

Handreiking presentatie van kwaliteitsinformatie aan consumenten

Olga C. Damman, Uriëll L. Malanda

Datum 30 november 2015
Status 1 Definitief

Colofon

Uitgave	Extra exemplaren kunt u downloaden vanaf www.zorginzicht.nl
Volgnummer	2015145924
Contactpersoon	dr. U.L. Malanda +31 (0)20 797 80 38
Afdeling	Sector Zorg, Kwaliteitsinstituut
Auteurs	O.C. Damman, U.L. Malanda
Redactie	Jacqueline de Rijk ¹ Ayla Lokhorst ¹ Olga Damman ² Uriëll Malanda ¹
Een initiatief van	¹ Zorginstituut Nederland ² Afdeling Sociale Geneeskunde en EMGO+ Instituut – VU Medisch Centrum Amsterdam

Versiebeheer

Versie	Datum	Toelichting en status
1.0	30 november 2015	definitief

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Voorwoord—9

1 Inleiding—11

- 1.1 Achtergrond—11
- 1.2 Waarom is kwaliteitsinformatie zo moeilijk te begrijpen?—11
- 1.3 Soorten kwaliteitsinformatie—12
- 1.4 Leeswijzer—15

2 Het reduceren van de totale hoeveelheid informatie—16

- 2.1 Waarom is het belangrijk om de totale hoeveelheid informatie te reduceren?—16
- 2.2 Handvatten om het aantal zorginstellingen op een scherm te reduceren—16
- 2.3 Handvatten om het aantal indicatoren te reduceren—17
- 2.4 Handvatten samengevat—18

3 Context bieden aan kwaliteitsgegevens—19

- 3.1 Waarom is het bieden van context belangrijk?—19
- 3.2 Handvatten om context te bieden—20
- 3.3 Handvatten samengevat—23

4 Vertalen van kwaliteitsgegevens naar informatie—24

- 4.1 Waarom is het vertalen van informatie belangrijk?—24
- 4.2 Basiselement 1: Positieve en negatieve frames—24
- 4.3 Basiselement 2: Vergelijking met standaarden of normen—25
- 4.4 Basiselement 3: Tekst versus beeld en verschillende soorten visualisaties—27
 - 4.4.1 Verschillende soorten visuele weergaven—31
 - 4.4.1.1 Staafdiagrammen—31
 - 4.4.1.2 Lijndiagrammen—32
 - 4.4.1.3 Populatiediagrammen of 'icon arrays'.—32
 - 4.4.1.4 Symbolen of pictogrammen—34
 - 4.4.1.5 Woordiconen.—37
 - 4.5 Basiselement 4: Reviews en narratieve informatie—38
 - 4.6 Basiselement 5: Begrijpelijke taal in de omschrijving van kwaliteitsindicatoren—41
 - 4.6.1 Handvatten voor het gebruik van begrijpelijke taal in de omschrijving van kwaliteitsindicatoren—42
 - 4.7 Handvatten samengevat—44

5 Uitleg en leeswijzers bieden—45

- 5.1 Waarom zijn uitleg en leeswijzers belangrijk?—45
- 5.2 Handvatten om uitleg en leeswijzers te bieden—45
- 5.3 Handvatten samengevat—50

6 Verantwoording—51

7 Literatuurlijst—52

8 Bijlagen—58

1. Stappenplan ontwikkelen kwaliteitsinformatie en de handvatten voor het creëren van begrijpelijke informatie bij elke stap.—59

2. Achtergrondinformatie gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland—60

Samenvatting

Voor wie is deze handreiking?

Deze handreiking is voor veldpartijen die ruwe kwaliteitsgegevens willen omzetten in openbare kwaliteitsinformatie voor consumenten. Dit zijn bijvoorbeeld zorgverzekeraars, zorginstellingen patiëntenorganisaties en ontwikkelaars van keuzewebsites. Met andere woorden, iedereen aan de 'output-kant' van het creëren van kwaliteitsinformatie. Maar deze handreiking is ook een hulpmiddel voor veldpartijen aan de 'input-kant' van dat proces, bijvoorbeeld ontwikkelaars van indicatoren en richtlijnen. Als zij weten wat de beste presentatiewijze van consumenteninformatie is, kunnen ze daar rekening mee houden bij het bepalen van essentiële informatie die openbaar moet worden voor de consument.

Waar gaat deze handreiking over?

Deze handreiking beschrijft hoe je kwaliteitsinformatie over de zorg begrijpelijk kunt presenteren aan consumenten. We zoomen specifiek in op het moment dat de consument de informatie schriftelijk of op een scherm voor zich ziet. Dat is het moment waarop het belangrijk is om de informatie te begrijpen en te gebruiken bij het maken van een keuze.

Waar gaat deze handreiking niet over?

De handreiking gaat niet over de betrouwbaarheid en vindbaarheid van kwaliteitsinformatie. Ook de toepassing van kwaliteitsinformatie in de dagelijkse praktijk en de 'look and feel' van een website vallen buiten het perspectief.

Waarom is begrijpelijke presentatie belangrijk?

Kwaliteitsgegevens zijn moeilijk te begrijpen voor de consument. Dat komt vooral door de grote hoeveelheid technische en getalsmatige informatie die verwerkt moet worden. Daarbij spelen de cognitieve vaardigheden en geheugencapaciteit van de gemiddelde consument een rol. Ook weet het merendeel van de consumenten niet wat kwaliteitsinformatie is. Uit zichzelf zijn ze nauwelijks gemotiveerd om de informatie zorgvuldig te bekijken. Als kwaliteitsinformatie niet begrijpelijk is, zal de gebruiker die niet of op een verkeerde manier meenemen in het keuzeprocess. Dat kan ertoe leiden dat beslissingen onverwacht nadelig uitpakken. Zeker voor mensen met weinig gezondheidsvaardigheden vergroot dit het risico dat ze minder goede zorg ontvangen.

Vier essentiële onderdelen van begrijpelijke presentatie

De handreiking onderscheidt vier essentiële onderdelen voor een begrijpelijke presentatie. Hieronder volgt een korte beschrijving van ieder onderdeel. Het bijbehorende hoofdstuk en de checklist hierna geven concrete handvatten om alle onderdelen daadwerkelijk goed uit te voeren. Voor gebruikers die kwaliteitsinformatie willen ontwikkelen is een stappenplan ontwikkeld (zie Bijlage 1) waarin de belangrijkste handvatten voor begrijpelijke presentatie zijn opgenomen.

Beperk de totale hoeveelheid informatie (Hoofdstuk 2)

Consumenten hebben toegang tot een enorme hoeveelheid kwaliteitsinformatie. Ze onthouden echter maar een beperkte hoeveelheid van deze informatie. Om de cognitieve inspanning voor consumenten niet te groot te maken, moet op scherm of op papier de hoeveelheid informatie (bijvoorbeeld het aantal weergegeven zorginstellingen en indicatoren) beperkt blijven. Vijf tot zeven zorginstellingen en vijf tot tien indicatoren is het maximale aantal dat we tegelijkertijd kunnen verwerken. Het aantal kwaliteitsindicatoren kan beperkt worden door selecties te maken op basis van criteria, door gelaagdheid in de informatie aan te brengen of door de informatie in brokken ('chunks') aan te bieden.

Geef context bij kwaliteitsgegevens (Hoofdstuk 3)

De meeste consumenten zijn onbekend met het begrip 'kwaliteit van zorg' en de onderliggende kwaliteitsindicatoren. Zij weten vaak niet dat zorginstellingen qua kwaliteit kunnen verschillen. Als mensen niet bekend zijn met een keuzedomein en daar ook geen context bij krijgen, zullen ze aangeboden informatie minder goed begrijpen of op waarde schatten. Daarom is het belangrijk om kwaliteitsinformatie van zorgvuldige context te voorzien, bijvoorbeeld door een schets van het doel en de relevantie en een raamwerk dat uitlegt waar kwaliteit van zorg uit bestaat. Een goed raamwerk is bijvoorbeeld een indeling in effectieve zorg, veilige zorg en patiëntgerichte zorg.

Vertaal kwaliteitsgegevens naar betekenisvolle informatie (Hoofdstuk 4)

De ruwe, vaak getalsmatige scores en formuleringen van kwaliteitsindicatoren zijn moeilijk te interpreteren. Dat soort gegevens lijkt vaak betekenisloos. Daarom is het belangrijk om gegevens te vertalen naar betekenisvolle informatie. De volgende basiselementen zijn daarbij van belang:

- Basiselement 1: Positieve en negatieve frames. Dit is het benadrukken van mogelijke 'winst' versus het benadrukken van mogelijk 'verlies'.
- Basiselement 2: Vergelijking met standaarden en normen. Dit is het geven van vergelijkingsankers in de vorm van standaarden, normen en gemiddelden als hulpmiddel om te beoordelen hoe goed of slecht een score is.
- Basiselement 3: Tekst versus beeld en verschillende soorten visualisaties. Dit zijn bijvoorbeeld getallen versus staafdiagrammen, symbolen of woordiconen.
- Basiselement 4: Reviews en narratieve informatie. Dit zijn verhalen van illustratieve ervaringen van mensen om statistische informatie betekenis te geven.
- Basiselement 5: Begrijpelijke taal in de omschrijving van indicatoren. Dit is bijvoorbeeld het gebruik van leektaal en een begrijpelijk taalniveau.

Geef uitleg en voeg leeswijzers toe (Hoofdstuk 5)

De meeste websites bieden consumenten een overweldigende hoeveelheid informatie. Consumenten zijn vaak onbekend met indicatoren en de manier waarop scores worden gepresenteerd. Daarom is het belangrijk om goede uitleg te geven en leeswijzers toe te voegen. Die kunnen helpen om informatie goed te lezen en te interpreteren. Denk aan informatieknoppen (i-buttons), legenda's en doorklikmogelijkheden naar toelichtende informatie over de betrouwbaarheid van de informatie.

Checklist voor begrijpelijke presentatie van kwaliteitsinformatie aan de consument

-
- ✓ **Onderdeel**
- Is het doel om de kwaliteitsinformatie te tonen helder gespecificeerd (bv. "consument krijgt inzicht in de exacte kwaliteit van gekozen instelling", of "consument moet tussen zorginstellingen kunnen kiezen")?
- Het reduceren van de totale hoeveelheid informatie**
- Wordt een beperkt aantal (5 tot 7) zorginstellingen getoond en zijn overige instellingen vindbaar via gelaagdheid in de data (bv. eerst alleen de 5 dichtstbijzijnde instellingen, de rest via doorklikken)?
- Wordt een beperkt aantal (5 tot 10) kwaliteitsindicatoren getoond en zijn overige indicatoren vindbaar via gelaagdheid in de data (bv. eerst alleen 5 indicatoren en de rest via doorklikken)?
- Indien toch meer indicatoren worden getoond, worden die georganiseerd in 'chunks' (overkoepelende informatie-categorieën)?
- Context bieden aan kwaliteitsgegevens**
- Worden doel en relevantie van de kwaliteitsinformatie duidelijk gemaakt?
- Is de eventuele samenhang met andere onderdelen van website zichtbaar?
- Wordt een 'kwaliteit-van-zorg' raamwerk gegeven (bv..een indeling in effectieve zorg, veilige zorg en patiëntgerichte zorg)?
- Vertalen van kwaliteitsgegevens naar betekenisvolle informatie**
- Zijn frame en doel van de informatie (positief, negatief, neutraal) goed op elkaar afgestemd?
- Wordt overal hetzelfde frame gebruikt voor zover mogelijk? Zo niet, wordt frame uitgelegd in leeswijzers (bv. hogere percentages betekenen minder goede zorg)?
- Wordt een standaard of norm getoond als vergelijkingsanker (bv. een gemiddelde, een benchmark of een norm)?
- Wordt deze standaard of norm ook uitgelegd in een leeswijzer?
- Wordt getalsmatige informatie aangevuld met visualisatie (bv. staafdiagrammen, symbolen of woordiconen)?
- Zijn die visualisaties goed afgestemd op het doel van de kwaliteitsinformatie?
- Is het totaalbeeld op het scherm rustig?
- Zijn eventuele aanvullende reviews en narratieve informatie goed afgestemd op het doel van de kwaliteitsinformatie en op het soort statistische informatie?
- Zijn de omschrijvingen van kwaliteitsindicatoren in begrijpelijke taal geformuleerd (bv. wordt B1 niveau waar mogelijk gebruikt)?
- Uitleg en leeswijzers bieden**
- Staan er i-buttons bij de kwaliteitsindicatoren met uitleg van die indicator voor het interpreteren van de scores, of uitleg van eventuele vergelijkingsankers?
- Staan er leeswijzers bij de kwaliteitsindicatoren die aangeven hoe de scores gelezen moeten
-

worden (bv. hogere percentages betekenen betere kwaliteit van zorg)?

