



## Verbetering Informatievoorziening Paramedische Zorg

Dr. C.P. van Linschoten  
Drs. B.P. te Velde  
Drs. M. Cardol

4 januari 2018

ARGO BV



## **INHOUDSOPGAVE**

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1.     | INLEIDING EN AANPAK.....  | 3  |
| 1.1.   | Vraagstelling.....  | 3  |
| 1.2.   | Aanpak.....   | 3  |
| 1.2.1. | Onderdeel 1. Inzichtelijk maken van het zorgaanbod en toevoegen van relevante keuze- en kwaliteitsinformatie .....                | 3  |
| 1.2.2. | Onderdeel 2. Groei in het aanbod aan patiëntervaringen met paramedische hulpverleners: prioritering gemeenschappelijke kern ..... | 3  |
| 1.3.   | Rapportage .....  | 3  |
| 2.     | RESULTATEN.....   | 4  |
| 2.1.   | De behoefte aan keuze-informatie in de zorg: deskresearch .....   | 4  |
| 2.1.1. | Conclusie.....  | 8  |
| 2.2.   | Focusgroepen .....  | 8  |
| 2.2.1. | Inleiding .....   | 8  |
| 2.2.2. | Samenvatting: informatiebehoefte van patiënten bij de keuze van een paramedische hulpverlener .                                   | 9  |
| 2.3.   | Instrumenten om patiëntervaringen met paramedische zorg te meten .....  | 10 |
| 2.3.1. | Bronnen .....   | 10 |
| 2.3.2. | Potentiële thema's/items voor prioriteringsonderzoek .....  | 10 |
| 2.3.3. | Aanbevelingsvraag.....  | 10 |
| 2.3.4. | Achtergrondvragen.....  | 11 |
| 2.4.   | Prioriteringsonderzoek.....   | 11 |
| 2.4.1. | Inleiding .....   | 11 |
| 2.4.2. | Doelgroep en respons.....   | 11 |
| 2.4.3. | Resultaten.....   | 11 |
| 3.     | CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....   | 14 |
| 3.1    | Inleiding.....  | 14 |
| 3.2    | Welke factoren wegen patiënten af in de keuze voor paramedische zorg? .....   | 14 |
| 3.3    | Hoe kan het aanbod aan patiëntervaringen worden vergroot? .....   | 15 |
| 3.4    | Aanbevelingen.....  | 15 |
| 3.5    | Tot slot.....   | 16 |
| 4.     | BIJLAGE 1. VERSLAG FOCUSGROEPEN PARAMEDISCHE ZORG.....  | 17 |
| 5.     | BIJLAGE 2. TABELLEN.....  | 21 |
| 6.     | LITERATUUR .....  | 22 |

## **1. INLEIDING EN AANPAK**

### **1.1. Vraagstelling**

In 2017 zijn in het Hoofdlijnenakkoord Paramedische Zorg afspraken gemaakt op verschillende gebieden, waaronder 'kwaliteit'. Patiëntenfederatie Nederland is als trekker benoemd voor een projectlijn ter verbetering van de informatievoorziening over de kwaliteit van de paramedische zorg. Het doel van de projectlijn is verbetering van de informatievoorziening aan patiënten, zodat de eigen regie van de patiënt wordt ondersteund. In 2017 wordt een verkenning op een aantal projectonderdelen uitgevoerd; in 2018 vindt realisatie plaats. Op verzoek van het Ministerie van VWS heeft onderzoeksbureau ARGO BV een onderzoek uitgevoerd ten behoeve van de verkenningsfase. De vraagstelling voor het onderzoek luidde: (1) welke factoren wegen patiënten af in de keuze voor paramedische zorg, en (2) hoe kan het aanbod aan patiëntervaringen worden vergroot?

### **1.2. Aanpak**

Ter beantwoording van de vraagstelling zijn twee deelprojecten uitgevoerd ten behoeve van 2 onderdelen van de projectlijn 'informatievoorziening over de kwaliteit van paramedische zorg'.

#### **1.2.1. Onderdeel 1. Inzichtelijk maken van het zorgaanbod en toevoegen van relevante keuze- en kwaliteitsinformatie**

ARGO heeft een onderzoek uitgevoerd naar het keuzeproces van patiënten inzake paramedische zorg, de informatiebehoefte van patiënten en het gebruik van informatieplatformen in dit keuzeproces. Welke factoren wegen patiënten tegen elkaar af, hoe proberen zij zicht op deze factoren te krijgen en wat missen zij? Het onderzoek bestond uit twee onderdelen:

- a. deskresearch van bestaande literatuur. De afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken en publicaties op dit terrein verschenen, o.a. inzake informatiebehoefte op het gebied van patiëntervaringen (ARGO, 2017). Ook over de informatiebehoefte van patiënten op het gebied van etalage-informatie is reeds veel bekend. De relevante informatie uit deze literatuur is op een rij gezet.
- b. in twee focusgroepen (met zowel gebruikers van verschillende paramedische zorgfuncties als niet-gebruikers) heeft een validering van de resultaten onder (a) plaatsgevonden. Dit onderdeel is in samenwerking met de Patiëntenfederatie uitgevoerd.

#### **1.2.2. Onderdeel 2. Groei in het aanbod aan patiëntervaringen met paramedische hulpverleners: prioritering gemeenschappelijke kern**

Gestreefd wordt naar een groter aanbod aan informatie over de patiëntervaringen met paramedische zorg. Hiertoe heeft ARGO een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden om één uitvraag te realiseren voor alle paramedische zorgaanbieders. Bestaande instrumenten (waaronder PREM Fysiotherapie, CQI Logopedie) zijn bestudeerd en de kern van deze instrumenten is benoemd. In een prioriteringsonderzoek (onder het panel van Patiëntenfederatie Nederland) is aan patiënten gevraagd om de gemeenschappelijke kern te ordenen op relevantie voor keuze-informatie. Hierbij zijn zowel gebruikers als niet-gebruikers benaderd. Ook de informatiebehoefte uit onderdeel 1.2.1 is in dit onderzoek geprioriteerd.

### **1.3. Rapportage**

Deze rapportage bevat de uitkomsten van literatuuronderzoek, instrumentenvergelijking, de focusgroepen en de uitkomsten van het prioriteringsonderzoek. Hoofdstuk 2 bevat de resultaten van de hierboven beschreven activiteiten. Hoofdstuk 3 bevat de beantwoording van de vraagstelling.

## 2. RESULTATEN

### 2.1. De behoefte aan keuze-informatie in de zorg: deskresearch

#### *Aanpak*

In dit hoofdstuk geven we eerst een overzicht van de resultaten van een onderzoek naar literatuur op het gebied van keuze-informatie in de zorg. De literatuur werd gezocht via internet (Google en Scholar), waarbij gestart werd met de Nederlandstalige termen 'keuze[informatie]+zorg', 'kiezen+zorg', 'keuze[proces]+zorg'. De relevantie van de hiermee verkregen referenties en publicaties werd door twee onderzoekers beoordeeld. Er bleek een aantal bruikbare recente reviews op deze terreinen te zijn gepubliceerd. Waar zinvol werd in vervolg op de referenties in deze reviews aanvullende literatuur gezocht.

#### *Maatschappelijk belang van keuze informatie*

Een belangrijke aanname in het gezondheidszorgbeleid is dat kwaliteit van individuele zorg en doeltreffendheid van het zorgsysteem worden verbeterd als de patiënt zelf keuzes kan maken. Dat maakt de rol van de patiënt in het zorgproces actiever en versterkt de positie ten opzichte van de expert i.c. de zorgverlener. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat consumenten meer keuzevrijheid en het verkrijgen van keuze-informatie wenselijk vinden e.g. (RVZ 2003, Van Linschoten et al 2004). Bovendien leert de ervaring in andere landen dat het openbaar maken van prestatie-informatie leidt tot een verbetering in de kwaliteit van zorg. In landen waar al relatief veel ervaring bestaat met het bieden van keuze-informatie (Engeland en de Verenigde Staten) bestaat er nog weinig bewijs dat burgers de keuze-informatie die wordt geboden ook daadwerkelijk gebruiken.

#### *Veel keuze-informatie, beperkt gebruik*

Kiezen in de zorg is derhalve wenselijk, maar nog lang niet vanzelfsprekend. Een basisvoorwaarde is echter de beschikbaarheid van goede, gerichte en betrouwbare kwaliteitsinformatie (Hibbard en Peters, 2003).

De laatste jaren zijn verschillende initiatieven genomen om zorgconsumenten van informatie te voorzien. In Nederland zijn websites als kiesBeter.nl en ZorgkaartNederland ontwikkeld waarop keuze-informatie over de zorg beschikbaar wordt gesteld. Ook hebben verschillende patiëntenorganisaties instrumenten ontwikkeld om patiënten te helpen bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Daarnaast is op websites van verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders informatie te vinden over het zorgaanbod (Ruijter e.a., 2017).

Ondanks deze initiatieven maken nog maar weinig mensen gebruik van kwaliteitsinformatie en kiezen weinig patiënten actief voor een zorgaanbieder (Faber et al., 2009; Victoor et al., 2012a; Fotaki et al., 2008). De keuze voor een zorgaanbieder wordt vooral bepaald door drie factoren:

- het advies of een doorverwijzing van een huisarts (Schwartz et al., 2005; Merle et al., 2009; De Groot et al., 2011);
- de locatie van een zorgaanbieder, met voorkeur voor dichtstbijzijnde (Tai et al., 2004; Exworthy en Peckham, 2006);
- eerdere ervaringen met een zorgaanbieder (De Groot et al., 2011).

