

KWALITEIT VAN ZORG VANUIT HET PERSPECTIEF VAN MIGRANTEN

aanknopingspunten voor het vergroten
van de respons bij CQI metingen

Colofon

Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten aanknopingspunten voor het vergroten van de respons bij CQI metingen

Auteur: Helena Kosec

Met dank aan de begeleidende commissie samengesteld uit: NIVEL, Het Zorginstituut Nederland, HagaZiekenhuis, Miletus, NOOM, Mammarosa, Zorgbelang Nederland en ActiZ.

Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten - aanknopingspunten voor het vergroten van de respons bij CQI metingen is mogelijk gemaakt door de financiële steun van het Fonds PGO: subsidies patiëntenorganisaties en gehandicaptenorganisaties.

Vormgeving: Zwerver Grafische Vormgeving

© Pharos, Januari 2015

Inhoud

Inleiding	4
1 Gezondheid en zorggebruik van migranten	6
1.1 Aantallen	6
1.2 Opleiding	6
1.3 Gezondheid	7
1.4 Zorggebruik	7
2 Migranten en onderzoek	9
2.1 Onderzoeksvormen	9
2.2 Vragenlijsten	10
2.3 Steekproef	10
2.4 Andere manieren om de respons te vergroten	11
2.4.1 Uitbreiden van contactpogingen	11
2.4.2 Materialen	11
2.5 Analyse, interpretatie en publiceren van uitkomsten	11
3 Onderzoek cliëntenraden en de CQI	12
3.1 Betrokkenheid van cliëntenraden bij de CQI metingen	13
4 Methodiek en materialen om de respons te verhogen	14
4.1 Train de trainer	14
4.2 Materialen in het Turks en Arabisch	15
4.3 Introductiefilm	16
5 Eindconclusies en aanbevelingen	17
5.1 Aanbevelingen voor het verrichten van de CQI metingen	17
5.2 Aanbevelingen voor het informeren en stimuleren van migranten	18
Literatuurlijst	19
Bijlage 1; CQI Kader en voorwaarden	21
Bijlage 2; Indeling rapport	22
Bijlage 3; Organisaties die bijdrage hebben geleverd	23

Inleiding

De CQI Consumer Quality Index (CQI) is de algemene meetstandaard voor het meten van ervaringen van patiënten in de zorg. CQI metingen maken feitelijke ervaringen van patiënten inzichtelijk. Daarmee geven CQI metingen een beeld van de kwaliteit van geleverde zorg vanuit het perspectief van patiënten. Zij vormen een belangrijke aanvulling op zorginhoudelijke indicatoren omdat ze het patiënten- en cliëntenperspectief centraal stellen. De uitkomsten van de metingen dienen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, genereren van keuze informatie, zorginkoop en toezicht op zorg. Het Kwaliteitsinstituut Nederland stimuleert en ondersteunt de ontwikkeling van de CQI metingen (zie bijlage 1).

De partijen in de zorg ontwikkelen de meetinstrumenten waaronder de vragenlijsten en voeren ze uit. Momenteel zetten 29 meetbureaus 39 verschillende CQI vragenlijsten in om ervaringen van patiënten in beeld te brengen, te analyseren en daarover te rapporteren (zie de bijlage 1. en www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/het+kwaliteitsinstituut).

De respons van migranten binnen de CQI metingen is doorgaans lager dan die van de autochtone bevolking. Het percentage migranten in de bevolking is ongeveer 20% waarvan 11% niet - westers. Minder dan 10% van deze mensen maakt gebruik van een van de CQI meetinstrumenten (NIVEL 2013). Uit de literatuur over onderzoeksmethodieken is bekend dat wanneer de respons onder een bevolkingsgroep laag of niet gelijk verdeeld is, er sprake is van selectie (B. Roset 2008). Daarom is het van belang om na te gaan hoe we de respons van migranten in de CQI kunnen vergroten. De talrijke literatuur over de zorg voor migranten wijst erop dat de ziektelast onder hen hoger is en het zorggebruik minder doelmatig in vergelijking met de autochtone bevolking (Kunst et al. 2008 Berkum en Smulders 2010 Pharos 2014). Verder wijzen de uitkomsten uit kwalitatief onderzoek erop dat de kwaliteit van de zorg niet altijd optimaal is en de patiënten tevredenheid lager is dan onder autochtone Nederlanders (Essink - Bot 2013 Wolf 2014). Bij voldoende respons van migranten en gerichte analyse zou de CQI meer inzicht kunnen bieden in factoren die van invloed zijn op deze verdeling van kwaliteit van zorg. Dit inzicht kan leiden tot kwaliteitsverbetering en optimalisering van doelmatigheid. Verder is het vergroten van de respons onder migranten van belang vanuit het oogpunt van het vergroten van participatie en het versterken van de sturende rol van cliënten en patiënten in het zorgstelsel.

In deze handreiking geven wij antwoord op de volgende vragen:

1. Met welke stappen kunnen we de respons onder migranten vergroten?
2. Welke informatie, materialen, methodieken en werkzame elementen zijn daarvoor geschikt?
3. Uit welke voorbeelden kunnen we inspiratie putten om deelname te vergroten?

Deze handreiking is bedoeld voor de partijen in de zorg die betrokken zijn bij CQI- metingen: Het kwaliteitsinstituut, zorgverzekeraars, meetorganisaties, organisaties in de zorg, patiëntenorganisaties, cliëntenraden en migrantenorganisaties. De handreiking is gebaseerd op de ervaringen opgedaan in het kader van het project *‘Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten - valideren van vier CQI vragenlijsten: huisartsenzorg, ziekenhuisopname, thuiszorg en kraamzorg’* In



▲ H. Kosec. De training 'Geef uw mening voor betere zorg' uitgevoerd bij Me & Society in 2013.

de eerste fase van dit project heeft NIVEL in samenwerking met Pharos en het CKZ de vier vragenlijsten aangepast voor het gebruik door niet - westerse migranten. Het proces en de uitkomsten daarvan zijn beschreven in het rapport *'Culturele validatie van vier CQI meetinstrumenten - Deel 1. : groepsgesprekken en cognitieve interviews'* (NIVEL 2013).

In dit rapport gebruiken wij de term CQI in de betekenis van de meting (het verrichten van onderzoek) de meetinstrumenten, zoals bijvoorbeeld vragenlijsten en de methodiek. Uit de context is duidelijk wanneer de term CQI duidt op een meting en wanneer op een meetinstrument of methodiek.

In deze handreiking gebruiken wij afwisselend de term migrant of allochtoon. Wij richten ons op niet -westerse migranten en allochtonen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse afkomst en op vluchtelingen. Wij zijn ons ervan bewust dat 'de' migrant niet bestaat. Migranten verschillen van elkaar in etnische, religieuze en culturele achtergrond, mate van acculturatie (overnemen van elementen uit de Nederlandse cultuur), sociaaleconomische status en individuele kenmerken.

