

H.J. Sixma  
C. van Campen

# Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief

In opdracht van de Nederlandse Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) zijn door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) vier vragenlijsten ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers van zorgvoorzieningen. Bijgaand artikel schetst (1) de achtergronden bij deze nieuwe meetinstrumenten, (2) de manier waarop de vragenlijsten tot stand zijn gekomen, (3) vorm en inhoud van de vragenlijsten, en (4) de toepassingsmogelijkheden.

Meningen en opvattingen van patiënten - of meer algemeen: de gebruikers van zorgvoorzieningen - zijn, sinds de Leidschendam-afspraken van 1990, centrale thema's bij beleid gericht op kwaliteitsverbetering in de zorgsector. Instellingen en individuele zorgverleners worden geacht hun werkwijze af te stemmen op de ideeën en wensen van gebruikers. De lijdzaam toeziende patiënt moet plaats maken voor de kritische consument. Een klant waarmee andere partijen rekening houden. De passieve rol van gebruikers van zorgvoorzieningen tot het midden van de jaren 80 weerspiegelt zich in het gezondheidszorgonderzoek. Onderzoekers concentreerden zich op het meten van tevredenheid van patiënten via het invullen van een (schriftelijke) vragenlijst, maar de patiënt zelf was niet of nauwelijks betrokken bij het ontwerpen van de gebruikte vragenlijsten (Van Campen et al, 1995).

Is er sprake van ontevredenheid - percentages tevreden patiënten liggen in de regel rond de 85% - dan is meestal niet duidelijk waardoor dit wordt veroorzaakt. Een actief en effectief kwaliteitsbeleid op basis van dergelijke gegevens wordt dan een lastige opgave.

Bovenstaande bevindingen, in combinatie met het ontbreken van specifieke instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg in de sector van de thuiszorg vanuit het perspectief van de gebruiker, waren voor de Nederlandse Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) aanleiding het NIVEL een onderzoeksoverdracht te verlenen voor het ontwikkelen van zo'n instrument. Het instrument - een schriftelijke vragenlijst - moest zich richten op vier groepen gebruikers van thuiszorgvoorzieningen: (1) astma patiënten, (2) patiënten met reumatische aandoeningen, (3) ernstig lichamenlijk gehandicapten, en (4) hulpbehoevende ouderen. Thuiszorg werd gedefinieerd als alle (professionele) zorg die wordt verleend

aan in principe thuiswonende patiënten, dus inclusief bijvoorbeeld huisartsenzorg en poliklinische zorg.

## De ontwikkelingsfase

Om recht te doen aan het gebruikersperspectief, zijn patiënten van het begin af betrokken bij het ontwikkelingsproces (zie schema). Dit gebeurde in eerste instantie via groepsgesprekken, aangevuld met individuele consultaties, waarvoor deelnemers werden geworven via patiëntenverenigingen en (lokale) ouderenbonden. De belangrijkste resultaten van deze gespreksrondes waren (1) een lijst met aandachtspunten waaraan (thuis)zorg zou moeten voldoen wil er, naar de mening van de deelnemers, sprake zijn van goede kwaliteit zorg, (2) een voorstel voor het 'vertalen' van deze aandachtspunten in concrete kwaliteitsindicatoren, en (3) een eerste versie van de vragenlijst, met daarin een selectie van deze kwaliteitsindicatoren.

