maar ook voor andere partijen onduidelijk of deze gegevens ook door de IGZ gebruikt mogen worden. Via een juridisch kader zou geregeld kunnen worden waar de IGZ over kan/mag beschikken, in welke vorm (ruwe data? geaggregeerde data? persoonsgegevens?) en op welk moment. Andere ideeën die werden genoemd betreffen: (1) het gebruik van bestaande signaleringsbronnen (klachtenlijn, resultaten meldweek, meldpunten, zorgkaart Nederland, zorgloket, helpdesks, e.d.) via een kwalitatief analyseprogramma, (2) onderzoek naar de mogelijkheid om via zorgdossieronderzoek (bijvoorbeeld bij 10 cliënten per instelling) een beeld te krijgen van onveilige situaties, (3) nadere bestudering van de rapportages van cliëntenraden, (4) het mee laten lopen van ('getrainde') patiënten met IGZ-inspecteurs, en (5) onderzoek naar de mogelijkheden om social media meer en beter te gaan gebruiken bij het inventariseren van onveilige situaties door patiënten.

VERVOLGSTAPPEN

Het opstellen van een onderzoeksagenda kan worden gezien als een eerste stap op weg naar het verhogen van de bruikbaarheid van gestandaardiseerde patiëntervaringsmetingen zoals de CQ-index voor Risicogestuurd Toezicht. De suggesties die uit de interviews naar voren kwamen lieten zich samenvatten onder verschillende thema's: het beter benutten van bestaande informatie, de CQI-vragenlijsten meer toesnijden op toezicht en het combineren van CQI data met andere bronnen. Dit laatste gebeurt al omdat de IGZ altijd naar meerdere verschillende informatiebronnen kijkt in haar risicoanalyses.

Naast de huidige inventarisatie van mogelijkheden met betrekking tot het beter benutten van de CQ-index is bijvoorbeeld ook onderzocht of sociale media nuttige informatie bevatten voor toezicht (Van de Belt et al., 2014).

Hieruit bleek dat informatie uit sociale media inderdaad van toegevoegde waarde kan zijn, met name voor risicogestuurd toezicht.

Het in uitvoering nemen van de verschillende suggesties is in het ene geval makkelijker dan in het andere. Een aangepaste wijze van rapportage is bijvoorbeeld eenvoudiger te realiseren dan het systematisch (en per zorginstantie) uitvragen van onveilige situaties, het (via een kwalitatief analyseprogramma) systematisch verwerken van kwalitatieve informatie verzameld met CQI meetinstrumenten, of het ontwikkelen en toepassen van een 'pluis-niet pluis' module. Allereerst lijkt het verstandig suggesties die breed worden gedragen door het veld als eerste nader te verkennen; dit zijn bijvoorbeeld suggesties die vijf keer of vaker zijn genoemd tijdens de interviews. Daarnaast ligt het voor de hand om te beginnen bij die punten die uitgaan van bestaande CQI-informatie en de vragenlijsten die er nu liggen. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is wel de toegankelijkheid van CQI-informatie in verschillende vormen voor de IGZ. Zo kan de IGZ alleen gebruik maken van de ruwe data of open antwoorden analyseren als die ook toegankelijk zijn voor de IGZ en dat is vaak niet het geval. Daarnaast is ook van belang dat de IGZ tijdig kan beschikken over gegevens. Omdat dit voor de CQ-index minder makkelijk te realiseren is dan voor bijvoorbeeld social media vullen beide informatiebronnen elkaar ook goed aan: de CQ-index vraagt vaak een langere doorlooptijd maar is wel gestoeld op een meer gecontroleerd dataverzamelingsprotocol en social media zijn veel sneller toegankelijk maar minder goed te controleren op bijvoorbeeld representativiteit of

vergelijkbaarheid. Parallel aan het verhogen van de bruikbaarheid van bestaande informatie kan worden nagedacht over aanpassing van de CQI-vragenlijsten met onderwerpen die (ook) voor de IGZ belangrijk zijn.

Het verzamelen van informatie middels vragenlijsten voor patiënten zoals de CQ-index lijkt alleen maar toe te nemen. Het is zinvol om te onderzoeken hoe dit soort dataverzamelingen – die toch al plaatsvinden – ook bruikbaar kunnen worden voor Risicogestuurd Toezicht door de IGZ. Daarmee kunnen gestandaardiseerde patiëntervaringsmetingen een belangrijke aanvulling vormen op de manieren waarop het burgerperspectief wordt betrokken bij het toezicht. Overigens geldt dat de gedane suggesties niet alleen waardevolle informatie kunnen opleveren voor de IGZ, maar dat ook kwaliteitsmanagers en zorgverleners hier hun voordeel mee kunnen doen. Meer en betere informatie met betrekking tot (een ervaren gevoel van) onveiligheid bij patiënten kan belangrijk zijn bij het streven naar verdere kwaliteitsverbetering en verhoging van de patiëntveiligheid.¹

[KADER 2]

Met dank aan Ine Borghans (IGZ - Coördinerend/specialistisch Adviseur & Coördinator Risicoanalyses), Sorien Kleefstra (IGZ - Adviseur Risicodetectie en Ontwikkeling) en Femke Vlems (Zorginstituut Nederland - Manager Team Kwaliteitskaders) voor hun betrokkenheid bij het project en hun waardevolle reflecties op eerdere versies van dit artikel. Voorts danken de auteurs alle geïnterviewde personen voor hun bereidheid tot deelname.