1 Gezondheid en zorggebruik van migranten

Enige voorkennis over migranten in Nederland, hun gezondheid en zorggebruik is belangrijk voor het kiezen van activiteiten gericht op het verhogen van de respons bij de CQI metingen. Bijvoorbeeld voor het kiezen van onderzoeksvormen, ontwikkelen van vragenlijsten, uitvoeren van metingen, analyseren van data en het interpreteren van uitkomsten.

1.1 Aantallen

In 2013 telde Nederland 3,5 miljoen migranten op een totale bevolking van 16,7 miljoen mensen. Dat betekent dat 21% van de bevolking in dat jaar van allochtone afkomst was. Hiervan was 45% westerse allochtoon en 55% niet - westerse allochtoon. Volgens de prognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zal de Nederlandse bevolking in 2050 voor ten minste 30% uit migranten bestaan.

De grootste groep niet - westerse allochtonen bestaat uit: Turken, op de voet gevolgd door Marokkanen en Surinamers. Op de vierde plaats staan mensen uit de Nederlandse Antillen en Aruba.

De groep niet - westerse allochtonen heeft een jongere leeftijdsstructuur dan die van westerse allochtonen en de autochtone bevolking. Echter, ook deze groep zal de komende decennia vergrijzen. Tussen 2012 en 2060 zal het aandeel 65-plussers onder niet-westerse allochtonen sterk stijgen; van 4% (1 op 26) naar 22% (bijna 1 op de 5 www.nationaalkompas.nl, geraadpleegd op 24 februari 2013).

1.2 Opleiding

Niet-westerse migranten zijn doorgaans lager opgeleid dan westerse migranten en autochtone bevolking. Dit geldt met name voor de eerste generatie met een Marokkaanse of Turkse achtergrond en in het bijzonder voor de vrouwen. Meer dan 80% van Turkse en meer dan 90% van Marokkaanse vrouwelijke 55 plussers heeft geen opleiding afgerond, ook geen basisopleiding. Uit onderzoek blijkt dat zij taalhulp nodig hebben bij bezoek aan de huisarts (Schellingerhout en de Klerk 2004). Twee derde van Marokkaanse en een derde van Turkse oudere vrouwen is analfabeet. Dit betekent dat zij ook in eigen taal via schriftelijk materiaal niet zijn voor te lichten (Distelbrink 2007 Schellingerhout 2004). Daarnaast zijn migranten sterk vertegenwoordigd in de bevolking met geringe gezondheidsvaardigheden. (Pharos 2014). Opleiding, geletterdheid en gezondheidsvaardigheden zijn van invloed op risico's ten aanzien aandoeningen, zelfzorg en het vermogen eigen ervaringen zichtbaar te maken.

De tweede generatie niet -westerse migranten is veel beter opgeleid dan de eerst generatie- en spreekt de Nederlandse taal goed (SCP 2014).

Migranten maken 65 % uit van alle mensen tussen de 16 en 65 jaar die laaggeletterd zijn, dat wil zeggen moeite hebben met lezen en rekenen op basaal niveau (PIAAC 2012).

Ook zijn migranten sterk vertegenwoordigd binnen de geschatte 29% van de bevolking met geringe gezondheidsvaardigheden, Factsheet gezondheidsvaardigheden (Pharos 2014).

1.3 Gezondheid

Migranten ervaren hun gezondheidstoestand als slechter dan de autochtone bevolking. Naar schatting is de ziektelast (de omvang van het verlies aan gezonde levensjaren) bij niet- westerse allochtonen 22% hoger dan bij autochtonen. Risicofactoren die een rol spelen zijn naast het al eerder genoemde lage opleidingsniveau, de migratiegeschiedenis, minder toegankelijke en effectieve zorg en preventie, verschillen in leefstijl en visie op gezondheid en zorg (Kunst 2008, Pharos 2014). Onder niet - westerse allochtonen is de prevalentie van psychosomatische klachten en ggz klachten, zoals depressie en angststoornissen, relatief groot. Met name onder de eerste generatie migranten komen infectieziekten, zoals hepatitis B en tuberculose, vaker voor. Verder is een aantal chronische aandoeningen meer aanwezig dan onder autochtone Nederlanders. Het gaat hier onder andere om: diabetes, hart en vaat aandoeningen en COPD (Kunst NTVG geraadpleegd op 10 januari 2015).

1.4 Zorggebruik

In grote lijnen gezien en rekening houdend met grote culturele verschillen ten aanzien van de autochtone populatie valt te constateren dat niet - westerse migranten zich relatief soepel hebben ingevoegd in het Nederlands zorgsysteem. Toch zijn er een aantal aandachtspunten.

Bij niet - westerse migranten is er sprake te zijn van een ander en minder doelmatig gebruik van zorg. Daarnaast scoren deze patiënten lager op ervaren kwaliteit van zorg zoals blijkt uit kleinschalig kwalitatief onderzoek. Zij zijn niet altijd tevreden over de bejegening en communicatie. Het gaat hier niet om zorginhoudelijke, maar om procesmatige aspecten. (Pharos 2011 Pharos en ZonMw 2014). Maar, vanuit het perspectief van 'Value Based' zorg zijn procesmatige aspecten belangrijk omdat zij waarde toevoegen aan de kwaliteit van de behandeling (Essink - Bot 2013).

Niet - westerse migranten maken relatief veel gebruik van de huisarts en ziekenhuisopnames. Ook maken ze meer gebruik van vaccinatieprogramma's voor kinderen. Daartegenover maken ze minder gebruik van bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker, verloskundige en kraamzorg, specialistische verrichtingen, thuiszorg en voorzieningen in de ouderenzorg (Wolf 2014 Pharos en ZonMw 2014).

Onder migranten ligt het bezoek aan de huisarts 30% hoger dan onder autochtone Nederlanders. Tot het vijftigste levensjaar maken migranten van Turkse, Surinaamse en Marokkaanse afkomst meer gebruik van ziekenhuisopname. Verder blijkt dat niet - westerse patiënten langer in het ziekenhuis liggen en vaker worden her - opgenomen. Niet - westerse patiënten met diabetes bezoeken twee maal zo vaak de polikliniek en het percentage zelfverwijzers op de spoedeisende eerste hulp (SEH) onder deze groep is erg hoog (Wolf 2014 Pharos en ZonMW 2014).

Niet - westerse migranten maken veel minder gebruik van de voorzieningen in de ouderenzorg. In de ouderenzorg hebben migranten vaak specifieke wensen op het terrein van persoonlijke verzorging, eten, bejegening, familie betrokkenheid en het geloof (Meulenkamp 2010).