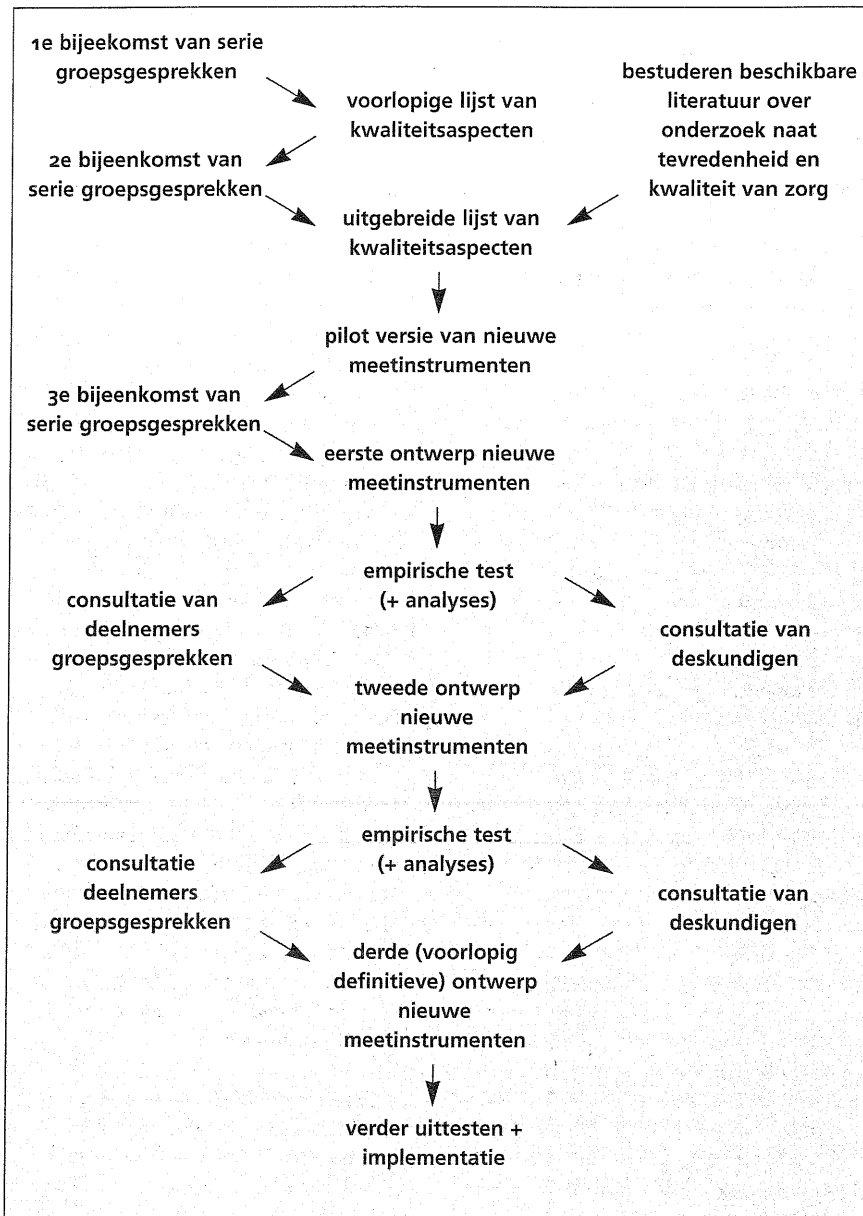
Hoe die groepsgesprekken werkten laat een kort fragment zien, afkomstig uit een eerste gesprek met astmapatiënten. *"Ik ging voorlichting geven over astma in een ziekenhuis. Bij binnenkomst was er nog niks aan de hand. Toen moest ik een brede hal oversteken naar de lift. Halverwege ben ik in elkaar gezakt, om een half uur later weer bij te komen op zaal. Er zaten daar in die hal zeker 50 mensen te roken. Kun je het je voorstellen?"* Kortom, volledig rookvrije ruimten is een belangrijke kwaliteitsindicator voor astmapatiënten, en als zodanig opgenomen in de vragenlijst.

