

'Handle with Care'

Een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitsdocument VVT 2012

Cliëntgebonden indicatoren

Versie 2.0

ActiZ

Oudlaan 4, Utrecht
Postbus 8258, 3503 RG Utrecht
Telefoon 030 2739393
E-mail: info@actiz.nl



Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)

Everdenberg 5, Oosterhout
Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout
Telefoon 0162 460077
E-mail: info@branchebelang-thuiszorg.nl



LOC Zeggenschap in zorg

Churchillaan 11, Utrecht
Postbus 700, 3500 AS Utrecht
Telefoon: (030) 284 32 00
Fax: 030 2843201
E-mail: loc@loc.nl



Zorgverzekeraars Nederland

Sparrenheuvel 16, Zeist
Postbus 530, 3700 AM Zeist
Telefoon 030 6988911
E-mail info@zn.nl

Zorgverzekeraars Nederland



Eigendom en gebruiksrecht van deze handreiking

Deze handreiking is eigendom van ActiZ, BTN, LOC Zeggenschap in zorg en ZN en is ontwikkeld in samenwerking met het Nivel. De handreiking is openbaar en mag door derden worden gebruikt. Aanpassen of overnemen van (delen van) de handreiking mag enkel na voorafgaande schriftelijke toestemming van ActiZ, BTN, LOC Zeggenschap in zorg en ZN.

Deze publicatie is gratis te downloaden via het Ledennet van ActiZ op www.actiz.nl, via de website van LOC Zeggenschap in zorg www.loc.nl, via de ledensite van BTN, www.branchebelang-thuiszorg.nl en de website van Zorgverzekeraars Nederland, www.zn.nl.

© ActiZ, BTN, LOC Zeggenschap in Zorg, ZN september 2013

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Aanleiding en opzet van de handreiking.....	6
Veelgestelde vragen	7

I	De Basis: cijfers, scores, sterren
----------	---

1.	Waarom wordt de CQ afgenomen?	7
2.	Bij wie wordt de CQ afgenomen?.....	7
3.	Welke resultaten levert de CQ op?.....	7
4.	Wat is een ruwe score?	7
5.	Wat is een gecorrigeerde score?.....	7
6.	Wat bepaalt de N (aantal cliënten) per indicator?	9
7.	Waarom worden sterren berekend?	9
8.	Wat betekenen de sterren van de CQ-index nu precies?	9
9.	Mijn organisatie heeft gemeten met de vragenlijsten van het Kwaliteitskader 2010, maar heeft scores gekregen conform het Kwaliteitsdocument 2012. Hoe kan dit?	9
10.	In de rapportage van MediQuest wordt aangegeven of onze score lager of hoger is dan het landelijk gemiddelde, hoe wordt dat bepaald?	9
11.	Welke resultaten leveren de nieuwe Net Promotor Score-vragen op?	9
12.	Hoe wordt de NPS precies berekend?	10

II	'CQ voor gevorderden': details van analyses en vergelijkingen
-----------	--

13.	Is een score van 1 of 5 sterren bij de CQ-index altijd haalbaar?	12
14.	Kunnen de CQ-scores van het kwaliteitsdocument 2012 vergeleken worden met scores uit voorgaande jaren?	12
15.	Voor welke kenmerken van cliënten wordt gecorrigeerd (casemix-correctie) bij de berekening van CQ- indicatoren?.....	12
16.	Wat is het minimum aantal cliënten per OE waarvoor CQ-gegevens moeten worden verzameld?	13
17.	Wat is de waarde van ongecorrigeerde data?	13

III	Bewerkingen met de CQ-scores
------------	-------------------------------------

18.	Kan op basis van de CQ-index een totaalscore berekend worden?	14
19.	Kan de Net Promotor Score worden gezien als een totaalscore?	14
20.	Wat zijn aandachtspunten bij het maken van een selectie of het toepassen van een weging?	14
21.	Kan een rangorde worden gemaakt op basis van de indicatoren?	14

Referenties	14
-------------------	----

Tabel 1: Kengetallen indicatoren CQ-index 2010 - Interviews bewoners (VV).....	16
--	----

Tabel 2: Kengetallen indicatoren CQ-index 2010 - Vertegenwoordigers cliënten (PG).....	17
--	----

Tabel 3: Kengetallen indicatoren CQ-index 2012 - Thuiswonende cliënten (ZT)	18
---	----

Tabel 4: Beoogde en gerealiseerde steekproefaantallen	19
---	----

Voorwoord

ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland, LOC Zeggenschap in Zorg en Zorgverzekeraars Nederland hebben verschillende perspectieven en een heel andere achterban, maar zij zien een gezamenlijk belang in het zorgvuldig gebruik van de resultaten die verzameld worden met de CQ-Index VVT. Het document heeft door de gezamenlijke gedragenheid voor ons een grote waarde. Wij gaan ervan uit dat onze eigen achterban dit document zal hanteren als leidraad bij het interpreteren en hanteren van de resultaten van de CQ-Index VVT, maar hopen ook dat derden dat zullen doen.

De handreiking kon tot onze spijt niet eerder worden vervaardigd. Voor de handreiking zijn diverse berekeningen nodig die niet eerder tot onze beschikking stonden. Dat is vooral betreurenswaardig omdat de concessiehouders hun zorginkoopbeleid al hebben moeten publiceren en het inkoopproces in volle gang is. Deze handreiking kan naar ons idee toch nog een bijdrage leveren in dat proces, als objectief achtergronddocument. Het kan een bijdrage leveren aan de vervolggesprekken waarin de CQ-resultaten aan de orde komen.

We vinden het belangrijk dat zorginkopers, maar ook inspecteurs, huidige en toekomstige cliënten (en familie), zorgorganisaties, en overige betrokkenen met elkaar in gesprek gaan over de uitkomsten van de CQ-index. Cijfers krijgen betekenis als ze zorgvuldig worden gebruikt en in hun context worden geduid. Vooral dan kunnen zij zinvolle aanknopingspunten voor verbeteringen opleveren. Wij hopen dat deze handreiking daaraan een bijdrage aan kan leveren.

ActiZ organisatie van zorgondernemers
Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
LOC Zeggenschap in Zorg
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

September 2013

Aanleiding en opzet van de handreiking

Het kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis 2012

In mei 2012 is het 'Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging Verzorging en Zorg Thuis' gepubliceerd. Het document bevat een visie op langdurige, complexe zorg, het bevat normen en een meetinstrument dat bestaat uit een cliëntenraadpleging (CQ-index) en een zelfmonitoring door de zorgorganisatie (zorginhoudelijke indicatoren). Het Kwaliteitsdocument borduurt voort op het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg (2010) dat in voorgaande jaren werd gebruikt, maar het kent andere afzenders. Het Kwaliteitsdocument 2012 is ontwikkeld door Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en LOC Zeggenschap in Zorg. Een commissie bestaande uit ActiZ, BTN, V&VN en Verenso heeft daarbij geadviseerd.