Ook de uitkomsten van zorg verschillen. Migranten hebben meer complicaties bij cardiovasculaire aandoeningen en diabetes, meer verwijtbare sterfte en slechtere uitkomsten van zorg bij kanker. Onder hen komen meer 'adverse events' voor, dat wil zeggen incidenten waarbij de patiënten veiligheid in het geding is, zoals complicaties bij de behandeling. Tevens is er sprake van een grotere kans op perinatale sterfte van baby's of het overlijden van baby's in de eerste zeven dagen na de geboorte en ernstige complicaties bij de moeder tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed (Pharos en ZonMw 2014).

Versillen in de kwaliteit van zorg bij migranten ontstaan niet omdat een patiënt afkomstig is uit een ander land dan Nederland. De echte oorzaak is de reactie van het zorgsysteem op patiënten kenmerken die samenhangen met de niet Nederlandse herkomst. Een onwenselijke situatie. Het uitgangspunt van de zorg is dat alle patiënten dezelfde kwaliteit van zorg verdienen. Om dit te realiseren wordt gepleit voor zogeheten 'diversiteit responsieve zorg' (Essink - Bot 2013).



◀ H. Kosec. De training 'Geef uw mening voor betere zorg' uitgevoerd bij De Bron in 2013.

2 Migranten en onderzoek

Een lagere respons van migranten komt niet alleen voor bij CQI metingen. Uit onderzoek blijkt dat allochtonen doorgaans ook minder meedoen met (enquête) onderzoeken. De relatief hoge non-respons geldt met name voor de eerste generatie niet - westerse migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst. Verschillende achtergrondkenmerken van allochtonen kunnen deze lage participatie verklaren. Bijvoorbeeld: slechtere bereikbaarheid en taalproblemen. Onderzoeken wijzen uit welke methodieken en werkzame elementen de betrokkenheid van migranten verhogen. Met name de ervaringen van het CBS bieden veel informatie over het kiezen van de juiste onderzoeksvorm, ontwerpen van een juiste vragenlijst, benaderen van respondenten en het inzetten van beeldend materiaal. Uiteraard is niet alle informatie direct bruikbaar in het kader van de CQI, maar het kan wel oplossingsrichtingen bieden bij bepaalde methodologische knelpunten.

2.1 Onderzoeksvormen

Bepaalde onderzoeksvormen en -methodieken zijn meer geschikt voor het onderzoek onder migranten en hebben een positieve invloed op de respons (CBS 2005). In de onderstaande tabel zijn de voor- en nadelen van verschillende onderzoeksvormen samengevat.

Tabel 1. Onderzoeksvormen

	Voordelen	Nadelen
Schriftelijke enquête	• geen interviewer • anonimiteit • lage kosten	Lage toepasbaarheid onder allochtonen wegens: • slechte beheersing Nederlands • geen mogelijkheid toelichting te geven • geen controle op het invullen
Telefonische enquête	• lage kosten • controle op afname • simpele invoer	Lastig voor de eerste generatie allochtonen: • geen mogelijkheid om het nodige vertrouwen te wekken • geen mogelijkheid rustig uitleg te geven • weinig allochtonen hebben een vaste telefoonnummer, maar ze hebben wel een 06-nummer
Face to face enquête	Hoge toepasbaarheid bij migranten wegens: • mogelijkheid vertrouwen te wekken • flexibiliteit, bijvoorbeeld de duur van het interview aanpassen aan tempo respondent	• hoge kosten veldwerk • grotere kans op systematische interviewer effecten • geen controle op afname

Citaat uit de training:

'www.zorgkaartnederland.nl is echt een 'eyeopener' voor mij. Ik wist niet dat ik op een website kon zien hoe mijn huisarts beoordeeld wordt door andere patiënten en wat voor score hij krijgt. Ik zal deze website vanaf nu vaker bekijken, ook als ik naar een specialist moet.'

Naast face-to-face enquêtes zijn meer onderzoeksvormen aan te bevelen zoals: diepte interviews, focusgroepen, klankbordgroepen, spiegelbijeenkomsten, storytelling en participerende observatie en inzet van beeldend materiaal of iconen. Tevens is hybride data verzameling - de zogenoemde mixed mode varianten - aan te raden (CBS 2005). Bij de CQI zou men bij lage respons onder bepaalde groepen aanvullend onderzoek kunnen doen met een van deze onderzoeksvormen.

2.2 Vragenlijsten

Bij onderzoek onder migranten is het van belang in vragenlijsten ook het persoonskenmerk herkomstgroep op te nemen. Je kunt respondenten vragen naar geboorteland (van henzelf en van hun ouders) en naar de taal die ze thuis spreken, zoals bij de CQI al het geval is. Maar, een subjectieve definiëring van herkomstgroep is ook mogelijk. Bijvoorbeeld door respondenten zelf aan te laten geven of zij zich tot Nederlander of migrant rekenen. Hierdoor voorkom je bezwaren van stigmatisering. Zeker bij de CQI is het opnemen van de vraag over herkomst van belang omdat dit van invloed is op de ervaren kwaliteit van zorg. Belangrijk is om data met betrekking tot herkomst en andere persoonskenmerken standaard mee te nemen in de analyse en de uitkomsten beschikbaar maken voor eventuele verbeter acties. Uit de 'train de trainer' van migranten van Pharos kwam naar voren dat sommige migranten de vragen over herkomst en opleiding lastig vonden. Zij vroegen zich af waarom instanties moeten weten welke achtergronden ze hebben en hoe hoog ze opgeleid zijn. Ze vonden het wel van belang om een persoonlijke bijdrage te leveren aan verbeteringen van zorg voor migranten.

Bij het afnemen van metingen dienen onderzoekers vragenlijsten te gebruiken die bij voorkeur cognitief zijn getest en cultureel gevalideerd. Dat wil zeggen, vragenlijsten die qua kwaliteitsthema's en de formulering van vragen geschikt zijn voor migranten (Van 't Land). In het kader van het eerder genoemde project 'Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen - de vier aangepaste CQI vragenlijsten: huisartsenzorg, ziekenhuis-opname, thuiszorg en kraamzorg' heeft NIVEL de vragenlijsten aangepast door middel van gesprekken met sleutelfiguren, focusgroepen en cognitieve interviews met migranten. De werkwijze en de uitkomsten van het project zijn uitvoerig beschreven in het gelijknamige rapport. Dit rapport is te downloaden via www.pharos.nl.