De vooraf gemaakte keuze voor een schriftelijke vragenlijst heeft consequenties voor de inhoud en vorm van het meetinstrument. Om inzicht te krijgen in de gevolgen van deze keuze vooraf zijn drie versies van de voorlopige vragenlijst uitgetest bij circa 200 respondenten per geselecteerde categorie: een mondelinge versie, een computer-gestuurde telefonische versie, en een schriftelijke versie. Via een aantal 'open vragen', waarin respondenten konden aangeven welke kwaliteitsaspecten werden gemist, kon boven-

dien worden vastgesteld hoe effectief de groepsgesprekken waren geweest bij het inventariseren van kwaliteitsaspecten. De conclusies van deze (eerste) empirische toetsing, uitgevoerd onder leden van patiëntenverenigingen, laten zich in enkele zinnen samenvatten. Als men een wat hoger percentage onbeantwoorde vragen voor lief neemt, vormen schriftelijke vragenlijsten een goed alternatief voor telefonische of mondelinge interviews. De kosten in gulden zijn relatief gering, het aantal geïnteresseerde personen dat bereid was de vragen te beantwoorden lag niet lager dan bij de mondelinge en telefonische versie, en ook de kwaliteit van de antwoorden was (voor zover dit kon worden vastgesteld) niet lager dan bij de mondelinge en telefonische versie. De antwoorden op de 'open vragen' laten zien dat de meerwaarde ten opzichte van de resultaten van de groepsgesprekken betrekkelijk gering was. Per groep konden 14 tot 23 kwaliteitsaspecten worden toegevoegd aan de oorspronkelijke aantallen, die varieerden van 68 voor ouderen tot 92 voor astma-patiënten.

Een (tweede) schriftelijke versie van de vragenlijst werd ingevuld door 1445 patiënten, ofwel gemiddeld ruim 350 respondenten per categorie. Aan deze ronde hebben, naast leden van patiëntenverenigingen, ook niet-georganiseerde patiënten deelgenomen. Werving van laatstgenoemde groep geschiedde via geïnteresseerde huisartspraktijken. De verhouding tussen georganiseerde en niet-georganiseerde patiënten lag uiteindelijk ongeveer 1 op 1. De resultaten van de tweede empirische test zijn geanalyseerd met behulp van gangbare technieken. De nadruk lag daarbij op (1) het selecteren van de uiteindelijk in de meetinstrumenten op te nemen kwaliteitsaspecten, en (2) het verkrijgen van inzicht in de mate waarin de voorgestelde meetinstrumenten voldeden aan de (wetenschappelijke) eisen van validiteit en stabiliteit.

# Specifiek van gebruikers



Het ontwikkelingsproces van de nieuwe meetinstrumenten

Elk van de vier meetinstrumenten is opgebouwd in twee delen, waarbij deel 1 zich richt op het belang van de verschillende kwaliteitsaspecten en in deel 2 de ervaringen van de respondenten centraal staan. Deel 1 bevat (1) een generiek deel met 16 algemene vragen en (2) een categorie-specifiek deel, met 16 vragen over de specifieke problematiek van de vier groepen gebruikers van zorgvoorzieningen. Immers, astmapatiënten bijvoorbeeld denken bij kwaliteit van (thuis)zorg aan andere zaken dan reumapatiënten. De 16 algemene aspecten bestaan uit

structuur- als proceskenmerken. Deze 16 aspecten vormen de kern van het instrument. Bij proceskenmerken gaat het om zaken als bejegening ("Word ik als patiënt wel serieus genomen?"), het geven van informatie ("Legt de arts goed uit wat ik moet doen als ik meerdere medicijnen gebruik?") en autonomie ("Mag ik als patiënt uiteindelijk zelf beslissen over de hulp die ik krijg?"). Onder structuurkenmerken vallen aspecten die betrekking hebben op de toegankelijkheid van voorzieningen, continuïteit van zorg ("Is er onmiddellijk gezinshulp als ik uit het ziekenhuis kom?") en de aan de