In aansluiting op het Kwaliteitskader (2010) was een handreiking ontwikkeld, 'Handle with Care', die erop gericht was om de resultaten op de cliëntgebonden indicatoren op een verantwoorde manier te interpreteren. De CQ-index die in het Kwaliteitsdocument 2012 wordt voorgeschreven is een nieuwe en verkorte versie (versie 4.1) van de CQ-index VVT van 2010. De indicatoren van de CQ-index zijn ten opzichte van de vorige versie fors gewijzigd. Veel vragen zijn weggelaten of onder een andere noemer geplaatst. Dat maakt het nodig om een nieuwe versie uit te brengen van de handreiking 'Handle with Care', en die ligt nu voor u.

De handreiking beschrijft handzaam hoe de uitkomsten op deze indicatoren geïnterpreteerd kunnen worden, en hoe deze op een verantwoorde manier gebruikt kunnen worden. Voor het gebruik van de *zorginhoudelijke indicatoren* is in 2012 een handreiking¹ van ActiZ verschenen: 'Handle with Care Too!'. Deze is nog grotendeels toepasbaar omdat de zorginhoudelijke indicatoren vrijwel niet zijn aangepast, er zijn vooral indicatoren weggelaten.

'Handle with Care 2.0' is opgesteld door ActiZ organisatie van zorgondernemers, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), LOC Zeggenschap in Zorg en Zorgverzekeraars Nederland.

De cijfers in de tabellen en informatie over de analyses zijn rechtstreeks geleverd door MediQuest, de partij die als TTP (Trusted Third Party) voor de uitvraag van de gegevens van 2012 fungeert. Het NIVEL, met hun jarenlange expertise op het gebied van CQ-metingen, heeft aan het schrijven van de inhoud meegewerkt en is betrokken om te zorgen voor een objectief eindresultaat. De informatie in deze handreiking is gebaseerd op bestaande informatie, vaak beschikbaar via het internet. De gebruikte bronnen zijn opgenomen in de referenties.

Voor wie?

De handreiking is bedoeld voor de gebruiker die goed bekend is met de resultaten van de CQ-index, behorend bij het Kwaliteitsdocument 2012. Daarmee bedoelen we de organisaties, organen en medewerkers die de resultaten verder verwerken, gebruiken en interpreteren. Bijvoorbeeld voor doelen als interne kwaliteitsverbetering, zorginkoop, toezicht, het informeren van consumenten, maatschappelijke verantwoording, onderzoek, et cetera. De berekeningen die worden uitgevoerd op de gegevens zijn vaak complex; wij hebben geprobeerd deze berekeningen zo helder mogelijk weer te geven. Desalniettemin zullen sommige passages in deze handreiking vrij technisch zijn.

Opbouw

We hebben de informatie in deze handreiking in een vraag-en-antwoord structuur gegoten. Op die manier hopen we de meeste vragen die gebruikers kunnen hebben te beantwoorden. Mochten er nog andere vragen leven, dan kunt u terecht bij de helpdesk: VVT@mediquest.nl, telefoon: (088)1263910.

¹ Let wel: 'Handle with Care Too' is een product van enkel ActiZ en niet van de gezamenlijke partijen, zoals deze handreiking wel is. 'Handle with Care Too' is wel openbaar toegankelijk.

Veelgestelde vragen

I De basis: cijfers, scores, sterren

1. Waarom wordt de CQ afgenomen?

In het 'Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging Verzorging en Zorg Thuis' hebben Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en LOC Zeggenschap in Zorg aangegeven welke informatie zij nodig hebben voor zorginkoop, toezicht en cliëntkeuze-informatie. Verzekeraars hebben contractuele rechten en de IGZ ziet erop toe dat zorgorganisaties de gevraagde informatie leveren. Minimaal één keer per twee jaar moeten zorgorganisaties door een onafhankelijk, geaccrediteerd meetbureau laten meten hoe hun cliënten de kwaliteit van zorg ervaren.

2. Bij wie wordt de CQ afgenomen?

Er zijn drie vragenlijsten voor de sector VV&T: een interviewlijst voor bewoners van verpleeg/verzorgingshuizen, een vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en er is een vragenlijst voor de thuiszorg. De onderzoeken vinden plaats per Organisatorische eenheid (OE), dat wil zeggen per locatie (verpleeghuis, verzorgingshuis) of per regio (thuiszorg). De cliëntenraadpleging wordt niet bij alle cliënten, maar altijd bij een steekproef van cliënten uitgevoerd. De selectiecriteria, steekproefcriteria en andere richtlijnen, volgens welke de meetbureaus moeten werken, zijn te vinden op www.centrumklantervaringzorg.nl.

3. Welke resultaten levert de CQ op?

De CQ-Index vragenlijsten hebben 29 (VV), 35 (PG) en 32 (ZT) vragen. De meeste vragen worden gescoord op een 4-puntsschaal, (score 1-4; 'nooit', 'soms', 'meestal', 'altijd') met daarnaast een optie 'weet niet' of 'niet van toepassing'. Die vragen worden gecombineerd tot respectievelijk 13, 11 en 7 indicatorscores. (zie Tabel 1-3).

Drie van de vragen (de laatste) worden aangeduid als de 'Net Promotor Score' vragen. Het betreft één vraag op een 11-puntsschaal (score 0-10; van 'zeer waarschijnlijk niet' tot 'zeer waarschijnlijk wel') en twee open vragen.

4. Wat is een ruwe score?

Een ruwe score is niet gecorrigeerd. Om tot een indicatorscore te komen wordt eerst per cliënt het gemiddelde genomen van de numerieke scores (van 1-4) op de losse indicatorvragen. Soms heeft een indicator maar één vraag, dan wordt het gemiddelde op deze ene vraag genomen. Daarna wordt het gemiddelde van alle cliënten berekend. De indicatorscore die zo ontstaat noemen we de 'ruwe score'.

5. Wat is een gecorrigeerde score?

Om een zo goed mogelijk vergelijkbaar beeld te geven van de scores van verschillende zorgorganisaties worden analyses gedaan die een 'gecorrigeerde score' opleveren. Deze gecorrigeerde score houdt rekening met:

- 1) de samenhang van scores binnen een zorgorganisatie
- 2) met factoren waar een zorgorganisatie geen invloed op heeft (bv de leeftijd van cliënten)
- 3) met het aantal cliënten waarbij is gemeten.

Dat wordt gedaan met behulp van een aantal analyses. Een toelichting op de analyses van de CQ Index is te vinden in [Kader 1](#).

Kader 1: Een korte uitleg bij de analyses van de CQ-index

Het is de verwachting dat uitkomsten van cliënten binnen een zorgorganisatie met elkaar samenhangen. De zorgorganisatie faciliteert immers de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden en is voor alle cliënten binnen de zorgorganisatie identiek. In de analyses wordt met deze samenhang van uitkomsten van cliënten binnen een zorgorganisatie rekening gehouden. Dit gebeurt op basis van **multilevel analyses**.

Daarnaast zullen kenmerken van cliënten, zoals leeftijd en zorgbehoefte, ook de uitkomsten van zorg beïnvloeden. De ene OE heeft een meer zorgbehoefte cliëntenpopulatie dan de andere. Hiermee wordt rekening gehouden door cliëntkenmerken op te nemen in de analyses, de zogenaamde **casemix correctie**.