- Zijn er legenda's of leeswijzers bij symbolen en andere visuele weergaven?
 - Worden er doorklikmogelijkheden geboden naar meer achtergrondinformatie over de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie?
-

Voorwoord

In ons zorgstelsel is het afgelopen decennium veel energie gestoken in het meten en verzamelen van gegevens over de kwaliteit van zorg door zorgaanbieders. Eén van de primaire doelen is om deze kwaliteitsgegevens openbaar te maken voor de consument en die te helpen bij het kiezen van een zorgaanbieder. Praktijkervaring van veldpartijen en wetenschappelijke studies laten zien dat het nog niet zo eenvoudig is om consumenten van goede informatie te voorzien. Daarbij vallen een paar dingen op.

Ten eerste moet de openbare informatie een goede én betrouwbare weergave van de kwaliteit van zorg zijn. Er is daarom de laatste jaren flink geïnvesteerd in het ontwikkelen van gezamenlijk overeengekomen en betrouwbare kwaliteitsindicatoren, die als keuze-informatie voor de consument kunnen dienen. Zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars moeten deze indicatoren gezamenlijk goedkeuren.

Ten tweede moet deze informatie vindbaar en toegankelijk zijn. Ook hierin zit grote voortgang. Dit wordt aangejaagd nu veldpartijen in het Jaar van de Transparantie hun krachten bundelen om consumenten de weg te wijzen naar goede informatie. Consumenten moeten zich bewust worden dat kwaliteitsinformatie bestaat en dat zij zelf een rol kunnen spelen bij het kiezen van de meest geschikte zorgaanbieder.

Ten derde is het belangrijk dat de informatie begrijpelijk is. Wanneer consumenten eenmaal de weg naar goede informatie weten, moeten zij deze informatie ook kunnen meewegen in het keuzeproces. Begrijpelijkheid van informatie staat hoog op de agenda in het Jaar van de Transparantie.¹ Zorginstituut Nederland heeft daarom samen met het EMGO+ Instituut onder begeleiding van een expertcommissie deze Handreiking presentatie kwaliteitsinformatie aan de consument opgesteld.

In deze handreiking bundelen we kennis over het presenteren van kwaliteitsinformatie en bieden we concrete handvatten voor veldpartijen om kwaliteitsinformatie begrijpelijk weer te geven. De handreiking kijkt in breed perspectief naar soorten kwaliteitsinformatie. De gebundelde kennis en handvatten omvatten niet alleen zorginhoudelijke indicatoren, maar ook patiëntenervaringen, patient-reported outcome measures (PROMs), patiëntenreviews en narratieven. De handreiking gaat specifiek in op het moment dat de consument de informatie schriftelijk of op een scherm voor zich ziet en probeert om een beeld te krijgen van de kwaliteit van zorginstellingen.

De handreiking gaat dus niet in op kwesties van betrouwbaarheid en vindbaarheid van de informatie.² Ook gaan we niet in op de vraag hoe consumenten de kwaliteitsinformatie in de dagelijkse praktijk gebruiken, bijvoorbeeld in een gesprek met hun huisarts.³ De handreiking gaat ook niet in op het ontwerp of 'look and feel' van een website.

Deze handreiking richt zich op iedereen die ruwe kwaliteitsgegevens wil omzetten in openbare kwaliteitsinformatie en concentreert zich uitsluitend op de presentatie van kwaliteitsinformatie zelf. Patiëntenorganisaties en makers van keuzewebsites zijn

¹ Kamerbrief "het Jaar van de Transparantie". Ministerie van VWS; Den Haag, 2015: 723160-133094-MC.

² Zie voor een recent onderzoek naar deze thematiek: Bardach NS, Hibbard JH, Greaves F, Dudley RA. Sources of traffic and visitors' preferences regarding online public reports of quality: web analytics and online survey results. JMIR 2015; 17(5): e102.

³ Zie voor een recent onderzoek naar deze thematiek: Ketelaar NA, Faber MJ, Braspenning JC, Westert GP.

bijvoorbeeld mogelijke gebruikers. Met andere woorden, vooral gebruikers aan de 'output-kant' van het proces. Daarnaast is de handreiking ook nuttig voor gebruikers aan de 'input-kant' van het proces, zoals ontwikkelaars van indicatoren en richtlijnen. Als zij weten wat de beste presentatiewijze van consumenteninformatie is, kunnen ze daar rekening mee houden bij het bepalen welke informatie openbaar moet worden voor consumenten. In de handreiking wordt gebruik gemaakt van illustraties die gebaseerd zijn op data uit de medisch specialistische zorg. De handvatten die we geven, zijn echter breed toepasbaar. Waaronder ook kwaliteitsinformatie over de eerstelijns zorg.

Het maken van begrijpelijke kwaliteitsinformatie is ingewikkeld en kost tijd. De samenstellers van deze handreiking realiseren zich dat het ontwerpen van bepaalde presentatiewijzen energie en geld kost. De handreiking is dan ook niet dwingend bedoeld, maar – zoals het woord al zegt – als een handreiking waarmee lezers hun voordeel kunnen doen. Wij willen veldpartijen stimuleren om de handvatten toe te passen in de praktijk. Zo krijgen consumenten steeds beter toegang tot begrijpelijke kwaliteitsinformatie, niet alleen in het Jaar van de Transparantie, maar ook daarna.

Wij zijn alle leden van de expertcommissie en geraadpleegde veldpartijen zeer erkentelijk voor hun waardevolle input.

Olga Damman
EMGO+ Instituut – VU Medisch Centrum

Uriëll Malanda
Zorginstituut Nederland

Referenties

Bardach NS, Hibbard JH, Greaves F, Dudley RA. Sources of traffic and visitors' preferences regarding online public reports of quality: Web analytics and online survey results. *JMIR* 2015; 17(5): e102.

Kamerbrief "Het Jaar van de Transparantie". Ministerie van VWS; Den Haag, 2015: 723160-133094-MC.

Ketelaar NA, Faber MJ, Braspenning JC, Westert GP. Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice. *BMC Health Serv Res.* 2014 Dec 3;14(1):617.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Wanneer is openbare kwaliteitsinformatie effectief als keuzeondersteunende informatie voor de consument? Niet alleen moeten klinisch relevante indicatoren nauwkeurig worden weergegeven, ze moeten ook op een begrijpelijke manier aan de consument gepresenteerd worden.

Kwaliteitsgegevens zijn voor consumenten moeilijk te begrijpen. [1,2] Vooral ruwe gegevens en getallen lijken moeilijk te bevatten. Gebruikersonderzoek heeft aangetoond dat consumenten vaak niet de kernboodschap uit de informatie halen zoals de ontwerpers die hadden bedacht. [2-4] Ook weten we dat presentatiewijzen die consumenten zelf prettig vinden, niet altijd daadwerkelijk bijdragen aan een goed begrip van informatie. [5] Visueel weergegeven gegevens zijn ook lang niet altijd eenvoudig te doorgronden. De grote hoeveelheid technische en getalsmatige informatie veroorzaakt een groot probleem. Daarbij spelen ook de cognitieve vaardigheden en geheugencapaciteit van de gemiddelde consument een rol.

Hoe kun je dan toch informatie creëren die voor consumenten begrijpelijk is? Deze handreiking gaat in op die vraag. Dit hoofdstuk laat met achtergrondinformatie zien waarom het zo moeilijk is om kwaliteitsinformatie goed te begrijpen.

1.2 Waarom is kwaliteitsinformatie zo moeilijk te begrijpen?

Consumenten hebben om verschillende redenen moeite met het begrijpen van kwaliteitsinformatie. Dat ligt zowel aan kenmerken van de consument (zoals iemands motivatie, opslagcapaciteit van zijn/haar geheugen en gezondheidsvaardigheden) als aan kenmerken van de informatie. Deze twee kenmerken hangen ook met elkaar samen.

Vooral de volgende kenmerken van informatie zijn belangrijk [6]:

- De onbekende en vrij technische en medische termen;
- De abstracte getalsmatige informatie;
- De grote hoeveelheid informatie die verwerkt moet worden.

Voor het presenteren van begrijpelijke informatie is het belangrijk om de wisselwerking tussen kenmerken van de informatie en van de consument in gedachten te houden. Zo zal getalsmatige informatie vooral niet goed begrepen worden door mensen met beperkte numerieke vaardigheden. Oudere consumenten zullen minder informatie kunnen verwerken vanwege een verminderde geheugenfunctie. Boxen 1-3 geven meer informatie over de problemen die ontstaan door deze wisselwerking. Problemen met het begrijpen van terminologie in de zorg (Box 1), problemen met het begrijpen van getallen (Box 2) en de complexiteit van het maken van keuzes (Box 3).

De kenmerken van de taak die de consument moet verrichten vormen het derde belangrijk aspect bij de vraag waarom kwaliteitsinformatie moeilijk te begrijpen is. Bij het openbaar maken van kwaliteitsgegevens is vaak de primaire gedachte dat consumenten 'inzicht krijgen in verschillen tussen aanbieders' of 'bewust worden van kwaliteit van zorg in instellingen'. Meestal wordt ook gezegd dat de informatie consumenten in staat moet stellen een keuze te maken. Het maken van een keuze is echter een andere taak dan het vormen van een beeld van de kwaliteit in één of in meerdere instellingen. Voor het ondersteunen van keuzes zijn mogelijk andere presentatiewijzen geschikt dan voor het vormen van een beeld van de exacte kwaliteit in een bepaalde zorginstelling. Bij het vertalen naar begrijpelijke informatie is het dan ook belangrijk om het doel van de kwaliteitsinformatie en de

bijbehorende taak voor de consument te specificeren. Sommige presentatiewijzen zullen vooral helpen om het ene doel te behalen, terwijl andere presentatiewijzen geschikt zijn voor andere doelen. Zie Box 4 voor meer informatie.

Box 1 Problemen met het begrijpen van terminologie in de zorg

Veel mensen vinden het moeilijk om kwaliteit van zorg goed te begrijpen. [7] Ten eerste hangt dit problemen samen met de gezondheidsvaardigheden van mensen. 'Gezondheidsvaardigheden' is een breed begrip. Het zijn de vaardigheden om informatie in de gezondheidszorg te verkrijgen, lezen, begrijpen en gebruiken, zodat men gepaste beslissingen kan nemen en instructies voor behandelingen kan volgen. [8] Gezondheidsvaardigheden zijn sterk gerelateerd aan functionele geletterdheid en leesvaardigheden. [8-10] Begrippen zoals 'indicatoren', 'kwaliteitsgegevens' en 'zorgaanbieders' zijn voor zorgprofessionals vaak eenduidige begrippen. Maar dat geldt zeker niet voor grote groepen consumenten. Uit onderzoek weten we bijvoorbeeld dat slechts 35% van consumenten het woord 'oraal' begrijpt, 22% het woord 'zenuw' en slechts 13% het woord 'terminaal'. [11] Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite met dit soort gezondheidsbegrippen. Dit vormt een groot probleem, omdat juist mensen met lage gezondheidsvaardigheden het meest gebaat zijn bij kwalitatief goede zorg en dus bij kwaliteitsinformatie. Zij zijn namelijk relatief vaak chronisch ziek, doen minder aan zelfmanagement en zijn minder geneigd om gebruik te maken van voorzieningen in de zorg. [12,13] Een tweede probleem met terminologie in de zorg is dat er vaak abstracte begrippen worden gebruikt. Ook al is iemand geletterd genoeg om te begrijpen dat 'kwaliteitsgegevens' data zijn die iets zeggen over kwaliteit van zorg, dan nog heeft die persoon niet automatisch een intuïtief beeld van wat dat inhoudt.

1.3 Soorten kwaliteitsinformatie

Om te bepalen welke presentatiewijze het meest geschikt is voor de informatie die je wilt weergeven, is het belangrijk om het soort informatie te bepalen. Grofweg onderscheiden we vier soorten kwaliteitsgegevens:

- 1 Zorginhoudelijke indicatoren, geregistreerd en aangeleverd door zorginstellingen.
- 2 Patiëntenervaringen, gerapporteerd door patiënten (bijvoorbeeld door CQ-index meetinstrumenten) en doorgaans aangeleverd door zorgverzekeraars of zorgaanbieders.
- 3 Patient Reported Outcome Measures (PROMs), gerapporteerd door patiënten en doorgaans aangeleverd door zorgverzekeraars of zorgaanbieders.
- 4 Reviews en verhalen (narratieven) van patiënten, gerapporteerd en aangeleverd door patiënten.

Bepaalde presentatiewijzen zijn geschikt voor de ene soort informatie, maar minder voor de andere. Dit hangt samen met de achterliggende methodieken. Hoe meet men? Hoe komt men van metingen tot vergelijkende scores? Zo wordt bijvoorbeeld voor CQ-index scores gebruik gemaakt van schaalvragen. Deze wijze van meten resulteert in kwaliteitsgegevens op een ordinale schaal van 1 tot en met 4. Die gegevens worden vervolgens met multilevel regressietechnieken op instellingsniveau omgezet naar drie of vijf categorieën. Die indeling in categorieën leent zich voor een presentatiewijze met symbolen, bijvoorbeeld sterren.

