

INLEIDING

De CQ-index is door het Ministerie van VWS in 2006 gelanceerd als de standaardmethodiek voor het meten van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het Ministerie heeft om verschillende redenen belang bij het bestaan van zo'n standaard. Het functioneren van gereguleerde marktwerking is één van de redenen. Daarnaast is de CQ-index echter ook ingevoerd met het oog op de landelijke informatievoorziening. Het Ministerie van VWS monitort de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg met behulp van de Zorgbalans. Patiënten-/consumentenervaringen maken deel uit van de indicatoren die in deze Zorgbalans zijn opgenomen.

In dit hoofdstuk presenteren we de gegevens die in de Zorgbalans zijn opgenomen als kwaliteitsindicatoren voor de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij wordt toegelicht waarom deze indicatoren zijn geselecteerd en wordt achtergrondinformatie verstrekt over de totstandkoming van deze indicatoren. Daarbij wordt verwezen naar de rapporten waaruit de gebruikte data afkomstig zijn.

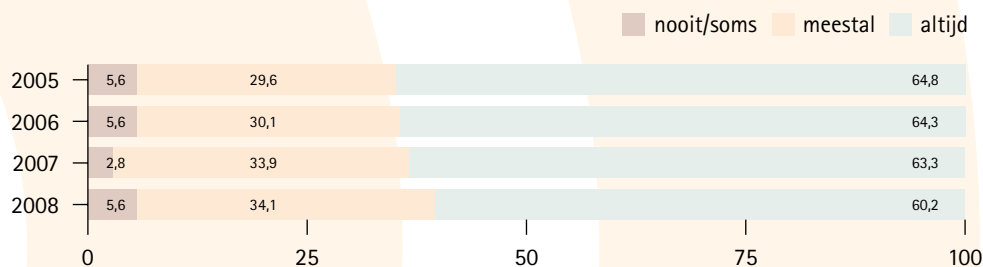
BEJEGENING

Wanneer mensen prettig bejegend worden, draagt dat bij aan een goede interactie tussen zorggebruikers en zorgverleners als het gaat om het nemen van beslissingen en het uitvoeren van een behandelplan. Om deze reden is het belangrijk om onderzoek te doen naar bejegening. Vragen over de bejegening van patiënten/cliënten door zorgverleners maken deel uit van de set verplichte vragen die in elke CQ-index terug komen. Het is dan ook mogelijk om cijfers hierover voor verschillende sectoren van de zorg te presenteren.

In de CQI Zorg en Zorgverzekering wordt gevraagd naar de bejegening door zorgverleners in de ambulante medische zorg. Daarbij is niet verder toegespitst om welke zorgverleners het gaat. De resultaten zijn weergegeven in figuur 2.1.

In figuur 2.1 is te zien dat meer dan 90% van de zorggebruikers vindt dat zij prettig worden bejegend in de zorg. Dit is over de jaren heen tamelijk stabiel. Ongeveer een derde van de respondenten geeft de kwalificatie 'meestal'.

Figuur 2.1 *Mate waarin zorggebruikers zich prettig bejegend voelen door zorgverleners (percentages gegeven antwoorden), 2005-2008.*



Deze cijfers zijn gebaseerd op vragen over de mate waarin zorgverleners beleefd en respectvol zijn, patiënten serieus nemen, aandachtig luisteren, voldoende tijd nemen en dingen begrijpelijk uitleggen (Hendriks, M., Delnoij, D., Meulen-Arts, S. van der, Brouwer, W., & Spreeuwenberg, P., 2005; Damman, O. C., Hendriks, M., Delnoij, D. M. J., & Spreeuwenberg, P., 2006; Boer, D. de et al., 2007; Reitsma-van Rooijen, M. et al., 2008).

De gegevens uit figuur 2.1 zijn gebaseerd op een serie vragen over bejegening en het gaat niet om specifieke patiëntengroepen, maar de vragen zijn gesteld aan mensen die zeer uiteenlopende vormen van ambulante medische zorg hebben ontvangen. In de volgende paragrafen wordt daarom specifiekere gekeken naar

verschillende patiëntengroepen en verschillende aspecten van bejegening en communicatie.

BELEEFDE BEHANDELING

In figuur 2.2 is voor verschillende vormen van zorg te zien in hoeverre mensen hun behandelaar als beleefd ervaren. Maar weinig mensen geven aan dat dat nooit of soms het geval is. Er zijn gegevens over meerdere jaren beschikbaar voor fysiotherapie, staaroperatie en heup- of knieoperatie. De verschillen tussen de jaren zijn echter verwaarloosbaar. Patiënten van fysiotherapeuten zijn het meest positief. Het minst positief zijn de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten.

Voor meer informatie over de metingen waar deze resultaten uit voort zijn gevloeid verwijzen we naar de veelal openbare rapporten waarin dit beschreven staat (de Boer, D., Damman, O. C., & Delnoij, D., 2008; Doornen, A. van, Triemstra, M., & Rademakers, J., 2008; Greuningen, M. van, Vervloet, M., Hoek, L. van der, & Dijk, L. van, 2009; Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O. C., Sixma, H. J., Spreuwenberg, P., & Rademakers, J., 2009; Sonsbeeck, D. D., Delnoij, D. M. J., & Triemstra, M. H. M., 2006; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Vervloet, M., Linschoten, C. P., & Dijk, L. van, 2007; Wiegers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M., PWC, 2007; Miletus, 2009b; Miletus, 2009a)

Figuur 2.2 Mate waarin zorggebruikers een beleefde behandeling ervaren (percentages gegeven antwoorden), 2005–2008.

