

Het gebruik van cliëntervaringen en hun bijdrage aan verbeteracties in zorgorganisaties

Eindproduct: artikel voor TSG

Auteur : Marloes Zuidgeest
Studentnummer: 327022mz
Adres : Rubenslaan 60,
2661 RT Bergschenhoek
Email : m.zuidgeest@casema.nl
Docent : dr. Mathilde Strating
Meelezer : Annemiek Stoopendaal
Opleiding : Master Zorgmanagement
Inleverdatum : 4 juni 2010
Cursus(sen) : afstudeerscriptie

Erasmus Universiteit Rotterdam.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Het gebruik van cliëntervaringen en hun bijdrage aan verbeteracties in zorgorganisaties

Marloes Zuidgeest¹, Mathilde Strating², Katrien Luijkx¹, Gert Westert¹³ en Diana Delnoij¹⁴

1. Universiteit Tilburg/ Tranzo, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg
2. iBMG, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam
3. RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
4. Centrum Klantervaring Zorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht



Voorwoord

Het meten van cliëntervaringen is een belangrijke bron van informatie omdat cliëntervaringen aangeven hoe de zorg gewaardeerd wordt en aanknopingspunten bieden voor mogelijke verbeteringen. Deze afstudeerscriptie heeft een andere vorm dan gebruikelijk. Het eindproduct is een Nederlands artikel voor het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG). Het artikel gaat over het gebruik van cliëntervaringen, gemeten met de Consumer Quality index (CQ-index), binnen zorgorganisaties waarbij de vraag is of deze ervaringen bijdragen aan verbeteracties. De verbeteracties dienen de kwaliteit van zorg te bevorderen. Het artikel beschrijft een gedeelte van een groter onderzoek wat uitgevoerd is bij de Universiteit van Tilburg/ Tranzo in samenwerking met LOC Zeggenschap in Zorg. Dit groter onderzoek onderzocht de bruikbaarheid en het gebruik van cliëntervaringen binnen de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Hierbij ging het niet alleen om de ervaringen van medewerkers van zorgorganisaties (dit artikel), maar ook over de ervaringen van patiëntencollectieven zoals zorginkopers van zorgkantoren en cliëntenraden. Het onderzoek werd gefinancierd door ZonMw binnen de ronde Meten Patiëntervaringen.

Hierbij wil ik alle deelnemende zorgorganisaties en alle geïnterviewden bedanken voor hun deelname. Zonder hun inbreng kon het onderzoek niet plaats vinden. Daarnaast wil ik Marion van Kleef bedanken voor het vastleggen van de foto en Matilde Strating voor de begeleiding van dit artikel. Samen met Mathilde heb ik gezocht naar een goede titel en structuur van het stuk. Daarnaast wil ik mijn meezeer - Lenny Gielings- en de meezeer van de Universiteit -Annemiek Stoopendaal- bedanken voor hun tijd en commentaar.

Bergschenhoek, 4 juni 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	9
Summary	11
Inleiding	13
Methode.....	15
Resultaten.....	17
Discussie.....	23
Literatuurlijst.....	27

Samenvatting

Inleiding. Cliëntervaringen vertellen hoe de zorg er voor staat. In dit artikel wordt uiteengezet hoe medewerkers van zorgorganisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) cliëntervaringen -gemeten met de Consumer Quality index (CQ-index)- gebruiken en hoe deze informatie ingezet worden bij verbeteracties. In de literatuur worden de volgende bevorderende factoren voor het gebruik van feedback van cliënten onderscheiden: gegevenskenmerken, kenmerken van individuele personen en organisatiekenmerken.

Methode. In totaal zijn 47 medewerkers van 12 zorgorganisaties in de VV&T geïnterviewd. Per organisatie is er gesproken met een uitvoerende medewerker, kwaliteitsmedewerker, midden management en hoger management over de onderwerpen 'organisatie', 'het kwaliteitsbeleid' en 'CQ-index resultaten'.

Resultaten. Punten ter verbetering betroffen het warme eten, bejegening, autonomie en tijdige zorg waarbij verbeteracties bedacht werden door het hoger management, een directeur of een verzorgende. Per organisatie verschilden de ondernomen acties, terwijl de onderwerpen nagenoeg gelijk waren. Herkenbare en betrouwbare gegevens, herhaling van de CQ-index meting en de aanwezigheid van een krachtig persoon bevorderde het gebruik van CQ-index informatie. Bij recentelijk gecertificeerde organisaties was de verbetercyclus vooral zichtbaar bij de kwaliteits- en beleidsmedewerkers en minder bij de uitvoerenden op de werkvloer. Externe druk over het verantwoorden van de geleverde zorg bevorderde eveneens het gebruik van informatie.

Conclusie. Het gebruik van CQ-index informatie hangt af van kenmerken van het meten met de CQ-index, individuele personen, organisatiekenmerken en externe druk waarbij CQ-index resultaten een startpunt zijn voor kwaliteitsverbetering. Welke verbeteracties leiden tot positievere cliëntervaringen dient nader onderzocht te worden.

Trefwoorden

Klant ervaringen, verpleeg- en verzorgingshuizen, CQ-index, gebruik, verbeteracties

Summary

Introduction. Client experiences give us information about health care. This article explains how employees of nursing homes, homes for the elderly and home care use client experience information –measured with the Consumer Quality Index (CQ-index) - and how this information is used for improvement initiatives. In the literature the following promoting factors for using feedback of clients are distinguished: characteristics of the data, individuals and organizational characteristics.

Method. 47 employees of 12 health care organizations were interviewed. In each organization we spoke with an executive employee, quality staff member, middle management and senior management on the subjects' organization', 'quality policy 'and' CQ-index outcomes'.