LITERATUUR

- Hopman H, de Boer D, Rademakers J. (2011). Kennisvraag: wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?, Utrecht: NIVEL.
- Van de Belt T.H. et al, (2015). Using Patient Experiences on Dutch Social Media to Supervise Health Care Services: Exploratory Study. J Med Internet Res, vol. 17, iss. 1.
- Zwijnenberg, N., Friele, R., Delnoij D. (2012). De voorspellende waarde van patiëntervaringen: de relatie tussen CQI uitkomsten en IGZ maatregelen in ziekenhuizen. Tilburg; Tranzo.

TABEL EN KADERS

Kader 1. De CQ-index

De CQ-Index bestaat sinds 2006 en meet kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. De CQ-index bestaat uit een familie van enkele tientallen vragenlijsten voor het meten van patiëntervaringen en bijbehorende methoden voor ontwikkeling, dataverzameling, analyse en presentatie. Een belangrijk doel van de CQ-index is om de ervaren kwaliteit van zorg te vergelijken tussen zorgaanbieders. Metingen met CQ-index vragenlijsten worden dan ook gestandaardiseerd uitgevoerd door daartoe geaccrediteerde meetorganisaties die werkinstructies volgen waarin alle stappen uit het dataverzamelingsproces nauwkeurig gespecificeerd zijn. De resultaten van metingen met de CQ-index kunnen voor verschillende doelen worden gebruikt, zoals patiëntkeuze, zorginkoop en kwaliteitsverbetering.

Vragen over de bruikbaarheid van CQI-informatie bij Risicogestuurd Toezicht waren voor Zorginstituut Nederland aanleiding om te (laten) onderzoeken of en hoe patiëntervaringen meer en beter kunnen worden gebruikt bij risico-inventarisatie. Een onderzoek dat aansluit bij het oorspronkelijke doel achter de CQI-meetinstrumenten: het genereren van kwaliteitsinformatie die door zo veel mogelijk spelers in het zorgveld gebruikt kan worden.

	Suggestie	Essentie	# genoemd
1	Systematisch benutten van de antwoorden op de CQI vraag naar verbeterpunten.	CQI beter benutten	13
2	Op specifieke deelgebieden (overdracht, ingreep, ontslag) gerichte vragen naar risico's/veiligheid stellen.	CQI aanpassen	12
3	Opstellen van een juridisch kader waarbinnen de IGZ gebruik kan maken van CQI-gegevens.	Overig	9
4	Opnemen in alle CQI-vragenlijsten van een gerichte vraag naar ervaringen met onveilige (of risicovolle) situaties.	CQI aanpassen	8
5	De ontwikkeling van een specifieke CQI-module rond het thema veiligheid.	CQI aanpassen	8
6	Snelle, op de behoeften van het IGZ toegesneden wijze van terugkoppeling van CQI-resultaten.	CQI beter benutten	8
7	Ontwikkeling van een 'pluis – niet pluis' module voor inpassing in de CQI-vragenlijsten.	CQI aanpassen	5
8	Onderzoek naar de mogelijkheid op CQI-informatie terug te koppelen op het niveau van locaties of afdelingen.	CQI beter benutten	4
9	Toepassing van meer gedifferentieerde antwoordcategorieën bij CQI-vragenlijsten.	CQI aanpassen	4
10	Onderzoek naar de relatie tussen CQI-waarderingsscores en achterliggende factoren rond risico's en onveilige situaties.	Combineren met andere informatie	4
11	Onderzoek naar de relatie tussen in de CQI-vragenlijsten opgenomen PROMs en risicovolle situaties vanuit patiëntperspectief.	Combineren met andere informatie	3
12	Bevorderen van interpretatie en gebruik van CQI-informatie voor risico-inventarisatie middels lezingen en workshops.	CQI beter benutten	2
13	Ontwikkeling van een voorspelmodel voor onveilige/ risicovolle situaties op basis van CQI-informatie.	Combineren met andere informatie	1

Tabel 1: Suggesties voor het bevorderen van de bruikbaarheid van CQI-informatie voor toezicht

Kader 2. Interviews met stakeholders en experts

De partijen waarmee is gesproken vertegenwoordigen: zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en inhoudelijke / methodische experts. De lijst met te interviewen personen is opgesteld in samenspraak met vertegenwoordigers van de IGZ en het Zorginstituut en bevat vertegenwoordigers van: Academische werkplaats toezicht (NIVEL & IQ Healthcare), ActiZ, Borstkankervereniging Nederland, IGZ, LOC, Longfonds, LSR, NPCF, Revalidatie Nederland, Santeon ziekenhuizen, SiRM en VU Amsterdam, Stichting Miletus en ZorgDNA. De interviews vonden plaats tussen 20 november en 19 december 2013.

Alle 15 personen die zijn uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek hebben hierin toegestemd. Behoudens één uitzondering zijn alle interviews met toestemming van de betrokkenen op band opgenomen. De interviews vonden plaats aan de hand van een topiclijst die op verzoek aan de deelnemers is toegezonden voorafgaand aan het interview. De interviewduur bedroeg gemiddeld circa 45 minuten. De lengte varieerde tussen de 30 en 65 minuten. Ruwweg zijn in de interviews drie onderwerpen aan de orde geweest: (1) het nut van de CQ-index voor risico-inventarisatie en de mogelijkheden om dit nut te vergroten; (2) andere instrumenten en methoden om patiëntervaringen te benutten voor risico-inventarisatie; (3) aanvullende adviezen met betrekking tot het Risicogestuurd Toezicht door de IGZ.