#### *Verschillen tussen patiënten*

Er zijn de volgende verschillen in het gebruik van kwaliteitsinformatie geconstateerd (Ruijter e.a., 2017):

1. Mensen die kwaliteitsinformatie minder relevant vinden. Deze groep mensen verwacht dat de zorg overal van goede kwaliteit is en vindt het onnodig om 'rond te shoppen' (Victoor et al., 2012a).
2. Mensen die kwaliteitsinformatie wel belangrijk vinden, maar om verschillende redenen geen gebruik maken van de bestaande mogelijkheden.
  - a. In het geval dat iemand acuut zorg nodig heeft is er niet altijd de mogelijkheid om naar informatie op zoek te gaan, het te verwerken en een afgewogen beslissing te nemen (Victoor et al., 2016).

- b. De informatie van arts en omgeving worden meer vertrouwd dan informatie op internet (Schwartz et al., 2005).
- c. Er is te veel informatie beschikbaar waardoor men het gevoel hebben overspoeld te raken (Hibbard en Peters, 2003; Victoor et al., 2012a; Damman et al., 2009).
- d. Beschikbare keuze-informatie is vaak niet begrijpelijk (Victoor et al., 2012a). De manier waarop informatie wordt gepresenteerd is van belang voor het begrip en gebruik van de informatie (Thaler en Sunstein, 2008; Damman et al., 2012), maar onderzoek heeft nog niet geleid tot een presentatiewijze die makkelijk te begrijpen en gebruiken is.

#### *Wat wil de kiezende patiënt weten?*

De eerste verkenningen op dit gebied hadden betrekking op: wat wil de patiënt weten? Groenewoud (2003) heeft hier een omvangrijk onderzoek naar gedaan en concludeert dat patiënten in het algemeen de volgende keuze-informatie zouden willen zien:

- Bejegening
- Informatie en -bereidheid
- Vakbekwaamheid van hulpverlener
- Continuïteit/samenwerking
- Bereikbaarheid en toegankelijkheid
- Ervaringen andere patiënten (qua proces en uitkomst)
- Zelfstandigheid
- Aanbod zorgaanbieder (bv. welke specialisatie)
- Zorguitkomsten
- Veiligheid en hygiëne

#### *Informatie over patiëntervaringen*

Specifiek onderzoek naar informatie-behoeften over ervaringen met paramedische zorg is in deze beperkte search niet gevonden, maar er kan worden verondersteld dat deze niet fundamenteel afwijkt van hetgeen is gevonden over andere zorgsoorten, zoals medisch specialistische zorg en met thuiszorg.

#### *Medisch specialistische zorg – meten van patiëntervaringen*

In 2016 is de PREM Medisch Specialistische Zorg ontwikkeld om ervaringen van patiënten te meten. De vragenlijst PREM MSZ bestaat uit thema's die patiënten belangrijk vinden in zowel de beoordeling als de keuze van medisch specialistische zorg (van Kessel, Bruins Slot, & Triemstra, 2016). Deze domeinen van de PREM MSZ zijn voortgekomen uit de CQI Ziekenhuisopname en de CQI Poliklinische Zorg, die op hun beurt weer zijn gebaseerd op bestaande vragenlijsten (Sixma et al, 2009; Van Kessel et al., 2016; van Linschoten et al, 2011) en bovengenoemde bevindingen van Groenewoud (2003). Naast de voor patiënten belangrijke thema's in de PREM worden in Van Linschoten et al., (2011) ook nog steun, accommodatie en evaluatie als belangrijke aspecten genoemd.

In een onderzoek naar de behoefte aan keuze-informatie over medisch specialistische zorg (Cardol et al, 2017) bleek dat de volgende thema's uit de PREM MSZ relevant zijn:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kreeg u vooraf informatie over de zorg in het ziekenhuis, zodat u wist wat u kon verwachten? (Informatieverstrekking)</li> <li>○ Luistert de zorgverlener goed naar u? (Gehoord voelen door zorgverleners)</li> <li>○ Legt de zorgverlener begrijpelijk uit? (Communicatie)</li> <li>○ Behandelt de zorgverlener u met aandacht? (Omgang medewerkers/bejegening)</li> <li>○ Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener? (Vertrouwen in deskundigheid)</li> <li>○ Zijn de voor- en nadelen van de behandeling of operatie aan u verteld? (Informatie over voor- en nadelen)</li> <li>○ Bepaalt u samen met de zorgverlener welke zorg of behandeling u krijgt? (Inspraak in zorg of behandeling)</li> <li>○ Is er een goede samenwerking tussen de zorgverleners in het ziekenhuis? (Samenwerking)</li> </ul> |
|---|

- Krijgt u adviezen van de zorgverlener over hoe u met uw ziekte of klachten kunt omgaan in de thuissituatie? (Nazorg/advies over omgaan met ziekte)
- Zou u de zorgverlener aanbevelen bij andere mensen met dezelfde ziekte of gezondheidsklachten?

### *Thuiszorg – meten van cliëntervaringen*

In onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland (2015; bij mensen die gebruik maken van thuiszorg) kwamen de volgende belangrijke onderwerpen voor het meten en delen van ervaringen naar voren: bejegening, deskundigheid, in de gaten houden van gezondheid, rekening houden met levensstijl, nakomen van afspraken (zowel over de inhoud van de zorg als op tijd komen) en vaste medewerkers (Tegelaar & Van Haastert, 2015). In de validatie van de PREM Chronische Eerstelijns Zorg gaven respondenten bejegening/communicatie, deskundigheid en kennis, en informatie, voorlichting en advies als belangrijke thema's aan (Keizer, Giesen, & Smits, 2016).

Cardol (2017) heeft de verschillende vragenlijsten voor cliëntervaringen met verzorging, verpleging en thuiszorg onderzocht en de vast terugkerende kern van items voorgelegd aan een grote groep cliënten. De vraag was: wat vindt u relevant voor keuze-informatie over thuiszorg?. Dit leidde tot de volgende set items:

1. Krijgt u zorg van vaste zorgverleners? (Vast team)
2. Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd? (Afspraken)
3. Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg? (Gezamenlijke besluitvorming)
4. Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven? (Kwaliteit van leven)
5. Behandelen de zorgverleners u met aandacht? (Omgang medewerkers/bejegening)
6. Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners? (Omgang medewerkers/bejegening)
7. Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners? (Deskundigheid)
8. Houden de zorgverleners in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat? (Behandeling/Herkennen veranderingen)
9. Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte of aandoening? (Effect van de behandeling)
10. Zou u de zorgverleners aanbevelen bij andere mensen met dezelfde ziekte of gezondheidsklachten?

### *Aanbod van keuze-informatie*

Keuze-informatie is dus een maatschappelijk gewenste ontwikkeling, en patiënten geven aan te willen kiezen. Ook is bekend welke informatie de patiënt dan zou willen gebruiken. Hierin zijn de afgelopen jaren dan ook vele ontwikkelingen geweest, leidend tot vergelijkingssites van onder meer overheid (KiesBeter), patiëntenorganisaties (bv Zorgkaart Nederland) en zorgverzekeraars. De vraag is echter: wat doet de patiënt in de praktijk? Wordt keuze-informatie gebruikt en zo ja, op welke momenten en op welke manier?

#### *Wat doet de kiezende patiënt in de praktijk? In welke mate zoeken patiënten zelf actief een zorgverlener?*

Victoor deed promotieonderzoek naar hoe patiënten een zorgaanbieder kiezen (BMC, 2012). In dit onderzoek naar keuzegedrag stonden drie vragen centraal:

1. Zoeken patiënten actief een hulpverlener?
2. Op welke wijze kiezen patiënten een hulpverlener?
3. Op welke hulpverlener kenmerken baseren zij hun keuze?

Op basis van een review van de bestaande (internationale) literatuur komt Victoor tot de conclusie dat maar weinig patiënten actief informatie zoeken om een hulpverlener te kiezen (max 10%); dit sluit aan op de bevindingen van Berendsen et al (2010). De meeste patiënten vertrouwen op het advies van hun verwijzer (de huisarts) of gaan naar de dichtstbijzijnde hulpverlener. Hoger opgeleide en jongere patiënten, patiënten met hoger inkomen, en ontevreden patiënten maken vaker een actieve keuze. Veel patiënten denken ook geen keuze te hebben. De mate waarin patiënten ervaren een keuze te hebben, hangt positief samen met factoren als gezinskomen, algemene gezondheid en bereidheid en mogelijkheid om te reizen. Er is een negatieve samenhang met restricties van zorgverzekering (veel), leeftijd (hoog) en geslacht (vrouw).

Ook Berendsen et al (2010) concluderen dat de groep die gebruik wil maken van keuze-informatie uit krant en internet vooral bestaat uit hoogopgeleide, jongere (25-65 jaar) patiënten met een behandelbare aandoening, die stevig in hun schoenen staan. Dit laatste sluit aan bij niet gepubliceerd onderzoek naar het gebruik van vergelijkingsites van onder andere de Consumentenbond. Hieruit bleek dat men vooral informatie vraagt die betrekking heeft op electieve ingrepen; dit betreft vaak eenmalige interventies die op een product kunnen lijken, waarbij de consument kan kiezen op basis van informatie over prestaties. De zorg voor de meeste gezondheidsproblemen vertoont die gelijkenis niet, aldus de auteur.

Hiermee vallen we terug op een conclusie die Hibbard en Peters reeds in 2003 trokken. Het maken van keuzes in de zorg is een complexe aangelegenheid, en blijkbaar is het tot op heden lastig om hier een vorm voor te vinden. De belangrijkste redenen die Hibbard en Peters (2003) noemen zijn:

- Er is sprake van complexe termen en concepten;
- Er is sprake van een vergelijking tussen verschillende opties op verschillende variabelen;
- Waarbij de kiezende consument de variabelen moet wegen op individuele wensen en behoeften.