Results. Improvement initiatives were related to organizing meals, treatment, autonomy, care on time. Improvement actions were invented by senior management, a director or an executive employee. Different actions were taken for the same aspects. Recognizable and reliable data, repetition of the CQ-index measurement and the presence of a powerful individual promotes the use of information. In organizations who received recently a certification the improvement cycle was more visible by quality staff and less visible in middle management en professionals. External pressure to be responsible for the delivery of care also promotes the use of information.

Conclusion. The use of CQ-index information depends on the characteristics of the CQ-index measurement, individuals, organizations and external pressure. CQ-index results are a starting point for quality improvement. Which improvement initiatives lead to better outcomes of client experience should be further investigated.

Keywords

customer experiences, nursing homes or homes for the elderly, CQ index, use, improvement initiatives

Inleiding

De uitgaven binnen verpleging en verzorging en thuiszorg zullen naar verwachting stijgen door vergrijzing, snel groeiende vraag naar zorg, en stijgende zorgkosten (Woittiez 2009). Om verantwoording af te leggen voor de besteding van het geld dat huizen ontvangen, worden in het Maatschappelijk verslag, onderdeel van het Jaarverslag Zorg, uitkomsten van uitgevoerde onderzoeken zoals medewerkerstevredenheidsonderzoek en de meting van ervaringen van cliënten over de kwaliteit van zorg/cliënttevredenheidsonderzoek vermeld (www.jaarverslagenzorg.nl). Voor de laatst genoemde meting is er in Nederland een standaard ontwikkeld waarbij, naast richtlijnen voor het meten van de ervaringen, ook richtlijnen zijn voor de analyse en rapportage van cliëntervaringen. Deze standaard systematiek heet de Consumer Quality Index (CQI of CQ-index) (Delnoij 2009). Sinds 2007 wordt het meten van cliëntervaringen met de CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg tweejaarlijks uitgevoerd. De ervaringen van cliënten zelf en vertegenwoordigers van psycho-geriatrische cliënten (ook wel cliëntgebonden indicatoren genoemd) vormen met de zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld het vóórkomen van doorligwonden) het kwaliteitskader Verantwoorde zorg (ActiZ 2007).

Verzamelde gegevens over cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren ten behoeve van het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg van verpleeg- en verzorgingshuizen worden via www.kiesBeter.nl openbaar gemaakt. Een belangrijke vraag is of deze transparantie van informatie leidt tot kwaliteitsverbetering en zo ja, hoe dit tot stand komt. Meten is noodzakelijk, maar niet voldoende om kwaliteit te verbeteren. Denk hierbij aan de Plan-Do-Study-Act cyclus wat veelvuldig gebruikt wordt bij kwaliteitsverbeteringen. Volgens Berwick e.a. (2003) kan kwaliteitsverbetering tot stand komen via twee mechanismen: *selectie* en *verandering*. Het selectiemechanisme vindt plaats als toekomstige zorggebruikers kiezen voor goed of slecht presterende zorgorganisaties en zorgverzekeraars onderscheid maken tussen goed en slecht presenterende organisaties. Hierdoor vindt verschuiving van marktaandelen van zorgaanbieders plaats, wat organisaties zou moeten stimuleren om de kwaliteit te verbeteren. Uit onderzoek is gebleken dat de verspreiding van informatie over of het transparanter maken van de kwaliteit van zorg binnen zorgorganisaties echter tot op heden weinig invloed heeft op het actieve gebruik van deze informatie door zorggebruikers (Fung e.a. 2008; Faber e.a. 2009). Verandering als mechanisme voor kwaliteitsverbetering veronderstelt dat zorgaanbieders, nadat ze geïnformeerd worden over hun eigen prestaties ten opzichte van anderen, reflecteren op hun eigen prestaties. Bij ontevredenheid over de resultaten zullen de organisaties kwaliteitsverbeteringen initiëren. Vanuit een *intrinsieke motivatie* en omdat zij belang hechten aan een goede naam (Berwick, James en Coye 2003; Marshall e.a. 2003).

Onderzoeken in het buitenland binnen de verpleeg- en verzorgingssector tonen aan dat het openbaar maken van kwaliteitskaarten (zoals in Nederland op kiesBeter.nl) een motiverende werking heeft op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zo is gebleken dat 33% van de verpleeg- of verzorgingshuisbestuurders informatie van openbare kwaliteitskaarten gebruikt om kwaliteit te verbeteren en 51% van de bestuurders van plan was dit te doen (Castle 2005). Verpleeg- en/of verzorgingshuizen die minder goed scoorden dan gemiddeld, rapporteerden de meeste verbeterinitiatieven (Mukamel e.a. 2007). Specifieke acties hadden betrekking op het uitzoeken van de oorzaken van de resultaten (63% van de huizen) en bijstellen van prioriteiten (42% van de huizen) (Mukamel e.a. 2008; Werner 2008).

Aangezien het meten van cliëntervaringen met de CQ-index nog relatief nieuw is, is het belangrijk om te onderzoeken of CQ-index resultaten intern gebruikt worden. Uit de literatuur kunnen drie categorieën van factoren onderscheiden worden die het gebruik van informatie uit feedbackmetingen positief beïnvloeden.

- 1) Gegevensgerelateerde factoren die het gebruik van informatie positief beïnvloeden zijn de geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, validiteit en gebruikersgerichtheid van gegevens (Rothman 1980). Als resultaten relevant zijn, begrijpelijk, gerelateerd aan organisatiegedrag, verifieerbaar, tijdig en realistisch is een organisatie bereid om verantwoording voor de gegevens te nemen (Cummings en Worley 2005). Tot slot vergroot de gedetailleerdheid van de gegevens en gestructureerde feedback de kans op het gebruik van resultaten (Davies en Cleary 2005).
- 2) Factoren die gerelateerd zijn aan de medewerker om informatie te gebruiken hebben betrekking op 'open staan' voor feedback en 'geen weerstand hebben tegen veranderingen'. Training, selectie en ondersteuning van medewerkers bevordert ook het gebruik van informatie (Davies and Cleary 2005). Daarnaast zorgt herhaling van een meting voor een positievere houding om resultaten te gebruiken (Reeves and Seccombe 2008).
- 3) Organisatorische aspecten die het gebruik van informatie beïnvloeden zijn een infrastructuur voor kwaliteitsverbetering en vaardigheden (Davies en Cleary 2005; Rothman 1980).