2.3 Steekproef

Bij onderzoek zou bij voorkeur van meet af aan bekend moeten zijn hoeveel migranten in de steekproef zitten en wat de kwaliteit van de steekproef is. Dit vanwege het feit dat de respons onder migranten lager is, met name onder respondenten van Turkse en Marokkaanse afkomst. Onderzoekers van het CBS stellen dat bekend moet zijn wat de samenstelling is van de respondentengroep, wat hun persoonskenmerken zijn, hoe bereikbaar ze zijn en in welk type huishoudens ze wonen. Indien op grond van deze informatie te verwachten valt dat de respons relatief laag zal zijn dan zouden meer migranten in de steekproef kunnen worden geïncludeerd (CBS 2005 Zuidergeest 2008).

Een vertegenwoordiger van een cliëntenraad in een ziekenhuis gaf aan dat het onmogelijk is meer migranten in de steekproef te includeren omdat de selectie van patiënten voor de steekproef gebaseerd is op de medische registratie waarin de herkomst niet vermeld mag worden. Persoonskenmerken waaronder herkomst mogen niet worden vermeld in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). Wellicht dat de werkwijze en de ervaringen van het CBS als voorbeeld kunnen dienen om deze lacune op te vullen. Om uitkomsten op herkomst te genereren koppelt het CBS medische gegevens aan de gegevens uit de GBA waarin herkomst registratie wel is toegestaan.

2.4 Andere manieren om de respons te vergroten:

2.4.1 Uitbreiden van contactpogingen

Een effectieve manier om deelname van allochtonen aan onderzoek te vergroten, is het uitbreiden van het aantal contactpogingen. Het CBS heeft in het kader van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) de contactpogingen uitgebreid van drie naar zes. Dit heeft geresulteerd in een groter bereik en respons. Verder kan de financiële beloning onderzoek bereidheid onder sommige migranten vergroten (CBS 2005).

2.4.2 Materialen

Maatwerk en een adequate ondersteuning hebben ook effect op verhoging van de respons onder migranten (CBS 2005 B. Roset. 2008). Bij de CQI kunnen bijvoorbeeld helpdesk medewerkers van meetbureaus of baliemedewerkers bij zorgaanbieders ondersteuning geven door informatiematerialen in migrantentalen te sturen of aan te reiken. Ook cliëntenraden kunnen daarin een rol spelen door migranten van geschikte informatiematerialen te voorzien en (groeps-) voorlichtingen te helpen organiseren. In het kader van (groeps-) voorlichtingen kunnen zij aan patiënten de animatie 'Verbeter de zorg' laten zien. Sommige ziekenhuizen hebben ervaring opgedaan met (groeps-) voorlichtingen aan migranten en laagopgeleiden op thematisch verschillende gebieden.

2.5 Analyse, interpretatie en publiceren van uitkomsten

Meetbureaus doen er goed aan om de etniciteitdata systematisch te analyseren en de uitkomsten helder te formuleren en publiceren. Zij kunnen de data interpreteren en duiden en vervolgens op begrijpelijke wijze beschrijven in hun rapportages. Globale scores over hoe migranten de zorg waarderen zijn weinig zeggend als de lezer niet ziet hoeveel en welke migranten deel hebben genomen aan een meeting en wat de betekenis is van de uitkomsten.

Systematische analyse en helder geformuleerde uitkomsten stellen zorgaanbieders en hun cliëntenraden in staat verbeteracties te formuleren en uit te (laten) voeren. Ook voor hulpverleners zijn deze uitkomsten en verbeterpunten onmisbaar. Ze krijgen hierdoor meer inzicht in de problematiek en dat verhoogt de bereidheid om eigen hulp- en dienstverlening aan te passen. Daarnaast kan het migranten stimuleren om hun sturende rol in het zorgstelsel op te pakken, wanneer de uitkomsten op herkomstland zijn geoperationaliseerd en vertaald naar de informatie om een zorgaanbieder te kunnen kiezen (keuze informatie). Tijdens eerder genoemde 'train de trainer' van Pharos bleek dat de deelnemende migranten veel belangstelling hadden voor de keuze informatie uit de Zorgkaart Nederland.



Het is van belang dat zorginkopers meer inzicht krijgen in de zorg voor migranten en hun waardering daarvan. Zo kunnen zij de kwaliteit van zorg voor ál hun verzekerden gericht sturen.

3 Onderzoek cliëntenraden en de CQI

In het kader van het project 'Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten' heeft Pharos onderzoek verricht onder de cliëntenraden van zeven ziekenhuizen en een GGZ-instelling, over:

- het verrichten van de CQI metingen;
- hun rol daarin;
- de respons;
- de uitkomsten in het algemeen en die onder migranten.

Uit dit onderzoek kwamen veel overeenkomsten, maar ook aanzienlijke verschillen naar voren tussen de CQI metingen van verschillende ziekenhuizen. In alle ziekenhuizen zijn het de concernstaf in samenwerking met de afdeling kwaliteitsbeleid die de meting organiseren en coördineren.



**De vertegenwoordiger
vanuit de cliëntenraad vertelt:**

'De meting wordt georganiseerd vanuit de concernstaf en de afdeling K&V (Kwaliteit en Veiligheid) soms met medewerking van de afdeling BI (business intelligence). K&V bepaalt de steekproefgrootte per afdeling en BI trekt de steekproef. Daarna verzorgt het meetbureau MediQuest de gehele afname van het onderzoek via het huisadres van de patiënten in de steekproef. Wanneer de resultaten bekend zijn, ontvangt de leiding van elke afdeling de resultaten van de eigen afdeling met het verzoek om waar nodig verbetermaatregelen te treffen.'

De vragenlijsten worden online en schriftelijk naar respondenten verstuurd. Bij een van de ziekenhuizen ontvangen respondenten ouder dan 75 jaar alleen schriftelijke vragenlijsten. De respons op de CQI ziekenhuisopname van de CQI poliklinisch varieert sterk per ziekenhuis (van ongeveer 20% tot 50%). Sommige ziekenhuizen ontvangen een (online) rapportage met niet geanalyseerde data en andere een geanalyseerde uitkomst. Als verbeterpunten werden genoemd: opnamegesprek, ontslag gesprek, informatie over medicatie, informatie van zorgverlener, uitleg bij behandeling en deelname van laaggeletterden aan de CQI meting.

3.1 Betrokkenheid van cliëntenraden bij de CQI metingen

De meeste cliëntenraden geven aan niet betrokken te zijn bij de CQI metingen. Tevens zijn ze niet op de hoogte van hun mogelijkheid een verzwaard advies uit te brengen over CQI metingen. Wel onder namen drie cliëntenraden in de periode van ons onderzoek activiteiten om de deelname van migranten te vergroten en zichtbaar te maken. Een raad was bezig met het voorbereiden van een advies over migranten voor het ziekenhuisbestuur.