In vrijwel alle gevallen bevindt de kiezende consument zich op onbekend terrein, waar belangrijke keuzes moeten worden gemaakt en een veelheid van informatie beschikbaar is.

De momenten waarop men keuzes maakt, zijn afhankelijk van de individuele situatie, zo blijkt uit een omvangrijke studie naar keuzes en informatiebehoeften bij doelgroepen met een langdurige zorgvraag van cliëntenorganisaties in 2017. Op het moment dat men gaat zoeken, vindt men vaak niet de informatie die nodig is. Op basis van onderzoek pleiten Patiëntenfederatie Nederland en andere cliëntorganisaties ervoor om informatiebehoefte te bezien vanuit de 'patiënt journey' (Patiëntenfederatie, 2017). Voordat men überhaupt gaat vergelijken, willen mensen weten welke mogelijkheden ze hebben, wat eventueel de financiële consequenties zijn van keuzes. Daarna onderzoekt men wat er in de nabijheid beschikbaar is en wordt vergelijkingsinformatie geraadpleegd.

#### *Op welke wijze zoeken patiënten?*

Beleidsmakers gaan er vaak van uit dat patiënten keuzes maken op basis van vergelijkingsinformatie: ze maken een afweging op basis van vergelijkbare informatie over verschillende hulpverleners. Dat blijkt in de praktijk niet zo te zijn: hoewel patiënten aangeven informatie te vergelijken doen ze dat in de praktijk weinig. De meeste patiënten zijn niet in staat een rationele keuze te maken op basis van de beschikbare informatie, vaak weet men niet eens van het bestaan van die informatie (Victoor et al, 2012; Damman et al, 2008)).

Uit onderzoek onder Nederlandse consumenten bleken zij – evenals consumenten uit andere landen – verschillende beslissingsstrategieën te gebruiken wanneer zij geconfronteerd worden met keuze-informatie over de zorg (Damman et al., 2008). Sommige mensen gaan doelgericht en systematisch te werk ('searching'), terwijl andere mensen heel associatief door de informatie heen gaan ('browsing'). Er wordt daarom aangeraden dat een website verschillende navigatie hulpmiddelen zou moeten aanbieden voor verschillende zoekstrategieën van mensen. Patiënten gebruiken vergelijkingsinformatie eigenlijk alleen als er één duidelijke uitkomstmaat is, de gegevens makkelijk en eenduidig te begrijpen zijn, of als er geen vertrouwensrelatie met de arts/behandelaar is. In de praktijk blijken andere informatiebronnen belangrijker dan vergelijkingsinformatie. De belangrijkste informatiebron zijn eigen eerdere ervaringen met de hulpverlener. Ook algemene ervaringen met de zorg zijn belangrijk. Verder speelt sociale invloed (ervaringen van significante anderen) een belangrijke rol. Er is wel variatie in de mate waarin deze drie componenten een rol spelen. Eenduidig is het belang van de verwijzende hulpverlener: altijd een positieve samenhang met keuze.

#### *Welke informatie is belangrijk in het keuzeproces?*

Victoor maakt onderscheid naar structuur-proces en uitkomst factoren. Van de structuurfactoren lijken vooral beschikbaarheid en bereikbaarheid (afstand, eigen vervoer/OV, parkeermogelijkheid, kosten) belangrijk. Dit geldt minder voor mensen die hoog opgeleid zijn, en graag reizen. Een andere belangrijke factor is deskundigheid of expertise (aangetoond middels kwaliteitscertificaat, ervaring, specialisatie die toegespitst is op de aandoening van de patiënt). Belangrijke organisatiekenmerken zijn: (1) of men geholpen kan worden op een voor de patiënt passend

moment en (2) dat de hulpverlener van voorkeur beschikbaar is. Er zijn vijf procesfactoren onderscheiden: interpersoonlijke factoren, beschikbaarheid van informatie, continuïteit, wachttijd en kwaliteit van de behandeling.

Met betrekking tot interpersoonlijke factoren lijken de communicatie-stijl van de behandelaar (vriendelijk, luisterend) en 'shared decision making' de belangrijkste elementen. Bij het keuzeproses is het belangrijk dat de patiënt voortdurend relevante informatie krijgt, zowel vooraf als gedurende het behandelproces. Een vaste behandelaar is een belangrijke positieve factor in het maken van keuze voor een hulpverlener. Wachttijd (vooraf op de wachtlijst, en wachttijd in de behandelkamer) is negatief gerelateerd aan de keuze. De resultaten met betrekking tot informatie over de kwaliteit van de behandeling zijn wat diffuus. Er zijn positieve relaties met informatie over de mate waarin de zorg overeenkomt met wat is afgesproken, het aantal vervallen ingrepen en het hebben van een zorgplan (en dat de zorg volgens een zorgprogramma wordt uitgevoerd).

Niet geheel eenduidig is de relatie van *uitkomstfactoren* als 'overlijdensrisico' of 'percentage doorligwonden (decubitusratio)' op keuze. In sommige studies is er een sterke relatie met keuze (patiënten die actief kiezen laten hun keuze sterk bepalen door een laag overlijdens risico), in andere juist niet. Verwijsgedrag van de huisarts en afstand blijken een veel sterkere samenhang met keuzegedrag te hebben. Er is een vreemd fenomeen rond uitkomstindicatoren, zo blijkt uit verschillende studies: patiënten geven aan ze belangrijk te vinden, maar uitkomstindicatoren hebben weinig invloed op hun uiteindelijke keuze.

### **2.1.1. Conclusie**

In verschillende studies is specifiek onderzoek gedaan naar informatiebehoeften van patiënten. Hierin zijn diverse dilemma's geïdentificeerd, waaronder het vraagstuk van gedetailleerdheid (o.a. Damman e.a., 2010). De uitdaging is om met behulp van dit onderzoek op zoek te gaan naar een 'ideale' hoeveelheid informatie, met behulp waarvan (groepen) consumenten effectieve keuzes kunnen maken. Daarbij dienen we ons te realiseren dat patiënten verschillende bronnen gebruiken. Keuze-informatie op internet is gewenst, maar wordt in de praktijk nog beperkt gebruikt en altijd in combinatie met andere bronnen.

## **2.2. Focusgroepen**

### **2.2.1. Inleiding**

Er hebben twee focusgroepen plaats gevonden met in totaal 11 deelnemers. Werving vond plaats via een oproep onder het panel van Patiëntenfederatie Nederland. Beoogd werd een omvang van 8-12 deelnemers per focusgroep, maar door afzeggingen wegens weersomstandigheden en no-show was de opkomst lager. Er waren 5 mannen en 6 vrouwen en de leeftijd varieerde van 22 tot 72 jaar. De focusgroepen werden begeleid door een senior onderzoeker van onderzoeksbureau ARGO.

Het gesprek bestond uit twee rondes. In de eerste ronde is ingezoomd op het beschrijven van een ervaring die de deelnemers hebben gehad met het kiezen van paramedische zorg. Om de ervaringen enigszins te structureren is gebruik gemaakt van een format. De deelnemers is eerst gevraagd hun ervaring op papier te zetten aan de hand van een aantal vragen: over welke paramedische zorg gaat het, hoe kwam u tot de keuze van deze hulpverlener, heeft u gebruik gemaakt van 'keuze-informatie'- waarom wel/niet – heeft u informatie gemist? Vervolgens werden de deelnemers uitgenodigd hun ervaring te vertellen, en konden de anderen en de gespreksleiders van ARGO verhelderende vragen stellen.

In de tweede ronde stond een toekomstige vraag naar paramedische zorg centraal: de opdracht luidde om een (andere) paramedische hulpverlener te kiezen en te beschrijven op welke wijze men op zoek zou gaan naar een geschikte hulpverlener. Vervolgens is gevraagd: uw zoektocht heeft een lijstje van drie zorgverleners in uw omgeving opgeleverd. Wat wilt u van deze drie zorgverleners weten (welke informatie heeft u nodig) om een keuze te kunnen maken (waarbij onderscheid gemaakt kan worden naar o.a. etalage-informatie en ervaringen van andere patiënten). Een uitgebreid verslag van de bijeenkomsten is opgenomen als bijlage 1. De belangrijkste uitkomsten worden hieronder samengevat.



### 2.2.2. Samenvatting: informatiebehoefte van patiënten bij de keuze van een paramedische hulpverlener

Op basis van de uitkomsten van twee focusgroepen van patiënten die gebruik hebben gemaakt van paramedische zorg wordt hier samengevat wat de informatiebehoefte is als men een keuze heeft in de behandelaar. Uitdrukkelijk is gesteld 'als zij een keuze hebben': uit de literatuur, en ook uit deze focusgroepen, is bekend dat patiënten vaak geen (rationele) keuze hebben of maken. In verreweg de meeste gevallen volgt met het advies van de verwijzer, of baseert men de keuze op eerdere ervaring bij een paramedicus.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt naar enerzijds etalage-informatie en anderzijds patiëntervaringen. Dat onderscheid hanteren wij ook in dit samenvattend overzicht. Uit de focusgroepen is naar voren gekomen dat als patiënten actief op zoek gaan naar een paramedische hulpverlener zij vaak eerst zoeken naar objectieve informatie (etalage informatie), en op basis daarvan een selectie maken die zij toetsen bij deskundigen (professionals, ervarings-). Patiëntenplatforms worden dan vaak ook geraadpleegd, maar hebben zelden een doorslaggevende rol.