Om te bepalen of het meten van cliëntervaringen niet alleen voor de externe verantwoording is, maar ook intern gebruikt wordt voor bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering, zal in dit artikel het gebruik van cliëntervaringen bij kwaliteitsverbeteringen centraal staan. Dit resulteert in de volgende onderzoeksvragen:

Hoe gebruiken medewerkers van zorgorganisaties cliëntervaringen?

Hoe hebben (verbeter)acties vorm gekregen naar aanleiding van de cliëntervaringen?

Methode

Het meten van cliëntervaringen in de verpleeg- en verzorgingssector

Cliëntervaringen binnen verpleeg- en verzorgingshuizen worden gemeten middels de CQ-index Verpleging, Verzorging en Zorg thuis vragenlijsten door een meetbureau dat geaccrediteerd is met een CQ-index keurmerk. De drie vragenlijsten zijn: 1) een interviewlijst voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, 2) een schriftelijke vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en 3) een schriftelijke vragenlijst voor cliënten die zorg thuis ontvangen. Een geaccrediteerd meetbureau zorgt voor een rapportage van de verzamelde gegevens voor de organisatorische eenheid, locatie of organisatie. De cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren worden opgenomen in een landelijke database. CQ-index gegevens worden voor relevante cliëntkenmerken zoals leeftijd, gezondheid, en zorgzwaarte gecorrigeerd en omgezet in relatieve prestatiescores in de vorm van sterren (* [slechter dan gemiddeld] tot *****[beter dan gemiddeld]). De gegevens worden na goedkeuring van de organisatie openbaar gemaakt op kiesbeter.nl.

Selectie en werving van zorgorganisaties

Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek naar de bruikbaarheid en het gebruik van cliëntervaringen (Zuidgeest e.a. 2010), waar naast interviews met medewerkers van zorgorganisaties, cliëntenraden en zorginkopers van zorgkantoren zijn geïnterviewd. Uit 998 verpleeg- en verzorgingshuizen zijn 60 organisaties geselecteerd. Zij hadden hun prestaties beschikbaar gesteld voor maatschappelijke verantwoording (voor het Maatschappelijk verslag). Selectie van huizen vond plaats op basis van twee cliëntgebonden indicatoren 'Ervaren zelfstandigheid' en 'Ervaren inspraak en overleg' die gemeten zijn met de CQ-index vragenlijst 'Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis'. Er is gestreefd naar een gelijkmatige verdeling van de organisaties over de sterren. De gekozen indicatoren kunnen verschillen tussen zorgaanbieders aantonen (Boer, Damman en Delnoij 2008) en verandering op deze indicatoren zijn op korte termijn realiseerbaar. De Raden van Bestuur van de geselecteerde zorgorganisaties hebben een uitnodigingsbrief ontvangen met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. Na twee weken werd er met één van de kwaliteitsmedewerkers of het secretariaat telefonisch contact opgenomen om te vragen of de brief ontvangen was en te vragen of de organisatie deel wilde nemen aan het onderzoek.

Interviews

Semi-gestructureerde interviews van ongeveer een uur zijn uitgevoerd door één interviewer met behulp van een topiclijst. De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen op een digitale geluidsrecorder. Geïnterviewden zijn bevraagd naar het gebruik en de bruikbaarheid van CQ-index resultaten van hun eigen locatie. Onderwerpen die in de interviews aan bod kwamen waren: de organisatie, het kwaliteitsbeleid en de CQ-index resultaten. De geïnterviewden ontvingen een samenvatting van het interview ter verificatie. De interviews zijn op locatie bij de deelnemende organisaties afgenomen bij vier lagen binnen de zorgorganisatie:

1. Een uitvoerende medewerker die contacten onderhoudt met cliënten (bijvoorbeeld eerst verantwoordelijke verzorgende [EVV-er] of verzorgende)
2. Het lager management: een manager/ teamleider / hoofd of coördinator.
3. Een beleids- of kwaliteitsmedewerker
4. Het hoger management: de directeur, locatie- of regiomanager. In deze categorie valt ook de financieel adviseur of controller.

De interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van Atlas.ti versie 6 gebruikmakend van open codering (Boeije 2008). Dit betekent dat de tekst bepaalt welke codes ontstaan. Daarna is bepaald tot welke thema's en onderzoeksvragen de codes behoorden. De teksten werden meerdere malen geanalyseerd. Een selectie van de interviews is gecodeerd door een tweede onderzoeker.

Resultaten

Participerende organisaties

Uiteindelijk namen twaalf zorgorganisaties verspreid over Nederland deel aan het onderzoek. Bij deze zorgorganisaties zijn in totaal 43 interviews uitgevoerd. Tijdens vier interviews is er met twee personen gesproken, waardoor in totaal 47 personen geïnterviewd zijn. Er is gesproken met vijf uitvoerende medewerkers, zestien medewerkers van het lager management, twaalf kwaliteits- of beleidsmedewerkers en veertien personen van het hoger management.