GZ: Gehandicaptenzorg; VVT: Verpleging Verzorging en Thuiszorg



BEGRIJPelijke UITLEG

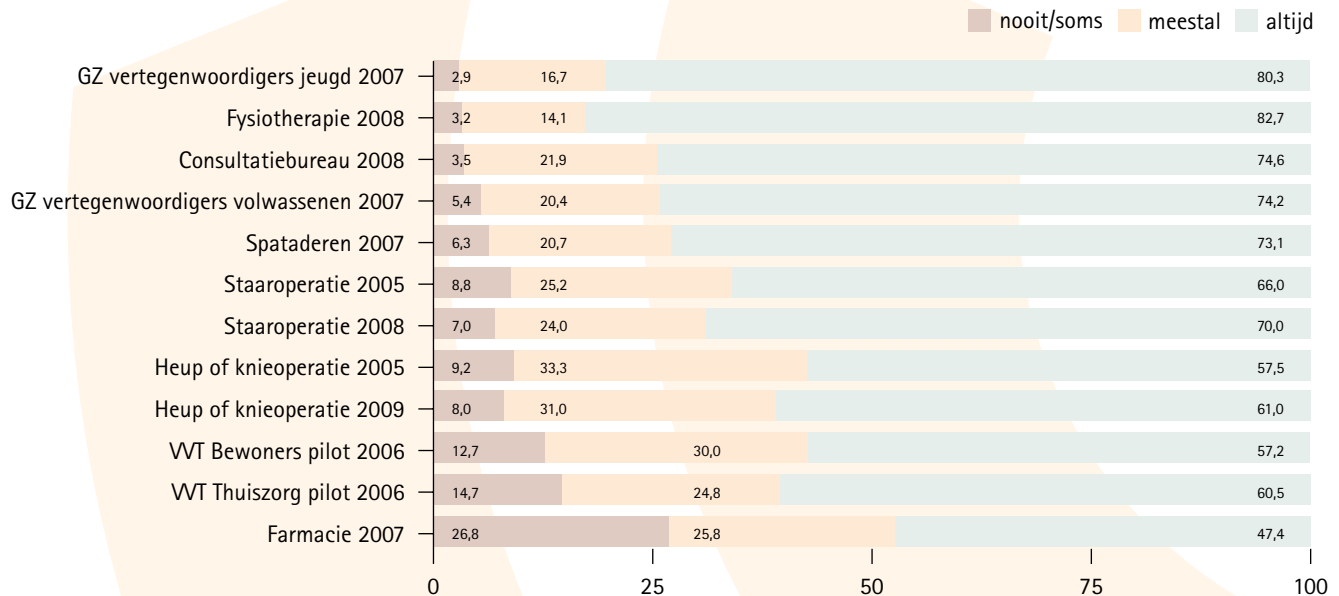
Het is van groot belang dat patiënten – waar mogelijk – goed begrijpen welke behandelmogelijkheden er zijn, welke risico's daaraan verbonden zijn en wat de behandeling van de patiënt zelf vraagt. Daarom wordt in alle CQI meetinstrumenten gevraagd of patiënten begrijpelijke uitleg krijgen. In figuur 3.3 staat weergegeven hoe vaak mensen vinden dat zij begrijpelijke uitleg krijgen over de zorg. Opvallend is dat vooral vertegenwoordigers van gehandicapten, cliënten van fysiotherapeuten en ouders die het consultatiebureau bezoeken hier positieve ervaringen mee hebben. Voor deze groepen geldt dat driekwart van de mensen de verkregen uitleg altijd begrijpelijk vindt en dat 15% tot 20% aangeeft de uitleg meestal begrijpelijk te vinden.

In de verpleging, verzorging en thuiszorg hebben cliënten wat vaker moeite met de uitleg die zij ontvangen: meer dan 10% geeft aan dat de uitleg nooit of soms begrijpelijk voor hen is. Mogelijk spelen cognitieve beperkingen daarbij een rol. Mensen die een apotheek bezoeken geven het minst vaak aan dat zij begrijpelijke uitleg ontvangen. Misschien wordt in een groot deel van de gevallen –al dan niet terecht– verondersteld dat de uitleg van de arts en de informatie in de bijsluiter volstaan.

Ten slotte zijn gegevens over meerdere jaren beschikbaar voor staaroperatie en heup- of knieoperatie. De verschillen tussen de jaren zijn niet noemenswaardig.

Meer informatie over de gegevensverzamelingen is te vinden in de veelal openbare rapporten die hierover verschenen zijn (PWC, 2007; Miletus, 2009b; Miletus, 2009a; Doornen, A. van, Triemstra, M., & Rademakers, J., 2008; Greuningen, M. van, Vervloet, M., Hoek, L. van der, & Dijk, L. van, 2009; Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O. C., Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P., & Rademakers, J., 2009; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Wiegers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M., 2007; Boer, D. de, Veenhof, C., & Delnoij, D., 2009)

Figuur 2.3 Mate waarin zorggebruikers vinden dat ze een begrijpelijke uitleg hebben gekregen (percentages gegeven antwoorden), 2005-2008. GZ: Gehandicaptenzorg; VVT: Verpleging Verzorging en Thuiszorg



MEEBESLISSEN

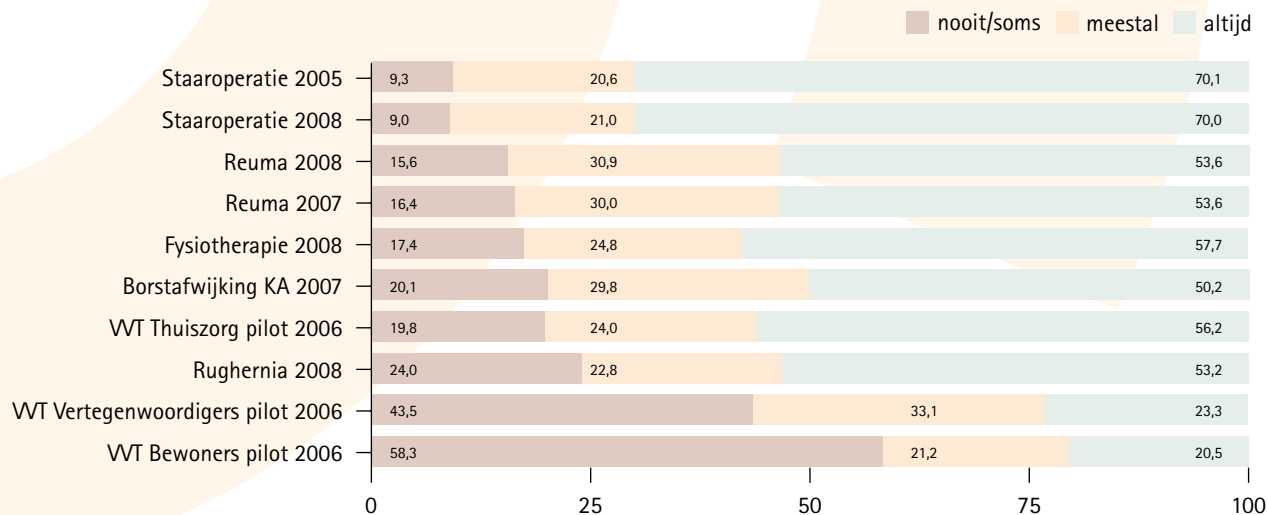
Als ontvanger van de geboden zorg dient de patiënt mee te kunnen beslissen over deze zorg als dat mogelijk of wenselijk is. In acute situaties is het uiteraard niet altijd haalbaar om patiënten mee te laten beslissen. En het aantal behandelmogelijkheden kan in de praktijk beperkt zijn. Toch is het belangrijk om te monitoren in

hoeverre patiënten mogen meebeslissen. In figuur 2.4 is te zien hoe vaak patiënten aangeven te kunnen meebeslissen over de zorg die zij ontvangen. In de verpleeg- en verzorgingshuizen geven patiënten het vaakst aan niet te kunnen meebeslissen. Meer dan de helft (58%) geeft hier aan nooit of soms te kunnen meebeslissen. Daarbij moet worden aangetekend dat dit een cijfer is uit de pilotmeting van 2006. Mogelijk zijn

de prestaties van verpleeg- en verzorgingshuizen op dit gebied inmiddels verbeterd. Recentere cijfers zijn wel beschikbaar, maar waren helaas niet toegankelijk voor bewerking ten behoeve van de Zorgbalans. Voor de overige patiëntengroepen geldt dat minimaal driekwart van de patiënten aangeeft meestal of altijd mee te kunnen beslissen. Voor reuma en staaroperatie zijn gegevens beschikbaar over twee verschillende jaren. De resultaten in deze jaren verschillen nauwelijks.