Slechts één van de cliëntenraden wist hoe hoog de respons op CQI was onder migranten. Andere cliëntenraden gaven aan dat dit niet direct zichtbaar is in de rapportage. Ook was slechts één raad op de hoogte van de uitkomsten bij allochtonen: 'In 2012 waardeerden autochtonen de dimensies 'informatieverstrekking door de arts', 'communicatie door de arts', 'informatieverstrekking door de zorgverlener', 'communicatie door de zorgverlener', 'tegenstrijdige informatie door zorgverlener' en 'kamer en verblijf' significant hoger dan migranten.'

Een van de cliëntenraden meent dat het ziekenhuis specifiek beleid moet voeren voor migranten. Het is belangrijk dat er expliciet rekening wordt gehouden met de kwaliteit van zorg voor deze patiënten. De cliëntenraad beraadt zich over het uitbrengen van een ongevraagd advies over de omgang met migrantenpatiënten. In het kader van ons verkennend onderzoek hebben acht cliëntenraden de volgende suggesties voor verbeteringen gedaan:

- Bij online vragenlijsten mogelijkheid creëren om een taal te kiezen.
- 'Jip & Janneke' taal gebruiken.
- Mondelinge (telefonische) afname.
- Eigenaars van het "probleem" identificeren dat wil zeggen nagaan voor wie de lage respons onder migranten een probleem is en wie dat probleem op kan lossen.
- Informatievoorziening door zorgaanbieder versterken (niet alleen info op de website, maar ook door afdelingen en hulpverleners, groepsvoorlichtingen organiseren).
- Andere methodieken inzetten, b.v. Experienced Based Co Design (Vennik 2013).
- Rol cliëntenraden versterken o.a. door besturen actiever te adviseren en patiënten te helpen met het invullen.

4 Methodiek en materialen om de respons te verhogen

4.1 Train de trainer van Pharos

In het kader van het project 'Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten' heeft Pharos in 2013 en 2014 voor migrantenintermediairs en -sleutelfiguren de training 'Geef uw mening voor betere zorg' ontwikkeld. Het doel van de training was om migranten te informeren over de CQI metingen en te stimuleren de CQI vragenlijsten in te vullen. Centraal in de training stonden: de CQI meting, de (aangepaste) vragenlijsten, meedoen aan de metingen en het gebruik van de resultaten. Uitgelegd is dat deelname vrijwillig is, de anonimiteit gewaarborgd blijft, bij het invullen hulp nodig kan zijn en vooral dat meedoen helpt de zorg te verbeteren. Daarnaast is geoefend met het invullen van de aangepaste vragenlijst huisartsenzorg en uitleg gegeven over de website van Zorgkaart Nederland (NPCF). Hoe men deze site kan gebruiken om de keuze informatie te raadplegen en eigen ervaringen te delen. De deelnemers zijn geworven via migrantenorganisaties. De training is op locatie uitgevoerd door een cultuur sensitieve trainer die bekend is met zowel de beleveniswereld van migranten als het taalgebruik. Om belangstelling voor het onderwerp op te wekken, gaf deze trainer veel persoonlijke voorbeelden en stimuleerde ze de deelnemers om ook zelf met voorbeelden te komen. De training kenmerkte zich door interactiviteit. Zoals veel ruimte voor eigen inbreng, het stellen van vragen en ondersteuning bij het invullen van de vragenlijst. Voertaal was Nederlands en het taalgebruik duidelijk en vrij van lange zinnen of ingewikkelde woorden. Waar nodig werd het tempo aangepast. Aan het begin van elke training checkte de trainer taal- en kennisniveau van de deelnemers en paste haar werkwijze daarop aan. De globale inhoud en de werkwijze van de training zijn telkens vooraf besproken en aangepast aan de suggesties van de migrantensleutelfiguren verbonden aan de Stichting Voorlichters Gezondheid (SVR) uit Rotterdam. Vervolgens is het programma van elke training besproken en afgestemd met de betrokken migrantenorganisatie.

Citaat uit de training:
'Jullie geven een goed voorbeeld aan vrouwen in de wijk. Wij weten dat de zorg beter moet. Dat kan alleen als wij onze stem laten horen!'

Tips voor professionals die voorlichting geven aan migranten die het Nederlands beperkt beheersen:

- Stel je op de hoogte van het mediagedrag van de doelgroep;
- Let op de taligheid van de voorlichting;
- Gebruik korte zinnen;
- Spreek in woorden van de doelgroep;
- Pas je tempo aan op de aanwezige taalkennis van de doelgroep;
- Zorg voor een interactieve presentatie;
- Vermijd het gebruik van persoonlijke voorbeelden, grof taalgebruik;
- Sluit aan op de beleveniswereld van de doelgroep;
- Screen je materiaal op interculturele elementen.

De training is uitgevoerd bij de volgende organisaties: De Bron' in Amsterdam, Afghaan Woman' in Rotterdam, Vluchtelingen Vrouwen Raad' (VVR) in Amsterdam, 'Zorgbelang Zuid Holland', klankbordgroep allochtonen in Rotterdam, Stichting Voorlichters Gezondheid' in Rotterdam, Me & Society' in Rotterdam, Pameijer' Rotterdam.

Er zijn 115 migrantenintermediairs sleutelfiguren opgeleid om individueel of in groepsverband informatie over CQI te verspreiden. Van elke training is een verslag gemaakt.

Uit de training kwam naar voren dat migranten de CQI metingen niet kennen. Slechts een paar hadden ooit zelf een vragenlijst ingevuld. Zij schatten in dat de CQI vragenlijsten voor de einddoelgroep, met name eerste generatie migranten, te moeilijk zijn en deden suggesties voor aanpassingen. Er was wel bereidheid om in reguliere activiteiten aandacht te geven aan het belang van deelname aan patiënten onderzoeken. Een aantal organisaties heeft in 2014 groepsvoorlichtingen over de CQI metingen onder hun leden uitgevoerd. Er was vooral veel belangstelling voor de keuze informatie uit de Zorgkaart Nederland.

Om de kennis over de CQI metingen en bereidheid om in te vullen onder migranten te vergroten zou de training op een veel grotere schaal en structureel uitgevoerd en herhaald moeten worden. De inhoud vereist meer aanpassing aan nieuwe wetenschappelijke inzichten over de redenen van het niet invullen. Momenteel wordt daaraan onderzoek verricht door de Erasmus Universiteit. Op verzoek van zorgaanbieders is Pharos bereid om de training uit te voeren.