Gegevensgerelateerde factoren

Zorgorganisaties kregen in het verleden via klachten van mondige patiënten te horen wat er verbeterd kon worden aan de zorg die zij leverden. Sinds de invoering in 2007 van het standaard meten van de ervaringen van een random selectie van cliënten, krijgt de zorgorganisatie een completer beeld wat een random selectie van cliënten van de zorg vindt. Dit is één van de redenen waarom het meten van de cliëntervaringen als erg belangrijk en waardevol wordt beschouwd. Organisaties meten ook cliëntervaringen, omdat het een landelijk meetinstrument is waardoor vergelijkingen met andere organisaties mogelijk wordt. Dit was voor een aantal organisaties een reden om hun eigen meetinstrument over de kwaliteit van zorg tijdelijk niet meer te gebruiken. Dit wordt geïllustreerd door het volgende citaat:

‘Er is gekozen om het eigen onderzoek in de ijskast te zetten en te kijken wat de CQ-index oplevert. Wat de bruikbaarheid is en hoe tevreden de organisatie er mee is. Daarna wordt overwogen of het eigen onderzoek ook gedaan wordt. Er worden momenteel wel exit onderzoeken gedaan. Als iemand een poosje heeft gewoond, (bijvoorbeeld revalidanten), wordt een exit onderzoek gedaan over wat ze van de zorg en dienstverlening vonden’ (kwaliteitsmedewerker).

CQ-index resultaten zijn voor meerdere doelen te gebruiken. Tijdens de interviews is over vier gebruiksdoelen gesproken. In Tabel 1 is van ieder gebruiksdoel, één of meerdere citaten opgenomen. In de citaten komt naar voren dat metingen gedaan worden omdat het verantwoording geeft voor het geld dat instellingen krijgen, maar laat ook zien dat ze de informatie zien als een bron om de zorg te verbeteren, om nieuwe toekomstige cliënten van informatie te voorzien en om de zorg die geleverd wordt steeds kritisch te beoordelen.

Tabel 1. Vier gebruiksdoelen van de CQ-index met bijbehorende citaten

Gebruiksdoel	Citaat (bron)
Keuze-informatie	– Ik vind het goed dat toekomstige klanten of familieleden zich kunnen oriënteren hoe een huis functioneert en waar de aandachtspunten liggen en waar niet (hoger management).
Verantwoordings-informatie	– De CQ-index meting is een onafhankelijke toets van de kwaliteit van zorg (kwaliteitsmedewerker). – De CQ-index heeft een grote presentatiewaarde naar de buitenwereld (kwaliteitsmedewerker).
Zorginkoop-informatie	– Het zorgkantoor stelt randvoorwaarden waaraan de organisatie moet voldoen. De cliëntervaringen moet <i>x</i> hoog zijn en zoveel <i>dit</i> en zoveel <i>dat</i> . Dit bepaalt de prijs die de organisatie krijgt voor de zorg. Als de organisatie op bepaalde onderdelen niet scoort, wordt er een percentage gekort op het tarief (hoger management).
Kwaliteitsverbeteringsinformatie	– Het meten van de ervaringen van cliënten is een stok achter de deur om scherp te blijven om de volgende keer beter te presteren (hoger management). – De CQ-index houdt de organisatie wakker en zorgt dat de organisatie niet in dut, omdat men niets van de cliënten hoort (hoger management).

Tijdens de interviews kwam naar voren dat CQ-index gegevens meer vertrouwd worden door geïnterviewden dan zorginhoudelijke indicatoren die door zorgorganisaties zelf gemeten worden. Dit komt mede doordat CQ-index gegevens verzameld worden door een onafhankelijk geaccrediteerd meetbureau. Het meten van indicatoren door organisaties zelf heeft als nadeel dat geïnterviewden het idee hebben dat andere zorgorganisaties deze indicatoren strategisch invullen. Bij de indicator valincidenten wordt ‘geaccepteerd vallen’ gehanteerd: vallen hoort bij deze bewoner en dat registreren we niet. Hierdoor raakt een organisatie sturingsinformatie kwijt, aangezien men niet weet wat de daadwerkelijke situatie is, omdat bepaalde informatie niet geregistreerd wordt. Dat CQ-index resultaten herkenbaar en te relateren zijn aan bedrijfsprocessen vergroot de validiteit van de gegevens. Als de gegevens niet herkenbaar waren, zou een geïnterviewde getwijfeld hebben aan het meetinstrument. Bij één organisatie werden de CQ-index gegevens niet herkend:

‘In het afgelopen jaar heeft de organisatie te maken gehad dat locatie [...] cijfermatig nogal lager scoorde dan de andere locatie. Dit was niet te verklaren. De enige verklaring was dat dat gelegen moet hebben aan de interviewer en dat is heel vervelend. Dit is met het uitvoerende meetbureau besproken. Er is tot de conclusie gekomen [door het meetbureau] dat de familiescore wat over het algemeen lager scoort dan de bewonersscore zelf, hier precies andersom was. Toen is er [door het meetbureau] gezegd dat dit niet kon en dat de gegevens niet klopten’ (hoger management).

De uiteindelijke conclusie van het meetbureau was dat minder goede resultaten verklaard werden door de manier waarop geïnterviewd was.

De terugkoppeling van CQ-index gegevens gebeurt op verschillende manieren. Het lager management ziet graag de behaalde (ruwe) CQ-index gegevens, zodat bekeken kan worden op

welke vraag slecht gescoord wordt. Naast een basis rapportage van de eigen (ruwe) gegevens kunnen organisaties kiezen voor een uitgebreide rapportage, een rapport waarbij de locaties van de organisaties tegen elkaar afgezet worden en waarmee een referentiekader geboden wordt. Als dit referentiekader niet geboden wordt, is er ruimte voor eigen interpretatie over wat normen verantwoorde zorg zijn. Ter illustratie enkele citaten:

'Door een vergelijking kan er gelijk gezien worden of de score binnen of buiten het gemiddelde valt. Bij de CQ-index worden veel gegevens zichtbaar: bijvoorbeeld 50% 'altijd' op vraag x, 20% 'ja' op vraag y. Hoe label je dit, wat is de norm? Wat is erg en wat is niet erg? Dit [indien er geen referentiekader is] stimuleert tot het verzinnen van eigen normen: bijvoorbeeld alles boven 50% is goed' (kwaliteitsmedewerker).