zorg verbonden kosten. De 4 x 16 specifieke kwaliteitsaspecten hebben, bij de nu ontworpen instrumenten, betrekking op de belevingswereld van de vier geselecteerde groepen: astmapatiënten, reumapatiënten, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen. In deel 1 wordt via 4-puntsschalen een oordeel gevraagd over het belang dat door respondenten aan alle 32 geselecteerd kwaliteitsaspecten wordt toegekend. In deel 2 gaat het, zoals gezegd, om de ervaringen van de persoon die de vragenlijst invult. Via een cognitief oordeel wordt vastgesteld of de geboden zorg- en dienstverlening volgens de respondent voldoet aan de eisen verwoord in de 32 kwaliteitsindicatoren. Hierbij wordt vooral gekeken naar beroepsgroepen en instellingen die voor de betreffende patiëntengroep belangrijk zijn. Bij de nu ontwikkelde vragenlijsten gaat het daarbij om huisartsen (alle vier de groepen), long- of kinderartsen (astmapatiënten), reumatologen (reumapatiënten), medisch specialisten in algemene zin (gehandicapten en ouderen), thuishulp en thuiszorginstellingen (alle vier de groepen). Bij beroepsgroepen of zorginstellingen waarmee relatief weinig patiënten contact hebben, worden alleen eventuele knelpunten of suggesties voor verbetering geïnventariseerd, en wordt niet de volledige batterij van (maximaal) 32 vragen afgenomen.

## Toepassing

In dit onderzoek spreken we van goede kwaliteit zorg, als de verleende zorg op belangrijke aspecten overeenstemt met de gewenste zorg. Toepassing van de ontworpen vragenlijsten levert in principe de informatie die nodig is om voor zo'n kwaliteitsoordeel. Enerzijds via de aspecten en de daaraan gekoppelde (geaggregeerde) belangsscores. Anderzijds door kennis te nemen van de ervaringen van ondervraagde respondenten. Een eenvoudige formule maakt het mogelijk belang- en ervaringsscores om te zetten in zogenaamde impact-scores. Impact-scores voor elk opgenomen kwaliteitsaspect of groep van kwaliteitsaspecten, en voor elke beoordeelde beroepsgroep of zorginstelling (zie ook: Zastowny et al, 1995). Op basis van deze scores kan beleid worden gevoerd gericht op kwaliteitsverbetering vanuit het gebruikersperspectief. Een voorbeeld van de manier waarop impact-

scores worden berekend staat in bijgevoegde tabel.

De tabel laat zien dat voor astma-patiënten het rookvrij zijn van de wacht- en praktijkruimte van bijvoorbeeld de huisarts een erg belangrijke kwaliteitsindicator is (belangscore: 8.2). Van de groep ondervraagde astma-patiënten geeft 6% aan dat er, wat dit aspect betreft, sprake is van een situatie waarin wacht- en praktijkruimte niet volledig rookvrij zijn (ervaringsscore: .06). Door belang- en ervaringsscore met elkaar te vermenigvuldigen wordt een impactscore berekend, die bij dit aspect (voor de huisarts) uitkomt op .5. Op dezelfde wijze kunnen impactscores worden uitgerekend voor de andere genoemde aspecten. Dan blijkt dat in zijn algemeenheid de meeste 'winst' is te

kwaliteitsbeleid op basis van tabel 1 zich moeten richten op de beschikbaarheid van specifieke medicijnen, de mate waarin huisartsen astma-patiënten serieus nemen, en het volledig rookvrij zijn van wacht- en praktijkruimte.

#### Enkele kanttekeningen

Wat zijn nu de voordelen van en kanttekeningen bij deze serie van vier nieuwe meetinstrumenten. Een eerste discussiepunt is de lengte van de vragenlijsten. Via 32 kwaliteitsaspecten wordt informatie verzameld over vaak meerdere beroepsgroepen of instellingen, hetgeen voor bepaalde categorieën gebruikers van zorgvoorzieningen een aanzienlijke belasting kan zijn. Hoewel het inkorten van de vragenlijsten onherroepelijk ten koste zal

weg naar een gezamenlijk actieplan gericht op kwaliteitsverbetering. Een vervolgproject, waarbij de instrumenten voor astma- en reumapatiënten worden toegepast in een veldexperimentele situatie, moet uitwijzen of zo'n strategie in de praktijk werkt.