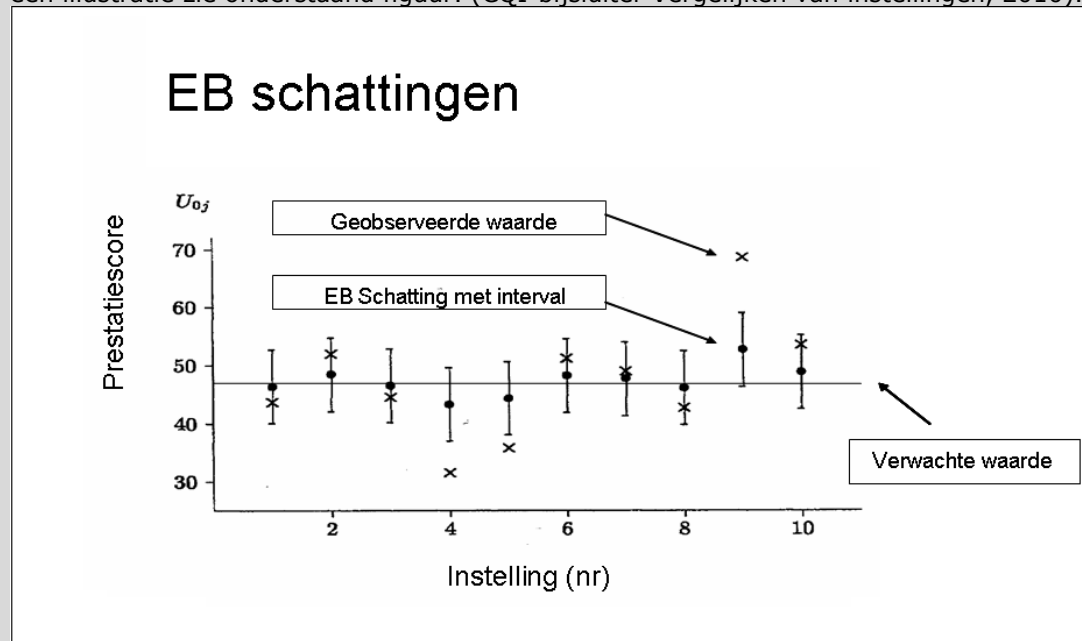
De uitkomst op een indicator van een OE is onderhevig aan toeval: de gegevens van een individuele cliënt worden door toevallige factoren beïnvloed, waardoor de indicatorwaarde soms te hoog en soms te laag uitvalt. Wanneer een indicator is gebaseerd op een kleine groep cliënten, zal dit toeval een grotere rol spelen in de uiteindelijke uitkomst van de OE op de indicator. Om vergelijkingen tussen OE's zo betrouwbaar mogelijk uit te voeren is gekozen voor een multilevel model op basis van **Empirical Bayes** (EB) schattingen. Met deze schattingen veronderstellen we dat er landelijk gezien één gemiddelde indicatorwaarde is; alle OE's zitten rondom dit gemiddelde. Door het gebruik van Empirical Bayes schattingen wordt de indicatorwaarde van een OE als het ware getrokken naar het landelijke gemiddelde (dit wordt shrinkage genoemd).

Hoe sterk deze correctie richting het landelijk gemiddelde is hangt onder andere af van het aantal cliënten waarover een OE gegevens aanlevert: naarmate een OE gegevens aanlevert van minder cliënten zal er sterker worden gecorrigeerd richting het landelijk gemiddelde. Ook de spreiding tussen de scores op een indicator is belangrijk voor de mate van correctie. Wanneer verschillen in uitkomsten tussen OE's groot zijn, dan zal er minder gecorrigeerd worden; indicatorwaarden worden in dit geval minder snel als afwijkend gezien.

Een EB schatting voor een OE is opgebouwd uit twee elementen:

- 1) De *geobserveerde* waarde. Dit is het gemiddelde over de gegevens van een OE.
- 2) De *verwachte* waarde. Dit is het gemiddelde over alle OE's. Wanneer we niets weten van een instelling verwachten we namelijk dat die instelling ongeveer gemiddeld zal scoren.

De EB schatting ligt altijd tussen de verwachte waarde en de geobserveerde waarde in. Voor een illustratie zie onderstaand figuur. (CQI-bijsluiter Vergelijken van instellingen, 2010).



6. Wat bepaalt de N (aantal cliënten) per indicator?

Het aantal cliënten (N) wordt allereerst begrensd door het aantal cliënten dat wordt benaderd voor de meting: de N kan nooit hoger zijn. Als er schriftelijke vragenlijsten worden verstuurd, zal niet iedereen de lijst invullen. Daardoor ligt de N vaak alweer een stuk lager dan het aantal benaderde cliënten. Ook voor de wel deelnemende cliënten geldt dat hun gegevens niet in alle gevallen bruikbaar zijn. Bijvoorbeeld als bepaalde gegevens die noodzakelijk zijn voor de casemixcorrectie ontbreken, of als vragen niet van toepassing zijn voor de cliënt. Soms heeft een cliënt voor een indicator de bijbehorende vragen niet beantwoord. Die cliënten vallen dan af voor het berekenen van de betreffende indicatorscores. Zie vraag 16 voor het minimum aantal cliënten dat nodig is.

7. Waarom worden sterren berekend?

Een indicatorscore, ook als hij gecorrigeerd is, zegt op zich nog niet zo veel. We willen vaak graag weten hoe goed een zorgorganisatie scoort ten opzichte van andere zorgorganisaties. Het sec vaststellen of een gecorrigeerde score onder of boven het landelijk gemiddelde ligt, is dan niet voldoende. Om de complexe gegevens handzaam te kunnen presenteren, worden sterren berekend. Hierdoor is het mogelijk een verantwoorde vergelijking te maken. De sterren worden berekend op basis van de gecorrigeerde scores (zie vraag 5) en houden rekening met betrouwbaarheidsintervallen, en de grootte van de steekproef. De sterren geven aan hoe de score van een OE zich verhoudt tot het landelijke beeld.

8. Wat betekenen de sterren van de CQ-index nu precies?

Drie sterren betekent min of meer gemiddeld. Voor één en twee sterren geldt dat de score statistisch significant lager is vergeleken met OE's die vier of vijf sterren scoren (zie ook vraag 13). In kader 2 is precies uitgelegd hoe de sterindeling tot stand komt.

9. Mijn organisatie heeft gemeten met de vragenlijsten van het Kwaliteitskader 2010, maar heeft scores gekregen conform het Kwaliteitsdocument 2012. Hoe kan dit?