'De score op de vraag over eenzaamheid was rond de 65-68%. Bij een onderzoek bij mensen thuis in Dronten was de score op eenzaamheid voor 65 plussers 63%. Hier in huis zijn de bewoners iets meer eenzamer, maar niet heel veel meer dan de normale 65 plusser. Graag zou ik een referentiekader hebben waarbij niet alleen andere huizen getoond worden, maar ook de situatie in Nederland' (hoger management).

Het hoger management wil graag zien hoe de organisatie scoort ten opzichte van andere organisaties: ze hechten waarde aan vergelijkende gegevens. Dat de meting voor de tweede keer (1^e keer was tijdens de pilot van de CQ-index VV&T) is herhaald, verminderde de weerstand van het bestuur en hoger management om gegevens te accorderen en te publiceren op internet. Voorheen wilden organisaties wel de gegevens publiceren, alleen werden deze niet correct verwerkt:

'Op zich is het openbaar maken van gegevens een goede zaak, mits de gegevens correct zijn. Het is vervelend als de verkeerde gegevens op internet staan en al helemaal als er consequenties aan verbonden worden' (kwaliteitsmedewerker).

'Er waren problemen met de publicatie van de gegevens, omdat er een koppeling vanuit de centrale database niet werd gemaakt. Dit heeft ¾ jaar geduurd voordat dit opgelost was. Sinds januari dit jaar [2009] staan de gegevens op kiesBeter.nl' (kwaliteitsmedewerker).

Een kwaliteitsmedewerker en een medewerker van het hoger management van eenzelfde organisatie vinden dat de extra informatie die cliënten vertellen bij de CQ-index meting verloren gaat. Ze zouden graag vervolgvragen stellen en deze informatie vastleggen. Geïnterviewden van andere zorgorganisaties geven juist aan dat naar aanleiding van de CQ-index resultaten het lager management zelf moet bepalen op welk aspect ze willen inzoomen en dat dit voor iedere organisatie anders is:

'Ik wil juist niet dat een vragenlijst de diepte ingaat om te voorkomen dat een bepaalde situatie in de organisatie niet speelt' (hoger management).

Medewerkerkenmerken

Medewerkers van organisaties bepalen of CQ-index gegevens gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbetering. Een kwaliteitsmedewerker kan het proces ondersteunen, maar de veranderingen dienen volgens sommige geïnterviewden 'in de lijn' aangepakt te worden aangezien daar ook de kwaliteit geleverd wordt. Daarom wordt de kwaliteitsafdeling bij één organisatie bewust klein gehouden. Dit omdat er wel iemand moet zijn om zaken te coördineren en aan te sturen. De verbeterpunten worden naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen van de CQ-index rapportage van het meetbureau meestal gekozen door het management, tenzij ze vinden dat op een bepaald punt niet verbeterd hoeft te worden om een bepaalde reden. Een citaat van een medewerker van het lager management:

'Soms zitten er wel eens dingetjes tussen dat je zelf denkt "daar moeten we wat mee" en dan lijkt de cliënt dat eigenlijk helemaal niet nodig te vinden. We hadden eruit gehaald dat er weinig gebeurde rondom wensen ten aanzien van het overlijden en na het overlijden. Dan ga je met de bewoners praten en dan blijkt dat ze dit met de eigen familie regelen en helemaal niet de behoefte hebben aan een interventie van het huis' (lager management).

Dit citaat laat zien dat er eerst nog een analyse nodig is of plaats vindt voordat er een actie komt, in dit geval geen actie. Een tweede manier om veranderingen in gang te zetten, kan plaatsvinden doordat een krachtig persoon, zoals de directeur, besluit de zorg- en dienstverlening te veranderen: hij kan soms veranderingen doorvoeren. Ter illustratie twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld gaat over de keuze van het warme eten. Voorheen moesten cliënten twee weken van tevoren een menulijst invullen. Doordat de bestuurder vond dat cliënten meer keuze moesten hebben, is het bereidingsproces veranderd: het warme eten komt nu op schaaltes op tafel en er is keuze uit drie soorten groente, twee soorten aardappelen, twee stukken vlees en een toetje. Dit initiatief was er al, maar werd ondersteund door de CQ-index resultaten. Het tweede voorbeeld gaat over een lage score voor de indicator 'autonomie' in het CQ-index rapport wat verklaard werd doordat bewoners een eigen sleutel van het huis wilden. Ter illustratie:

'Van de 90 cliënten wilden 4 bewoners een eigen sleutel. Deze bewoners zijn nog zelfstandig en iedere keer als ze naar binnen willen, moeten ze aanbellen. Ze hadden gevraagd om een sleutel, omdat ze het vervelend vonden aan te bellen bij het huis waar ze wonen. Dit heeft discussie opgeleverd in verband met veiligheid van het kwijt raken van sleutel. Er is toen gezegd dat ik een wijs besluit moest nemen en dat heb ik ook gedaan: ik heb de bewoners een eigen sleutel gegeven. Het rapport helpt hierbij doordat hierin aangegeven was dat autonomie te verbeteren is' (hoger management)

Een derde manier om veranderingen in gang te zetten kan doordat medewerkers van de werkvloer verbeterinitiatieven bedenken (bottom-up benadering). Om dit te ondersteunen volgen twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld heeft betrekking op een slechte score op

bejegening. Deze score werd verklaard door gejaagdheid van medewerkers. In een locatieoverleg zijn aan uitvoerende medewerkers de CQ-index resultaten voorgelegd en gevraagd welke acties ondernomen konden worden om de resultaten te verbeteren: hoe kunnen medewerkers rust uitstralen, ook als ze het druk hebben. Een geïnterviewde van het lager management gaf aan dat een uitvoerende medewerker de volgende actie heeft verzonnen:

'De '5 tellen van Thea' houden in dat verzorgenden vijf tellen wachten, dan aanbellen, dan naar binnen en even gaan zitten bij een bewoner. De bewoner heeft zo het gevoel, ze gaat zitten, ze zal het niet zo druk hebben' (verzorgende).