Bij zorginhoudelijke indicatoren is vaak geen sprake van continue scores op een schaal. Daar zien we eerder absolute aantallen, tellers en noemers en ja/nee vragen die zorginstellingen zelf registreren. Zulke indicatoren lijken op het eerste gezicht minder geschikt voor indeling in categorieën. Dit vanwege een aantal

methodologische bezwaren t.a.v. de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van data, ook al zou het in theorie vaak wel kunnen. Bij zorginhoudelijke indicatoren hebben we vaak te maken met getallen die vertaald moet worden. Bij PROMs betreft het bijvoorbeeld verschilcores tussen een voor- en nameting.

Narratieven van patiënten vormen weer een heel ander soort informatie. Narratieven lijken bijvoorbeeld geschikt voor ondersteunende audiovisuele middelen.

Box 2 Problemen met het begrijpen van getallen

Veel mensen hebben beperkte numerieke vaardigheden. Dit zijn vaardigheden om te redeneren met simpele numerieke concepten en deze ook toe te passen. Meer toegespitst op de gezondheidszorg wordt ook wel gesproken over 'health numeracy'. [14] Numerieke vaardigheden worden ook wel geschaard onder gezondheidsvaardigheden. Ongeveer de helft van de mensen heeft beperkte numerieke vaardigheden. [15] Nauwelijks de helft van burgers kan 1% omzetten naar 10 in 1000 en maar liefst 80% is niet in staat om 1 in 1000 om te zetten naar 0.1%. [16] Kansen en risico's zijn extra moeilijk te begrijpen. [17] Vooral kleine kansen geven problemen. Soms worden die overschat en soms worden ze, onterecht, gelijkgesteld aan een 0% kans. [18] Het is vooral moeilijk om ratio's te vergelijken die elk een verschillende noemer hebben (bijvoorbeeld 1 in 250 versus 1 in 1000) en om complexe ratio's in te schatten (bijvoorbeeld 513/570 in plaats van het gelijke 9/10). [5,19,20] Ook spelen angst en onzekerheid om met getallen te werken een rol. Hoewel er een verband bestaat tussen numerieke vaardigheden en opleidingsniveau, komen beperkte numerieke vaardigheden lang niet alleen voor onder mensen met een lager opleidingsniveau. [21] In het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland werden problemen bij het begrijpen van getalsmatige informatie wederom bevestigd:

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)	
	Streekziekenhuis Maxima
Percentage darmkankerpatiënten dat vóór de operatie in een zorgteam is besproken	71% van de 144 darmkanker patiënten

Respondent: "71% van de 144. Nou, dat vind ik eh, ja zeg maar de helft <stille> ik zou dat zelf prettiger vinden als dat hoger zou zijn." (noot: Deze persoon denkt ten onrechte dat 71% van 144 patiënten de helft van de patiënten is. Hij lijkt het percentage te zien als een absoluut aantal patiënten [71 patiënten in plaats van 71% van de patiënten]).

Box 3: De complexiteit van keuzes maken

Ook al zouden consumenten alle getallen en het idee van kwaliteit van zorg goed begrijpen, dan nog is het ingewikkeld om de informatie zorgvuldig af te wegen bij het maken van een keuze. Het is moeilijk om te bepalen wat voor jou als consument belangrijk is, welke aanbieders voldoen aan jouw criteria en deze informatie vervolgens te onthouden. Bovendien zijn de meeste consumenten uit zichzelf niet gemotiveerd om kwaliteitsinformatie te bekijken. [22,23] Bij gebrekkige motivatie plus een redelijke cognitieve belasting passen mensen vuistregels toe in het beslisproces. Daarbij negeren ze grote delen informatie en kunnen vertekeningen in informatieverwerking optreden. Deze strategieën leiden niet altijd tot slechtere beslissingen, ze kunnen in moeilijke keuzesituaties juist zeer behulpzaam zijn. [24] Wel kunnen ze er toe leiden dat bepaalde belangrijke informatie niet lang beklijft en/of niet wordt meegenomen in een keuze. Hoe eenduidiger de kwaliteitsinformatie is voor de consument, hoe waarschijnlijker het is dat het keuzeprocess gemakkelijk verloopt.

Box 4: De complexiteit van keuzes maken

- *Kiezen versus checken*

Consumenten kunnen vaak op twee manieren zoeken. Ze kunnen zorgaanbieders vergelijken of de zorgaanbieder checken die ze min of meer al gekozen hebben. [23,25] KiesBeter richt zich op beide doelen en geeft twee zoekmogelijkheden: 'Zoek stap voor stap uw zorgaanbieder' en 'Check uw zorgaanbieder'. Het is voorstelbaar dat 'Check uw zorgaanbieder' meer complexe prestatiewijzen oplevert dan 'Zoek stap voor stap uw zorgaanbieder'. Bij de eerste is de consument gemotiveerd om te weten hoe deze ene zorgaanbieder presteert op verschillende indicatoren. Bij 'Zoek stap voor stap uw zorgaanbieder' is waarschijnlijk veel meer ondersteuning nodig.

- *Judgment versus choice*

Een veel gebruikte indeling uit de besliskunde is een taakindeling in '*judgment tasks*' versus '*choice tasks*'. [26] Oordelen (*judgment*) vereist dat je een aantal alternatieven in een set evalueert of beoordeelt, terwijl kiezen (*choice*) vereist dat je het alternatief selecteert dat je voorkeur heeft. [27] Het is bekend dat oordelen meestal via een holistische manier van informatieverwerking verloopt, bijvoorbeeld aanbieders in hun geheel nagaan. Kiezen verloopt meestal via een meer dimensionale methode, bijvoorbeeld de indicatoren nagaan. In het ideale geval ondersteunt informatie beide taken in het keuzeprocess: het oordelen en het daadwerkelijke kiezen.

- *'Verbatim' begrip versus 'gist' begrip*

Een belangrijk onderscheid is dat tussen '*verbatim*' en '*gist*' begrip. [28] Moet iemand alleen weten wat de *gist* of *bottom line* betekenis is van informatie of ook de exacte, letterlijke *verbatim* betekenis? Voor het maken van keuzes lijkt vooral *gist* begrip belangrijk. [28-30] Verticale staafdiagrammen lijken goed te werken om het *gist* begrip van verschillen duidelijk te maken. [29,31] Er zijn echter ook situaties waarin het precies begrijpen van getallen belangrijk is. Bij behandelkeuzehulpen blijkt bijvoorbeeld dat getallen tot beter begrip van risico-informatie leiden dan een beschrijving in woorden. Voor het overbrengen van precieze informatie is het misschien beter tabellen met getallen te gebruiken. [30] Dit hangt ook weer af van iemands numerieke vaardigheden.

1.4**Leeswijzer**

In deze handreiking beschrijven we vier onderdelen die essentieel zijn voor een begrijpelijke presentatie van kwaliteitsinformatie. Deze lijst is niet uitputtend, maar bevat wel de meest belangrijke kwesties zoals die door praktijkervaring, in de literatuur en door de expertcommissie zijn geïdentificeerd:

- 1 Reduceren van de totale hoeveelheid informatie.
- 2 Bieden van context aan kwaliteitsgegevens.
- 3 Vertalen van kwaliteitsgegevens naar informatie met behulp van de basiselementen:
 - Gebruiken van positieve, neutrale en negatieve frames;
 - Vergelijken met standaarden en normen;
 - Aanbieden van tekst versus beeld en verschillende soorten visualisatie;
 - Gebruiken van reviews en narratieve informatie;
 - Gebruiken van begrijpelijke taal bij de omschrijving van indicatoren.
- 4 Uitleg geven en leeswijzers toevoegen.

De handreiking bevat voor elk van deze onderdelen een afzonderlijk hoofdstuk. Dat beschrijft de kennis op dit gebied en de resultaten van recent gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland. Elk hoofdstuk bevat bovendien handvatten voor veldpartijen om kwaliteitsinformatie daadwerkelijk begrijpelijk te presenteren. Bijlage 1 zet essentiële handvatten op een rij tijdens de verschillende stappen die doorlopen worden bij het creëren van kwaliteitsinformatie. Bijlage 2 geeft meer informatie over het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland.

2 Het reduceren van de totale hoeveelheid informatie

De hoeveelheid beschikbare kwaliteitsgegevens neemt toe. In de meeste zorgsectoren kun je veel zorginstellingen vergelijken. Een belangrijke vraag bij het presenteren van de gegevens is hoeveel van die instellingen getoond worden en op welke manier. Ook zijn grote sets van indicatoren beschikbaar en dit worden alleen maar meer. Welke indicatoren moet je dan daadwerkelijk online weergegeven? Als transparantie bieden over alle kwaliteit van zorg in Nederland het doel is, ligt het voor de hand om veel gegevens te publiceren. Maar de meeste websites willen consumenten helpen bij het vergelijken en kiezen. Dan is het juist belangrijk om de totale hoeveelheid informatie op scherm te beperken.

2.1 **Waarom is het belangrijk om de totale hoeveelheid informatie te reduceren?**

Door de grote hoeveelheid beschikbare gegevens bestaat er het risico op 'information overload'. Uit psychologisch onderzoek weten we dat consumenten slechts vijf tot zeven 'informatie-elementen' tegelijk in het werkgeheugen kunnen vasthouden. [32] Overload treedt vooral op bij keuzedomeinen waar consumenten niet goed in thuis zijn en niet weten wat er zoal te kiezen valt. [33] Er is dan ook veel gepleit voor 'less is more'. [34-36] Dit wil zeggen dat er niet meer dan ongeveer vijf informatie-elementen getoond worden. Ook voor kwaliteitsinformatie geldt dat consumenten informatie beter begrijpen en gebruiken wanneer er een kleine hoeveelheid informatie wordt getoond. Dat geldt vooral voor diegenen die laag scoren op gezondheidsvaardigheden en numerieke vaardigheden. [37,38] Wat vooral helpt is het verminderen van het aantal getoonde zorginstellingen. Maar ook het beperken van het aantal indicatoren maakt uit. [39,40] Er is waarschijnlijk een optimale hoeveelheid aan informatie per persoon. Deze hoeveelheid kan meer zijn als de kiezer in staat is deze te delen in 3 tot 5 categorieën of 'chunks' van informatie.

Het is vaak moeilijk voor de aanbieder om een selectie te maken uit beschikbare informatie, omdat iedere consument op zijn eigen manier naar informatie kijkt en interesses heeft in verschillende indicatoren. Toch lijkt het ongewenst om alle gegevens zonder enige vorm van organisatie of gelaagdheid aan de consument aan te bieden. Dit hoofdstuk biedt handvatten om de totale hoeveelheid informatie te beperken en te categoriseren.

2.2 **Handvatten om het aantal zorginstellingen op een scherm te reduceren**

Alle zorginstellingen op één pagina tonen is technisch vaak niet mogelijk. Bovendien is het voor de consument te overweldigend. Die verliest dan al snel zijn of haar motivatie. Gebruik de volgende handvatten om minder zorginstellingen te tonen:

- Gebruik paginanummers. De meeste websites gebruiken paginanummers om resultaten van een zoekopdracht weer te geven. Een belangrijk euvel van paginanummers is dat het gros van de consumenten niet verder kijkt dan de eerste pagina. Wijs consumenten er daarom expliciet op dat ook op volgende pagina's informatie over de aanbieders te vinden is.
- Laat consumenten eerst een selectie maken op bijvoorbeeld afstand en maximaal gewenste reisafstand. Dit zorgt ervoor dat alleen instellingen binnen een bepaalde afstand getoond worden. Het is bekend dat consumenten afstand een belangrijk keuzeaspect vinden. Daarom lijkt het als selectie criterium aan te sluiten bij het patiëntenperspectief. [41-43] Hierbij twee kanttekeningen. Het is

bekend dat afstand tot de dichtstbijzijnde zorginstelling door consumenten soms als standaardoptie wordt gebruikt. [23,25,44] Dit kan komen doordat zij onvoldoende naar kwaliteitsindicatoren kijken. Wanneer indicatoren op aansprekende en begrijpelijke wijze in beeld komen, zou afstand wel eens een minder belangrijk criterium kunnen worden [45]. Ten tweede moet het beginscherm duidelijk maken dat er op afstand wordt gerangschikt. Niet iedereen heeft dat namelijk uit zichzelf door.

- Laat consumenten eerst aangeven welke indicatoren zij belangrijk vinden en rangschik de selectie vervolgens op kwaliteit van instellingen. Je kunt bijvoorbeeld alleen instellingen tonen die het 'het beste doen'. Of laat alle instellingen zien via paginanummering, maar dan gerangschikt op kwaliteit. Ook hier moet je de consumenten erop wijzen dat er meer informatie is. Een mogelijk bezwaar is de moeilijkheid om kwaliteitsinformatie op meerdere indicatoren te rangschikken. Er moet altijd een indicator zijn waarop primair wordt gerangschikt. Prestaties van instellingen op andere indicatoren blijven hierdoor mogelijk onzichtbaar. Maar er is een tweede, misschien wel belangrijker bezwaar. Namelijk dat consumenten vooraf vaak niet weten wat voor hen belangrijk is voor hun keuze. [46,47] Hun voorkeuren worden pas gaandeweg, wanneer zij informatie bekijken, gevormd. Door vooraf te laten selecteren op indicatoren missen consumenten mogelijk informatie die zij wel degelijk belangrijk vinden. Bijvoorbeeld als ze die allemaal in een vergelijkingstabel hadden gezien. Het lijkt dus aan te bevelen om consumenten zelf te laten aangeven wat zij belangrijk vinden, maar pas nadat zij goed de betekenis van indicatoren hebben doordacht.