In 2012 zijn nieuwe CQ-index-vragenlijsten verschenen die aanzienlijk korter zijn dan de CQ-index-vragenlijsten die bij het Kwaliteitskader 2010 hoorden. De vragen in deze nieuwe lijsten komen echter vrijwel allemaal ook voor in de vorige, langere versie van de lijsten. Het is dus mogelijk om de indicatoren uit het kwaliteitsdocument te destilleren uit de oudere, langere lijsten. Dat verklaart waarom uw scores in het nieuwe format staan, want ook al heeft u de oude lijsten gebruikt, de scores worden teruggekoppeld in het nieuwe format. In de Zorg Thuis wijkt het gemiddelde bij twee indicatoren dan iets af. Bij de sterrenberekening wordt dan uitgegaan van dit afwijkende gemiddelde (zie tabel 3).

10. In de rapportage van MediQuest wordt aangegeven of onze score lager of hoger is dan het landelijk gemiddelde, hoe wordt dat bepaald?

Naast de weergave van sterren wordt in de rapportage van MediQuest aangegeven of de zorgorganisatie hoger of lager dan het landelijk gemiddelde scoort ('Benchmarksymbool'). Verschil met de sterren is dat dit wordt bepaald voor alle OE's van een concern samen, en op basis van de ruwe, ongecorrigeerde scores (zie 17). Deze score wordt door diverse zorgkantoren gehanteerd bij de zorginkoop. Belangrijk om te weten is dat hierbij rekening wordt gehouden met een bandbreedte (betrouwbaarheids-interval). Die bandbreedte wordt berekend door 1,39 maal de zgn. standaardfout te nemen boven en onder het landelijk gemiddelde (Handleiding Cerium, 2013). Binnen deze bandbreedte wordt een '=' gegeven. Daarboven '+' en daaronder '-'. Met vragen kunt u terecht bij VVT@mediquest.nl.

11. Welke resultaten leveren de nieuwe Net Promotor Score-vragen op?

De NPS-vragen leveren enerzijds een score op een schaal van 0 tot 10 op, waarmee de Net Promotor Score (NPS) wordt berekend, zie vraag 12. Anderzijds levert het uitspraken van cliënten op, die gebruikt kunnen worden bij het duiden van de cijfermatige gegevens. ActiZ heeft een 'Spiegelrapportage' ontwikkeld, die deze kwantitatieve en kwalitatieve informatie aan elkaar 'spiegelt' en de kwalitatieve informatie verder categoriseert. Zie: www.actiz.nl/spiegelrapportage. BTN gaat ervan uit dat hun leden deze extra informatie zelf duiden.

12. Hoe wordt de NPS precies berekend?

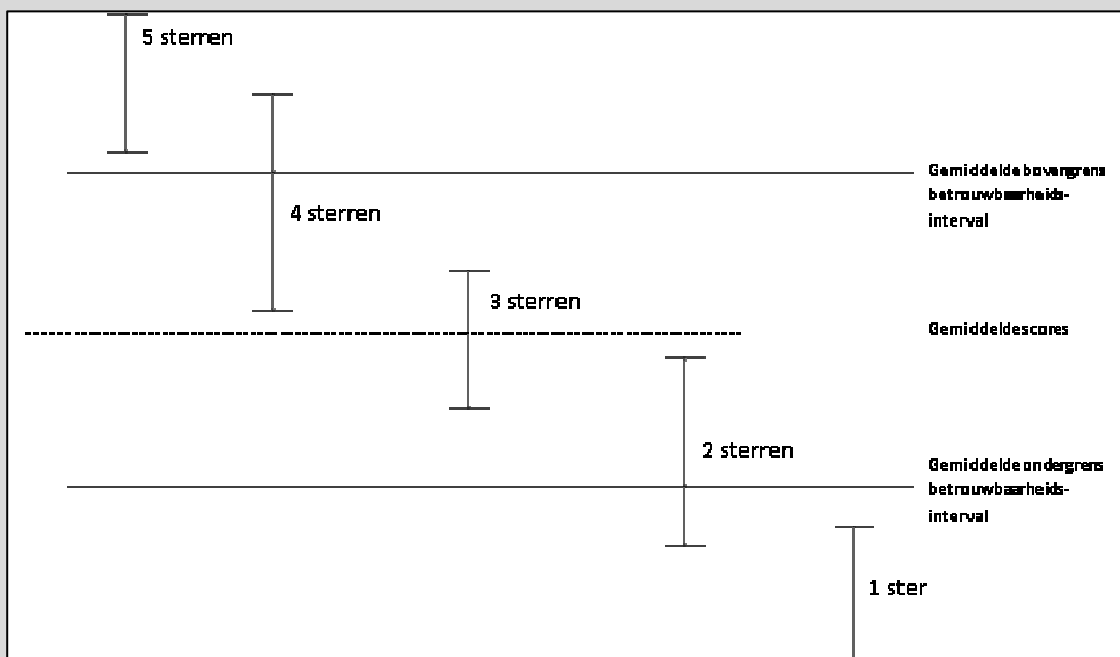
De Net Promotor Score (NPS) bestaat uit de vraag of de cliënt de instelling zou aanbevelen bij vrienden en familie, waarbij de cliënt kan antwoorden op een schaal van 0 ('zeer waarschijnlijk niet') tot 10 ('zeer waarschijnlijk wel'). De cliënten die 0 t/m 6 scoren worden vervolgens geclassificeerd als 'detractors', dat wil zeggen dat zij de instelling actief zouden afraden bij anderen. De cliënten die een 9 of 10 scoren worden geclassificeerd als 'promotors', ofwel mensen die de instelling actief zouden aanbevelen aan anderen. De NPS wordt vervolgens berekend als het percentage 'promotors' minus het percentage 'detractors'.

Let op: De NPS heeft in 2012 een pilotstatus, dat wil zeggen dat de maat nog ontwikkeling is. De score is daardoor niet voor alle aanbieders beschikbaar. Ook is de wijze van uitvragen niet uniform geweest in 2012.

Kader 2: De berekening van de sterren

Voor de cliëntervaringen worden sterren berekend. Deze sterrensystematiek is vooral bedoeld om complexe gegevens presenteerbaar te maken op websites, kwaliteitskaarten et cetera. De complexere gegevens die aan de sterren ten grondslag liggen betreffen de casemix-gecorrigeerde gemiddelden per OE met daarbij een betrouwbaarheidsinterval. Voor de CQ-index geldt dat OE's die twee sterren krijgen significant verschillen van OE's die vier sterren krijgen. 'Significant' wil hier zeggen dat men ergens voor minimaal 95% zeker van is. Voor iedere OE met twee sterren is het dus voor minimaal 95% zeker dat deze daadwerkelijk lager scoort dan een OE met vier sterren. Hieronder geven we in een tabel en een figuur weer hoe de sterindeling tot stand komt.