Suggesties van migranten sleutelfiguren voor verbeteringen van de CQI vragenlijsten en de afname daarvan

- Eerste generatie migranten: korte, schriftelijke vragenlijsten, soms in eigen taal, mondelinge face to face afname, invullen in groepsverband, ondersteuning geven bij het invullen.
- Tweede generatie: korte online vragenlijsten, invultijd maximaal tien minuten, op het voorblad aangeven dat de CQI meting belangrijk is, gebruik van smiley's.
- Algemeen: individuele aandacht aan respondent geven, herinnering sturen of bellen, beloning in het vooruitzicht stellen, resultaten zichtbaar maken en terugkoppelen, CQI metingen bekend maken via migranten- en kerkelijke organisaties.

4.2 Materialen in het Turks en Arabisch

Bekend is dat een deel van de eerste generatie migranten geen deel kan nemen aan onderzoeken vanwege slechte beheersing van de Nederlandse taal. Om deze taalbarrière weg te nemen verdient het aanbeveling om de informatie over onderzoek en vragenlijsten te vertalen of beeldend materiaal te gebruiken. Naast het gebruiken van vragenlijsten in meerdere talen, is het ook een idee om meertalige interviewers in te zetten en personen die de respondenten ondersteunen bij het invullen. Verder is het aan te raden een beroep te doen op familieleden als tolken. Dit kan echter van

'Je zou kunnen denken aan vertaalde aanbiedingsbrieven en vragenlijsten. Op papier gaat dit niet, want je kunt geen aanname doen over in welke taal iemand de vragenlijst zou willen invullen. Online is het natuurlijk wel mogelijk om aan het begin van de vragenlijst een taal te laten kiezen.'
(Een vertegenwoordiger van een cliëntenraad).

invloed zijn op de kwaliteit van de antwoorden. Zeker bij sensitieve onderwerpen zoals gezondheid gerelateerde thema's verdient deze optie geen voorkeur (Feskens Roset 2008). In deze context is het van belang om te weten dat CQI vragenlijsten die niet door de respondent zelf zijn ingevuld, ongeldig worden verklaard.

In het kader van het eerder genoemde project 'Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen' vertaalden Qualizorg en Pharos de aanbiedingsbrieven (brief waarmee de zorgaanbieder patiënten vraagt deel te nemen aan de meeting en zijn toestemming te verlenen voor het sturen van zijn gegevens aan het meetbureau) in het Turks en Arabisch. Deze keuze is ingegeven door de zeer lage respons onder migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst. Wij zijn ons er van bewust dat een deel van de respondenten van Marokkaanse afkomst geen Arabisch spreekt en geen ondersteuning ontvangt door dit materiaal. De vertalers zijn geworven en ingezet via de eigen netwerken van Pharos. De vertaalde informatie is getest op begrijpelijkheid door migranten uit de netwerken van Pharos en Qualizorg. De informatie over de vertaalde aanbiedingsbrieven is te vinden op www.qualizorg.nl. Naast het vertalen van aanbiedingsbrieven zou het te overwegen zijn ook de CQI vragenlijsten te vertalen.

Het verdient aanbeveling dat Stichting Milletus samen met (koepels van) zorgaanbieders onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om de CQI vragenlijsten te vertalen. Afhankelijk van de uitkomsten kan men het vertalen faciliteren. In het buitenland is veel ervaring opgedaan met het vertalen van diverse vragenlijsten naar verschillende talen (Van der Kooy 2014).

4.3 Introductiefilm

De introductiefilm 'Verbeter de zorg' maakt duidelijk wat de CQI meting is en motiveert laaggeletterde en migrantenpatiënten de vragenlijsten in te vullen. Patiënten worden erop geattendeerd dat zij bij het invullen hulp kunnen vragen aan naasten en kennissen. De film maakt duidelijk dat zij met het invullen meehelpen om de zorg te verbeteren, voor henzelf en voor anderen. De boodschap van de film is helder en eenvoudig gevisualiseerd. De voice-over gebruikt geen moeilijke woorden. De film is in herkenbare stijl en voorzien van een aansprekend logo dat bruikbaar is voor andere promotiematerialen. De introductiefilm gaat goed samen met online uitnodigingen aan patiënten om deel te nemen aan een meting, narrowcastingsystemen bij zorgaanbieders en websites. Afspeling kan op de TV en op een DVD-speler.

De film is twee keer getest (pre-test) onder een focusgroep van acht personen bij Stichting Mammarosa. Mammarosa verstrekt informatie over borstkanker aan migrantenvrouwen, onder andere door middel van een website in verschillende talen (www.mammarosa.nl).

Verbeter de zorg is gemaakt door de Stichting Milletus, Mediquest, Qualizorg en Pharos in samenwerking met Mammarosa. Het ontwerp is van het animatiebureau In60seconds. De meetbureaus onderzoeken of het gebruik van de animatiefilm inderdaad de respons verhoogt.

Zie de film op: <http://www.stichtingmiletus.nl/toelichting-bij-introductiefilm-vragenlijsten/>

5 Eindconclusies en aanbevelingen

Niet - westerse migranten hebben een relatief slechtere gezondheid en gebruiken zorg soms op een andere manier dan westerse migranten en de autochtone populatie. Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid voor deze doelgroep niet optimaal zijn. Daarom is het van groot belang dat de ervaringen van niet - westerse migranten zorgvuldig worden gemeten en meegenomen in kwaliteitsverbeteringstrajecten.

De CQI is de algemene meetstandaard die zorgt dat de verzamelde gegevens betrouwbaar, valide en vergelijkbaar zijn. Om de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van gegevens te waarborgen is het van belang dat de respondenten een goede afspiegeling van de populatie vormen. Met niet - westerse migranten is dit niet het geval. Grote groepen niet - westerse migranten zoals mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst en vluchtelingen nemen weinig deel aan de CQI metingen. Om de respons onder hen te verhogen zijn een aantal methodologische aanpassingen nodig. Daarnaast is het zaak dat niet - westerse migranten beter geïnformeerd worden over het nut van de CQI metingen en gestimuleerd om de CQI vragenlijsten in te vullen.