Meer informatie over de projecten waarin deze informatie is verzameld is te vinden in de veelal openbare rapporten die hierover verschenen zijn (Miletus, 2009a; Miletus, 2009b; Boer, D. de, Veenhof, C., & Delnoij, D., 2009; Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007; Kinds, E, Koopman, L, Triemstra, M, & Rademakers, J, 2009a; Koopman, L. & Rademakers, J. J. D. J., 2008b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007)

Figuur 2.4 *Mate waarin zorggebruikers ervaren dat ze mogen meebeslissen over de geboden zorg (percentages gegeven antwoorden), 2005-2009. Borstafwijking KA: een kwaadaardige borstafwijking; VVT: Verpleging Verzorging en Thuiszorg*



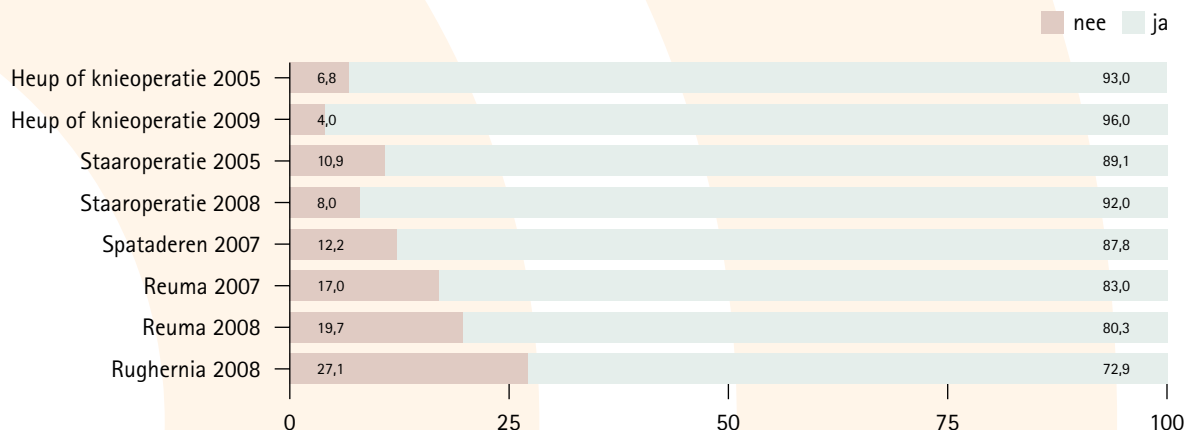
ONTSLAGINFORMATIE

Een naadloze overgang in de zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie is een belangrijk kwaliteitscriterium voor ketenzorg. Wanneer patiënten goede ontslaginformatie ontvangen weten zij welke activiteiten ze wel of niet kunnen ondernemen en ook in welke gevallen zij opnieuw contact op moeten nemen.

In figuur 2.5 is te zien hoeveel mensen aangeven informatie te krijgen over wat zij thuis wel en niet moeten doen na ontslag uit het ziekenhuis. Voor alle patiëntengroepen in figuur 2.5 geldt dat de overgrote meerderheid van de patiënten hier wel informatie over krijgt. Het deel van de patiënten dat aangeeft hier geen informatie over te hebben ontvangen, varieert van 6,8% (heup- of knieoperatie) tot 27% (rughernia). Voor reuma, staaroperatie en heup- of knieoperatie zijn er gegevens over twee jaar. De verschillen tussen de jaren zijn beperkt.

Voor meer informatie over de projecten waarin deze informatie is verzameld verwijzen we weer naar veelal openbare rapporten die hierover verschenen zijn (Doornen, A. van, Triemstra, M., & Rademakers, J., 2008; Miletus, 2009a; Miletus, 2009b; Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J., 2009a; Koopman, L. & Rademakers, J. J. D. J., 2008b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007).

Figuur 2.5 Mate waarin zorggebruikers ontslaginformatie krijgen na ontslag uit het ziekenhuis (percentages gegeven antwoorden), 2005-2009.