Het tweede voorbeeld gaat over het feit dat medewerkers binnen 5 minuten moeten reageren op een oproep van een bewoner. Dit is een kwaliteitseis, maar gebeurde niet vaak.

'Dit is een streven, maar geen enkele garantie. Er kan wel uitgelegd worden, onderlinge communicatie moet wel binnen 5 minuten kunnen: 'ik ben nu even bezig, maar over 10 minuten kom ik bij u'. Dit zo concreet mogelijk maken'.

Door in gesprek te gaan met de bewoner kunnen verwachtingen gemanaged worden.

Organisatiekenmerken

Een infrastructuur voor kwaliteitsverbetering kwam uit de literatuur als een organisatiekenmerk dat het gebruik van informatie bevordert. Tijdens de interviews komen een drietal kwaliteitskenmerken van organisaties naar voren:

- 1) De participerende zorgorganisaties hebben allen een *werkend kwaliteitssysteem*, omdat dit een voorwaarde is om zorg te mogen leveren. Een werkend kwaliteitssysteem betekent een opstapcertificaat, HKZ-certificaat of de organisatie is bezig met het behalen van PreZo (Prestaties in de Zorg). Dit is daarom geen onderscheidend criterium. Wat wel naar voren kwam tijdens de interviews is dat organisaties die al langer gecertificeerd zijn, meer de Plan- Do- Study (of Check)- Act- cyclus beheersen, wat terugkomt bij het bedenken en uitvoeren van verbeteracties in vergelijking met organisaties die recentelijk gecertificeerd zijn. De verbetercyclus is bij recentelijk gecertificeerde organisaties vooral zichtbaar bij de kwaliteits- en beleidsmedewerkers en minder bij de uitvoerenden op de werkvloer.
- 2) De meeste kwaliteitsmedewerkers behoren bij de organisatie in zijn geheel en de locaties kunnen de diensten van de kwaliteitsmedewerker 'inkopen'. Hierdoor worden kwaliteitsmedewerkers bij sommige organisaties alleen ingezet bij het behalen of verlengen van een certificaat en niet bij een CQ-index meting. Het analyseren van de CQ-index informatie en het bedenken en initiëren van verbeteracties komen daardoor te liggen bij managers en uitvoerende medewerkers

- 3) Door fusies of bezuinigingen wordt het lager management (de locatiemanager) vervangen door één regiomanager die eindverantwoordelijke over meerdere locaties. Door deze structuurverandering krijgen uitvoerende medewerkers (teamleiders en verzorgenden) meer taken waardoor de werkdruk van deze medewerkers verhoogd wordt. De verhoogde werkdruk zorgt ervoor dat (verbeter)acties naar aanleiding van de CQ-index meting niet worden uitgevoerd.

Externe invloeden

Als aanvulling op de categorieën van factoren die bijdragen aan het gebruik van informatie (gegevens, individuele personen en organisatiekenmerken), kan een vierde factor onderscheiden worden: het meten van cliëntervaringen en het gebruik van deze informatie voor verantwoording, omdat externe partijen dit eisen. CQ-index metingen worden uitgevoerd en de resultaten worden openbaar gemaakt. Dit gebeurt enerzijds omdat de organisatie transparant wil zijn in de zorg die ze leveren, maar gebeurt ook omdat externe partijen (zoals ActiZ en BTN) dit eisen in hun lidmaatschap. Daarnaast hanteert het zorgkantoor criteria ten behoeve van productie onderhandelingen waarbij het meten van cliëntervaringen, publiceren van resultaten op kiesBeter.nl en het opstellen van drie verbeterplannen die ondertekend zijn door de cliëntenraad onderdelen zijn.

Discussie

In dit artikel is het gebruik van CQ-index informatie door zorgorganisaties nader bekeken. Specifiek is gekeken naar hoe medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen de gegevens van de meting van cliëntervaringen gebruiken en hoe (verbeter)acties vorm gekregen hebben naar aanleiding van cliëntervaringen. Geïnterviewden geven aan dat de informatie uit de CQ-index meting gebruikt wordt voor meerdere doeleinden. Het hoger management wil graag de organisatie vergelijken met andere organisaties, terwijl het lager management de daadwerkelijke ervaringen van cliënten wil zien. Het gebruik van CQ-index voor kwaliteitsbevordering komt via verschillende manieren tot stand, waarbij de acties praktijkgericht en zeer divers zijn. Aspecten die het gebruik van informatie bevorderen zijn gerelateerd aan de verzamelde gegevens (valide, betrouwbaar en geloofwaardig), de medewerker (positievere houding vanwege herhaling van de meting en een krachtig persoon) of aan de organisatie (wanneer certificaat behaald, kwaliteitsmedewerker, fusies/ bezuinigingen) en druk vanuit externe partijen (bijvoorbeeld Actiz).