★☆☆☆☆	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel onder de gemiddelde ondergrens van alle betrouwbaarheidsintervallen
★★☆☆☆	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel onder het gemiddelde van alle OE's, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen
★★★☆☆	Het betrouwbaarheidsinterval overlapt het gemiddelde van alle OE's
★★★★☆	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel boven het gemiddelde van alle OE's maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle betrouwbaarheidsintervallen
★★★★★	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle betrouwbaarheidsintervallen



II ‘CQ voor gevorderden’: details van analyses en vergelijkingen

13. Is een score van 1 of 5 sterren bij de CQ-index altijd haalbaar?

Eén en vijf sterren zijn de meest extreme categorieën. Voor de categorie 1 ster geldt dat dit altijd mogelijk is, maar bij sommige indicatoren nauwelijks voorkomt. Voor de categorie 5 sterren geldt dat dit bij een aantal indicatoren een *onhaalbare* score is. Dit komt omdat het landelijk gemiddelde dan al zo hoog ligt dat de hoogst haalbare score onvoldoende extreem is om 5 sterren te behalen. In een enkel geval ligt het landelijk gemiddelde zo hoog dat ook een score van 4 sterren niet of nauwelijks wordt gehaald. In Tabel 3 is weergegeven hoe vaak de sterren voorkomen bij iedere indicator. Onder de tabellen is de sterrenverdeling per indicator grafisch weergegeven. Zo is snel te zien waar de sterrenverdeling afwijkend is, bijvoorbeeld bij indicator 2.4 (nr. 6) in de VV (Tabel 1) komen 4 en 5 sterren niet voor.

Uit onderzoek is gebleken dat kleine OE’s – met minder dan 30 waarnemingen - zich niet altijd kunnen onderscheiden van de gemiddelde score op de indicatoren (de Boer e.a., 2010). Een gemiddelde score van drie sterren is voor die kleine OE’s dan ook minder informatief omdat het voor deze eenheden relatief moeilijk is om buiten deze categorie te vallen. Niettemin is het bij een aantal indicatoren nog wel mogelijk voor kleine OE’s om zich te onderscheiden van anderen. Hun score moet dan wel een groot verschil laten zien met het landelijk gemiddelde.

14. Kunnen de CQ-scores van het kwaliteitsdocument 2012 vergeleken worden met scores uit voorgaande jaren?

In principe is vergelijking *niet* mogelijk omdat de aanpassingen die in 2012 zijn gedaan vrij ingrijpend waren. Dit was nodig om tegemoet te komen aan de wens om de vragenlijsten korter te maken ter vermindering van de administratieve lasten. Veel vragen zijn verwijderd, of onder een andere noemer geplaatst.

Slechts een handvol CQ-indicatoren van de drie vragenlijsten is gelijk gebleven (vier van de 31 indicatoren), en deze staan in de tabel hieronder weergegeven. De overige 27 CQ-indicatoren (waaronder alle indicatoren van de Zorg thuis-vragenlijst) zijn aangepast. Voor een complete verantwoording van de wijze waarop de wijzigingen aan vragenlijsten en bijbehorende indicatoren tot stand zijn gekomen verwijzen we u naar Asmoredjo et al. (2012).

Indicatoren 2012 die hetzelfde zijn gebleven t.o.v. 2010 (4 van 31)

Doelgroep	Indicator 2012	Indicator 2010
Bewoners	1.1A: Ervaringen met maaltijden	1.2: Ervaringen met maaltijden
Bewoners	2.2: Gastvrijheid: ervaringen met schoonmaken	2.1: Ervaringen met schoonmaken
Bewoners	7.5: Ervaren veiligheid	2.4: Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving
Vertegenwoordigers	2.2: Gastvrijheid: ervaringen met schoonmaken	2.1: Ervaringen met schoonmaken

15. Voor welke kenmerken van cliënten wordt gecorrigeerd (casemix-correctie) bij de berekening van CQ- indicatoren?

Bij de berekening van de CQ-indicatoren wordt zowel voor de gegevensverzameling bij cliënten als voor de gegevensverzameling van vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten en cliënten thuiszorg een casemix-correctie toegepast. Dit gebeurt om factoren die niet beïnvloedbaar zijn door de zorgorganisatie, maar die wel de resultaten beïnvloeden, als het ware weg te filteren. De kenmerken waarvoor wordt gecorrigeerd, verschillen per type CQ-index. Er wordt voor de volgende kenmerken gecorrigeerd²:

² Hier worden de correctiefactoren genoemd zoals deze voor het Kwaliteitskader 2010 werden gehanteerd. Voor een enkele indicator kan een andere casemix hebben plaatsgevonden. Voor de exacte correctiefactoren verwijzen we naar het verantwoordingsdocument over de metingen van het Kwaliteitsdocument 2012 van MediQuest dat nog wordt gepubliceerd.

- Cliënten: verblijfsduur in de zorgorganisatie, leeftijd, hoogst voltooide opleiding en ervaren gezondheid;
- Vertegenwoordigers PG: relatie met cliënt (zoon/dochter of partner etc.), verblijfsduur in de zorgorganisatie van de cliënt, leeftijd, hoogst voltooide opleiding en ervaren gezondheid van de vertegenwoordiger;
- Zorg thuis: zorgduur, leeftijd, hoogst voltooide opleiding, ervaren gezondheid en het al dan niet ontvangen van hulp bij het invullen van de vragenlijst door de zorgverlener.

Uit onderzoek (o.a. ActiZ Benchmark in de zorg, 2012) is gebleken dat de CQ-score in de grote steden over de hele linie lager ligt dan de landelijke gemiddelden. Zou hiervoor ook gecorrigeerd moeten worden? Het is hier dan de vraag of 1) de kwaliteit van zorg in de steden lager is, of 2) mensen in de stad dezelfde kwaliteit lager beoordelen (bv door andere behoeften, of een andere taal). In het eerste geval zou je hiervoor *niet* willen corrigeren, in het tweede geval mogelijk *wel*. Omdat we nog geen inzicht hebben in de oorzaak voor de lagere kwaliteitsscores in grote steden wordt momenteel nog niet gecorrigeerd voor stedelijkheid, maar het blijft lastig de scores in grote steden te vergelijken met minder stedelijke gebieden.

16. Wat is het minimum aantal cliënten per OE waarvoor CQ-gegevens moeten worden verzameld?

Voor organisatorische eenheden (OE) geldt een vereiste steekproefgrootte van 30 respondenten voor interviews met cliënten. Bij vertegenwoordigers van bewoners en thuiswonende cliënten geldt een steekproefgrootte van respectievelijk 70 en 110 cliënten, wat een uiteindelijke respons van 54 respondenten (78%) voor de vertegenwoordigers en 57 respondenten (52%) voor de thuiswonende cliënten moet opleveren. Deze beoogde aantallen blijken ook met de nieuwe indicatoren van 2012 voldoende (zie tabel 4). Wanneer aan de vereiste respons is voldaan, is het vanuit statistisch oogpunt goed mogelijk om zinnige vergelijkingen te doen tussen de score van een OE en het landelijk gemiddelde.

In de praktijk komt het echter geregeld voor dat OE de vereiste steekproefgrootte niet haalt en/of de respons tegenvalt. Dit is te zien in Tabel 1 t/m 3 in de kolom ‘landelijk gemiddelde N’ en in Tabel 4. Vooral in de Zorg Thuis is dit een aandachtspunt. De scores worden in dat geval minder betrouwbaar of onbetrouwbaar. Met de Empirical Bayes schattingstechnieken worden deze OE’s doorgaans als gemiddeld geclassificeerd.