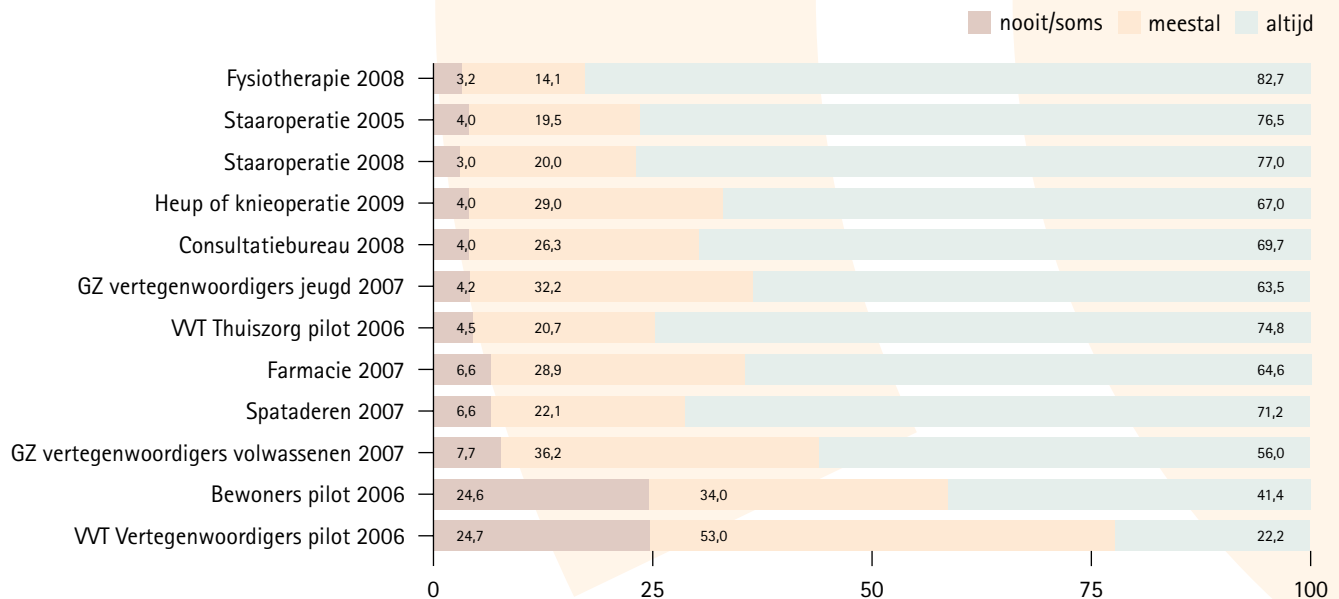
VOLDOENDE TIJD

De laatste jaren is sterk ingezet op het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg. Een risico is dat dit ten koste gaat van de beschikbare tijd voor patiënten. Daarom is het van belang na te gaan in hoeverre patiënten ervaren dat zorgverleners voldoende tijd voor hen hebben. In figuur 2.6 is voor verschillende zorgvormen te zien in hoeverre mensen van mening zijn dat zorgverleners voldoende de tijd nemen. Opvallend is dat een kwart van de bewoners van verpleeg- of

verzorgingshuizen aangeeft dat zorgverleners nooit of soms voldoende tijd voor hen nemen. Dat geldt tevens voor de vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten. Hiervan geeft een kwart aan dat zorgverleners onvoldoende tijd nemen voor de bewoner. Ook hierbij geldt weer: dit zijn cijfers uit 2006. De recentere cijfers waren niet toegankelijk voor bewerking ten behoeve van de Zorgbalans. Voor staaroperatie zijn gegevens over twee verschillende jaren beschikbaar. De resultaten voor beide jaren zijn nagenoeg identiek.

Meer informatie over de projecten waar deze gegevens op zijn gebaseerd is elders beschikbaar (PWC, 2007; Miletus, 2009a; Miletus, 2009b; Boer, D. de, Veenhof, C., & Delnoij, D., 2009; Doornen, A. van, Triemstra, M., & Rademakers, J., 2008; Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O. C., Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P., & Rademakers, J., 2009; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Vervloet, M., Linschoten, C. P., & Dijk, L. van, 2007; Wiegers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M., 2007)

Figuur 2.6 *Mate waarin zorggebruikers vinden dat zorgverleners voldoende tijd voor hen nemen (percentages gegeven antwoorden), 2005-2009. GZ: Gehandicaptenzorg; VVT: Verpleging Verzorging en Thuiszorg*



MEERDERE KEREN HETZELFDE VERHAAL VERTELLEN

Gebrekkige afstemming in de zorg kan leiden tot dubbel werk, maar ook tot onveilige situaties, bijvoorbeeld wanneer verschillende zorgverleners behandelingen voorschrijven die niet in combinatie met elkaar kunnen plaats vinden. Het is niet eenvoudig om via vragenlijsten onder patiënten/cliënten te meten hoe goed het gesteld is met de samenwerking en afstemming in de zorg.

Dat vindt voor een deel namelijk in de "backoffice" van zorgverleners en instellingen plaats, waardoor de patiënt/cliënt er niet goed zicht op heeft. Als zorgverleners hun samenwerking en onderlinge afstemming goed op orde hebben, merkt de patiënt daar -paradoxaal genoeg- vaak niets van. Patiënten/cliënten merken het wél als zaken niet goed geregeld zijn.

Wanneer patiënten bijvoorbeeld telkens opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen aan verschillende zorgverleners, kan dat een teken zijn van gebrekkige afstemming.

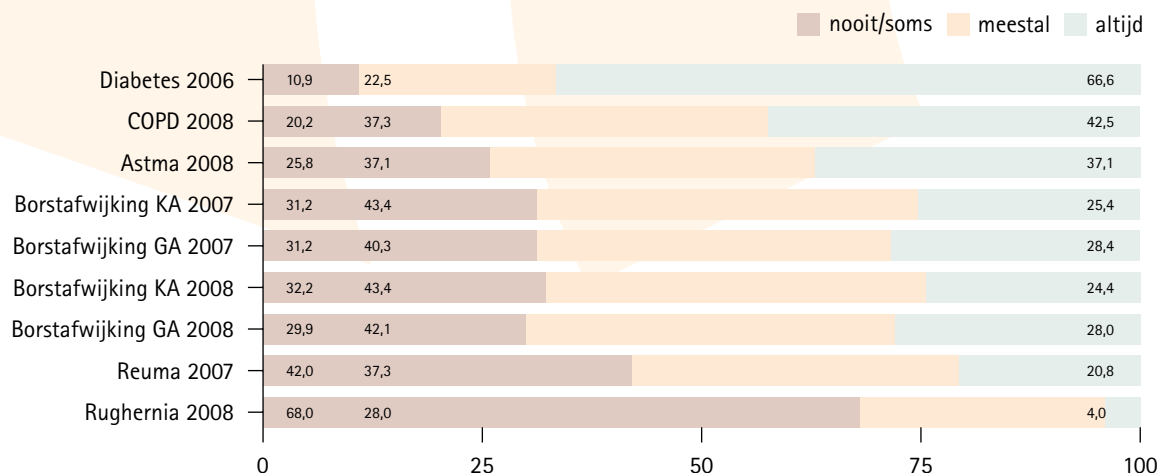
Voorals chronisch zieken hebben hier regelmatig mee te maken. Onderzoek van de Algemene Rekenkamer uit 2005 liet zien dat ongeveer de helft van de chronisch zieken vaak hetzelfde verhaal moest vertellen. Recentere cijfers (weergegeven in figuur 2.7) wijzen op wat lagere

aantallen, en laten zien dat dit nogal varieert tussen patiëntengroepen.

Voor een belangrijk deel zijn de verschillen tussen patiëntgroepen te verklaren uit de verschillen in het primaire zorgproces. Diabetes is bijvoorbeeld een chronische ziekte waarbij patiënten jarenlang in zorg zijn. Minder dan 11% van de diabetespatiënten zegt altijd of meestal zijn of haar verhaal opnieuw te moeten vertellen. Na verloop van tijd zijn alle zorgverleners waarschijnlijk op de hoogte van de situatie van de patiënt. Ook bij patiënten die lijden aan astma of COPD zien we daarom relatief lage percentages. Opvallend is dat patiënten met reuma - toch ook een chronische ziekte - wel aangeven vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen. Van de mensen met een rughernia maken bijna zeven op de tien het vaak mee dat ze opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

Meer informatie over de gegevensverzamelingen waar de data uit figuur 2.7 uit voort zijn gevloeid is te vinden in diverse, veelal openbare rapporten (Koopman, L. & Rademakers, J., 2008; Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., & Rademakers, J., 2009; Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J., 2009; Stubbe, J., Spreeuwenberg, P., & Asbroek, G. ten, 2007; Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007; Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007; Bloemendal, E., Triemstra, A. H. M., & Rademakers, J. J. D. J., 2008).