#### *Informatiebehoefte op het gebied van etalage informatie*

Onderstaand tekstvak geeft de conclusies op het gebied van etalage informatie over paramedische zorg.

- locatie/nabijheid (adresgegevens, bereikbaarheid en openingstijden, toegankelijkheid)
- kosten, vergoedingsregeling
- wachtlijst/wachttijd informatie
- objectieve kwaliteitsinformatie: BIG registratie, kwaliteitscertificaten
- organisatie:
  - o behandelaanbod/specialisaties inclusief beschrijving behandelplan, duur en te verwachten resultaat; mogelijkheid thuisbehandeling, aanwezigheid oefenruimte
  - o hulpverleners (m/v) en hun competenties
  - o mogelijkheid tot kennismakingsgesprek
  - o visie op hulpverlening – rol van de patiënt, mensbeeld
  - o samenwerkingsrelaties
  - o samenwerking met de patiënt: shared decision making

#### *Behoeft aan informatie over de patiëntervaring*

In de focusgroepen blijkt ervaringsinformatie een belangrijke rol te spelen in het keuzeprocess. Het gaat dan ten eerste om advies van deskundigen (huisarts, revalidatiearts, andere paramedicus), enerzijds vanuit de zorgrelatie, anderzijds vanuit het eigen netwerk. Ten tweede zijn ook patiëntervaringen relevant, men name om een indruk te krijgen of de aanpak van een specifieke behandelaar past bij jouw klachten, levenswijze en leefstijl. De beschikbare informatie moet daartoe:

- zo betrouwbaar mogelijk zijn: het moet een beeld geven van een gemiddelde patiëntenpopulatie (niet alleen negatieve of extreem positieve beoordelingen)
- een beeld geven van 'hoe een behandeling bij die hulpverlener er uit ziet, wat het oplevert, wat er van jou wordt verwacht'
- men moet zich kunnen identificeren met degene die een mening geeft: het moet duidelijk zijn om wat voor klacht het gaat, wat het doel van de behandeling is (een sportblessure is een heel ander perspectief dan activeren bij diabetes patiënt), welke specifieke behandeling gevolgd is (informatie over aandoening, doel en specialisme)
- de review moet informatie geven over aspecten die de patiënt belangrijk vindt: luistert de paramedicus naar de patiënt, voelen patiënten zich begrepen en hebben ze invloed op de behandeling; blijkt er een duidelijke match uit type klacht en specifieke behandeling; blijkt dat de behandelaar zijn eigen grenzen kent en doorverwijst naar anderen als dat nodig is.

### 2.3. Instrumenten om patiëntervaringen met paramedische zorg te meten

In paragraaf 2.1 is beschreven wat in algemene zin bekend is over het gebruik van en de behoefte aan keuze-informatie in de zorg. In de focusgroepen is dit gevalideerd en gespecificeerd met betrekking tot de paramedische zorg. In deze paragraaf wordt nader ingezoomd op bestaande instrumenten voor het meten van patiëntervaringen met paramedische zorg. Welke instrumenten zijn er, wat meten zij, wat zijn de relevante kernvariabelen met betrekking tot keuze-informatie en is er een gemeenschappelijk kern te benoemen? Deze kern is vervolgens aan patiënten voorgelegd in een prioriteringsonderzoek.

#### 2.3.1. Bronnen

Als uitgangspunt is de PREM Fysiotherapie 2.0 genomen. Deze vragenlijst is recent ontwikkeld, waarbij rekening is gehouden met een wens van zowel patiënten als zorgverleners voor een beknopte vragenlijst. Om eventuele lacunes in deze vragenlijst op te vullen, is ook gekeken naar de standaardvragenlijsten van andere paramedische disciplines: de Podomedics-vragenlijst voor Podotherapie, de NVLF-vragenlijst voor Logopedie, de NVD-vragenlijst voor diëtetiek NVD, en Zorgkaart Nederland voor alle eerdergenoemde disciplines.

#### 2.3.2. Potentiële thema's/items voor prioriteringsonderzoek

Op basis van het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de focusgroepen en bovenstaande bronnen kunnen onderstaande items overwogen worden als kernvragen.

- |     |   |
|-----|---|
| 1.  | Mijn fysiotherapeut nam mij serieus (PREM Fysiotherapie)  |
| 2.  | Mijn fysiotherapeut begreep de klacht waarvoor ik kwam (PREM Fysiotherapie)   |
| 3.  | Ik heb vertrouwen in de deskundigheid van mijn fysiotherapeut (PREM Fysiotherapie)  |
| 4.  | Mijn fysiotherapeut bepaalde samen met mij het doel van de behandeling (wat ik met de behandeling wil bereiken) (PREM Fysiotherapie)  |
| 5.  | Mijn fysiotherapeut besprak steeds de voortgang en resultaten van de behandeling met mij (PREM Fysiotherapie)   |
| 6.  | Mijn fysiotherapeut gaf me duidelijke instructies (bijvoorbeeld voor oefeningen thuis) (PREM Fysiotherapie)   |
| 7.  | De ruimtes in de praktijk zijn schoon en opgeruimd (PREM Fysiotherapie)   |
| 8.  | Ik heb genoeg privacy bij de fysiotherapeut (bijvoorbeeld bij gesprekken of omkleden) (PREM Fysiotherapie)  |
| 9.  | De fysiotherapiepraktijk is telefonisch of via e-mail goed bereikbaar (PREM Fysiotherapie)  |
| 10. | Voelde u zich op uw gemak tijdens de behandeling bij deze diëtist? (Diëtetiek NVD)  |
| 11. | Hield de diëtist rekening met uw persoonlijke omstandigheden en wensen? (Diëtetiek NVD)   |
| 12. | In welke mate zijn uw klachten veranderd sinds het begin van de behandeling? (PREM Fysiotherapie)   |
| 13. | (Hoe vaak) luisterde uw logopedist aandachtig naar u? (Logopedie NVLF, Zorgkaart) <i>Opmerking: Wellicht aanpassen om aan te sluiten bij 'gehoord voelen' i.p.v. alleen luisteren op zich.</i>  |
| 14. | In welke mate zijn uw mogelijkheden om activiteiten uit te voeren veranderd sinds het begin van de behandeling? (onder activiteiten verstaan we zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, werk, hobby's of sport) (PREM Fysiotherapie) <i>Opmerking: Kan ook voor podotherapie, in aangepaste vorm voor logopedie.</i> |
| 15. | Hielp de diëtist u het dieet zelf in te passen in het dagelijks leven? (Diëtetiek NVD) <i>Opmerking: Kan ook in aangepaste vorm voor fysiotherapie, podotherapie.</i>   |

#### 2.3.3. Aanbevelingsvraag

De aanbevelingsvraag geeft een informatieve samenvatting van de totale ervaring van de patiënt. De aanbevelingsvraag wordt al geruime tijd gebruikt, eerst in de CQI, later ook in de PREM, aanvankelijk met de antwoordcategorieën beslist niet – beslist wel, later met een schaal van 0-10. De lange tijd gebruikelijke formulering 'Zou u (...) aanbevelen bij uw vrienden en familie?' is in de zorg echter ongunstig. De formulering in de PREM 'Zou u (...) aanbevelen aan mensen met dezelfde gezondheidsklachten?' is al een grote verbetering. Andere verbetermogelijkheden van de aanbevelingsvraag worden aangedragen door Krol (2015) die adviseert om juist niet met een abstracte schaal van 0-10, te werken, maar met ja/nee, of de vroeger gehanteerde categorieën beslist niet – beslist wel.

#### 2.3.4. Achtergrondvragen

In focusgroepen met patiënten is naar voren gekomen dat men ervaringen met hulpverlening meer waardeert wanneer het om vergelijkbare mensen, met vergelijkbare aandoeningen gaat. Tegelijk komt in die onderzoeken naar voren dat mensen terughoudend zijn om ervaringen te delen op keuze-informatieplatforms als zij veel persoonlijke kenmerken moeten delen. Het is dus belangrijk te onderzoeken welke achtergrondkenmerken wel en niet meegenomen zouden moeten worden. In de PREM Fysiotherapie zijn opleiding, leeftijd en ervaren gezondheid significante casemix variabelen. Geslacht is dat in mindere mate (Heeren et al, 2016). In het prioriteringsonderzoek (zie onder) is een vraag voorgelegd over achtergrondinformatie.