5.1 Aanbevelingen voor het verrichten van de CQI metingen:

- Nagaan of het mogelijk is de representativiteit van de steekproef te controleren. Als de steekproef niet representatief is kan men die uitbreiden. Indien dit vanwege onderzoekstechnische of kostenoverwegingen niet mogelijk is, dan dient in ieder geval duidelijk te worden gemaakt dat de resultaten voor migranten niet representatief zijn. In dat geval valt te overwegen aanvullende onderzoeken te verrichten, zoals (diepte) interviews, focusgroepen en participerende observaties.
- Gebruiken van korte, cultuur gevalideerde CQ vragenlijsten. Beschikbaar stellen van voorlichtingsmaterialen over de CQI metingen en CQ vragenlijsten in het Nederlands en in grote migrantentalen. Online mogelijkheid inbouwen om de taal te kiezen. Zorgen dat het voorlichtingsmateriaal en de vragenlijsten ontworpen zijn in een aantrekkelijke en aansprekende stijl met veel visualisaties. Duidelijk vermelden dat het invullen van de CQI vragenlijsten belangrijk is en helpt om de zorg te verbeteren. Gebruiken van de introductiefilm 'Verbeter de zorg'.
- Inzetten van hybride dataverzamelmethode. Naast schriftelijke online- en papieren vragenlijsten ook mondelinge methoden gebruiken. Uitbreiden van contactpogingen met migranten door meer herinneringen te sturen of hen herhaaldelijk persoonlijk te benaderen. Uitzoeken of het geven van een financiële beloning de respons vergoot en vervolgens deze respondenten belonen.
- Systematisch analyseren van data op etniciteit, de uitkomsten zorgvuldig interpreteren, helder formuleren en publiceren. Inzichtelijk maken wat de betekenis van de uitkomsten is en dit vertalen naar verbeterpunten.
- Cliëntenraden van meet af aan actief betrekken bij het beleid rondom de CQI en vooral bij het overleg over de uitkomsten en verbeterpunten. Versterken van de adviserende rol van cliëntenraden. Cliëntenraden motiveren om migranten te ondersteunen bij het invullen van de CQI vragenlijsten.

5.2 Aanbevelingen voor het informeren en stimuleren van migranten:

- Samen met migrantenintermediairs en migrantenorganisaties 'train de trainer' over de CQI metingen uitvoeren. De training 'Geef uw mening voor betere zorg' van Pharos biedt daarvoor een prima basis. Aanbevolen wordt de training aan te vullen met nieuwe informatie en materialen, opschalen en uitrollen onder een groot aantal migranten. Getrainde intermediairs faciliteren en inzetten voor grootschalige (groeps)voorlichtingen aan doelgroepen. De effectiviteit vergroten door de training en voorlichtingen parallel te laten lopen met de CQI metingen.
- Ontwikkelen en grootschalig inzetten van stimulerend voorlichtingsmateriaal over de CQI voor migranten. De animatiefilm 'Verbeter de zorg' is een voorbeeld van dergelijk materiaal. Er zijn echter nog meer materialen wenselijk waarin de complexiteit van de CQI metingen op een eenvoudige en aansprekende manier zijn geformuleerd.



◀ H. Kosec. De training 'Geef uw mening voor betere zorg' uitgevoerd bij 'Afghaan Woman' in 2013.

Aanbevolen en gebruikte literatuur

- Asmoredjo J. et al, *Culturele validatie van vier CQI meetinstrumenten - Deel 1: Groepsgesprekken en cognitieve interviews*, NIVEL, 2013
- Berkum M. van, Smulders E., *Migranten, preventie en gezondheidszorg*, Pharos, 2010
- Den Draak M., et al, *Migratie en gezondheid - Feiten en cijfers 2012*, Pharos, 2012
- Distelbrink M., de Gruijter M., Pels T., *Zelfredzaamheid bevorderen in Almelo - handreiking aan de gemeente Almelo voor het bevorderen van zelfredzaamheid van allochtone oudere vrouwen van de eerste generatie*, Verwey - Jonker Instituut, 2007
- Dorgelo A., et al, *Handreiking patiëntenparticipatie van migranten in onderzoek, kwaliteit en beleid*, CBO en Pharos, 2013
- *De stem van verzekerden - Advies over de legitimiteit en de governance van zorgverzekeraars*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, 2014
- *Enquête onderzoek onder allochtonen - problemen en oplossingen*, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005
- Essink - Bot M.L., *Volksgezondheid populatie en patiënt Inaugurale rede*, AMC Sociale Geneeskunde, Amsterdam, 2013
- *Factsheet Dementie*, Pharos 2014
- *Factsheet Dementie en zelfmanagement*, Pharos, 2014
- *Factsheet Gezondheidsvaardigheden*, Pharos, 2014
- *Factsheet Laagdrempelige mediaopvoeding*, Pharos, 2014
- *Jaarverslag 2013*, Patiëntenraad Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Kooy van der J., Valentine N.B., Birnie E., Vujkovic M., de Graaf J.P., Denktas S., Steegers E.A., Bonse G.J., *Validity of a questionnaire measuring the world health organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the dutch obstetric care system*. PMID: 25465053 [PubMed - as supplied by publisher] PMCID: PMC4265356 Free PMC Article, BMC Health Serv Res. 2014
- Kosec H., et al, *Migratie en gezondheid - Feiten en cijfers 2011*, Pharos 2011
- Kunst A.E., et al, *Onderzoek en evaluatie van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*, Erasmus MC en NIVEL, 2008
- Kunst A. E., *Ziektebelasting bij allochtone Nederlanders. Berekening van DALY's naar etniciteit*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- Kunst A. E., Meulenkamp T.M., Van Beek A.P.A., Gerritsen D.L., De Graaf F.M., Francke A.L., *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*, NIVEL, UMC St. Radboud, UvA en EMGO / Vumc, 2010
- Muijsenberg M. van den, Berkum M. van, Bokhoven R., Smulders E., Stokmann M., *Ziekenhuiszorg voor migranten optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid*, Utrecht, Pharos, 2013
- Roset B., Stronks K., Sixma H., Rademakers J., Onyebuchi A., *Item non - respons bij CQI onderzoek onder patiënten van allochtone herkomst*, NIVEL, 2008
- Schellingerhout R., *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*, Den Haag, SCP, 2004
- *Standards for equality in health care for migrants and other vulnerable groups - Self - Assessment Tool for Pilot Implementation*, HPHTask Force MFH Migrant Friendly Hospitals and Health Services, Servizio Sanitario Regionale Emilia - Romana & Clinical Health Promotion Centre, 2014

-
- Van 'T Land H., *Kwaliteit van vragenlijsten bij survey-onderzoek onder etnische minderheden - Effecten van de taal van het interview en de etniciteit van de interviewer*
 - Vennik F. et al, *Handleiding kwaliteitsverbetering ziekenhuiszorg vanuit de ervaring van patiënten*, iBMG, 2013
 - Winters S.Giesen P., Koetsenruijter J., Akkermans R., *CQI huisartsenzorg - Analyse en evaluatie van de online uitvraag*, IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud UMC, 2013
 - Vrooman C., Gijsberts M., Boelhouwer J., *Verschil in Nederland*, SCP, Den Haag, 2014
 - *Wat vinden uw cliënten van de begeleiding? Onderzoek Kiwa Prismant naar ervaringen met Beschermend Wonen (ggz)*, Pamayer - regio Noord, Utrecht, 2012
 - Wolf B., Dahhan N., *Medische communicatie en etnische diversiteit*, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2014
 - Zuidgeest M., Boer D. de, Hendriks M., Rademakers J., *Verschillende dataverzamelingsmethoden in de CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten*, TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008
 - Zuidergeest M., et al, *Sturen op cliëntenervaringen - Transparantie en kwaliteitsbevordering in verpleging- en verzorgingshuizen*, Tranzo Universiteit van Tilburg, 2010
 - *Zorg Om Elkaar- cursus voor oudere vluchtelingen en hun mantelzorgers over hulp en voorzieningen in de thuissituatie*, Pharos en Vilans