Een te kleine steekproefgrootte kan een gevolg zijn van een kleine OE (soms hebben OE’s gewoonweg minder cliënten in zorg dan de vereiste steekproefomvang) of doordat de respons lager is dan verwacht. Afgesproken is dat deze OE’s toch moeten deelnemen aan de CQ-meting. Alle cliënten die aan de inclusiecriteria voldoen, worden meegenomen in de meting tenzij het aantal cliënten minder is dan 15 (bij bewoners) of de respons naar verwachting lager is dan 10 (bij vertegenwoordigers/ thuiszorgcliënten). Deze ondergrens is er vooral vanwege privacydoeleinden. Voorkomen moet worden dat een zorgorganisatie kan inschatten wie welke antwoorden heeft gegeven of welke cliënten zich wellicht negatief hebben uitgelaten.

17. Wat is de waarde van ongecorrigeerde data?

Bij een gecorrigeerde score is ‘Empirical Bayes shrinkage’ toegepast en een statistische correctie voor casemix doorgevoerd (zie kader 1 voor uitleg). Deze bewerkingen maken de scores betrouwbaarder en beter vergelijkbaar dan ongecorrigeerde scores.

Ongecorrigeerde gegevens zijn wel degelijk nuttig. Soms kunnen de scores van een instelling verbeteren (of verslechteren), maar is dat alleen zichtbaar in de ongecorrigeerde scores. De ongecorrigeerde resultaten voldoen dan niet aan de eisen voor externe verantwoording, maar kunnen binnen een organisatie wel worden gebruikt in combinatie met de kennis van de eigen organisatie. Bijvoorbeeld om aandachtsgebieden in de zorg vast te stellen of effecten van nieuwe ontwikkelingen in de organisatie te monitoren.

III Bewerkingen met de CQ-scores

18. Kan op basis van de CQ-index een totaalscore berekend worden?

Technisch gezien is het geen probleem om een totaalscore te berekenen over de CQ-indicatoren. Idealiter wordt zo’n totaalscore eerst per cliënt berekend alvorens tot een totaalscore per organisatorische eenheid te komen. Een aldus berekende totaalscore kan ook heel betrouwbaar en onderscheidend zijn.

Conceptueel kleven echter verschillende vragen en bezwaren aan het berekenen van totaalscores. Een bezwaar is bijvoorbeeld dat een slechte score op de ene indicator in een totaalscore kan worden weggemiddeld door een goede score op een andere indicator. Daarmee gaat belangrijke informatie verloren. Daarnaast is het de vraag of iedere indicator even zwaar moet wegen in een totaalscore. Daarbij komt dat er verschillende strategieën zijn voor het berekenen van een totaalscore, die tot verschillende resultaten kunnen leiden.

Gezien deze bezwaren is het niet goed mogelijk een totaalscore te gebruiken als een vervanging of samenvatting van indicatorscores. Een totaalscore kan dus hooguit worden gezien als iets extra’s dat kan bijdragen aan de interpretatie van indicatorscores, maar het zwaartepunt van de beoordeling van ervaren kwaliteit moet liggen bij de individuele indicatorscores en -vragen.

19. Kan de Net Promotor Score worden gezien als een totaalscore?

De NPS heeft momenteel een pilotstatus omdat de validiteit van de NPS als indicator voor ervaren kwaliteit van zorg nog wordt onderzocht. Dit betekent dat de NPS momenteel niet kan worden gezien als een totaalscore. Ook in de toekomst is de verwachting dat de NPS niet gezien kan worden als totaalscore omdat totaalscores gebaseerd op één enkele vraag vaak geen evenwichtige samenvatting vormen van alle relevante kwaliteitsaspecten (de Boer et al., 2010; Rademakers et al., 2011).

20. Wat zijn aandachtspunten bij het maken van een selectie of het toepassen van een weging?

De indicatoren van de CQ-index hebben ieder hun eigen plek in het kwaliteitskader. Wanneer men een selectie wil maken van deze indicatoren is het goed om te kijken naar de kwaliteit van de indicatoren en enkel die indicatoren te kiezen met een adequate validiteit en betrouwbaarheid. De indicatoren van de CQ-index VV&T zijn in het algemeen voldoende valide en betrouwbaar bevonden (Asmoredjo J. et al, 2012). Verder zijn er veel verschillende redenen waarom je meer of minder gewicht kunt toekennen aan een indicator. Deze redenen kunnen afhankelijk zijn van de gebruiker en het gebruiksdoel. Wanneer men een weging wil toepassen is het goed om uit te gaan van de gecorrigeerde score van een OE, waarbij op basis van Empirical Bayes schattingstechnieken rekening is gehouden met het aantal cliënten waarvoor is gemeten en hun zorgbehoefte.

21. Kan een rangorde worden gemaakt op basis van de indicatoren?

Het rangordenen van indicatorwaarden is niet wenselijk. Een rangorde suggereert immers vaak veel grotere verschillen dan er zijn. In een rangorde kan het verschil tussen nummer 1 en nummer 100 van de rangorde gemakkelijk als groot worden geïnterpreteerd, zonder dat duidelijk is hoe groot het werkelijke verschil is en of dat ook een significant verschil is. Om deze reden wordt afgeraden gebruik te maken van rangordes.

Referenties

Wetenschappelijke publicaties

Asmoredjo J., de Boer D. & D. Delnoij (2012) Verantwoording aanpassing vragenlijsten en indicatoren CQI VV&T. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Boer, D. de, Hoek, L. van der, Delnoij, D. & P. Groenewegen (2010). Kleine zorgaanbieders in multilevel vergelijkende analyses. De CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Utrecht: NIVEL 2010.

Boer, D. de, Delnoij, D. & J. Rademakers (2010). Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expectations*, 12 (3), 285-297.

Booij, J., Boer, D. de, van der Hoek, L., & D. Delnoij (2011). Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T 2010. Schoning van data, schaalanalyses en casemixcorrectie. Utrecht, Centrum Klantervaring Zorg.

Rademakers, J., Delnoij, D. & D. de Boer (2011). Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality and Safety* (doi:10.1136/bmjqs.2010.042358)

Overige publicaties

CQI-bijsluiter - Vergelijken van instellingen schattingsmethode (2010). Centrum Klantervaring zorg.

Handle with Care, een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitskader verantwoorde zorg; versie 1.0 (2011). ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

Handle with Care Too! Handreiking voor gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader verantwoorde zorg VV&T 2010/2011 (2012). Utrecht: ActiZ.

Handleiding Cerium; van Resultaat naar Inzicht (2013). MediQuest.

Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, verzorging en Zorg Thuis (2012). Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en LOC Zeggenschap in Zorg.

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg (2010), Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T. Den Haag: Zichtbare Zorg VVT.

Werk aan de winkel; Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2012 en de Erasmus Innovatiemonitor Zorg. ActiZ Benchmark in de zorg. Utrecht: ActiZ.