### 2.4. Prioriteringsonderzoek

#### 2.4.1. Inleiding

In een online onderzoek onder leden van een panel van Patiëntenfederatie Nederland zijn de in het voorgaande geselecteerde items voorgelegd voor prioritering. Respondenten werd gevraagd om uit een lijst van 16 kwaliteitskenmerken van paramedische zorg de belangrijkste 6 items te kiezen, en deze vervolgens te rangordenen. De 16 items zijn op basis van het literatuuronderzoek en de focusgroepen geselecteerd uit bestaande vragenlijsten over paramedische zorg. Alle items (oorspronkelijk vragen of stellingen) zijn 'vertaald' naar een kwaliteitskenmerk van paramedische zorgverleners:

1. De zorgverlener neemt de patiënt serieus
2. De zorgverlener begrijpt de klacht waarvoor de patiënt komt
3. De patiënt heeft vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener
4. De zorgverlener bepaalt samen met de het doel van de behandeling (Wat de patiënt met de behandeling wil bereiken)
5. De zorgverlener bespreekt steeds de voortgang en resultaten van de behandeling met de patiënt
6. De zorgverlener geeft de patiënt duidelijke instructies (Bijvoorbeeld voor oefeningen thuis)
7. De ruimtes in de praktijk zijn schoon en opgeruimd
8. De patiënt heeft genoeg privacy bij de zorgverlener (Bijvoorbeeld bij gesprekken of omkleden)
9. De praktijk is telefonisch of via e-mail goed bereikbaar
10. De patiënt voelt zich op zijn/haar gemak tijdens de behandeling bij de zorgverlener
11. De zorgverlener houdt rekening met de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt
12. De patiënt ervaart een vermindering van zijn/haar klachten sinds het begin van de behandeling
13. De zorgverlener luistert aandachtig naar de patiënt
14. De patiënt voelt zich gehoord door de zorgverlener
15. De patiënt ervaart meer mogelijkheden om activiteiten uit te voeren sinds het begin van de behandeling (Onder activiteiten verstaan we zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, werk, hobby's of sport)
16. De zorgverlener helpt de patiënt om de behandeling zelf in te passen in het dagelijks leven (Met behandeling bedoelen we bijvoorbeeld oefeningen thuis, een dieet)

#### 2.4.2. Doelgroep en respons

Via een oproep onder het cliëntenpanel van Patiëntenfederatie Nederland werden deelnemers voor het onderzoek geworven. Er meldden zich 899 personen aan, van wie 806 zijn *gestart* met de vragenlijst, en 700 mensen de vragenlijst *volledig* hebben beantwoord. In tabel 2.1 (bijlage) staan de kenmerken van de respondenten. Het is niet bekend in hoeverre de onderzoeksgroep een representatieve afspiegeling vormt van alle patiënten met paramedische zorg.

#### 2.4.3. Resultaten

##### *Ervaringen*

In de onderstaande tabel is weergegeven door hoeveel respondenten het betreffende aspect is gekozen. Ook zijn eventuele statistisch significante verschillen naar achtergrondkenmerken weergegeven; deze zijn getoetst met een Chi<sup>2</sup> test.

Tabel 2.2 Resultaten prioritering

|  | Aantal keer geselecteerd | %     | significante relatie met   |
|--|--------------------------|-------|--|
| 3. De patiënt heeft vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener                                     | 482                      | 60,6  |  |
| 1. De zorgverlener neemt de patiënt serieus  | 436                      | 54,8  | leeftijd (jonger: belangrijker; p.043)<br>opleiding (hoger: belangrijker; p.032)   |
| 10. De patiënt voelt zich op zijn/haar gemak tijdens de behandeling bij de zorgverlener                    | 374                      | 47,0  | geslacht (hoger belang bij vrouwen p.002)  |
| 14. De patiënt voelt zich gehoord door de zorgverlener   | 322                      | 40,5  | opleiding (hoger: belangrijker; p.043)   |
| 2. De zorgverlener begrijpt de klacht waarvoor de patiënt komt   | 317                      | 39,9  |  |
| 4. De zorgverlener bepaalt samen met de patiënt het doel van de behandeling                                | 316                      | 39,7  | opleiding (niet lineair; p.028)  |
| 13. De zorgverlener luistert aandachtig naar de patiënt  | 303                      | 38,1  | opleiding (hoger: belangrijker; p.001)   |
| 5. De zorgverlener bespreekt steeds de voortgang en resultaten van de behandeling met de patiënt           | 281                      | 35,3  | leeftijd (ouder: belangrijker; p.001)<br>gezondheid (Slechter: belangrijker; p.030)  |
| 11. De zorgverlener houdt rekening met de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt             | 279                      | 35,1  | gezondheid (Slechter: belangrijker; p.000)   |
| 12. De patiënt ervaart een vermindering van zijn/haar klachten sinds het begin van de behandeling          | 244                      | 30,7  | gezondheid (Beter: belangrijker; p.003)  |
| 6. De zorgverlener geeft de patiënt duidelijke instructies   | 237                      | 29,8  | leeftijd (ouder: belangrijker; p.006)<br>gezondheid (beter: belangrijker; p.003)<br>opleiding (lager: belangrijker; p.008) |
| 9. De praktijk is telefonisch of via e-mail goed bereikbaar  | 201                      | 25,3  |  |
| 8. De patiënt heeft genoeg privacy bij de zorgverlener   | 196                      | 24,7  |  |
| 16. De zorgverlener helpt de patiënt om de behandeling zelf in te passen in het dagelijks leven            | 181                      | 22,8  |  |
| 7. De ruimtes in de praktijk zijn schoon en opgeruimd  | 172                      | 21,6  |  |
| 15. De patiënt ervaart meer mogelijkheden om activiteiten uit te voeren sinds het begin van de behandeling | 142                      | 17,9  |  |
| totaal   | 795                      | 100,0 |  |

Er zijn negen items die door meer dan 35% van de respondenten als relevante keuze-informatie worden gezien:

- De patiënt heeft vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener
- De zorgverlener neemt de patiënt serieus
- De patiënt voelt zich op zijn/haar gemak tijdens de behandeling bij de zorgverlener
- De patiënt voelt zich gehoord door de zorgverlener
- De zorgverlener begrijpt de klacht waarvoor de patiënt komt
- De zorgverlener bepaalt samen met de patiënt het doel van de behandeling
- De zorgverlener luistert aandachtig naar de patiënt

- De zorgverlener bespreekt steeds de voortgang en resultaten van de behandeling met de patiënt
- De zorgverlener houdt rekening met de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt

Deze rangorde bevat drie items op het gebied van ‘bejegening’ (serieus nemen’, ‘zich gehoord voelen’ en ‘aandachtig luisteren’). Om meer informatie te bieden zou ervoor kunnen worden gekozen om twee bejegening-items te vervangen door twee onderwerpen die door minimaal 30% van de respondenten zijn geprioriteerd:

- De patiënt ervaart een vermindering van zijn/haar klachten sinds het begin van de behandeling.
- De zorgverlener geeft de patiënt duidelijke instructies

### Achtergrondkenmerken

In de focusgroepen kwam naar voren dat de waarde van ervaringsinformatie toeneemt als men zich kan identificeren met degene die een mening geeft. Welke informatie zou men willen zien? En welke informatie zou men willen geven bij delen van een eigen ervaring?

Tabel 2.3. Achtergrondkenmerken: behoefte en bereidheid

|  |  | n          | %            |
|--|--|------------|--------------|
| <i>Welke achtergrondinformatie zou u willen zien als u een beoordeling over paramedische zorg leest?</i> | Geen, ik heb geen achtergrondinformatie van de beoordelaar | 272        | 38,7         |
|  | Opleidingsniveau van de beoordelaar                        | 249        | 35,4         |
|  | Ziekte/aandoening/gezondheidsklacht van de beoordelaar     | 248        | 35,3         |
|  | Leeftijdscategorie van de beoordelaar                      | 183        | 26,0         |
|  | Geslacht van de beoordelaar                                | 95         | 13,5         |
|  | Gezondheid van de beoordelaar                              | 90         | 12,8         |
|  | Woonplaats van de beoordelaar                              | 58         | 8,3          |
|  | Postcode van de beoordelaar                                | 13         | 1,8          |
|  | <b>totaal</b>  | <b>703</b> | <b>100,0</b> |
| <i>Welke achtergrondinformatie zou u over uzelf willen geven als u zelf een beoordeling geeft?</i>       | Ziekte/aandoening/gezondheidsklacht                        | 466        | 66,3         |
|  | Leeftijdscategorie   | 304        | 43,2         |
|  | Gezondheid   | 280        | 39,8         |
|  | Geslacht   | 228        | 32,4         |
|  | Opleidingsniveau   | 174        | 24,8         |
|  | Geen, ik wil helemaal geen achtergrondinformatie geven     | 134        | 19,1         |
|  | Woonplaats   | 104        | 14,8         |
|  | Postcode   | 55         | 7,8          |
|  | <b>totaal</b>  | <b>703</b> | <b>100,0</b> |

Op één aspect na lopen de behoefte aan en bereidheid tot het geven van informatie gelijk op. Informatie over de gezondheidsklacht is het belangrijkste. Over het opleidingsniveau zijn de meningen verdeeld. Men vindt het één van de belangrijkste aspecten bij het wegen van keuze-informatie, maar de bereidheid om dit zelf te melden is relatief laag.

### 3. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen:

- (1) welke factoren wegen patiënten af in de keuze voor paramedische zorg?
- (2) hoe kan het aanbod aan patiëntervaringen worden vergroot?

#### 3.2 Welke factoren wegen patiënten af in de keuze voor paramedische zorg?

Uit het deskresearch is naar voren gekomen dat – alhoewel in het algemeen blijkt dat patiënten wel behoefte hebben aan keuze-informatie - keuze-informatie in de praktijk nog maar weinig wordt gebruikt. Bij de keuze van een hulpverlener is meestal het advies van de verwijzer doorslaggevend. Daarnaast speelt de bereikbaarheid (locatie/afstand) een belangrijke rol, en eerdere ervaringen met de betreffende hulpverlener. In de focusgroepen zijn deze bevindingen voor wat betreft de paramedische zorg bevestigd.

In de behoefte aan keuze-informatie kan onderscheid worden gemaakt naar etalage informatie en patiëntervaringen.