Een sterk punt van de vier meetinstrumenten is naar onze mening de afstemming op de leef- en ervaringswereld van direct betrokkenen, zonder dat concessies worden gedaan aan de wetenschappelijke eisen die aan goede meetinstrumenten worden gesteld. De instrumenten vormen als het ware een synthese van een kwalitatieve aanpak via groeps gesprekken en een kwantitatieve aanpak van het vooral in cijfers geïnteresseerde wetenschappelijke veld. Een ander sterk punt is dat de nu ontwikkelde serie van vier instrumenten eenvoudig is uit te breiden naar andere categorieën gebruikers van zorgvoorzieningen, terwijl het generieke deel in meer algemene zin toepasbaar is. In de verslaglegging die betrekking heeft op de nu ontworpen instrumenten wordt nader ingegaan op deze mogelijkheid tot uitbreiding.

Tabel: Belang-, ervaring<sup>1</sup>- en impactscores van een aantal kwaliteitsaspecten, afkomstig uit de vragenlijst voor astma-patiënten.

kwaliteitsaspect	belangscore <sup>2</sup> (gemiddelde)	ervaringsscore <sup>3</sup> (gemiddelde)	impactscore
1 serieus genomen worden	7.9	.07	.5
2 telefonisch goed bereikbaar	7.1	.12	.9
3 afspraken, wat te doen in geval van nood	6.9	.62	4.3
4 verstrekking medicijnpaspoort	4.7	.88	4.1
5 vergoeding voorgeschreven medicijnen	5.6	.23	1.3
6 afstemming verleende zorg op zorg van andere hulpverleners	6.3	.16	1.0
7 rookvrij zijn van wacht- en praktijkruimte	8.2	.06	.5
8 het (binnen 24 uur) beschikbaar zijn van specifieke medicijnen	8.0	.09	.7

1 De ervaringen hebben betrekking op het werken van de huisarts

2 Voor het uitrekenen van de gemiddelde belangsscores zijn de oorspronkelijke schaalwaarden omgerekend naar Z-scores en vervolgens getransformeerd naar waarden tussen de 0 en 10.

3 De ervaringsscores zijn verkregen door optelling van de percentages 'nee' en 'eigenlijk niet'.

verwachten van een kwaliteitsbeleid dat zich richt op aspecten waarbij een hoge belangsscore samengaat met 'slechte' ervaringen. In ons voorbeeld zijn dat aspecten 3 (afspraken over wat te doen in geval van nood), 4 (verstrekking van een medicijnpaspoort) en 5 (vergoeding van alle voorgeschreven medicijnen). Echter ook andere strategieën zijn denkbaar. Men zou bijvoorbeeld kunnen streven naar zorgverlening waarbij op de drie belangrijkste kwaliteitsaspecten het (gemiddelde) percentage respondenten met negatieve ervaringen niet boven de 5% mag uitkomen. In dat geval zou een

gaan van het informatiegehalte, kan (en zal) onderzocht worden in hoeverre hier toe mogelijkheden aanwezig zijn. Een tweede punt van discussie betreft het feit dat de nieuwe instrumenten zich exclusief richten op het perspectief van gebruikers van zorgvoorzieningen, en dat geen rekening wordt gehouden met de optiek van andere partijen in de gezondheidszorg. Ons inziens hoeft dit geen probleem te zijn. Informatie verkregen op basis van de afgenomen vragenlijst(en) kan voor (georganiseerde) patiënten het vertrekpunt zijn voor onderhandelingen met andere belanghebbende partijen op

#### Literatuur

Campen, C. van, H. Sixma, R.D. Friele, J.J. Kerssens and L. Peters. 1995. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review* 52(1):109-33.

Zastowny, T.R., W.C. Stratmann, E.H. Adams, M.L. Fox. 1995. Patient Satisfaction and Experience with Health Services and Quality of Care. *Quality Assurance in Health Care* 3(3):50-61.

#### Nadere informatie

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, telefoon: 030-2319946.

Drs. Herman Sixma en Dr. Crétien van Campen zijn als onderzoekers verbonden aan het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Het onderzoek waarop dit artikel betrekking heeft, werd gesubsidieerd door de Nederlandse Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) onder nummer 900-571-054.