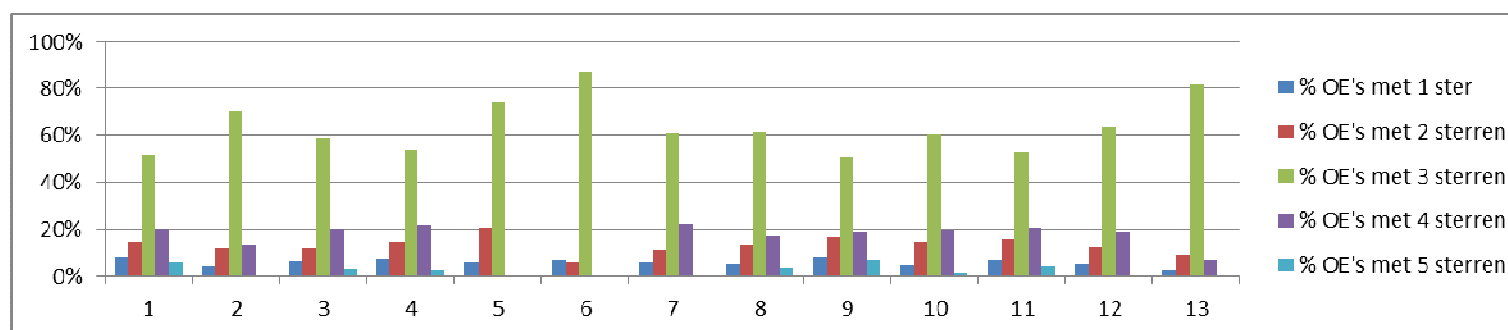
Websites / links

- www.zorgvoorkwaliteit.com
- www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijsten/verpleging-verzorging-en-thuiszorg
- [www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/richtlijnen/CQI_BIJSLUITER -
_Vergelijken_van_instellingen_schattingsmethode.doc](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/richtlijnen/CQI_BIJSLUITER_-_Vergelijken_van_instellingen_schattingsmethode.doc)

Tabel 1: Kengetallen indicatoren CQ-index 2010 - Interviews bewoners (VV)

	indicator	Landelijk gemiddelde score	Landelijk Gemiddelde N	% OE's met 1 ster	%OE's met 2 sterren	%OE's met 3 sterren	%OE's met 4 sterren	%OE's met 5 sterren	95% van de OE's bevinden zich tussen:	Indicator is vergelijkbaar met die uit 2010?
1	1.1a Ervaringen met maaltijden: Smaak	3,07	26	7,8	14,8	51,8	20,0	5,5	2,47 3,57	1.2
2	1.1b Ervaringen met maaltijden: Sfeer	3,53	18	4,3	11,6	70,6	13,5	0,0	3,10 3,80	Nee
3	2.1 Omgang met elkaar	3,29	22	6,1	11,6	59,0	20,2	3,2	2,71 3,68	Nee
4	2.2 Gastvrijheid: ervaringen met schoonmaken	3,36	26	7,4	14,8	54,0	21,5	2,4	2,79 3,76	Nee
5	2.3 Gastvrijheid: ervaringen met inrichting *	99,97%	26	5,56%	20,77%	73,67%	0,00%	0,00%	49,90 99,98	2.1
6	2.4 Gastvrijheid: ervaren privacy	3,94	26	7,1	5,6	87,2	0,0	0,0	3,60 4,00	Nee
7	3.1 Zinvolle dag	3,63	23	5,5	11,3	60,9	22,3	0,0	3,12 3,90	Nee
8	4.3 Ervaren bejegening	3,39	26	4,9	13,2	61,1	17,3	3,3	3,02 3,70	Nee
9	5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	2,84	23	8,1	16,4	50,2	18,4	6,8	2,16 3,46	Nee
10	5.4 Ervaren kwaliteit personeel	3,61	26	4,3	14,4	60,1	19,8	1,4	3,34 3,81	Nee
11	6.1 Ervaren inspraak	3,26	22	7,2	15,5	52,7	20,6	4,0	2,74 3,67	Nee
12	6.2 Ervaren informatie	3,43	25	5,1	12,3	63,8	18,8	0,0	2,88 3,82	Nee
13	7.5 Ervaren veiligheid	3,79	26	2,5	9,0	81,3	7,2	0,0	3,57 3,92	2.4
	Net Promotor Score (zie vraag 12)	19,3	26	-	-	-	-	-	-20,0 66,7	n.v.t.

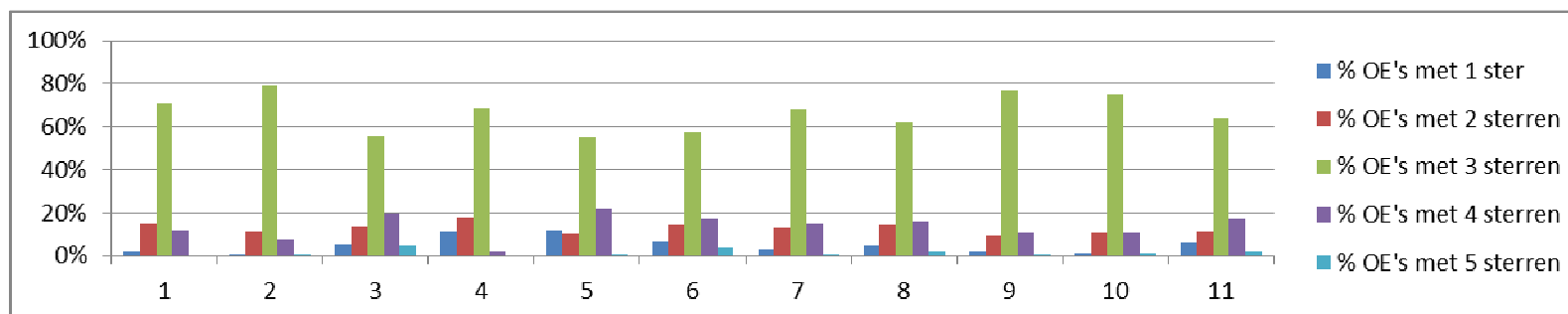
* Indicator 2.3 is een ja/nee vraag, en de andere indicatoren werken met een schaal van 1 t/m 4, vandaar de afwijkende cijfers bij deze indicator