Op het gebied van *patiëntervaringen* bestaan er veel meetinstrumenten, die ontwikkeld zijn op basis van onderzoek naar wat patiënten belangrijk vinden. Dat geldt ook voor de paramedische beroepen, die vaak elk hun eigen meetinstrument hebben om ervaringen met hun zorg te meten. Er blijkt echter veel overlap (niet alleen tussen paramedische beroepen maar in alle zorgsoorten) in informatie die door patiënten wordt gezocht, en in wat zij belangrijk vinden. Dit is ook in een prioriteringsonderzoek vastgesteld. De uitkomsten zijn opgenomen in onderstaande tabel. De items worden door 18% - 61% van de respondenten als 'belangrijk voor keuze' geselecteerd. Indien een selectie uit deze set zou moeten plaatsvinden, wordt aanbevolen om twee items rond 'bejegening' te vervangen door lager geplaatste vragen op andere thema's (resultaat en organisatie).

| Item in volgorde van prioriteit  | Thema         |
|--|---------------|
| 3. De patiënt heeft vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener                                 | Deskundigheid |
| 1. De zorgverlener neemt de patiënt serieus  | Bejegening    |
| 10. De patiënt voelt zich op zijn/haar gemak tijdens de behandeling bij de zorgverlener                | Bejegening    |
| 14. De patiënt voelt zich gehoord door de zorgverlener   | Bejegening    |
| 2. De zorgverlener begrijpt de klacht waarvoor de patiënt komt   | Deskundigheid |
| 4. De zorgverlener bepaalt samen met de het doel van de behandeling                                    | Samenwerking  |
| 13. De zorgverlener luistert aandachtig naar de patiënt  | Bejegening    |
| 5. De zorgverlener bespreekt steeds de voortgang en resultaten van de behandeling met de patiënt       | Samenwerking  |
| 11. De zorgverlener houdt rekening met de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt         | Samenwerking  |
| 12. De patiënt ervaart een vermindering van zijn/haar klachten sinds het begin van de behandeling      | Resultaat     |
| 6. De zorgverlener geeft de patiënt duidelijke instructies (Bijvoorbeeld voor oefeningen thuis)        | Samenwerking  |
| 9. De praktijk is telefonisch of via e-mail goed bereikbaar  | Organisatie   |
| 8. De patiënt heeft genoeg privacy bij de zorgverlener (Bijvoorbeeld bij gesprekken of omkleden)       | Organisatie   |
| 16. De zorgverlener helpt de patiënt om de behandeling zelf in te passen in het dagelijks leven        | Samenwerking  |
| 7. De ruimtes in de praktijk zijn schoon en opgeruimd  | Organisatie   |
| 15. De patiënt ervaart meer mogelijkheden om activiteiten uit te voeren sinds begin van de behandeling | Resultaat     |

In de focusgroepen is een duidelijk beeld verkregen van de *etalage-informatie* die patiënten zoeken als ze een keuze willen maken voor een paramedicus. Paramedische beroepsbeoefenaren doen er goed aan hun website en/of patiënten informatie te synchroniseren met deze wensen.

### 3.3 Hoe kan het aanbod aan patiëntervaringen worden vergroot?

Vereenvoudiging van de verschillende instrumenten tot één gemeenschappelijke ‘kern-set voor ervaringen met paramedische zorg’ zou kunnen helpen bij het vergroten van het aanbod aan patiëntervaringen. Deze kern-set zou kunnen worden opgenomen in de verschillende vragenlijsten voor de paramedische beroepen.

Door informatie te bieden die patiënten belangrijk vinden, kan ook het aanbod aan patiëntervaringen worden vergroot. Daarbij is uit de literatuur en de focusgroepen gebleken dat het zoekproces start bij vragen als: wat kan deze zorgverlener voor mij doen en wat is er in de omgeving? Na een selectie, waarbij locatie erg belangrijk is, volgt een verdieping. Hier zijn etalage-informatie en patiënt-ervaringen van belang; daarvoor bieden de uitkomsten van het prioriteringsonderzoek bruikbare aanknopingspunten.

### 3.4 Aanbevelingen

1. Zorgkaart Nederland is een belangrijk platform voor keuze-informatie. Door nog meer aan te sluiten bij het zoekproces van de kiezende patiënt kan het aanbod en gebruik van ervaringsinformatie groeien. Zorgkaart zou daartoe moeten nagaan hoe de positie is ten opzichte van ‘even googelen’. Het zoeken van zorgverleners in de nabijheid zou duidelijker als functie van Zorgkaart kunnen worden neergezet.
2. Uit de focusgroepen komt naar voren dat informatie voor de kiezende patiënt relevanter wordt indien men zich kan identificeren met degene die een mening geeft en de informatie betrekking heeft op aspecten die de patiënt belangrijk vindt.
3. De methode van uitvragen  
Op basis van vergelijkbaar onderzoek bij patiënten medisch specialistische zorg en cliënten wijkverpleging doen we de volgende aanbevelingen met betrekking tot de methode van uitvragen van ervaringen met paramedische zorg:
  - Respondenten vinden het prettiger om vragen te beantwoorden in plaats van stellingen. De huidige weergave van de vragenlijst op Zorgkaart is echter niet duidelijk voor respondenten. We raden daarom aan om meteen de hele vraag te tonen in plaats van alleen een thema.
  - Het is voor respondenten logischer om de vragen te beantwoorden met talige antwoordcategorieën als ja/nee of nooit/soms/meestal/altijd. Als Zorgkaart de vragen toch met rapportcijfers wil laten beoordelen, raden we aan om daar een korte uitleg over te geven. Ook kan overwogen worden om de beoordeling door de respondent zelf wel met antwoordcategorieën te laten plaatsvinden, maar deze voor de weergave van de totaalbeoordeling van de zorginstelling om te rekenen naar rapportcijfers.
  - Aanbevolen wordt om de vragen te voorzien van een korte uitleg dat het de bedoeling is dat men de beoordeling over alle zorgverleners samen geeft.
  - Bij de aanbevelingsvraag kunnen de op Zorgkaart gebruikte antwoordcategorieën gehandhaafd blijven.
  - Het vragen naar een compliment stimuleert respondenten actief ook een positief punt te benoemen. Daarnaast wordt aanbevolen om respondenten de gelegenheid te geven om een ‘verbeterpunt’ te beschrijven.
  - Respondenten vinden opleiding, leeftijd en de gezondheidsklacht als achtergrondinformatie belangrijk. We raden aan om de vragen niet verplicht te maken, omdat ze kunnen leiden tot uitval van respondenten.
4. Etalage-informatie
  - In dit onderzoek is de behoefte aan etalage-informatie vanuit het patiëntperspectief benaderd. Aanbevolen wordt om ook de resultaten van een ‘patiëntenoploop’ over paramedische zorg (november 2017)<sup>1</sup> hierbij te betrekken.
  - Het perspectief van de zorgaanbieder is daarnaast van belang. Want de zorgaanbieder zal deze informatie moeten bieden, en zal wellicht ook een eigen visie hebben op het etaleren van kennis en kunde. Wat is

---

<sup>1</sup> Van Linschoten e.a. (2017). Paramedische zorg die ertoe doet. Verslag patiëntenoploop voor onderzoeksprogramma ZonMw. ARGO, Groningen.

relevant voor de praktijkvoering? Heeft men zicht op de informatie waarop de patiënt zijn keuze baseert?  
Wat zijn de keuzeplatformen en hoe kan via deze kanalen eenduidig informatie worden verspreid?

### **3.5 Tot slot**

Door het toepassen van verschillende onderzoeksmethoden (literatuur, focusgroep, kwantitatieve toetsing) is de validiteit van de uitkomsten gewaarborgd. Het is echter van belang om oog te houden voor groepen die hier wellicht minder aan het woord zijn gekomen, zoals jongeren of patiënten van niet-Nederlandse afkomst. Daar kan sprake zijn van specifieke keuzeprocessen en specifieke behoefte aan informatie. Aanbevolen wordt om na te gaan of hier aanvulling nodig is.



#### 4. BIJLAGE 1. VERSLAG FOCUSGROEPEN PARAMEDISCHE ZORG

##### *Inleiding*

In het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg is een voornemen opgenomen om meer informatie over paramedische zorg voor patiënten beschikbaar te maken. Die informatie moet patiënten helpen beter een keuze te kunnen maken, ook moet de informatie patiënten meer inzicht geven in wat de paramedische beroepen kunnen betekenen voor hun klachten. Om meer inzicht te krijgen in het keuzeproces van patiënten inzake paramedische zorg, de informatiebehoefte van patiënten en het gebruik van informatieplatformen in dit keuzeproces heeft het ministerie van VWS opdracht gegeven voor een onderzoek. Het uitvoeren van een focusgroep met patiënten paramedische zorg is een onderdeel van dit onderzoek, uitgevoerd door ARGO, in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland.

De werving van patiënten voor en organisatie van de focusgroepen heeft plaatsgevonden via het vaste cliëntenpanel van Patiëntenfederatie Nederland. Omdat het belangrijk was dat deelnemers enige ervaring met paramedische zorg zouden hebben is specifiek gevraagd naar deelnemers die ervaring hebben met fysiotherapie. Het perspectief van de niet-gebruiker kwam in beeld door in te zoomen op de keuze van andere, voor de deelnemers onbekende paramedische zorgverleners.

Er hebben twee focusgroepen plaats gevonden met in totaal 11 deelnemers. Er waren 5 mannen en 6 vrouwen en de leeftijd varieerde van 22 tot 72 jaar.

Het gesprek bestond uit twee rondes. In de eerste ronde is ingezoomd op het beschrijven van een ervaring die de deelnemers hebben gehad met het kiezen van paramedische zorg. Om de ervaringen enigszins te structureren is gebruik gemaakt van een format. De deelnemers is eerst gevraagd hun ervaring op papier te zetten aan de hand van een aantal vragen: over welke paramedische zorg gaat het, hoe kwam u tot de keuze van deze hulpverlener, heeft u gebruik gemaakt van 'keuze-informatie'- waarom wel/niet – heeft u informatie gemist? Vervolgens werden de deelnemers uitgenodigd hun ervaring te vertellen, en konden de anderen en de gespreksleiders van ARGO verhelderende vragen stellen.