Bijlage 1

CQI - Kader en voorwaarden

Zoals in de inleiding aangegeven is het ontwikkelen van meetinstrumenten en uitvoeren van metingen waaronder de CQI in handen gelegd van de partijen in de zorg: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten. Het Zorginstituut Nederland stimuleert en ondersteunt de ontwikkeling van deze instrumenten. Dit instituut beheert ook een Register waarin meetinstrumenten opgenomen worden. Het Register fungeert als gezamenlijke norm voor goede zorg. Als een instrument met als doel 'publieke informatie' of 'zorginkoop met financiële consequenties' opgenomen is in het Register dan zijn de zorgaanbieders verplicht de door het Zorginstituut opgevraagde kwaliteitsgegevens te rapporteren op basis van dat instrument.

Als de partijen in de zorg een meetinstrument hebben ontwikkeld, worden ze geacht dit instrument gezamenlijk aan te bieden voor inschrijving in het Register. Het Zorginstituut beoordeelt de kwaliteit van aangeboden meetinstrumenten aan de hand van een aantal voorwaarden die zijn vastgelegd in het *'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten'*. Het Zorginstituut kijkt of het aangeboden instrument valide en betrouwbaar is en een goed middel om een indicatie te geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij een meetinstrument dat keuze-informatie genereert (CQI) wordt ook getoetst of dat instrument vergelijkbare informatie oplevert. Deze vereisten zijn verder uitgewerkt in de zogeheten aanbiedingsbrief die onderdeel uitmaakt van het Toetsingskader en in het Handboek met werkinstructies (Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, versie 1 - april 2014) .

Het is van belang dat het Zorginstituut de aangeboden meetinstrumenten toetst aan de eisen van validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van indicatoren voor alle respondenten inclusief niet-westerse migranten.

Bij niet voldoen aan de eis van vergelijkbaarheid van indicatoren, zou het Zorginstituut kunnen eisen dat de partijen die een meetinstrument aanbieden in hun toelichting over de interpretatie van toepasbaarheid van aangedragen indicatoren, aangeven dat deze niet van toepassing op niet-westerse migranten zijn.

Het Zorginstituut kan elementen overnemen uit 'Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten' voor *'Het Handboek met werkinstructies'*. Het gaat daarbij vooral om de werkwijze betreffende culturele validatie van meetinstrumenten zoals ontwikkeld door NIVEL en partners.

Afname van CQI-meting

De partijen in de zorg besteden de afname van CQI-metingen uit aan speciaal daartoe geaccrediteerde meetbureaus. Zij voeren de CQI-meting uit aan de hand van een overzichtelijk stappenplan en volgens de richtlijnen uit het Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen.

Bijlage 2

Indeling rapport

In de tweede fase van genoemd project heeft Pharos methodieken en materialen ontwikkeld gericht op het informeren van migranten over het nut van de CQI metingen: een 'train de trainer' voor migranten intermediairs, informatiematerialen in het Turks en Arabisch met het meetbureau QualiZorg en een animatiefilm met Miletus en de meetbureaus QualiZorg en MediQuest. Daarnaast is een verkennend onderzoek onder een aantal cliëntenraden verricht en de relevante literatuur geraadpleegd. Deze activiteiten hebben tot het inzicht geleid dat het startpunt voor het verhogen van de respons een degelijke voorkennis over migranten, hun gezondheidszorg en zorggebruik is. Deze voorkennis is van belang voor het stellen van juiste onderzoeksvragen, ontwikkelen van de CQI meetinstrumenten, uitvoeren van metingen, analyseren en interpreteren van data en het opstellen van rapportages met verbeterpunten. In hoofdstuk 1. hebben wij de bestaande informatie over migranten gebundeld en verwijzingen gedaan naar de bronnen waar nog meer informatie over deze groepen te vinden is. Voor het verhogen van de respons is het verder van belang dat de meetinstrumenten aansluiten op de kennis, vaardigheden en mogelijkheden van de migranten respondent. In Nederland is veel gepubliceerd over het verrichten van onderzoek onder migranten, het kiezen van geschikte onderzoek vormen en het inzetten van werkzame elementen. Wij kunnen uit dat onderzoek leren en het geleerde toepassen bij het opzetten en uitvoeren van de CQI metingen. In hoofdstuk 2. geven wij in het kort aan welke onderzoek vormen, vragenlijsten en specifieke onderzoeksactiviteiten de respons onder migranten kunnen vergroten. Cliëntenraden hebben verzwaard advies bij de inspraak over de CQI metingen. Wij hebben onder acht cliëntenraden een verkennend onderzoek verricht naar hun betrokkenheid bij de CQI metingen, de uitvoering van deze metingen binnen hun zorginstellingen en de bekendheid met de uitkomsten wat betreft migranten. De uitkomsten uit dit verkennend onderzoek en de suggesties van de cliëntenraden voor het vergroten van de respons presenteren wij in hoofdstuk 3. Tenslotte is voor het verhogen van de respons van belang dat (potentiele) respondenten geïnformeerd zijn over het nut van de CQI metingen en gemotiveerd zijn de CQI vragenlijsten in te vullen als ze daarvoor gevraagd worden. In hoofdstuk 4. beschrijven wij de genoemde methodieken en materialen.

Bijlage 3

Organisaties die bijdrage hebben geleverd

- Cliëntenraad Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede
- Cliëntenraad Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam
- Cliëntenraad Catharina Ziekenhuis in Eindhoven
- Cliëntenraad Radboudumc in Nijmegen
- Cliëntenraad Vlietland Ziekenhuis in Schiedam
- Cliëntenraad Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in Amsterdam
- Cliëntenraad GGZ Leiden Rivierduinen
- Cliëntenraad Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam
- Qualizorg - meetbureau
- Mediquest - meetbureau
- IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare CQI Radboud University
- GGZ Pameijer in Rotterdam
- Careyn - organisatie voor thuiszorg, verpleging, verzorging en maatschappelijke dienstverlening
- LSR - hét landelijk steunpunt op het gebied van (mede)zeggenschap
- LOC - zeggenschap in zorg
- Erasmus MC Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
- Het Inter - lokaal in Nijmegen
- Stichting Voorlichters Gezondheid (SVG) in Rotterdam
- Stichting Interculturele Gezondheidszorg Nederland (SIGN)