Tabel 2: Kengetallen indicatoren CQ-index 2010 - Vertegenwoordigers cliënten (PG)

	indicator	Landelijk gemiddelde score	Landelijk Gemiddelde N	% OE's met 1 ster	%OE's met 2 sterren	%OE's met 3 sterren	%OE's met 4 sterren	%OE's met 5 sterren	95% van de OE's bevinden zich tussen:	Indicator is vergelijkbaar met die uit 2010?
1	1.1 Ervaringen met eten en drinken	3,47	22	2,0	14,7	70,9	12,4	0,0	3,23 3,66	Nee
2	2.1 Omgang met elkaar	2,87	24	0,7	11,6	79,4	7,4	0,9	2,65 3,04	Nee
3	2.2 Gastvrijheid: ervaringen met schoonmaken	3,12	27	5,6	14,0	55,7	20,2	4,6	2,64 3,55	2.1
4	2.3 Gastvrijheid: ervaringen met inrichting*	94,94%	26	11,59%	17,88%	68,71%	1,82%	0,00%	45,71% 98,63%	Nee
5	2.4 Gastvrijheid: ervaren privacy	3,59	27	12,0	10,5	54,8	22,5	0,2	2,96 3,88	Nee
6	3.1 Zinnvolle dag	3,12	25	6,5	14,7	57,8	16,9	4,0	2,68 3,45	Nee
7	4.3 Ervaren bejegening	3,09	27	3,1	13,0	68,4	15,2	0,3	2,82 3,30	Nee
8	5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	2,6	24	5,1	14,7	62,1	16,2	1,9	2,15 2,97	Nee
9	5.4 Ervaren kwaliteit personeel	3,4	27	1,8	10,2	76,2	11,1	0,7	3,19 3,56	Nee
10	6.1 Ervaren inspraak	3,21	27	1,6	11,0	75,3	10,9	1,2	2,99 3,40	Nee
11	6.2 Ervaren informatie	3,44	27	5,9	10,3	64,8	16,9	2,1	3,13 3,66	Nee
	Net Promotor Score (zie vraag 12)	22,5	28	-	-	-	-	-	-32,8 75,0	Nee

* Indicator 2.3 is een ja/nee vraag, en de andere indicatoren werken met een schaal van 1 t/m 4, vandaar de afwijkende cijfers bij deze indicator

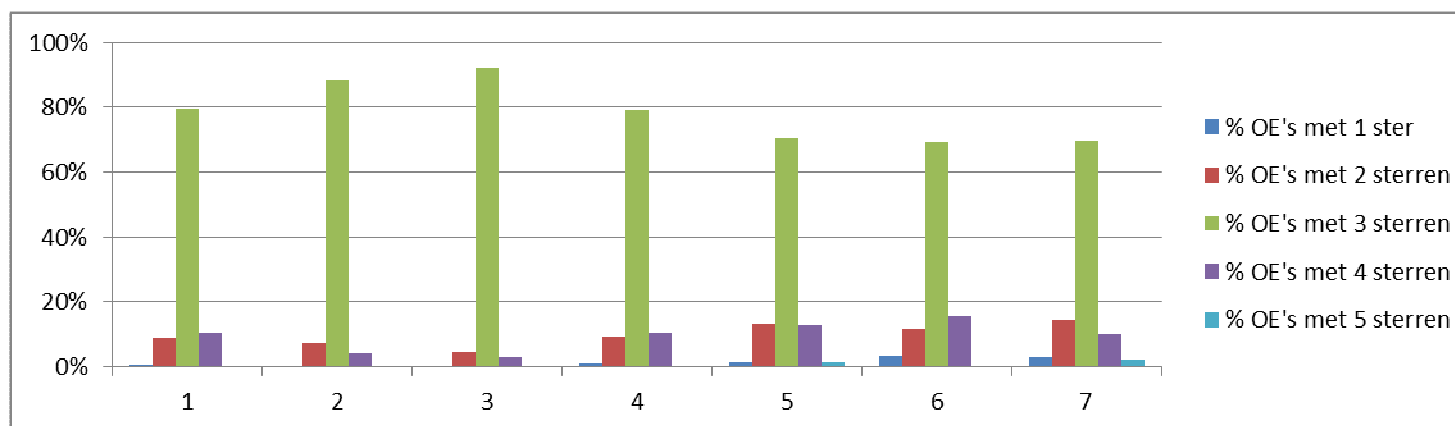


Tabel 3: Kengetallen indicatoren CQ-index 2012 - Thuiswonende cliënten (ZT)

	Indicator	Landelijk gemiddelde score	Landelijk Gemiddelde N	% OE's met 1 ster	%OE's met 2 sterren	%OE's met 3 sterren	%OE's met 4 sterren	%OE's met 5 sterren	95% van de OE's bevinden zich tussen:	Indicator is vergelijkbaar met die uit 2010?
1	4.3 Ervaren bejegening	3,56	33	0,8	9,1	79,5	10,4	0,3	3,40 3,70	Nee
2	4.5 Ervaringen met (lichamelijke) verzorging	3,31	34	0,0	7,3	88,2	4,1	0,4	3,20 3,39	Nee
3	4.5 Ervaringen met (lichamelijke) verzorging (oude versie**)	3,48	31	0,0	4,7	92,2	3,1	0,0	3,40 3,54	Nee
4	5.4 Ervaren kwaliteit personeel	3,53	33	1,1	9,3	79,0	10,3	0,3	3,35 3,67	Nee
5	6.1: Ervaren inspraak	3,2	33	1,3	13,3	70,7	13,1	1,6	2,97 3,45	Nee
6	6.2: Ervaren informatie	3,43	33	3,3	11,5	69,1	15,6	0,4	3,14 3,67	Nee
7	6.2 ervaren informatie (oude versie**)	3,32	29	3,2	14,3	69,8	10,3	2,4	3,03 3,62	Nee
	Net Promotor Score (zie vraag 12)	42,5%	34	-	-	-	-	-	0,00 83,5	n.v.t.

* Indicator 2.3 is een ja/nee vraag, en de andere indicatoren werken met een schaal van 1 t/m 4, vandaar de afwijkende cijfers bij deze indicator.

** De oude versies betreffen de vragenlijsten volgens Kwaliteitskader 2010, die ook aangeleverd mochten worden omdat het Kwaliteitsdocument 2012 pas in mei 2012 gereed was. De indicatoren zijn in 2012 uit andere vragen samengesteld, maar de onderliggende vragen zijn grotendeels dezelfde. Oude lijsten konden daardoor worden omgezet in het nieuwe format (zie vraag 10). Voor twee indicatoren (4.5 en 6.2) leverde dat toch een afwijkend gemiddelde op, vandaar dat deze apart zijn weergegeven in deze tabel.



Tabel 4: Beoogde en gerealiseerde steekproefaantallen

Hieronder een overzicht van de steekproefgrootte (N) die *beoogd* wordt met de huidige steekproefaantallen, waarbij aangegeven voor hoeveel van de indicatoren dit ook voldoende is. Tevens is aangegeven wat de *gerealiseerde* N gemiddeld genomen is en voor hoeveel indicatoren dat dan voldoende is. De conclusie is dat de beoogde N voldoende is, maar dat de gerealiseerde N een aandachtspunt is, voor met name de Zorg Thuis.

Bij het bekijken of de N voldoende is, is als criterium een reliability van 0.70 gehanteerd.

CQ-vragenlijst	Beoogde N	Aantal indicatoren waarvoor beoogde N voldoende is	% indicatoren waarvoor beoogde N voldoende is	Gerealiseerde N (gemiddeld)	Aantal indicatoren waarvoor gerealiseerde N voldoende is	% indicatoren waarvoor gerealiseerde N voldoende is
VV	30	12 van de 13	92%	24	10 van de 13	77%
PG	54	11 van de 11	100%	24	6 van de 11	54%
ZT	57	5 van de 7	71%	24	0 van de 7	0%