In de tweede ronde stond een toekomstige vraag naar paramedische zorg centraal: de opdracht luidde om een (andere) paramedische hulpverlener te kiezen en te beschrijven op welke wijze men op zoek zou gaan naar een geschikte hulpverlener. Vervolgens is gevraagd: uw zoektocht heeft een lijstje van drie zorgverleners in uw omgeving opgeleverd. Wat wilt u van deze drie zorgverleners weten (welke informatie heeft u nodig) om een keuze te kunnen maken (waarbij onderscheid gemaakt kan worden naar o.a. etalage-informatie en ervaringen van andere patiënten).

##### *Ronde 1*

Recente ervaringen: hoe kwam u tot de keuze voor deze hulpverlener, welke informatie heeft u gebruikt, wat heeft u gemist?

De vraag levert de volgende reacties op:

- Na een sportblessure op zoek naar een fysiotherapeut in nieuwe woonplaats: op internet gezocht naar fysiotherapeuten in woonplaats (google), vervolgens gefilterd op locatie (*nabijheid/afstand*), beschikbare specialisaties (*competenties*). De keuze is gevallen op de meest nabije praktijk die beschikt op de gewenste specialisatie.

Op de vraag of deze deelnemer niet gevraagd heeft naar ervaringen van anderen geeft zij aan dat de meeste anderen in haar omgeving gebruik maken van de voorzieningen voor de doelgroep studenten. Zij heeft wel advies gevraagd aan fysiotherapeut in vorige woonplaats (*advies andere deskundige*). Na de keuze voor een behandelaar heeft ze wel naar ervaringen van andere patiënten gezocht op ZKNL. Informatie die zij belangrijk vindt maar niet altijd kon vinden: het geslacht van de therapeuten; de wijze waarop de zorg wordt vergoed (*geslacht therapeut, vergoeding van de behandeling*). Op de vraag welke informatie men uit patiënt-ervaringen zou willen horen worden door de deelnemers een aantal zaken benoemd: heeft het geholpen, wat wordt er van je verwacht, wat moet je ervoor doen en is dat makkelijk vol te houden, krijg je op basis van de ervaringen een indruk dat het bij jou past (naar aard van aandoening/klachten/persoon).

- Op zoek naar fysiotherapeut voor chronische klachten na verhuizing: de deelnemer geeft aan dat haar eerdere ervaringen een belangrijke rol spelen in het kiezen van een behandelaar. Die ervaringen leiden tot een heel specifiek profiel, zoeken op internet levert dan vaak te weinig informatie op. Pas in een persoonlijke gesprek (*intake/kennismakingsgesprek*) wordt duidelijk of er een klik zal zijn tussen behandelaar en patiënt.

Voor deze deelnemer is het belangrijk dat 'de fysiotherapeut mij begrijpt, luistert, erkent dat het om lichamelijke klachten gaat en niet om vooral vermeende psychosomatische klachten' (*visie op hulpverlening*). De deelnemer geeft aan dat bij chronische klachten en langdurige therapie je in het proces ook voor keuzemomenten komt te staan: 'hoe goed je klik ook kan zijn met een therapeut, er is het gevaar dat je beiden kiest voor oefeningen die goed gaan, makkelijk lopen, terwijl je soms nieuwe stappen moet maken om te ontwikkelen. Een goede therapeut is daar alert op'.

- Na een orthopedische ingreep verliep het herstel onvoldoende waarna de orthopeed naar 'fysiotherapie' verwees. De deelnemer heeft vervolgens op internet gezocht naar fysiotherapeuten gezocht en er 'met de natte vinger' één gekozen. Dat bleek niet veel te helpen, dus terug naar de orthopeed. Die was ook niet tevreden over het resultaat en verwees nu naar een gespecialiseerde fysiotherapeut.

De deelnemer geeft aan veel waarde te hechten aan het advies van de arts (*verwijzer*): die arts heeft inhoudelijke informatie over welke therapie het beste past bij welke soort klachten (*inhoud-werkwijze-te verwachten resultaat*).

- Tijdens het roeien kreeg de deelnemer ernstige armklachten, die als 'tenniselleboog' werden benoemd. Hij vroeg een lid van de vereniging, die fysiotherapeut was, om advies, deze verwees naar een in deze problematiek gespecialiseerde therapeut in een ander plaats (*advies andere deskundig, specialisatie*).

Omdat de deelnemer zelf deskundige is vond hij later in vakliteratuur dat er eigenlijk geen bewezen effectieve behandeling is tegen deze aandoening. De gekozen therapeut werkte vanuit een brede visie: niet alleen de direct klacht aanpakken maar ook inzetten op spierversterking en stimuleren te blijven bewegen (*visie op hulpverlening*). Voor deze deelnemer was een belangrijk inzicht dat op het moment hij in een patiëntrol komt, hij geen rationele keuze meer maakt. Keuze-informatie moet daar rekening mee houden. Een hulpverlener zou meer informatie moeten geven dan: "dit heb je, dit gaan we doen'. Het is belangrijk om 'eerlijk' aan te geven uit welke stappen het traject bestaat, wat er van de patiënt wordt verwacht, wat de patiënt mag verwachten, welke alternatieven er zijn". Andere factoren die een rol spelen bij keuze gedrag: gaat het om een acute of een chronische klacht, heb je al eens een ervaring gehad met de paramedische discipline.

- Deze deelnemer heeft verschillende ervaringen met fysiotherapie na breuken en/of operaties. zij kwam bij de therapeut of op verwijzing van de huisarts (*verwijzer*), of op basis van de keuze van de dichtstbijzijnde (*locatie*). 'Je mobiliteit bepaalt je keuze'.

In de discussie komt naar voren dat bij mobiliteitsproblemen het belangrijk is om te weten of de praktijk toegankelijk is voor minder valide mensen en/of dat er eventueel thuisbehandeling mogelijk is (*toegankelijkheid, thuisbehandeling*).

- Enkele deelnemers geven aan dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de keuze van de therapeut, en daar volledig vertrouwen in te hebben. De huisarts zit in een gezondheidscentrum, waaraan ook een fysiotherapiepraktijk is verbonden. In principe wordt daarnaar doorverwezen (*organisatie, locatie, verwijzer*).

Sommige gespreksdeelnemers herkennen deze situatie, als voordeel ziet men de korte lijntjes tussen huisarts en therapeut, als nadeel wordt genoemd dat er soms een wachtlijst is. In dat geval ga je liever naar een andere therapeut, je wilt zo snel mogelijk beginnen, wachtlijstinformatie is belangrijke keuze-informatie (*wachtlijst/wachttijd*). Op de vraag of gebruik is gemaakt van de informatie op ZKNL geeft men aan dat er op zorgkaart geen informatie kan worden gefilterd over specifieke specialismen, maar vooral dat er vaak maar weinig beoordelingen over een therapeut zijn, waardoor het om weinig betrouwbare informatie gaat. Dit wordt door alle deelnemers als een groot tekort van ZKNL gezien, daarnaast vinden velen dat er voornamelijk slechte ervaringen worden gedeeld. De website van de praktijk is belangrijk voor feitelijke informatie over openingstijden, behandelingen, specialismen etc, maar niet betrouwbaar als het gaat om ervaringen van patiënten. Relevante kwaliteitsinformatie is wel of men BIG geregistreerd is, over welke certificaten men beschikt (*objectieve kwaliteitsinformatie*).

- deze deelnemer heeft recent gezocht naar een fysiotherapeut en daarbij de volgende stappen gezet: op google gezocht met de zoekterm 'natte fysiotherapie' (*soort behandeling*), Vervolgens gezocht op informatie over de duur van de therapie, wat een lijstje opleverde van parktijken in de buurt die voldeden aan de eis van de mogelijkheid van hydrotherapie sessie van 40 minuten. Dit lijstje heeft de deelnemer besproken met de huisarts (*advies deskundige*). Vervolgens heeft de deelnemer vooraf gebeld met de therapeut die door de huisarts werd geadviseerd (*intake/kennismaking*).

Op de vraag welke informatie de deelnemer in het zoekproces heeft gemist antwoordde deze dat bij grotere praktijken er vaak geen informatie is over de kwaliteiten/competenties van de afzonderlijke therapeuten. Daarnaast miste hij vaak een objectieve kwaliteitsmaat.

- Ook de volgende deelnemer zocht een therapeut na een verhuizing. Zij had al jarenlang ervaring met therapie en heeft daarop een duidelijk wensenpakket: 1. biedt de praktijk oefenmogelijkheid (is er een oefenruimte, *behandelmogelijkheden*); de achtergrond hierbij is dat de deelnemer het belangrijk vindt dat de patiënt een actieve rol heeft in de behandeling, dat hij niet alleen op de behandeltafel fysiek behandeld wordt, maar dat er oefeningen worden voorgedaan, gecorrigeerd en geprobeerd (*visie op hulpverlening*). Een tweede belangrijk criterium is de ervaring/het vakmanschap van de therapeut (*competenties*), en het 3<sup>e</sup> criterium is of de therapeut 'sport-minded' is (*visie, competenties*). Ook belangrijk vindt ze de keuze voor een grotere praktijk (*organisatie*): continuïteit, intercollegiaal overleg, variatie aan disciplines zijn belangrijke aspecten.

Bij het zoeken miste ze vooral informatie over de mate waarin je als patiënt zelf aan het werk wordt gezet.