Figuur 2.7 Percentage zorggebruikers dat zegt wel eens opnieuw hetzelfde verhaal te moeten vertellen (percentages gegeven antwoorden), 2007-2008. Borstafwijking KA: een kwaadaardige borstafwijking; Borstafwijking GA: een goedaardige borstafwijking; VVT: Verpleging Verzorging en Thuiszorg

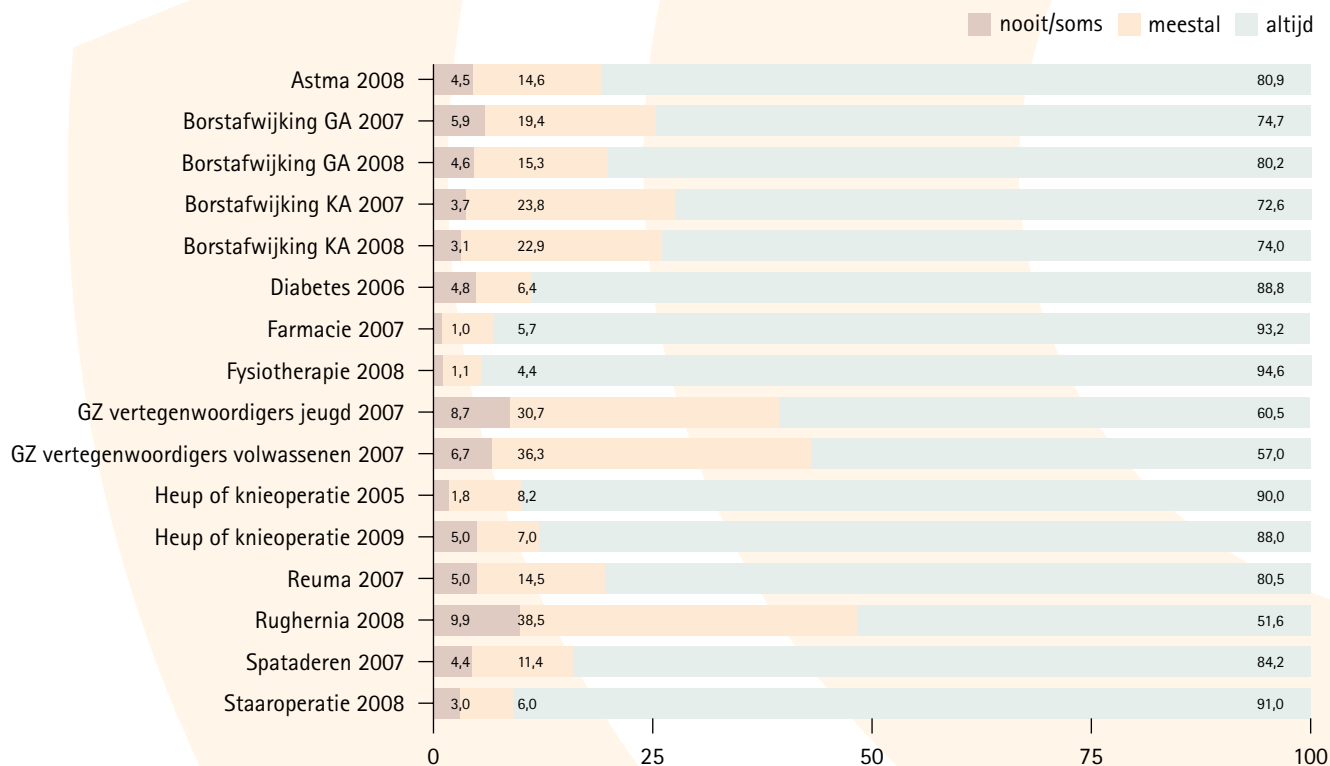


TEGENSTRIJDIGE INFORMATIE

Ook het krijgen van tegenstrijdige informatie van zorgverleners kan een teken zijn van gebrekkige samenwerking en afstemming. Dit komt echter vrij weinig voor. Figuur 2.8 geeft voor verschillende patiëntencategorieën weer in hoeverre patiënten zelf zeggen tegenstrijdige informatie te hebben gekregen. Voor alle patiëntengroepen geldt dat minder dan 10% meestal of altijd tegenstrijdige informatie ervaart. Wanneer we ook kijken naar het percentage patiënten dat aangeeft soms tegenstrijdige informatie te ontvangen dan zien we iets meer variatie tussen patiëntengroepen, waarbij het vooral bij de gehandicaptenzorg en bij patiënten met rughernia wat vaker voorkomt dat informatie die men krijgt als tegenstrijdig wordt ervaren.

Voor meer informatie over de projecten waarin deze gegevens verzameld zijn verwijzen we weer naar andere publicaties (Bloemendal, E., Triemstra, A. H. M., & Rademakers, J. J. D. J., 2008; Koopman, L. & Rademakers, J., 2008; Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J., 2009a; Stubbe, J., Spreeuwenberg, P., & Asbroek, G. ten, 2007; Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007; Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J., 2007; PWC, 2007; Miletus, 2009a; Miletus, 2009b; de Boer, D., Damman, O. C., & Delnoij, D., 2008; Doornen, A. van, Triemstra, M., & Rademakers, J., 2008; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Vervloet, M., Linschoten, C. P., & Dijk, L. van, 2007; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b).

Figuur 2.8 Percentage zorggebruikers dat zegt tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners te hebben gekregen (percentages gegeven antwoorden), 2007-2009. Borstafwijking KA: een kwaadaardige borstafwijking; Borstafwijking GA: een goedaardige borstafwijking; GZ: Gehandicaptenzorg



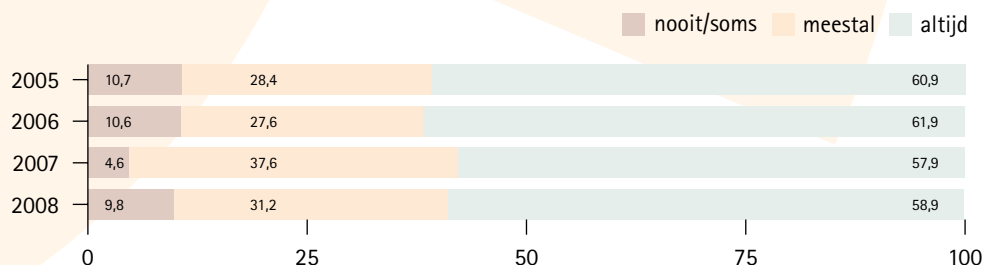
KRIJGEN VAN DE BENODIGDE HULP

Figuur 2.9 illustreert in hoeverre mensen van mening zijn dat zij de benodigde hulp hebben gekregen in de gezondheidszorg. Deze gegevens zijn gebaseerd op vragen over de snelheid en adequaatheid van hulp bij telefonische contacten, spoedgevallen en consulten. Hieruit blijkt dat ongeveer 60% aangeeft altijd de benodigde hulp te hebben ontvangen en dat ongeveer 30% aangeeft meestal de benodigde hulp te hebben ontvangen. Het percentage mensen dat nooit of soms de benodigde hulp ontving, bedraagt zo'n 10% met uitzondering van 2007, waar dit ongeveer 5% was. De cijfers zijn redelijk constant.