Gegevenskenmerken

Uit literatuur blijkt dat betrouwbare en herkenbare informatie aspecten zijn die zorgorganisaties ondersteunen om continu prestaties te verbeteren (Rothman 1980). Aan dit punt wordt met de CQ-index voldaan. Geïnterviewden vinden dat het meten van cliëntervaringen door een onafhankelijk geaccrediteerd meetbureau een positieve bijdrage levert aan valide en betrouwbare gegevens. Herkenbare resultaten en acties hadden betrekking op het eten, de autonomie van cliënten, bejegening en tijdige zorg. De bevinding van dit onderzoek over het beeld dat CQ-index valide en geloofwaardige resultaten vormt, komt overeen met de bevindingen in het onderzoek dat de Universiteit van Maastricht uitvoerde in opdracht van Actiz. Vijfenzestig procent van de coördinatoren verantwoorde zorg vindt dat CQ-index resultaten een representatief beeld geeft (Haastregt e.a. 2008). Een bedreiging van geloofwaardige CQ-index gegevens is de rol van de interviewer. Dit komt overeen met de bevindingen van het ontwikkelrapport van de VV&T vragenlijsten (Wiegers, Stubbe en Triemstra 2007) waarbij intervieweffecten zijn aangetoond. CQ-index uitkomsten zouden niet afhankelijk moeten zijn van welke interviewer bewoners ondervraagt. Om intervieweffecten te vermijden dienen per locatie meerdere interviewers interviews af te nemen. Daarnaast dient training van interviewers door het bespreken van de vragenlijsten, op welke manier vragen gesteld moeten worden en hoe er doorgevraagd moet worden, onder de aandacht te blijven. Tussentijds moet gecheckt worden of interviews daadwerkelijk zijn uitgevoerd en dient er intervisie tussen interviewers plaats te vinden om de kwaliteit van het interviewen te bewaken (Sixma e.a. 2008).

Twee geïnterviewden vonden dat de CQ-index een te globaal beeld geeft. Davies en Cleary (2005) toonden in hun onderzoek aan dat gedetailleerde informatie het gebruik van informatie bevordert. Dit pleit voor het verzamelen van zoveel mogelijk gedetailleerde informatie. Echter is het ook een optie om bevindingen die een globaal beeld geven verder uit te diepen door de bevindingen aan te vullen met een kwalitatieve benadering zoals nagesprekken over wat goed en niet goed was om concrete en betekenisvolle aanwijzingen te krijgen (Alhaus 2008). Dit zou opgepakt kunnen worden door het meetbureau dat een CQ-index meting uitvoert of door de organisatie zelf. De CQ-index zoekt niet naar onderliggende oorzaken of tekortkomingen in de zorg en biedt ook geen voorbeelden van verbeteracties die leiden tot positievere cliëntervaringen. CQ-index resultaten zijn een startpunt om kwaliteit van zorg te verbeteren en is geen oplossing om verbeteracties in te zetten.

Medewerkerkenmerken

Herhaling van een meting zorgt voor een positievere houding van medewerkers (Reeves en Secombe 2008). Dit wordt in dit onderzoek bevestigd. Daarnaast is leiderschap een voorwaarde om veranderingen in gang te zetten (Davies en Cleary 2005). In dit onderzoek bleek eveneens dat de directeur -iemand van het hoger management - veranderingen kon initiëren. Bij het gebruik van CQ-index metingen bestaat er (nog) niet een standaard training of ondersteuning aan (kwaliteits)medewerkers om het gebruik van de resultaten te bevorderen. Tijdens de interviews zijn deze punten niet aan bod gekomen.

Organisatiekenmerken

Het gebruik van klantervaringen kan een belangrijke strategie zijn om een verandering in een organisatie te bewerkstelligen. Deze verandering vindt plaats als zorgaanbieders de gegevens gebruiken om de levering van zorg te verbeteren en als zorginkopers het gebruiken bij de contracteren van zorg (Browne e.a. 2010). Organisaties gebruiken klantervaringen ter verbetering van hun zorg- en dienstverlening door verbeteracties tot stand te brengen via het management, de directeur of via uitvoerende medewerkers. De meerderheid van de participerende zorgorganisatie was in het bezit van een (opstap)certificaat. Een onderzoek in het bedrijfsleven waarbij gekeken is naar het verband tussen een ISO-certificaat en betere prestaties werd gevonden dat de groep gecertificeerde bedrijven die vanuit een interne motivatie hun kwaliteitssysteem hadden opgezet betere prestaties leverden dan de bedrijven die vanwege externe motivatie invulling gaven aan hun kwaliteitssysteem (Singels, Ruel en Water 2001). In hoeverre dit speelt bij de sector verpleging, verzorging en thuiszorg sector is onduidelijk.

Uit de literatuur is bekend dat kennis van verandermanagement door (kwaliteits)medewerkers het gebruik van informatie bevordert om veranderingen te realiseren (Davies en Cleary 2005; Rothman 1980). Kwaliteitsmedewerkers worden ingehuurd door het

lager management om bepaalde (HKZ) certificaten te halen, maar nog niet om verbeteracties te initiëren. Dit betekent dat verbeteracties uitgevoerd moeten worden door het lager management en uitvoerende medewerkers terwijl die misschien niet voldoende kennis van verandermanagement hebben om het gebruik van CQ-index informatie in te zetten van verbeteracties en deze ook te realiseren.

Externe invloeden

Binnen de verpleging en verzorgingssector zijn het zorgkantoor, het accreditatie bureau voor HKZ, de Inspectie van de Gezondheidszorg, ActiZ (de branche organisatie van verpleging en verzorging) en/of BTN (Branchebelang Thuiszorg Nederland) actoren die het bevorderen van het gebruik CQ-index resultaten kunnen positief kunnen beïnvloeden.