- De volgende deelnemer sluit aan op het inzicht dat het belangrijk is iets te weten over de visie die de therapeut heeft op de rol van de patiënt. Die informatie zouden verwijzers (revalidatieartsen, huisartsen etc) veel meer moeten geven aan patiënten.

'In welke mate heb je als patiënt de regie, kun je samen kijken hoe het behandeltraject er uit zou kunnen zien, welke keuzes je als patiënte daarin kunt maken, wat je van elkaar verwacht' (*shared decision making, visie op hulpverlening*). Daarnaast vindt zij belangrijk welke samenwerkingsrelaties er zijn tussen de therapeut en andere relevante disciplines (*samenwerking, visie op hulpverlening, organisatie*).

- De laatste deelnemer kwam via een revalidatietraject (2<sup>e</sup> lijns) bij een fysiotherapiepraktijk terecht.

Terugkijkend heeft hij weinig keuze mogelijkheid gehad, maar had die wel gewenst. Zo moest hij nu dagen wachten op een plek in een specifiek revalidatiecentrum, terwijl het voor hen geen probleem was geweest elders behandeld te worden als het maar zo snel mogelijk is (*wachttijd/tijdigheid*).

### *Ronde 2: zoektocht naar een paramedisch hulpverlener*

Aan de deelnemers is de opdracht gegeven op zoek te gaan naar een paramedicus voor een virtueel probleem. Hoe gaat men op zoek? Welke keuze-informatie vindt men belangrijk? Er blijkt redelijke mate van overeenstemming hoe men nu zo'n zoektocht zou opzetten.

De eerste stap in het zoekproces bestaat bij het merendeel van de deelnemers uit zoeken naar algemene informatie. Daarbij worden verschillende vragen genoemd: wat heb ik precies, wat heb ik daarvoor nodig/welke oplossingen/behandelingen zijn daarbij mogelijk, welke disciplines horen daarbij, en wat die discipline precies'. Internet (google) en/of de verwijzer (vaak de huisarts) zijn de belangrijkste bron van informatie bij deze vragen. Een enkele deelnemer noemt keuzehulpen (bijvoorbeeld keuzehulp.nl); deze kunnen helpen om duidelijk te krijgen waar je op moet letten bij de keuze van een behandeling/behandelaar).

Op basis van de verkregen informatie vindt de tweede stap in het zoekproces plaats: welke hulpaanbieders kunnen aan mijn wensen voldoen. Hierbij wordt zowel objectieve (etalage) informatie gezocht, als subjectieve informatie (wat vinden vergelijkbare anderen ervan). De objectieve informatie wordt gezocht op de websites van de behandelaar, daarbij gaat om alle mogelijk informatie die in ronde 1 is benoemd. Enkele deelnemers hebben behoefte aan meer objectieve informatie dan de eigen website van de behandelaar, zij hebben behoefte aan een soort openbaar (kwaliteits)register, waarin uitsluitend eenduidige informatie is opgenomen over kwalificaties, omschrijving hulpverlening, persoonsbeschrijving (opleiding/specialisaties behandelaren), uitgangspunt van de zorgverlening e.d.

De meeste subjectieve informatie krijgt men door andere mensen in de omgeving te vragen naar ervaringen met een specifieke behandelaar. Daarnaast spelen patiëntenplatforms een rol. Volgens de deelnemers speelt ZKNL daar op dit moment geen belangrijke rol in, omdat men grote vraagtekens zet bij de betrouwbaarheid. Volgens sommige deelnemers vormen fora van specifieke patiëntenverenigingen wel een belangrijke rol. De meerwaarde zit in het feit dat het om mensen gaat men een vergelijkbare aandoening. Om te kunnen bepalen of patiëntervaringen belangrijk zijn is het belangrijk te weten in hoeverre je je kunt identificeren met de klachten van die persoon. Algemene social media acht men weer minder betrouwbaar 'het is toch wel een bepaalde groep die daarop heel actief is'. Een deel van de deelnemers maakt dan een keuze, anderen zouden eerst een intake- of kennismakingsgesprek met één of meerdere behandelaren voeren.

## 5. BIJLAGE 2. TABELLEN

**Tabel 2.1. Achtergrondvariabelen respondenten**

|  |  | n              | %     |
|--|--|----------------|-------|
| <i>Bent u een man of een vrouw?</i>  | Man  | 317            | 47,8  |
|  | Vrouw  | 346            | 52,2  |
|  | totaal                                       | 663            | 100,0 |
| <i>Wat is uw leeftijd?</i>   | Jonger dan 16 jaar                           | 1              | 0,1   |
|  | 16 t/m 24 jaar                               | 0              | 0,0   |
|  | 25 t/m 34 jaar                               | 7              | 1,0   |
|  | 35 t/m 44 jaar                               | 28             | 4,0   |
|  | 45 t/m 54 jaar                               | 87             | 12,5  |
|  | 55 t/m 64 jaar                               | 222            | 31,8  |
|  | 65 t/m 74 jaar                               | 277            | 39,7  |
|  | 75 jaar of ouder                             | 76             | 10,9  |
|  | totaal                                       | 698            | 100,0 |
|  | <i>Wat is uw hoogst voltooide opleiding?</i> | Geen opleiding | 4     |
| Lager onderwijs  |  | 11             | 1,6   |
| Lager of voorbereidend beroepsonderwijs  |  | 51             | 7,4   |
| MAVO/VMBO  |  | 98             | 14,1  |
| MBO  |  | 166            | 24,0  |
| HAVO/VWO   |  | 71             | 10,2  |
| HBO  |  | 214            | 30,9  |
| WO   |  | 74             | 10,7  |
| Anders, namelijk:  |  | 4              | 0,6   |
| totaal   |  | 693            | 100,0 |
| <i>Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?</i>                         |  | Uitstekend     | 7     |
|  | Zeer goed                                    | 57             | 8,2   |
|  | Goed   | 288            | 41,3  |
|  | Matig  | 276            | 39,6  |
|  | Slecht                                       | 69             | 9,9   |
|  | totaal                                       | 697            | 100,0 |
| <i>Bent u wel eens bij een paramedische zorgverlener in behandeling geweest?</i> | Nee  | 33             | 4,7   |
|  | Ja, bij een fysiotherapeut                   | 648            | 92,6  |
|  | Ja, bij een oefentherapeut                   | 144            | 20,6  |
|  | Ja, bij een diëtist                          | 246            | 35,1  |
|  | Ja, bij een podotherapeut                    | 215            | 30,7  |
|  | Ja, bij een logopedist                       | 60             | 8,6   |
|  | totaal                                       | 700            | 100,0 |

## 6. LITERATUUR

- Berendsen, A.J., et al. (2010). *De informatiebehoefte van de verwezen patiënt*. In: *Ned Tijdsch Geneeskunde*, 154: A1603
- Cardol, M., et al. (2017). *Ontwikkeling vragenlijst patiëntervaringen Medisch Specialistische Zorg*. Groningen: ARGO. In opdracht van Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland
- Damman, O.G., & Rademakers, J. (2008). *Keuze-informatie in de zorg – internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet*. Nivel/RIVM.
- Damman, O.C., Hendriks, M., & Delnoij, D.M.J. (2010). *Keuze-informatie op basis van patiëntervaringen: aanbevelingen en dilemma's*. Tsg 88 7, 396 e.v.
- Graham, C., & MacCormick, S. (2012). *Overarching questions for patient surveys: Development report for the Care Quality Commission (CQC)*. Oxford: Picker Institute Europe. Beschikbaar op: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/reports/Overarching\\_questions\\_for\\_patient\\_surveys\\_v3.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/reports/Overarching_questions_for_patient_surveys_v3.pdf)
- Groenewoud, S., Huijsman, R. (2003). *Prestatieindicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Den Haag: ZonMw.
- Heeren, J., Triemstra, M., & de Boer, D. (2016). *Ontwikkeling van de PREM Fysiotherapie. Een vragenlijst over de ervaren kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg*. Utrecht: Nivel.
- Hibbard JH, Peters, E., (2003). *Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice*. *Ann. Rev. Pub. Health* 24: 413-433.
- Kessel, P. van, Bruins Slot, J., Triemstra, M. (2016). *PREM Ziekenhuiszorg. Ontwikkeling van een korte vragenlijst over patiëntervaringen met ziekenhuiszorg*. Utrecht: Nivel.
- Krol, M.W. (2015). *Numbers telling the tale? On the validity of patient experience surveys and the usability of their results*. Zutphen: CPI Koninklijke Wöhrmann. Beschikbaar op: [https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/numbers-telling-the-tale\(d420b845-1051-4be3-9a04-d547e2435e90\).html](https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/numbers-telling-the-tale(d420b845-1051-4be3-9a04-d547e2435e90).html)
- Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Mind, Ypsilon (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*. Verzamelrapportage.
- Programma Zichtbare Zorg (ZiZO) Fysiotherapie; Doel: vergelijkingsinformatie, kwaliteitsinformatie en keuze informatie voor consumenten. Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren op basis van etalage informatie, patiëntervaringen.
- Ruijter L., et al. (2017). *Visuele zorgroute als manier om keuze-informatie over de zorg te presenteren. Verslag van literatuuronderzoek en interviews met patiëntenorganisaties*. Utrecht: NIVEL.
- RVZ (2003). *De wensen van zorgcliënten in Europa*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Van Linschoten C., Moorer P., & Voorrips R. (2004). *Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg*. Groningen: ARGO.
- Victoor, A. et al. (2012). *Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review – BMC health services research*, 12:272.
- Westert, GP., & Lugtenberg, M. (2007) *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers. Een internationale verkenning van initiatieven*. Tilburg: Tranzo.