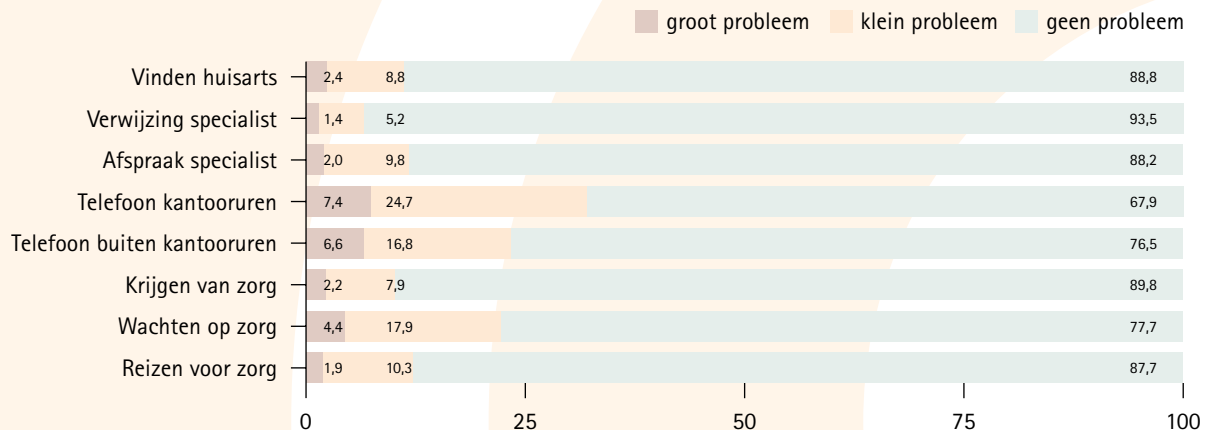
De mate waarin mensen ervaren dat zij de benodigde hulp krijgen is een indicator van de toegankelijkheid van zorg. Zoals gezegd berust de indicator 'krijgen van benodigde hulp' op een serie vragen. In de volgende paragraaf worden een aantal elementen van toegankelijkheid er specifiek uitgelicht.

Meer informatie is te vinden in diverse rapporten (Hendriks, M., Delnoij, D., Meulen-Arts, S. van der, Brouwer, W., & Spreeuwenberg, P., 2005; Damman, O. C., Hendriks, M., Delnoij, D. M. J., & Spreeuwenberg, P., 2006; Boer, D. de et al., 2007; Reitsma-van Rooijen, M. et al., 2008).

Figuur 2.9 Percentage patiënten dat aangeeft wel of niet de benodigde hulp te hebben gekregen, 2005-2008.



Figuur 2.10 *Percentage patiënten dat problemen ervaart met toegankelijkheid van de gezondheidszorg op acht terreinen, 2008.*



TOEGANKELIJKHEID

Toegankelijkheid van de zorg is één van de publieke belangen die het Ministerie van VWS bewaakt. Een van de elementen van toegankelijkheid die we met de CQ-index in kaart brengen, is de telefonische bereikbaarheid van zorgverleners. Uit enquêtes onder verzekerden (Reitsma - van Rooijen, M. et al., 2008) blijkt dat ongeveer een derde van de bevolking problemen ervaart met de telefonische bereikbaarheid van zorgverleners tijdens kantooruren. De problemen

zijn onderscheiden naar grote en kleine problemen: 7,5% heeft grote problemen ervaren en 25% kleine problemen (zie figuur 2.10). De telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren scoort het slechtst.

TOEGANKELIJKHEID ACUTE ZORG

Uit figuur 2.11 blijkt dat 7% van de mensen die in de afgelopen 12 maanden meteen hulp nodig hadden voor een ziekte, verwonding of een aandoening, niet de hulp kregen die zij nodig hadden; 93% kreeg meestal (24%)

of altijd (69%) de benodigde hulp. Van de mensen met één of meer keren een acute hulpvraag gaf 10,9% aan nooit of soms de hulp te hebben gekregen zo snel zij wilde.

TOEGANKELIJKHEID EN DE ZORGVERZEKERAAR

In het nieuwe zorgstelsel is het de bedoeling dat verzekeraars kwalitatief goede zorg inkopen tegen een scherpe prijs. Daarbij kunnen zij er ook voor kiezen om met bepaalde zorgaanbieders geen contracten af te sluiten of bepaalde behandelingen maar deels te vergoeden. Aangezien dit zijn weerslag kan hebben op de toegankelijkheid van zorg is het van belang om de patiëntervaringen met verzekeraars op dit punt in kaart te brengen.

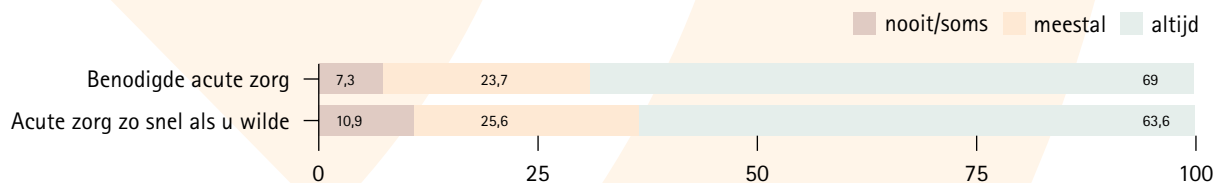
Uit secundaire analyses op data die verzameld zijn met de CQ-index Zorg en Zorgverzekering (Zwijnenberg,

N. et al., 2009) blijkt dat 9,3% van de ondervraagden in het voorgaande jaar wel eens heeft moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg. Ongeveer 39% van de mensen die hebben moeten wachten, vindt dat een groot probleem. Dat betekent dat 3,6% van het totaal aantal respondenten het wachten op toestemming daadwerkelijk als groot probleem heeft ervaren.