2.3

Handvatten om het aantal indicatoren te reduceren

Alle indicatoren tonen is vaak ondoenlijk, als je het overzichtelijk wilt houden. Er zijn verschillende methoden om het aantal getoonde indicatoren te beperken. Daarbij spelen vaak twee aspecten, namelijk of de indicator volgens experts methodologisch 'goed' is (d.w.z. valide, betrouwbaar en vergelijkbaar) en of de indicator 'geschikt' is voor de consument. De volgende handvatten kunnen helpen:

- Maak een selectie uit de beschikbare indicatoren. Toon bepaalde indicatoren wel en andere helemaal niet. Het voordeel is dat het de hoeveelheid indicatoren flink reduceert. Een bezwaar is dat vaak niet duidelijk is welke criteria geschikt zijn voor selectie. Veel gebruikte criteria om indicatoren wel aan de consument te tonen zijn:
 - Het is bekend dat het volgens experts een 'goede' indicator is. Hij is betrouwbaar, valide, voldoende gespecificeerd en vergelijkbaar.
 - Tussen zorginstellingen zijn op deze indicator redelijke verschillen van kwaliteit te zien.
 - Het absolute niveau van kwaliteit op deze indicator is laag.
 - Het is bekend dat patiënten of patiëntenorganisaties deze indicator belangrijk vinden.
 - De beschrijving van de indicator is gemakkelijk te begrijpen voor de consument.

Of toepassing van deze criteria inderdaad bruikbare informatie voor de consument oplevert, is niet bekend, alleen dat het de hoeveelheid informatie kan beperken. Onthoud dat criteria vaak door experts zijn opgesteld en dat hun perspectief anders kan zijn dan dat van consumenten. Wat experts belangrijk of begrijpelijk vinden komt niet altijd overeen met wat consumenten vinden. [48-50]
- Toon bepaalde indicatoren prominent en anderen gelaagd. Dit is een veel gebruikte methode, vaak toegepast via doorklikmogelijkheden of tabbladen. Het voordeel is dat er meer indicatoren getoond kunnen worden dan wanneer

indicatoren helemaal onzichtbaar zijn. Een nadeel is dat er nog steeds bepaald moet worden welke indicatoren prominent gepresenteerd worden en welke in de diepere laag worden gestopt. Ongemotiveerde consumenten zullen een deel van de indicatoren alsnog missen. De hierboven genoemde criteria kunnen helpen bij het prioriteren van de weergave.

- Organiseer in 'chunks' van informatie. Bundel individuele indicatoren tot nieuwe informatie-categorieën (chunks) met meerdere indicatoren. Zo kunnen consumenten informatie beter en langer in het werkgeheugen opslaan dan wanneer je indicatoren zonder categorisatie weergeeft. [51] Bijvoorbeeld een categorie van 'patiëntgerichtheid' die drie indicatoren over patiëntgerichtheid bevat en een categorie van 'patiëntveiligheid' die drie indicatoren over patiëntveiligheid bevat. Het beste is om deze categorisaties ook visueel zichtbaar te maken.
- Toon overall scores of composietscores in plaats van een set van individuele indicatoren. Composietscores of schaalscores zijn samenstellingen van scores op verschillende indicatoren die sterk aan elkaar gerelateerd zijn (zowel conceptueel als statistisch). Overall scores zijn scores die consumenten geven aan de algemene waardering voor de zorg, zoals een waarderingcijfer op een schaal van 1 tot 10 of de Net Promotor Score (NPS). Wanneer alleen een overall score of composietscore wordt getoond in plaats van achterliggende indicatoren, reduceert dat de kans op informatie overload. [40] Sommige consumenten zullen verder zoeken naar achterliggende informatie, maar niet iedereen. Het is de vraag of dat erg is, want ze meten als het goed is ongeveer hetzelfde concept, in ieder geval bij composietscores. Bij overall scores ligt het ingewikkelder, want deze zijn niet altijd een valide samenvatting van individuele indicatoren. [52,53] Zie voor meer informatie: <https://cahps.ahrq.gov/consumerreporting/talkingquality/create/organize/composites.html>

2.4

Handvatten samengevat



Het reduceren van de totale hoeveelheid informatie

- Wordt een beperkt aantal (5 tot 7) zorginstellingen getoond en zijn overige instellingen vindbaar via gelaagdheid in de data (bv. eerst alleen de 5 dichtstbijzijnde instellingen, de rest via doorklikken)?
- Wordt een beperkt aantal (5 tot 10) kwaliteitsindicatoren getoond en zijn overige indicatoren vindbaar via gelaagdheid in de data (bv. eerst alleen 5 indicatoren en de rest via doorklikken)?
- Indien toch meer indicatoren worden getoond, worden die georganiseerd in 'chunks' (overkoepelende informatie-categorieën)?

3 Context bieden aan kwaliteitsgegevens

De maatschappelijke aandacht voor kwaliteit van zorg en het transparant maken van kwaliteitsgegevens neemt toe. Daardoor komen steeds meer consumenten met het thema kwaliteit van zorg in aanraking. De meesten van hen zullen echter nog nooit diep nagedacht hebben over kwaliteit van zorg en wat dat allemaal kan inhouden. Het merendeel zal überhaupt nog nooit kwaliteitsinformatie hebben gezien. [23,54]

In onderzoekssituaties geven consumenten aan dat ze geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie. [55] Dat wil nog niet zeggen dat, wanneer ze die informatie daadwerkelijk zien, hun interesse gelijk is gewekt en dat ze scores goed kunnen plaatsen. Websites die kwaliteitsinformatie tonen moeten daarom doel en relevantie van kwaliteitsinformatie helder weergeven. [56] Een belangrijke vraag is hoe je dit doet, zodat consumenten het doel van de kwaliteitsinformatie goed begrijpen, zij het nut van het vergelijken van zorginstellingen inzien en zij een betekenisvol raamwerk krijgen om informatie in te plaatsen.

3.1 **Waarom is het bieden van context belangrijk?**

Mensen die op het web zoeken naar gezondheidsinformatie zijn vaak op zoek naar informatie over aandoeningen en vormen van passende zorg. Ze zoeken niet per se naar kwaliteitsinformatie. [25,41,57] In onderzoekssituaties geven ze echter wel keer op keer aan dat zij geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie. [55,58-60] Na het zoeken naar vormen van zorg lijkt het een logische stap om te zoeken naar kwalitatief goede zorginstellingen. Maar die informatie is niet altijd als zodanig herkenbaar, vaak omdat er abstracte termen en vakjargon worden gebruikt, zoals 'kwaliteitsgegevens', 'kwaliteit van ziekenhuizen' en 'zorgaanbieders'. Ook weten de meeste consumenten niet dat zorginstellingen überhaupt in kwaliteit kunnen verschillen. [56] Daarom is het belangrijk om het doel en de relevantie van kwaliteitsinformatie helder en compact te beschrijven.

Consumenten weten vaak niet wat ze kunnen verwachten bij kwaliteitsinformatie. Als ze die eenmaal zien, vinden ze het moeilijk om de verschillende indicatoren goed te begrijpen en op waarde te schatten. Daarom pleiten onderzoekers voor het bieden van een 'kwaliteit-van-zorg raamwerk'. [49,61] Onderwijstheorieën suggereren namelijk dat als mensen een beeld hebben van de 'grottere ideeën', ze de bijbehorende kleinere ideeën beter begrijpen. Ze zijn dan ook beter in staat zijn om nieuwe informatie in dat raamwerk te passen. [62] De meeste keuzewebsites geven consumenten echter allerlei 'kleine ideeën' zonder die voor hen in een raamwerk te organiseren.

Samengevat: wanneer mensen niet thuis zijn in een keuzedomein en zij geen context rondom dat domein krijgen aangeboden, is de kans groot dat ze het nut van de informatie niet inzien. Zij zullen de informatie dan ook minder vertrouwen, niet gemotiveerd zijn om de informatie goed te bekijken, en de informatie minder goed begrijpen.

3.2

Handvatten om context te bieden

- Schets doel en relevantie van de informatie. De kunst is om de interesse van consumenten te wekken en ze vervolgens naar kwaliteitsinformatie te leiden. Dat kan door kern-boodschappen te presenteren die vertellen waarom informatie belangrijk is. Stel bijvoorbeeld de vraag "Waarom zou je deze informatie moeten bekijken?". [56] Ook is het belangrijk om qua terminologie aan te sluiten bij termen die consumenten zelf gebruiken en vanuit daar de relevantie van kwaliteitsinformatie aan te geven. Hiermee vergroot je de motivatie om de informatie te bekijken. In Box 5 bespreken we het Amerikaanse model van het Amerikaanse Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) waarmee doel en relevantie van kwaliteitsinformatie worden geschetst.
- Zorg voor samenhang met andere relevante informatie over de zorg. Vaak hebben websites nog andere doelen behalve het tonen van kwaliteitsinformatie. Zo kun je op KiesBeter zorgaanbieders kiezen, maar ook inzicht krijgen in wat goede zorg is bij een bepaalde aandoening. Websites van patiëntenorganisaties hebben vaak ook veel meer doelen, zoals informeren over de aandoening, behandelingen en lotgenotencontact. In die context worden sommige termen, zoals keuzehulpen, voor meerdere soorten informatie gebruikt. Namelijk voor keuzes voor behandelingen én voor het kiezen van een zorgaanbieder. Het is belangrijk om kwaliteitsinformatie goed te positioneren en waar mogelijk de samenhang (of juist het verschil) te laten zien met andere informatie. Zorgkaart Nederland onderscheidt nu bijvoorbeeld voor het vergelijken van zorgaanbieders 'vergelijkingshulpen' en voor het vergelijken van behandelingen en het ondersteunen van de behandelkeuze 'keuzehulpen'.
- Bied een 'kwaliteit-van-zorg raamwerk'. Een goed uitgangspunt daarvoor is het in de Verenigde Staten ontwikkelde raamwerk voor kwaliteit van zorg. [61] Hierin is hoge kwaliteit van zorg effectief, veilig en afgestemd op de patiënt. Het raamwerk verdeelt getoonde informatie over deze drie categorieën. Daarnaast wordt de informatie ook in bijbehorende visuele 'chunks' aangeboden. In Box 6 wordt dit raamwerk weergegeven.

Er zijn verschillende categorisaties mogelijk om een eigen raamwerk te creëren:

- Categoriseren op kwaliteitsdomein. Binnen het kwaliteitsdenken worden verschillende kwaliteitsdomeinen onderscheiden. De definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) gaat uit van de aspecten 'effectiviteit', 'veiligheid', 'tijdigheid' en 'vraaggerichtheid' (ook wel 'patiëntgerichtheid' genoemd). Deze indeling biedt een prima kapstok om indicatoren te categoriseren. Gebruikersonderzoek toont aan dat consumenten deze indeling goed begrijpen, maar dan wel uitgedrukt in leken taal. [63] Deze indeling wordt dan ook aanbevolen en heeft de voorkeur boven andere categorisaties. Zie: <https://cahps.ahrq.gov/consumerreporting/talkingquality/create/organize/qualitydomain.html>
- Categoriseren op kwaliteitsniveau. De oudste categorisatie van kwaliteitsindicatoren gaat uit van niveaus van 'structuur', 'proces' en 'uitkomst'. [64] Recent zijn ook de niveaus van 'patiëntenervaringen' en 'kosten' toegevoegd. Het is onbekend of consumenten deze indeling begrijpen. Waarschijnlijk hebben ze nog nooit in deze bewoordingen over kwaliteit van zorg nagedacht. Dan is er dus een duidelijke uitleg bij nodig. Zie: <https://cahps.ahrq.gov/consumerreporting/talkingquality/create/organize/type.html>

Box 5 : Amerikaanse Agency for Healthcare Research (AHRQ) model voor het schetsen van doel en relevantie van kwaliteitsinformatie*

Rapport over de kwaliteit van zorginstellingen in [land, regio]

Kwaliteit van zorg in zorginstellingen houdt het volgende in: het juiste doen, op het juiste moment, op de juiste manier – en daarmee de best mogelijke resultaten bereiken. Deze rapportage geeft informatie over hoe goed de zorg van alle zorginstellingen in een land of regio is voor patiënten met allerlei gezondheidsproblemen en ziektes. Deze rapportage kan:

- U en uw naasten helpen om een zorginstelling te kiezen;
- Nuttige informatie geven voor uw naasten en familie wanneer deze zorg nodig hebben;
- Zorginstellingen motiveren om hun kwaliteit te verbeteren;
- Iedereen helpen om meer te weten te komen over de kwaliteit van zorginstellingen.