Dit artikel beschrijft een eerste aanzet naar de stand van zaken met betrekking tot het gebruik van CQ-index informatie voor verbeteracties in zorgorganisaties in de VV&T sector. De zorgorganisaties die mee gedaan hebben vormen waarschijnlijk een positieve selectie. Zij hadden zelf vragen met betrekking tot CQ-index of zagen het belang van het onderzoek in. Dit verklaart waarschijnlijk ook dat niet één zorgorganisatie die ondervraagd is, de CQ-index gegevens niet gebruikte. De CQ-index heeft een brede doelstelling. In de interviews zijn vier doelen expliciet naar voren gekomen: keuze-informatie, kwaliteitsinformatie, verantwoordingsinformatie en zorginkoopinformatie. Bij verantwoordingsinformatie is niet gesproken over de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). In het werkplan voor 2009 van de IGZ wordt wel vermeld dat naast zorginhoudelijke indicatoren, CQ-index gegevens bepalend zijn bij het stellen van bezoekprioriteiten (IGZ 2008). Het zou interessant zijn om te onderzoeken of de Inspectie dit ook daadwerkelijk doet en wat de consequenties daarvan zijn.

Het huidige onderzoek heeft laten zien dat er bij ontevredenheid over de resultaten verbeteracties geïnitieerd worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De ingezette acties zijn echter zeer divers en de effectiviteit ervan (leiden ze tot positievere ervaringen van cliënten?) is (nog) niet bewezen. Onderzoek naar effectieve interventies is dan ook gewenst. Een goed initiatief is om een platform te creëren waarbij 'best practice' interventies die effectief bleken om de ervaringen van cliënten positief te veranderen met andere organisaties te delen. Dit gebeurt ook bij Sneller Beter, een programma dat organisaties in de langdurende zorg stimuleert om nu en in de toekomst goede zorg te leveren. Zorg voor Beter biedt methodieken, goede voorbeelden en advies van experts. Leren van elkaar staat centraal (www.zorgvoorbeter.nl).

Concluderend kan opgemerkt worden dat het gebruik van CQ-index informatie afhangt van kenmerken van de CQ-index gegevens, medewerkers en organisatie waarbij de resultaten een startpunt vormen om verbeteracties in te zetten, maar of deze acties ook effectief zijn dient nader onderzocht te worden.

Literatuurlijst

- ActiZ. 2007. Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg: een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde Zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg.
- Alhaus, K. 2008. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. *Znmagazine* 3:8-11.
- Berwick, D. M., B. James & M. J. Coye. 2003. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care* 41 (1 Suppl):I30-8.
- Boer, D. de, Damman O.C. & D.M.J. Delnoij. 2008 Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.
- Browne, K., Roseman, D. Shaller, D. en S. Edgemen-Levitan. 2010. Measuring Patient Experience As A Strategy For Improving Primary Care. *Health Affairs* 26 (5):921-925.
- Castle, N.G. 2005. Nursing home administrators' opinions of the nursing home compare web site. *Gerontologist* 45 (3):299-308.
- Cummings, T.G. & C.G. Worley. 2005. *Organization development and change*. Edited by O. Mason. Thompson/ South-Western.
- Damman, O.C. 2010. *Public reporting about healthcare users's experiences: the Consumer Quality Index (proefschrift)*. Utrecht/Tilburg: NIVEL /Universiteit Tilburg.
- Davies, E. & P.D. Cleary. 2005. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Quality & safety in health care*, 14 (6):428-32.
- Delnoij, D.M.J. 2009. Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Rede, uitgesproken op 15 mei 2009
- Haastregt, Du Moulin en Hamers 2008. Ervaringen van Verpleging Verzorging en Zorg thuis in eerste meetjaar Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Maastricht: : Universiteit Maastricht.
- IGZ. 2008. Werkplan 2009. Handhaven met effect. Utrecht: IGZ.
- Marshall, M.N., Shekelle, P. G. Davies, H. T. & P.C. Smith. 2003. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs (Millwood)* 22 (3):134-48.
- Mukamel, D. B., Spector, W. D. Zinn, J. S. Huang, L. Weimer, D. L. & A. Dozier. 2007. Nursing homes' response to the nursing home compare report card. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 62 (4):S218-25.
- Mukamel, D. B., Weimer, D. L. Spector, W. D. Ladd, H. & J. S. Zinn. 2008. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health Services Research* 43 (4):1244-62.

- Reeves, R. & I. Seccombe. 2008. Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. *Quality & safety in health care* 17 (6):437-41.
- Rothman, J. 1980. *Using Research in Organizations: a guide to successful application*. Edited by B. Hills. Cal: Sage Publications.
- Singels, J., Ruel, R. & H. van der Water. 2001. ISO 9000 series - Certification and performance. *International Journal of Quality & Reliability Management* 18:62-75.
- Sixma, H., Hendriks, M. Boer, de D. & D. Delnoij. 2008. Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Utrecht: NIVEL.
- Sluijs, E., Keijser, A. & C. Wagner. 2006. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005*.(rapport) Utrecht: NIVEL.
- Werner, R.M. Konetzka, R.T. Stuart, E. Norton, E.C. & J. Park, . 2008. The impact of public reporting on quality of post-acute care. Washington, DC. *Academic Health*: In: Mukamel DB, Ladd H,
- Weimer, DL, Spector WD & JS. Zinn. 2009. Is There Evidence of Cream Skimming Among Nursing Homes Following the Publication of the Nursing Home Compare Report Card? *Gerontologist* 49(6):793-802.
- Wiegers, T. A., J. H. Stubbe, & M. Triemstra. 2007. *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. (rapport) Utrecht: NIVEL.
- Woittiez, I. Eggink, E. Jonker, J. & K. Sadiraj, 2009. Vergrijzing, verpleging en verzorging: Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030, edited by S. e. C. Planbureau. Den Haag.
- Zuidgeest, M., K. Luijkx, G. Westert, & D. Delnoij. 2010. Sturen op clientervaringen. Transparantie in de verpleeg- en verzorgingshuizen. (rapport)Tilburg: Universiteit van Tilburg/ Tranzo.