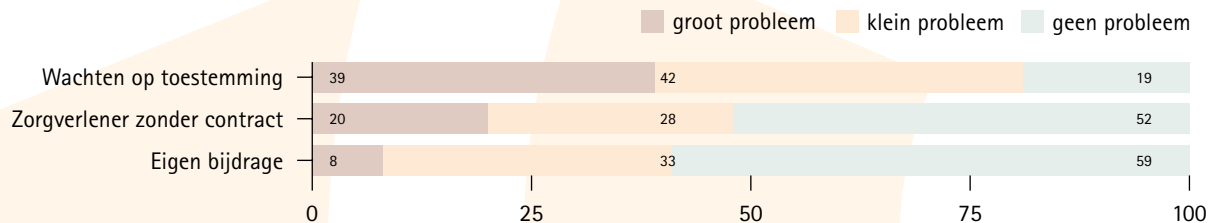
Tevens gaf 6,1% van de ondervraagden aan een zorgverlener te hebben bezocht die geen contract had met hun zorgverzekeraar. Door 20% van deze mensen werd dat als een groot probleem ervaren (zie figuur 2.12).

In totaal ging het dus om 1,2% van de ondervraagden. Ten slotte gaf 61,9% van de ondervraagden aan dat zij in het voorgaande jaar een eigen bijdrage moesten betalen voor ontvangen zorg. Van deze mensen ervoer 8% dit als een groot probleem. Dat is dus 5% van het totaal aantal ondervraagden.

Figuur 2.11 Percentage patiënten dat aangeeft wel of niet de benodigde hulp tijdig te hebben gekregen, 2008.



Figuur 2.12 Toegankelijkheid en de zorgverzekeraar.



ERVAREN VERBETERING/VERSLECHTERING VAN FYSIEKE VERMOGENS

Het is belangrijk dat patiënten/cliënten goed bejegend worden in de zorg, dat zij begrijpelijke informatie krijgen, niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal hoeven te vertellen en dat zij terecht kunnen bij zorgverleners op het moment dat zij dat nodig hebben. Met andere woorden: het proces van zorgverlening moet op orde zijn. Maar dat is natuurlijk niet het enige. Juist in de curatieve zorg gaat het er ook om dat mensen beter worden als zij gebruik maken van zorg. De effectiviteit van zorg wordt voor een belangrijk deel afgemeten aan zorginhoudelijke indicatoren die gebaseerd zijn op de registraties van bijvoorbeeld ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra. In een aantal CQI meetinstrumenten wordt daarnaast echter gevraagd

naar de effectiviteit van de zorg zoals die ervaren wordt door de patiënt.

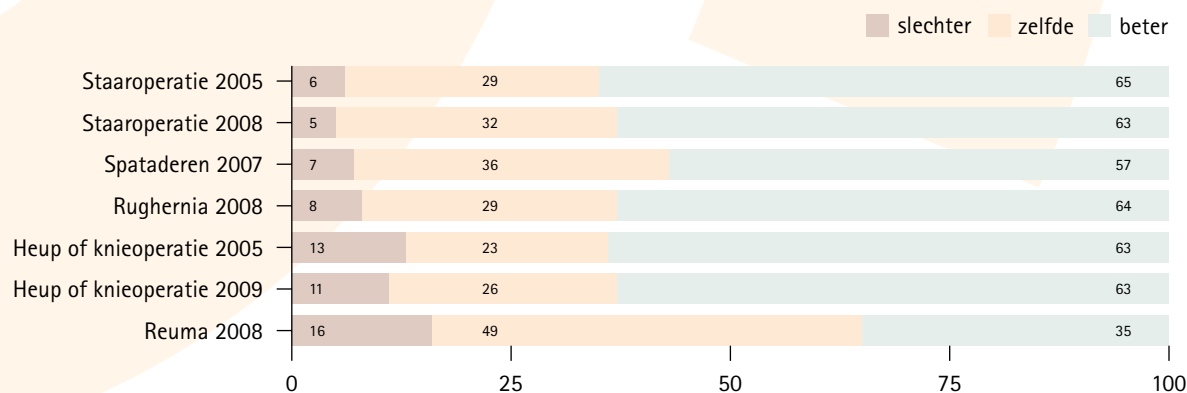
In figuur 2.13 is voor vijf verschillende patiëntengroepen te zien in hoeverre mensen fysieke verbeteringen ervaren bij de verkregen zorg. Voor iedere patiëntengroep zijn deze gegevens gebaseerd op een serie vragen over relevante fysieke vermogens. Bij staaroperatie gaat het bijvoorbeeld om goed dichtbij kunnen zien, goed veraf kunnen zien en kunnen deelnemen aan het verkeer. Bij rughernia hebben vragen onder meer betrekking op goed kunnen staan, zitten en lopen en over de mate van pijn. De percentages geven per patiëntengroep weer bij welk aandeel van de zaken die hen zijn voorgelegd zij een verbetering ervaren. Zo rapporteerden mensen die een staaroperatie ondergingen, bij gemiddeld 63% van de voorgelegde fysieke zaken, verbeteringen.

Met uitzondering van reumapatiënten ervaren patiënten verbeteringen in het merendeel van de voor hun aandoening relevante fysieke vermogens. Deze percentages liggen rond de 60%. Een klein deel van de relevante fysieke vermogens gaat niet vooruit of blijft gelijk. Duidelijk is dat de meeste patiënten een duidelijke vooruitgang ervaren na de operatie. Bij reumazorg rapporteren patiënten de minste fysieke verbeteringen; bijna de helft van de fysieke vermogens blijft gelijk, 35% verbetert en 16% verslechtert. Reuma is een chronische, ongeneeslijke en progressieve ziekte, daarom is er voor reumapatiënten minder zicht op verbetering van fysieke vermogens vergeleken met de andere groepen.

Ten slotte zijn er twee patiëntengroepen waarvoor data beschikbaar zijn voor twee jaren: patiënten die een staaroperatie hebben ondergaan en patiënten die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan. In beide gevallen zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen de jaren.

Meer informatie over de wijze van gegevensverzameling, de respons, de representativiteit en andere zaken is te vinden in diverse, veelal openbare rapporten (Koopman, L. & Rademakers, J. J. D. J., 2008a; Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J., 2009b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007b; Stubbe, J. & Dijk, L. van, 2007a; Miletus, 2009b; Miletus, 2009a).

Figuur 2.13 Ervaren verbetering / verslechtering van fysieke vermogens na diverse ingrepen, diverse jaren.



CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Met de gegevens die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd is een forse stap vooruit gezet als het gaat om het in beeld brengen van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is van belang om bij het interpreteren van ervaringen van diverse patiëntengroepen voorzichtig te blijven. Als we bijvoorbeeld zien dat patiënten met een rughernia vaker tegenstrijdige informatie krijgen vergeleken met andere patiëntengroepen dan kan het verleidelijk zijn om te concluderen dat de afstemming van de zorg rondom een rughernia minder goed geregeld is. Maar het zou bijvoorbeeld ook kunnen dat er in de medische wereld minder overtuigende evidentie is met betrekking tot de te volgen behandelmethodes en dat er dus meer tegenstrijdige visies mogelijk zijn. Dit voorbeeld onderstreept dat de overzichten uit dit hoofdstuk gelezen moeten worden als een beeld op hoofdlijnen. Daar waar men geïnteresseerd is in verschillen tussen patiëntengroepen zal nader onderzoek plaats moeten vinden om deze verschillen te kunnen duiden.

Een ander punt van aandacht is de generaliseerbaarheid van de ervaringen zoals getoond in dit hoofdstuk, naar patiëntenpopulaties en/of de Nederlandse bevolking.

Ten behoeve van generaliseerbaarheid worden steekproeven – binnen de vereiste specificaties – altijd zoveel mogelijk 'at random' getrokken. Daarnaast is het wenselijk dat de respons zo hoog mogelijk is, want hoe hoger deze respons, hoe kleiner de kans dat er sprake is van selectieve uitval waarbij bepaalde subgroepen van cliënten ondervertegenwoordigd zijn. Een overzicht van responses op cliëntervaringsonderzoek binnen verschillende patiëntengroepen wees uit dat de respons varieerde van 20% tot 79%, met een gemiddelde van 55% (Zuidgeest, M., de Boer, D., Hendriks, M., & Rademakers, J., 2008). Daarbij komt het inderdaad voor dat er selectieve uitval is voor leeftijd en/of geslacht (Zuidgeest, M., de Boer, D., Hendriks, M., & Rademakers, J., 2008). De mate van deze selectieve uitval varieert tussen patiëntengroepen.

Een deel van de selectieve uitval kunnen we moeilijk in kaart brengen. We kunnen respondenten en non-respondenten vergelijken voor wat betreft leeftijd en geslacht. Maar voor bijvoorbeeld opleidingsniveau of etniciteit zijn alleen gegevens beschikbaar van de respondenten en niet van de non-respondenten. Omdat de respons vaak boven de 50% ligt, kunnen we niettemin concluderen dat de indicatoren iets zeggen over grote groepen cliënten.

Om ook in de toekomst de indicatoren gebaseerd op patiëntervaringen te kunnen uitbreiden en actualiseren is het van essentieel belang dat de benodigde data hiervoor goed toegankelijk zijn. In het ideale geval zouden deze data centraal moeten worden ondergebracht bij één partij. Partijen met een beleids- en/of onderzoeksvraag die beantwoord kan worden met data van patiëntervaringen hoeven dan maar naar één loket, in plaats van verschillende loketten voor verschillende jaren of patiëntengroepen. Belangrijk daarbij is wel dat de bijbehorende dataprotocollen voldoende ruimte laten voor het gebruik van data voor diverse doeleinden.

Auteurs: D. de Boer (NIVEL) en D. Delnoij (CKZ)

REFERENTIES

1. *Weten voor Beter, Brancherapport benchmark gehandicapten-zorg* (2007). PriceWaterhouseCoopers.
2. *Beleidsrapportage CQI Cataract 2008* (2009a). Miletus, Significant.
3. *Beleidsrapportage CQI Heup Knie 2009* (2009b). Miletus, Significant.
4. Bloemendal, E., Triemstra, A. H. M., & Rademakers, J. J. D. J. (2008). *CQ-index Astma: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg bij astma vanuit het perspectief van patiënten.*
5. Boer, D. d., Hendriks, M., Damman, O. C., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., Delnoij, D. M. J., & Meulen-Arts, S. v. d. (2007). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007.* Utrecht: NIVEL.
6. Boer, D. d., Veenhof, C., & Delnoij, D. (2009). *CQ Index Fysiotherapie, versie 2.3: psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen.*
7. Boer, D. d., Damman, O. C., & Delnoij, D. (2008). *Meet-verantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T.* Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.
8. Damman, O. C., Hendriks, M., Delnoij, D. M. J., & Spreeuwenberg, P. (2006). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl.* Utrecht: NIVEL.
9. Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J. (2007). *CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling: kwaliteit van zorg rondom een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten.* Utrecht: NIVEL.
10. Doornen, A. v., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2008). *CQ-Index Spataderen: meetinstrumentontwikkeling.*
11. Greuningen, M. v., Vervloet, M., Hoek, L. v. d., & Dijk, L. v. (2009). *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische Zorg.*
12. Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., & Rademakers, J. (2009). *CQI Ketenzorg COPD: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van ketenzorg bij COPD vanuit het perspectief van patiënten.*
13. Hendriks, M., Delnoij, D., Meulen-Arts, S. v. d., Brouwer, W., & Spreeuwenberg, P. (2005). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl.* Utrecht: NIVEL.
14. Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2009). *CQ-index Rughernia: meetinstrumentontwikkeling.*
15. Koopman, L. & Rademakers, J. (2008). *CQ-index Mammacare: onderzoek naar het discriminerend vermogen: ervaren kwaliteit van zorg bij een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten.*
16. Koopman, L. & Rademakers, J. J. D. J. (2008). *CQ-index Reumatoïde Artritis: onderzoek naar het discriminerend vermogen: kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis.*

17. Reitsma-van Rooijen, M., Boer, D. d., Hendriks, M., Hoek, L. v. d., Rademakers, J., & Delnoij, D. M. J. (2008). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2008*.
18. Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O. C., Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P., & Rademakers, J. (2009). *CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen*.
19. Sonsbeeck, D. D., Delnoij, D. M. J., & Triemstra, M. H. M. (2006). *Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
20. Stubbe, J. & Dijk, L. v. (2007a). *Het discriminerend vermogen van de CQ index Heup-/Knieoperatie*. Utrecht: NIVEL.
21. Stubbe, J. & Dijk, L. v. (2007b). *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie*. Utrecht: NIVEL.
22. Stubbe, J., Spreeuwenberg, P., & Asbroek, G. t. (2007). *CQ Index Diabetes: schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst*. Utrecht: NIVEL.
23. Vervloet, M., Linschoten, C. P., & Dijk, L. v. (2007). *CQ-index Farmaceutische Zorg: kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
24. Wieggers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M. (2007). *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners*. Utrecht: NIVEL.
25. Zuidgeest, M., de Boer, D., Hendriks, M., & Rademakers, J. (2008). Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 8, 455-462.
26. Zuidgeest, M., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J. (2007). *CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrumentontwikkeling: kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis*. Utrecht: NIVEL.
27. Zwijnenberg, N., Hendriks, M., Boer, D. d., Spreeuwenberg, P., Zegers, M., Rademakers, J., & Delnoij, D. M. J. (2009). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009*.