Waarom zou u deze informatie moeten bekijken?

Krijgen mensen niet gewoon goede zorg in elke instelling waarnaar hun huisarts ze verwijst? Hier zijn de feiten:

- Niet alle zorginstellingen leveren dezelfde kwaliteit van zorg. Sommige zijn beter dan andere.
- Een bepaalde zorginstelling kan het heel goed doen op een bepaald gebied en voor sommige ziektes, maar minder op andere gebieden of ziektes.
- Wanneer mensen naar een zorginstelling gaan lopen zij altijd risico om een nieuwe ziekte of probleem te ontwikkelen terwijl ze zorg krijgen voor het bestaande probleem. Zorginstellingen verschillen in hoe goed ze patiënten beschermen tegen deze risico's.
- De arts, specialist of chirurg waar de huisarts u naar heeft verwezen kan een heel goede arts zijn. Maar de kwaliteit van zorg in een instelling heeft ook te maken met de zorg die andere zorgverleners leveren, zoals verpleegkundigen. Ook hangt het af van hoe de zorg in de zorginstelling is georganiseerd.

Nu u deze feiten weet: Ons doel is om u informatie te geven die u kunt gebruiken om uw kansen op de best mogelijke zorginstelling te vergroten.

Wat voor informatie kunt u vinden in deze rapportage?

Wij geven u twee soorten informatie:

1. Hoe vaak patiënten medische complicaties kregen terwijl ze in de zorginstelling verbleven.
2. Hoe vaak patiënten overlijden terwijl ze in de zorginstelling waren voor een bepaalde ziekte of een operatie.

Deze informatie wordt gegeven voor [X] zorginstellingen. Door de informatie te bekijken kunt u vaststellen welke instellingen de laagste aantallen complicaties en overledenen hebben.

Er zijn veel verschillende manieren om kwaliteit van zorg te bepalen. Wij rapporteren deze informatie omdat ervaring leert dat deze cijfers accuraat zijn, beschikbaar in de administratie van de meeste instellingen en omdat het publiek er geïnteresseerd in is.

* Bron: Sofaer & Hibbard, 2010.

- Categoriseren op databron. Een andere manier is categoriseren op basis van de verschillende bronnen waar kwaliteitsgegevens uit voorkomen. Zorginstellingen registreren veel indicatorengegevens. In sommige gevallen zijn ze ook verplicht daar een speciale registratie voor te voeren. Andere indicatoren komen voort uit vraagesprekken met patiënten of cliënten of uit onderzoek naar de mening van huisartsen. In de loop van de tijd kunnen er andere databronnen bij komen. Voor websitebouwers is categoriseren op basis van databronnen dan een logische manier. Alleen is zo'n indeling voor consumenten niet makkelijk te begrijpen, want die denken niet op die manier over kwaliteitsinformatie. Categorisatie op databron is waarschijnlijk wel makkelijker aan consumenten uit te leggen dan categorisatie op kwaliteitsniveau. Zie https://cahps.ahrq.gov/consumerreporting/talkingquality/create/organize/data_source.html
- Categoriseren op een andere logisch lijkende indeling. Sommige websites gebruiken nog andere categorisaties. Zo heeft de website 'NVZ Kwaliteitsvensters' op de homepage een indeling in 'patiëntenervaringen', 'werk van artsen', 'wachttijden', 'risicovolle operaties', 'medicijnen', 'infecties', 'pijn', 'keurmerken', 'sterfte' en 'tevredenheid van medewerkers'. Sommige vergelijkingshulpen op Zorgkaart Nederland hebben een indeling in o.a. 'keurmerken', 'behandelmethoden', 'waarderingen Zorgkaart Nederland', 'risico op infectie', 'overleg en samenwerking' en 'ervaring en opnameduur'. Dit soort categorisaties komt vaak tot stand door de indicatoren inhoudelijk te groeperen per indicatorenset. Hoewel het goed is om informatie voor consumenten te categoriseren, kunnen te veel uiteenlopende categorisaties juist weer verwarrend werken. Ook ontstaat het gevaar dat iedere indicatorenset een andere thematische categorisatie vereist. Daardoor blijven categorieën niet logisch herkenbaar voor de consument.

Box 6 Een 'kwaliteit-van-zorg' raamwerk weergegeven met bijbehorende visuele 'chunks van informatie'

A

Doctor	Effective Uses treatments proven to get results		Safe Uses safeguards to protect patients from medical errors		Patient Focused Responsive to patients' needs and preferences	
	Uses best practices for treating chronic illness	Uses best practices for screening for diseases	Has procedures to prevent medication errors	Has a system to prevent lab results from getting lost	Communicates well with patients	Spends enough time with patients
Dr. Allard	average	average	better	better	average	average
Dr. French	below	average	better	average	below	below
Dr. Cain	average	average	below	below	better	average
Dr. Emory	better	better	average	average	average	average
Dr. Castle	average	average	average	average	better	better

B

Doctors	Uses best practices for treating chronic illness	Uses best practices for screening for diseases	Has procedures to prevent medication errors	Has a system to prevent lab results from getting lost	Communicates well with patients	Spends enough time with patients
---------	--	--	---	---	---------------------------------	----------------------------------

Figuur A geeft een 'kwaliteit-van-zorg' raamwerk weer. De categorieën staan in de bovenste rij en de bijbehorende individuele indicatoren in de rij eronder. Figuur B toont alleen de individuele indicatoren

* Bron: Hibbard, Greene & Daniel (2010).

3.3 Handvatten samengevat



Context bieden aan kwaliteitsgegevens

- Worden doel en relevantie van de kwaliteitsinformatie duidelijk gemaakt?
 - Is de eventuele samenhang met andere onderdelen van website zichtbaar?
 - Wordt een 'kwaliteit-van-zorg' raamwerk gegeven (bv..een indeling in effectieve zorg, veilige zorg en patiëntgerichte zorg)?
-

4 Vertalen van kwaliteitsgegevens naar informatie

Naast het reduceren van de hoeveelheid informatie en het geven van een context is het belangrijk om gegevens naar daadwerkelijke kwaliteitsinformatie te 'vertalen'. Hoe relevant en beknopt informatie ook is, als consumenten de scores en omschrijvingen van indicatoren niet begrijpen, gaan ze de informatie niet gebruiken. Dit hoofdstuk bundelt de beschikbare kennis over het vertalen van kwaliteitsgegevens. We maken hiervoor gebruik van een aantal afzonderlijke basiselementen, te weten:

- 1 Positieve en negatieve frames.
- 2 Vergelijking met standaarden en normen.
- 3 Tekst versus beeld en verschillende soorten visualisaties.
- 4 Reviews en narratieve informatie.
- 5 Begrijpelijke taal in de omschrijving van indicatoren.

4.1 **Waarom is het vertalen van informatie belangrijk?**

Het vertalen van kwaliteitsinformatie is belangrijk, omdat de meeste consumenten moeite hebben met het maken van keuzes en om zorgterminologie en getallen te begrijpen. Het kost de gemiddelde consument grote cognitieve moeite om kwaliteitsinformatie af te wegen en te gebruiken. Als je kwaliteitsinformatie op de juiste manier voor de consument vertaalt, leidt dat ertoe dat deze:

- Meer aandacht heeft voor belangrijke informatieonderdelen;
- Gemotiveerder is om informatie goed te bekijken of actief te verwerken;
- Informatie, waaronder scores en terminologie, beter begrijpt;
- Makkelijker een zorginstelling kan kiezen.

4.2 **Basiselement 1: Positieve en negatieve frames**

Als eerste is het belangrijk om na te denken over het frame waarin je de informatie geeft. Dit kan een positief of negatief frame zijn, of juist een neutraal frame. Een positief frame benadrukt de mogelijke 'winst' voor de consument, terwijl een negatief frame het mogelijke 'verlies' benadrukt. Deze nadruk kan zitten in het registratieniveau van indicatoren (bijvoorbeeld overleving versus sterfte) maar ook al in de manier waarop je de scores inleidt (bijvoorbeeld 'kies de beste kwaliteit' versus 'vermijd slechte kwaliteit'). Welk frame je kiest kan effect hebben op begrip en keuzes.

We weten dat consumenten die kwaliteitsinformatie bekijken vaak een positief frame verwachten. [3] Hoe hoger de score, hoe beter de zorg, betekent een nadruk op wat er door te kiezen te 'winnen' valt. Dat het wel eens misgaat met de interpretatie blijkt uit een studie waarin sommige deelnemers dachten dat hogere 'percentages bewoners met doorligwonden' betekenden dat die verpleeghuizen goed omgingen met doorligwonden. Daardoor trokken ze veel bewoners aan met aandoeningen die samengaan met doorligwonden. [3]

De meeste indicatoren zijn van oorsprong door hun ontwikkelaars positief geframed. Bijvoorbeeld zorginhoudelijke indicatoren die percentages van patiënten weergeven die zorg hebben ontvangen zoals verwacht mag worden. Of CQ-index scores die weergeven hoe positief patiënten over de kwaliteit van zorg oordelen. Sommige indicatoren hebben een negatief frame. Hierbij geldt hoe hoger de score, hoe slechter de kwaliteit van zorg, dus nadruk op wat er te 'verliezen' valt. Denk bijvoorbeeld aan percentages complicaties, mortaliteitscijfers en wachttijden.

Het lijkt het beste om consequent één en hetzelfde frame te gebruiken, dus

positief óf negatief, maar niet door elkaar. [3] Verder weten we dat consumenten met een negatief frame meer neigen naar het willen voorkomen van een eventueel verlies. Daarvoor zijn zij bereid risico's te nemen. Bij een positief frame kiezen mensen over het algemeen juist meer risicovermijdend. Zij kiezen dan eerder voor een zekere winst dan voor een mogelijk nog grotere winst die onzeker is. [65] Of bij kwaliteitsinformatie een positief of een negatief frame gewenst is, is nog niet duidelijk. Het moeilijke is natuurlijk dat er meerdere kwaliteitsindicatoren gegeven worden en niet slechts één indicator die geframed moet worden. Duidelijk is dat goed nagedacht moet worden over het frame en of deze past bij het doel (zie voor meer informatie Box 7).

Box 7: Onderzoek naar framing

Een klassiek experiment van McNeil et al. [66] betreft de keuze tussen chirurgie vs. radiotherapie. Het toonde aan dat patiënten én artsen minder vaak voor chirurgie kozen, als mortaliteitscijfers werden geframed als sterfte (negatief frame) in plaats van als overleving (positief frame). Dit effect kan soms wenselijk zijn, maar soms ook juist niet. Op het gebied van behandelkeuzehulp wordt gepleit voor het geven van gebalanceerde en neutrale informatie. Om effecten van framing tegen te gaan, schrijven richtlijnen op dit gebied voor om zowel sterfte- als overlevingscijfers te geven. [67,68] Een voorbeeld is: "90% van de patiënten is in leven en 10% is overleden". Ook kunnen aanvullende visuele formats helpen om effecten van framing tegen te gaan. [69]

Specifiek op het gebied van kwaliteitsinformatie hebben Hibbard et al. [70] een onderzoek gedaan. Het positieve frame was 'get the best quality' en het negatieve frame was 'protect yourself from problems'. Consumenten die een negatief frame kregen begrepen de belangrijkste boodschappen in de informatie beter. Ze gebruikten de informatie meer in hun keuzes dan mensen die een positief frame kregen. De onderzoekers concludeerden dat framing ervoor zorgt dat de aandacht naar een bepaalde uitkomst wordt getrokken. Ze raadden aan om voor kwaliteitsinformatie gebruik te maken van negatieve frames. [46,70]

Gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland liet zien dat consumenten die een negatief frame te zien kregen, geneigd waren om de verschillen tussen instellingen te zien. Consumenten die een positief frame kregen, waren juist meer geneigd de overeenkomsten tussen de instellingen te zien. Zie voor voorbeelden Box 8.

4.3

Basiselement 2: Vergelijking met standaarden of normen

Een tweede basiselement is het al dan niet aanbieden van een vergelijkingsanker in de vorm van standaarden, gemiddelden of normen. Wanneer je een vergelijkingsanker biedt, geef je een boodschap over wat men kan verwachten van de kwaliteit van zorg. Consumenten krijgen daarmee een hulpmiddel om te beoordelen hoe goed of slecht een score is. Dit is belangrijk, omdat consumenten uit zichzelf vaak niet weten dat kwaliteit kan verschillen en dat bepaalde scores laag kunnen zijn. [71] Sociaalpsychologisch onderzoek laat zien dat het aanbieden van een vergelijkingsanker grote invloed kan hebben op tal van inschattingen van consumenten. [72,73] Dit wordt het 'anchoring effect' genoemd. De meest voor de hand liggende vergelijkingsankers zijn:

- een vergelijking met het gemiddelde over alle getoonde zorgaanbieders;
- een vergelijking met nationaal of regionaal gemiddelde;
- een vergelijking met een benchmark (bijvoorbeeld de hoogst behaalde score);
- een vergelijking met een norm, bijvoorbeeld opgesteld door veldpartijen zelf of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland laat zien dat consumenten behoefte hebben aan een vergelijkingsanker als dit er niet bij staat. Bij een opsomming van meerdere instellingen konden ze het vergelijkingsanker nog wel eens uit de scores van de andere instellingen halen. Maar met één instelling in beeld (zoals bijvoorbeeld bij 'Check uw zorgaanbieder'), hadden consumenten moeite met het duiden van de scores. Zie Box 9 voor voorbeelden.

Box 8: Voorbeelden van hoe consumenten omgingen met een (A) positief en een (B) negatief frame in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

A: Negatief frame: nadruk op mogelijk 'verlies'

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)		
	Streekziekenhuis Maxima	Medisch Spectrum Waterland
Percentage darmkankerpatiënten met complicaties tijdens of na de operatie	4%	2%

Respondent: "Duidelijk dat dit een lager percentage is."

B: Positief frame: nadruk op mogelijke 'winst'

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)		
	Streekziekenhuis Maxima	Medisch Spectrum Waterland
Percentage darmkankerpatiënten zonder complicaties tijdens of na de operatie	96%	98%

Respondent: "Het percentage is zo klein... het verschil."

Noot: De respondenten uit dit voorbeeld kregen een verschillend frame en het leek erop dat ze met een negatief frame meer gefocust waren op de verschillen tussen instellingen. Dit kan verklaard worden door een framing effect, namelijk dat men bij een negatief frame een eventueel verlies wil voorkomen en daardoor geneigd is om de informatie (in dit geval de verschillen) goed te bekijken. Een alternatieve of aanvullende verklaring kan zijn dat men sowieso focuste op het relatieve verschil tussen de twee instellingen; het relatieve verschil was bij het negatief frame 2 keer zo groot en bij het positieve frame 0.02. Uit de literatuur over risicocommunicatie weten we dat perceptie van relatieve risico's veel invloed kan hebben op de keuzes van consumenten.

Box 9: Voorbeelden van hoe consumenten omgingen met: (A) informatie zonder vergelijking met standaarden en normen en (B) met informatie mét standaarden en normen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

A: Informatie zonder standaard of norm

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)		
	Streekziekenhuis Maxima	Medisch Spectrum Waterland
Aantal uitgevoerde operaties	55 darmkanker operaties uitgevoerd	33 darmkanker operaties uitgevoerd

Interviewer: "Maar als u nog hier.. op basis van deze informatie zou moeten zeggen welk ziekenhuis het beter doet?"

Respondent: "Het beter doet? Ik zou het echt niet weten. Nee, absoluut niet. (..) Daar kan je geen oordeel over geven."

B: Informatie met norm



Respondent: "Dat zal dus de norm zijn van wat we willen dat minimaal 30 operaties in Nederland, eh, in dat ziekenhuis moeten worden uitgevoerd voor ze als ziekenhuis erkend worden in dit specialisme, hè. Omdat dat te mogen hè door de zorgverzekeraar, denk ik. (..). Dat is 30 en daar zitten ze dus met 55 ruim boven."

Noot: De respondenten uit dit voorbeeld kregen wel of geen norm te zien en het leek erop dat ze met een norm beter konden beoordelen hoe goed de kwaliteit was. De eerste respondent kan echter ook bedoeld hebben dat het aantal operaties voor hem/haar niets zegt over de kwaliteit van zorg; het is de vraag of het bieden van een vergelijkingsanker dan tot een ander antwoord had geleid.

4.4

Basiselement 3: Tekst versus beeld en verschillende soorten visualisaties

Een derde basiselement is het weergeven van informatie met ondersteunend beeldmateriaal. Over het algemeen geldt: hoe meer beeld, hoe meer de gegevens worden vertaald voor de consument. Aan de andere kant geldt dat hoe meer nuanceverlies er plaatsvindt en er dus zowel beeld als tekst wordt gegeven, hoe meer kans er is op informatie overload. Vanuit methodologisch oogpunt is nuanceverlies niet wenselijk, maar vanuit het oogpunt van begrijpelijkheid is nuance niet altijd een must. Overload moet natuurlijk wel voorkomen worden.

Het is bekend dat gebruik van aanvullend beeldmateriaal kan helpen om informatie aansprekender te maken. Op die manier kan het mensen motiveren om de informatie goed te bekijken. [74] Ook kan het bijdragen aan het onthouden van informatie. [74,75] Op het gebied van risicocommunicatie weten we bovendien dat aanvullend beeldmateriaal kan helpen om risico's beter te begrijpen, bijvoorbeeld door bij een percentage een staafdiagram te geven. [5] Tekst wordt meestal weergegeven in tabellen (getallen of verbale labels zoals 'ja' en 'nee'), terwijl beeld

vele uitingsvormen kan hebben. Op basis van verschillende theorieën valt te voorspellen dat consumenten informatie beter verwerken wanneer zij in ieder geval een visuele weergave te zien krijgen, bij voorkeur samen met tekstuele informatie (zie Box 10).

Box 10: Theorieën over informatieverwerking weergegeven in tekst en beeld

Volgens *'dual-process theories'* [76,77] verwerken mensen informatie op twee manieren: op een intuïtieve manier (systeem 1: automatisch en snel, vaak met emotionele elementen) en op een analytische manier (systeem 2: langzaam en bewust, meestal een lui systeem). Goede informatieverwerking vindt plaats als beide systemen actief zijn en als het ware effectief 'samenwerken'. Visuele weergaven leiden waarschijnlijk vooral tot snelle associatieve informatieverwerking (systeem 1), terwijl getallen en tekstuele informatie meer leiden tot analytische informatieverwerking (systeem 2). Wanneer beide presentatiewijzen samen worden gegeven, bijvoorbeeld in een staafdiagram waarin het getal zelf ook staat vermeld, zal dit waarschijnlijk tot effectieve informatieverwerking leiden. De consument kan een snelle associatie maken (hoe groter de staaf, hoe hoger de kwaliteit) en de aandacht voor de informatie kan motiveren om informatie beter te bekijken.

Volgens de *'dual-coding theory'* [78] en de *'cognitive theory of multimedia learning'* [79] hebben mensen twee aparte kanalen voor het verwerken van informatie: één voor non-verbale informatie en één voor verbale informatie. Het kanaal voor non-verbale informatie, zoals visuele informatie, is volgens deze theorieën evolutionair gezien ouder en steunt op een ander deel van de hersenen dan het kanaal voor verbale informatie. Dit kanaal voor non-verbale informatie wordt wel gelinkt aan systeem 1 redeneren, onder andere omdat bekend is dat visuele weergaven tot snelle en efficiënte informatieverwerking leiden. Onderzoek heeft aangetoond dat informatie het beste verwerkt wordt, wanneer de consument tegelijkertijd een visuele en verbale weergave van de informatie in het werkgeheugen heeft. [78] Ook op basis van deze theorie voorspelt men dat een combinatie van tekst en beeld informatieverwerking vereenvoudigt. Doordat de geheugenbelasting zich over 2 kanalen spreidt, vindt diepere en meer uitgebreide informatieverwerking plaats.

Afhankelijk van het doel dat je hebt, kan je kiezen voor één of beide opties:

- **Tekst:** Het grote voordeel is dat je de consument exacte informatie geeft. Dus overweeg deze presentatiewijze als je consumenten precies wilt informeren over bijvoorbeeld de verschillen tussen zorginstellingen. Het bezwaar is dat die consument de juiste vaardigheden moet hebben. Hij moet de 'rekeningen' kunnen maken die nodig zijn, zoals optellen en aftrekken van scores, samenvatten van de scores en herkennen van patronen. [80] Consumenten moeten ook gemotiveerd zijn om die rekeningen te maken. Dit soort tabellen legt een groot beslag op het beperkte werkgeheugen van informatieverwerking. Dit kan leiden tot informatie overload.
- **Visuele weergaven:** Visuele weergaven zijn alle weergaven van de tekst in de vorm van abstracte visuele middelen, zoals grafieken, symbolen of iconen (ook wel pictogrammen genoemd). De voordelen van visuele weergaven zijn samengevat [5,29,81,82,83]:
 - Dat ze aandacht trekken en zo motivatie kunnen vergroten om informatie te bekijken.
 - Dat ze goed de essentiële 'gist' aspecten van de informatie weergeven en dus begrip van informatie vergemakkelijken. Met 'gist' wordt bedoeld: de bottom-line of kernbetekenis.

- Dat ze leiden tot snellere informatieverwerking en zo motivatie kunnen vergroten om informatie te bekijken.
- Dat ze de cognitieve inspanning van de consument kunnen beperken.
- Dat ze vertekeningen in informatieverwerking kunnen tegengaan.
- Plaatjes, video's en animaties: Dit is realistisch en vaak dynamisch beeldmateriaal om tekst weer te geven of te illustreren. In gezondheidscommunicatie wordt steeds meer onderzoek gedaan naar het effect van plaatjes, video's en animaties. [75,84] Men veronderstelt dat ze informatieverwerking vergemakkelijken. Onder andere doordat ze twee verschillende kanalen van informatieverwerking bedienen. Daarnaast zijn ze betekenisvoller. [74,85] Animaties hebben mogelijk als voordeel dat ze informatie meer 'abstract' of 'iconisch' weergeven. Daardoor raakt de kijker niet afgeleid door irrelevante details. Het abstractieniveau kan echter wel leiden tot minder intuïtief begrip dan bij realistische afbeeldingen. Ook kunnen animaties tot informatie overload leiden. [86] Tot nu toe maken websites met kwaliteitsinformatie weinig tot geen gebruik van plaatjes, video's en animaties.

Niet al het beeldmateriaal is zomaar de oplossing als de totale hoeveelheid informatie groot blijft. Box 11 geeft enkele kanttekeningen bij het gebruik van beeld.

Box 11: Kanttekeningen bij het gebruik van beeld

- Als staafdiagrammen niet de 'part to whole relations' – de relatie tussen deel en geheel - laten zien, leveren ze vaak problemen op. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoeveel 33% van 100% is als niet de gehele staaf wordt weergegeven. Als zo'n staafdiagram 20 aanbieders of meer toont, hebben mensen moeite om informatie te vergelijken. [87] Dit komt doordat ze dan nog een rekensom moeten verrichten.
- Een mogelijk nadeel van beeld is dat mensen gaan focussen op het algemene patroon van de data, in plaats van dat ze naar de precieze waarden of scores kijken.
- Ook ondersteunen visuele weergaven vooral het begrip van de bottom line, kernbetekenis van informatie ('gist') en minder het begrip van de letterlijke betekenis.
- Niet iedereen heeft voldoende ervaring en vaardigheden om visuele weergaven goed te lezen. [80,88-91] Er bestaat het begrip 'graph literacy', wat de vaardigheden behelst om informatie uit grafieken af te lezen. [92] Het is bekend dat ongeveer een derde van de mensen te weinig graph literacy heeft om simpele visuele weergaven zoals staafdiagrammen en populatiediagrammen te begrijpen. Mensen met te weinig graph literacy lijken meer baat te hebben bij tekstuele en getalsmatige informatie. [93]
- Overmatig gebruik van visuele weergaven en kleuren leidt juist af van de essentiële informatie die je onder de aandacht wilt brengen.[94] Zorg dus voor een simpele en rustige weergave. [49]

Gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland laat zien dat sommige mensen veel moeite hadden met het begrijpen van alleen tekstuele informatie zonder ondersteunend beeld. Degenen die wel ondersteunend beeld kregen, hadden minder moeite om dezelfde tekstuele informatie te begrijpen. Er waren echter ook mensen die juist moeite hadden met bepaalde visuele weergaven. In Box 12 worden hiervan een aantal voorbeelden gegeven en in de volgende paragraaf wijden we uit over verschillende soorten visualisatie.

Box 12: Voorbeelden van hoe consumenten omgingen met: (A) alleen tekstuele informatie; (B) informatie weergegeven met beeld; en (C) een combinatie van tekst en beeld in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

A: Tekstuele informatie

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)		
	Stichting Medisch Centrum Westdorp	Ziekenhuis De Schans
Aantal gespecialiseerde chirurgen	2 chirurgen werkzaam	5 chirurgen werkzaam

Respondent: "Stichting Medisch Centrum Westdorp heeft 2 chirurgen werkzaam. Ziekenhuis De Schans heeft er 5."

Interviewer: "En kan je op basis van deze informatie dan zeggen welk ziekenhuis het beter doet?"

Respondent: "Nee, dat vind ik niet."

B: Informatie weergegeven met beeld



Respondent: "Ja, ik zie dat er meer gespecialiseerde chirurgen zijn in ziekenhuis De Schans.... En het andere ziekenhuis zal.. Op het eerste gezicht zie je zo 2.. Zeg maar, ja. (..) Ja die is ongeveer de helft, dus dat is 5, gedeeld door 10 hè dus dat is 5, chirurgen die gespecialiseerd zijn. In borstkanker in Ziekenhuis de Schans."

Interviewer: "En stel dan dat een ziekenhuis dan 5 gespecialiseerde chirurgen heeft.. Wat voor indruk maakt dat dan op u?"

Respondent: "Nou ja beter. Een betere indruk dan natuurlijk."

C: Informatie weergegeven met combinatie van tekst en beeld

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)		
	Stichting Medisch Centrum Westdorp	Ziekenhuis De Schans
Aantal gespecialiseerde chirurgen	2	5

Respondent: "Aantal gespecialiseerde chirurgen. Die Stichting Medisch Centrum Westdorp 2, en Ziekenhuis De Schans 5. (..) Dat zegt mij vooral, geloof ik, dat Ziekenhuis De Schans een veel groter ziekenhuis zal zijn, of ja, eh, een groter ziekenhuis zal zijn."

Box 12: vervolg

Noot: De eerste respondent die geen beeldmateriaal kreeg kon moeilijker aangeven hoe de scores van de ziekenhuizen gerelateerd waren aan kwaliteit van zorg. De tweede respondent lijkt wel een handvat te hebben gekregen om die associatie te maken. De derde respondent lijkt door de visualisatie met pictogrammen de associatie te maken met de grootte van het ziekenhuis. We kunnen niet met zekerheid zeggen dat dit verschil te verklaren is door de visualisatie; het kan immers ook zo zijn dat de eerste respondent vindt dat het aantal chirurgen überhaupt niets zegt over kwaliteit van zorg.

4.4.1**Verschillende soorten visuele weergaven**

Wanneer je visuele weergaven wilt gebruiken, welke soort werkt dan het beste? In theorie is veel mogelijk, maar weet dat het ontwerp van visuele weergaven vaak stoelt op de intuïtie van experts. Dit leidt niet altijd tot goed begrip onder consumenten. [90] Voorkom overmatig gebruik van visuals en infographics, want dat maakt het totaalbeeld onrustig. [49] Box 13 geeft enkele getoetste vuistregels over visuele weergaven. [30,83,88,95,96]

Box 13: vuistregels uit de literatuur over visuele weergaven

- Geef samenvattende informatie weer;
- Geef patronen weer waar die bestaan;
- Benadruk de informatie die relevant is en verwijder irrelevante informatie;
- Beperk ingewikkelde redeneringen of 'vertaalslagen';
- Beperk het rekenwerk dat de consument met getallen moet doen;
- Kies visuele weergaven die enige mate van bekendheid hebben onder het publiek;
- Gebruik geen taartdiagrammen. Bij 3 of meer categorieën is niet eenvoudig te zien hoe de categorieën 'ranken', waardoor je informatie verliest;
- Gebruik geen opgedeelde staafdiagrammen (divided of stacked bar charts);
- Gebruik geen halve of half gevulde symbolen;
- Gebruik nooit symbolen zonder een legenda.

4.4.1.1**Staafdiagrammen**

Staafdiagrammen staan relatief 'dicht' bij de originele getalsmatige informatie en zijn geschikt om gegevens weer te geven als 'hoe hoger hoe beter'. Ze helpen mensen bij simpele vergelijkingen. [30,81,83,96] Dat geldt vooral voor het begrip van de 'gist' [29], bijvoorbeeld ziekenhuis A doet het beter dan ziekenhuis B.

Horizontale staafdiagrammen zijn vooral geschikt om een rangorde van alternatieven (zorgaanbieders) weer te geven die scoren op een bepaalde indicator. [83] Ze zijn minder goed te begrijpen wanneer staafjes in een willekeurige volgorde staan. Verticale staafdiagrammen hebben geen rangorde nodig, want de hoogte van de staafjes naast elkaar maakt vergelijken makkelijker dan horizontale staafjes. Verticale staafdiagrammen sluiten het meest aan bij de intuïtie van mensen dat 'hoe hoger, hoe meer' betekent, omdat de weergave een soort 'berg' of 'hoop' is. Horizontale staafdiagrammen zijn meer geschikt voor data die iets over tijd zeggen, omdat consumenten van links naar rechts associëren met een verloop in de tijd. Kanttekeningen zijn het eerder genoemde gebrek aan weergave van 'part to whole' relations en het feit dat staafdiagrammen niet voor iedereen altijd even simpel te lezen zijn.

Opgedeelde staafdiagrammen (divided of stacked bar charts) zijn veel moeilijker te begrijpen dan gewone staafdiagrammen en worden niet aangeraden. Box 14 geeft

weer hoe consumenten met staafdiagrammen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland.

Omdat er al veel gebruikersonderzoek met staafdiagrammen is gedaan, zijn er ook specifieke handvatten voor te formuleren. Concrete handvatten afkomstig van CAHPS onderzoekers in de V.S. (<https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/create/display/barcharts.html>):

- In plaats van meerdere antwoorden weer te geven in een opgedeelde of 'stacked' staafdiagram, geef je alleen het antwoord weer dat het meest relevant is voor het publiek.
- Laat de visuele cue van de lengte van de staaf in omvang toe nemen evenredig aan het getal dat je wilt weergeven. Geef het getal in de staaf zelf of, als dat beter leesbaar is, rechts van de staafdiagram of bovenaan een verticale staafdiagram.
- Aan de onderkant van de staaf: geef een schaal weer die tenminste 0, 100 en een middelpunt laat zien.
- Gebruik een gemakkelijk leesbare kleur, als je kleur kunt gebruiken. Gebruik geen groen of rood, omdat een deel van de mensen deze kleuren niet kan lezen. Wanneer je een vergelijkingsanker geeft, geef deze staaf dan in een andere tint van dezelfde kleur of een ander patroon weer, in plaats van in een andere kleur.
- Orden de staafjes van beste naar slechtste prestatie als dat mogelijk is. Stel een goede titel op bij het staafdiagram, om er zeker van te zijn dat het precies beschrijft wat het staafdiagram weergeeft.

4.4.1.2 Lijndiagrammen

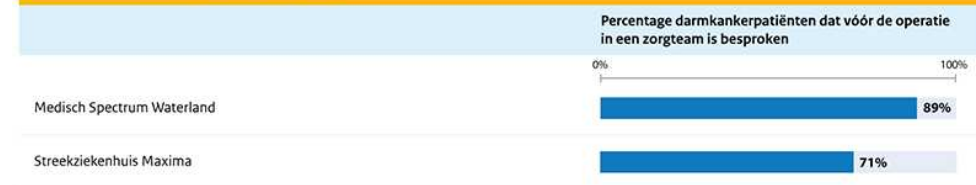
Lijndiagrammen staan ook dicht bij de data en zijn geschikt voor x-y trend data. [30,83] Consumenten lijken lijndiagrammen voor verschillen in kwaliteit van leven goed te begrijpen. Dit in vergelijking met alleen tekstuele informatie of staafdiagrammen (zie Box 15). [97] Wellicht dat lijndiagrammen ook geschikt zijn voor PROMs in het algemeen. Er is echter nog niet veel onderzoek gedaan naar presentatiewijzen van PROMs. Hildon et al. [94] bekeken weliswaar verschillende PROMs presentatiewijzen, maar daarin namen zij lijndiagrammen niet mee. Wong [83] stelt dat consumenten bij een steile lijn een grote toename verwachten en bij een platte lijn een kleine toename. Dat is dus een punt van aandacht bij het creëren van de y-as.

4.4.1.3 Populatiediagrammen of 'icon arrays'.

Deze visuele weergaven lenen zich vooral voor het weergeven van risico-informatie. Dit is het proportionele aantal mensen dat risico loopt, vooral wanneer er slechts één kans wordt weergegeven.[82] Het idee is dat consumenten presentatie in eenheden die los van elkaar staan, bijvoorbeeld in de vorm van poppetjes, makkelijker kunnen verwerken dan getallen uitgedrukt in percentages. Dit komt vooral doordat afzonderlijke eenheden eerder leiden tot een mentale voorstelling met affectieve en betekenisvolle elementen. [98] Er is gemengd bewijs voor het positieve effect van deze presentatiewijze. Populatiediagrammen lijken het begrip van informatie over kansen wel te vergemakkelijken, maar niet voor alle soort kansen. [5] Zo vond een studie dat voor kansen groter dan 100/1000, staafdiagrammen juist door mensen uit meer kwetsbare groepen (lage opleiding, inadequate gezondheidsvaardigheden) beter werden begrepen dan populatiediagrammen. Bij kansen van kleiner dan 100/1000 werkten populatiediagrammen beter. [99] Het verschil kan mogelijk worden verklaard doordat het patroon van discrete eenheden moeilijker af te lezen is bij grotere kansen.

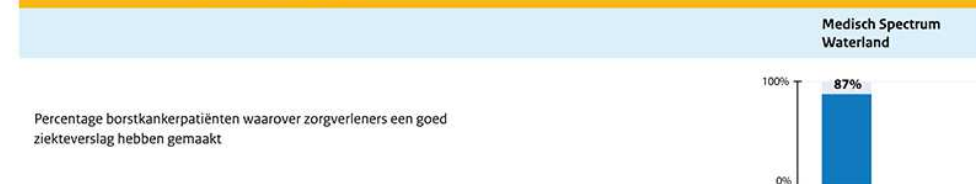
Box 14: Voorbeelden van hoe consumenten met staafdiagrammen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)



Respondent: "Percentage... dan is dit een groter ziekenhuis of zo? Daar worden meer mensen besproken? (..) Maar voor mij, ik .. dan denk ik., ..dat ziekenhuis is groter of zo. Meer patiënten..? Meer patiënten met darmkanker."

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)



Respondent: "Een goed ziekteverslag.. hebben ze gemaakt. Waren die andere ziek.. Eh.. verslagen niet goed? He? De rest, die eh... 23 .. of wat is het.. 13 eh... 13% was dat dan niet goed of zo.. ?"

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)

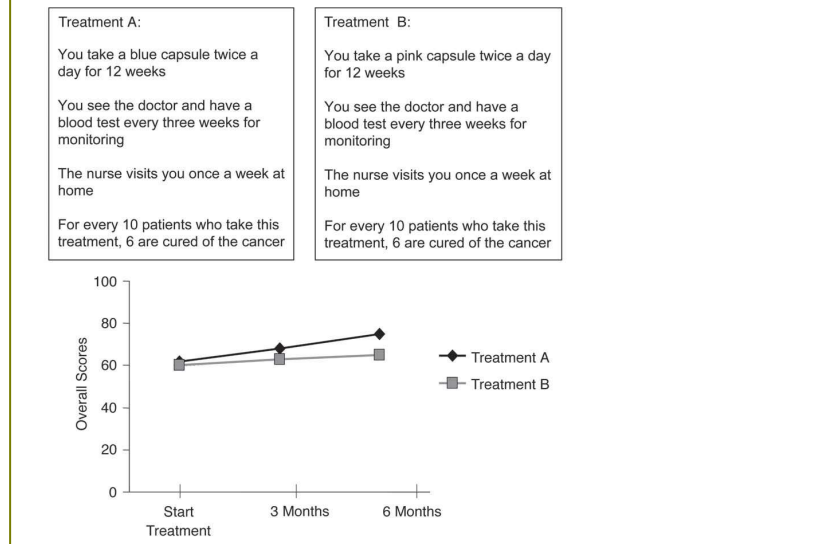


Respondent: "Nou het is niet groot, maar het is toch een week. (..) Dit gaat over vier weken of over vijf weken toch? I: Ja. R: Ja .. nou ja.. dan denk ik ja het is toch een week en dat lijkt mij heel belangrijk. Wat ik al zei net.. juist voor deze ziekte."

Ook lijkt het beter om bij het vergelijken van meerdere kansen juist staafdiagrammen te gebruiken omdat de noemer (100) dan gelijk blijft.

Voor kwaliteitsinformatie zijn populatiediagrammen vooralsnog niet toegepast. Je zou ze kunnen gebruiken voor het weergeven van uitkomstindicatoren van patiëntveiligheid en mortaliteit. Deze informatie zegt namelijk iets over kansen en risico's van patiënten. Of ze ook geschikt zijn voor niet-veiligheid gerelateerde indicatoren is niet bekend. Die zijn vrijwel altijd positief geframed, zoals het percentage patiënten dat voor de operatie in een multidisciplinair overleg is besproken. Bij kwaliteitsinformatie is natuurlijk vrijwel altijd sprake van meerdere proporties/risico's. Het is met het oogpunt op begrijpelijkheid dan beter om de noemers gelijk te houden, terwijl het vanuit methodologisch oogpunt wellicht eleganter is om de originele, ongelijke noemers aan te houden.

Box 15: Voorbeeld van een lijndiagram om kwaliteit van leven verschillen in kwaliteit van leven weer te geven in het onderzoek van Brundage et al., (2005)



Box 16 geeft enkele voorbeelden van hoe consumenten met populatiediagrammen met ongelijke noemers omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland.

4.4.1.4 Symbolen of pictogrammen

Symbolen of pictogrammen staan verder af van de originele getalsmatige informatie. Ze zijn geschikt om een 'quick snapshot' te geven van een grote hoeveelheid data [83] en/of om intuïtieve betekenis toe te voegen aan informatie. [100,101] Beide doelstellingen komen vaak voor bij kwaliteitsinformatie. Symbolen werken ook goed als informatie bedoeld is om consumenten te laten kiezen tussen zorginstellingen. Ze laten namelijk op een simpele manier de beste zorginstellingen zien. [40] Goed gekozen symbolen roepen de juiste intuïtieve associaties bij consumenten op. Getalsmatige informatie en bijvoorbeeld staafdiagrammen doen dat minder.

Van bepaalde symbolen kan een te sterke werking uitgaan en dat is niet altijd wenselijk. Ook is het niet de bedoeling dat mensen de symbolen heel verschillend interpreteren. Gebruik van symbolen gaat vaak samen met kleur, bijvoorbeeld om metrische informatie weer te geven of variabelen te markeren. Kleur zegt op zich niets over de kwantiteit die je wilt weergeven, [88] maar soms is het positieve effect van automatische associaties juist wel handig. Bijvoorbeeld wanneer informatie moeilijk is of te veel werkgeheugen in beslag neemt.

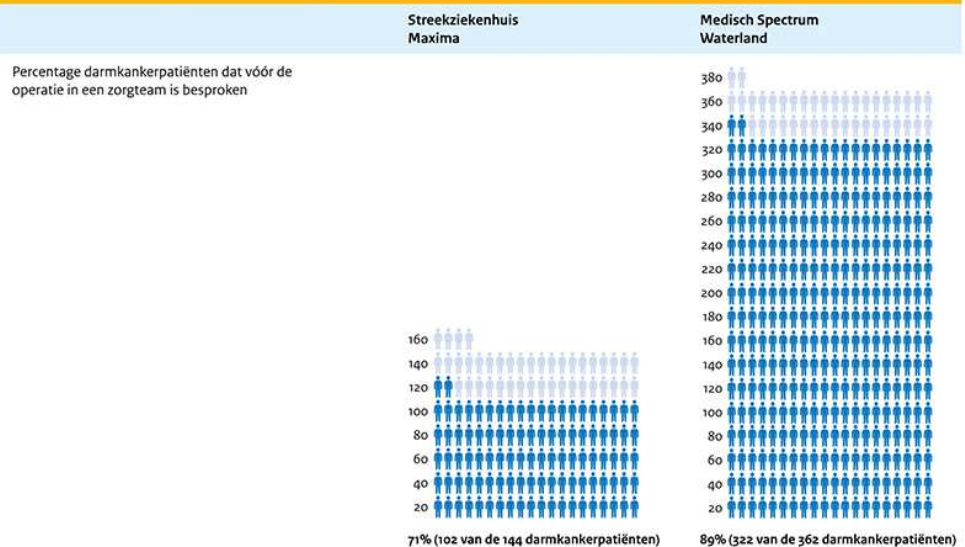
Het gebruik van halve of half gevulde symbolen, zoals half gevulde rondjes of halve mannetjes in een populatiediagram, wordt sterk afgeraden. [83,102] Goede symbolen zijn simpel en geen kunstwerk. [83] Ze zijn symmetrisch, grofweg passend in een vierkant en consequent. Bovendien geven de symbolen bij voorkeur zelf geen oppervlakte of hoogte weer. Consumenten vinden het namelijk moeilijk om te vergelijken aan de hand van onregelmatige vormen. Het is dan beter om meer of minder symbolen te gebruiken, zodat de informatie als het ware de vorm van een staafdiagram krijgt.

Gebruikersonderzoek toont aan dat consumenten symbolen zoals sterren weliswaar associëren met kwaliteit (d.w.z. hoe meer sterren hoe beter de kwaliteit), maar dat ze een tabel op basis van drie- of vijf sterrensystematiek nog best lastig

vinden te lezen. Vooral bij het maken van een keuze moeten ze al die sterren bij verschillende indicatoren toch weer bij elkaar optellen. Zie voor meer informatie <https://cahps.ahrq.gov/consumerreporting/talkingquality/create/display/symbols.html>. Box 17 geeft voorbeelden van hoe consumenten met symbolen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland.

Box 16: Voorbeelden van hoe consumenten met populatiediagrammen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)



Respondent: "En 89 is in Medisch Spectrum Waterland besproken. Dus die hebben daar, die hebben wel grotere, hogere percentages besproken. (...) Laat je goed en fout erop los, dan zeg je dat Medisch Spectrum Waterland betere, beter bezig is omdat die een hoger percentage bespreken."

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)



Respondent: "Tijdens of na de operatie. Ja. <lacht> Ja. Het komt gewoon tegen me op van hier zijn weer 7 van de 167 en hier 4 van de 112. In principe maakt dat helemaal niet zoveel uit."

Box 17: Voorbeelden van hoe consumenten met symbolen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

Kwaliteit ziekenhuis bij spataderen (2014)

	Sint Anna Hospitaal	Medisch Centrum Noord
De patiënt krijgt de volgende schriftelijke informatie mee:		
Informatie over mogelijkheden en verwachtingen ná spataderbehandeling	Ja	Nee
Mogelijke behandelwijzen van spataderen	Ja	Ja
Mogelijke verdovingsmethoden	Ja	Nee

Respondent: "In het ene ziekenhuis, het Sint Anna Hospitaal, doen ze het op dit moment volgens dat, die v-tjes en die kruisjes heel goed, beter in ieder geval dan het Medisch Centrum Noord."

Respondent: "Nou... Ik vind Sint Anna Hospitaal heel erg mooi ..heel erg uitgebreid. Dit dus is veel kwaliteit en als - nogmaals - als ze dezelfde prijs zou zijn... waarom niet?"

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)

	Stichting Medisch Centrum Westdorp
Aantal gespecialiseerde chirurgen	

Respondent: "Zooooo.. hebben ze er twee? (..): Zo, nou dat is niet veel. Maar ja, dat zou kunnen ja. Dat eh... Ja ik vind het niet veel. (..) Ja soms hebben ze die gewoon helemaal niet in huis. Dus dan snap ik wel van.. OK, nou in eerste instantie denk ik van nou 2.. niet zo veel. Borstkanker is toch best wel.. komt best wel veel voor. Maar ja, het is.. het zal wel normaal zijn. Gelukkig hebben ze er 2."

Kwaliteit ziekenhuis bij borstkanker (2014)

	Streekziekenhuis Maxima
Gemiddelde wachttijd tussen diagnose en start behandeling	5 weken

Voldoet niet aan de norm in Nederland (= gemiddeld minder dan 5 weken)

Respondent: "De gemiddelde wachttijd tussen de diagnose en de start behandeling... En dan Streekziekenhuis Maxima.. duurt het 5 weken. En er staat een kruisje bij dat het niet voldoet aan de norm.. in Nederland. Want die is gemiddeld minder dan 5 weken. Nou.. Ik zou dan niet naar dat ziekenhuis gaan."

Kwaliteit GGZ instelling bij depressie (2014)

	GGZ Dordrecht	GGZ Rotterdam
Resultaat van de behandeling		
	: instelling hoort bij de beste 15%	
	: instelling hoort bij de midden categorie	
	: instelling hoort bij de slechtste 15%	

Respondent: "Ja, als ik dat zo zie, dan eh.. dan is dit ziekenhuis.. hoort bij de beste 15%... En dan die andere.. Rotterdam.. bij de middencategorie. Nou dan heb ik zoiets.. dan zou ik daar niet willen.. behandeld willen worden. In ieder geval niet bij die laatste(..) Ik zou niet bij een instelling geholpen willen worden, als ik een depressie zou hebben, die bij de slechtste 15% hoort."

4.4.1.5 Woordiconen.

Woordiconen zijn combinaties van tekst en beeld om scores weer te geven. Ze voegen een waardelabel (evaluatief label) aan de score toe [3] plus een beeldmerk dat de informatie een bepaalde betekenis geeft. Dit werkt vaak beter dan alleen getallen. Die hebben op zichzelf namelijk vaak weinig betekenis voor de consument. Voorbeelden van waardelabels zijn 'slecht', 'goed', 'lager', 'beter', 'gemiddeld' of 'uitstekend'. Het beeldmateriaal kan bijvoorbeeld bestaan uit kleuren en/of symbolen. Zie Box 18 voor twee voorbeelden

Box 18: Voorbeelden van woordiconen

Legenda

Slechter dan gemiddeld  Lager

Gemiddeld  Gemiddeld

Beter dan gemiddeld  Beter

Zorginstellingen	Veiligheid 	Zelfstandig- heid 	Privacy 	Schoonmaak 	Professionaliteit personeel 
Verpleeghuis / woon- zorgcentrum De Zwaan	 Beter	Gemiddeld	Gemiddeld	 Beter	 Beter
Woonzorgcentrum De Vijver	Gemiddeld	 Lager	 Beter	Gemiddeld	Gemiddeld
Verzorgingshuis De Bloementuin	 Beter	 Beter	 Beter	 Beter	 Beter
Verzorgingshuis Aan Den Bosrand	Gemiddeld	Gemiddeld	 Beter	Gemiddeld	 Beter
Verzorgingshuis Zuiderweg	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	 Lager

* Bron: Damman et al., 2014

Ratings from a survey of patients show how well the doctor scored on:

	giving help or advice on the phone	being thorough and skillful in examining patients	providing good follow-up care	giving explanations that are easy to understand	spending enough time with patients
Dr. L. Durso	average	 better	average	 below	 better
Dr. A. Greer	 better	average	 below	 below	average
Dr. E. Melnick	average	average	average	 better	average
Dr. V. Rema	 better	 below	average	average	 below

* Bron: CAHPS II studie uitgevoerd door American Institutes for Research (IKristin Carman, Jeanne McGee, Judith Hibbard). Zie: https://www.cahps.ahrq.gov/content/community/events/files/W-2-b_McGee_2.pdf.

Woordiconen staan verder af van de originele data. Ze geven eerder algemene patronen weer dan exacte scores. [103] Woordiconen helpen bij het begrijpen en gebruiken van kwaliteitsinformatie [1,100,104] Ze lijken geschikt voor het tonen van een grote hoeveelheid abstracte informatie. Woordiconen werken goed om consumenten te laten kiezen tussen zorginstellingen, doordat ze de beste zorginstellingen gemakkelijk identificeerbaar maken. [40] Juist de combinatie van beeld en tekst vermindert de cognitieve moeite die consumenten moeten doen aanzienlijk.

Een mogelijk nadeel is veel informatieverlies, omdat de scores van instellingen minder exact worden weergegeven. Bovendien werken woordiconen waarschijnlijk

meer sturend dan getalsmatige informatie en staafdiagrammen of lijndiagrammen, omdat ze eerder de affectieve betekenis duidelijk maken. Onderzoekers raden aan om woordiconen zorgvuldig te gebruiken. [5] Weeg daarom goed af of woordiconen bij de betreffende indicator passen. Box 19 geeft enkele voorbeelden van hoe consumenten met woordiconen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland.

4.5

Basiselement 4: Reviews en narratieve informatie

Een vierde basiselement is het al dan niet tonen van reviews en/of narratieve informatie, meestal in aanvulling op de meer 'statistische informatie'. Reviews en narratieve informatie kunnen een op zichzelf staand soort informatie vormen, maar kunnen ook aanvullende, intuïtieve betekenis geven aan 'statistische' informatie. In de praktijk wordt al gebruik gemaakt van reviews en narratieven, maar onderzoekers zijn hierin terughoudend. Dit omdat ze wellicht geen valide, betrouwbare en/of representatieve weergave zijn van de kwaliteit in een instelling, maar toch effect kunnen hebben op iemands keuze. In een review of narratief is niet altijd duidelijk welke invloed verschillende variabelen hebben gehad op het uiteindelijke oordeel van de patiënt. Reviews en narratieven trekken aandacht en maken informatie 'invoelbaar', een belangrijk voordeel. Je krijgt bijvoorbeeld makkelijker een beeld van de gevolgen van een bepaalde beslissing op de lange termijn. Dat kan helpen om informatie beter te begrijpen en onthouden. [105] Het nadeel is echter dat narratieven (te) sterke emoties kunnen oproepen. Dan zijn mensen minder geneigd om informatie systematisch af te wegen.

Box 19: Voorbeelden van hoe consumenten met woordiconen omgingen in het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

Kwaliteit ziekenhuis bij darmkanker (2014)

	Stichting Medisch Centrum Westdorp	Ziekenhuis De Schans
De zorgverleners vragen iedere patiënt of psychosociale zorg nodig is	▼ Lager	● Beter

Respondent: "Ja dan zou ik zeggen bij Stichting Medisch Centrum Westdorp, eh.. ja.. doen ze niet zoveel moeite eigenlijk.. om te vragen of je nog psychosociale zorg zou wil hebben na de behandeling."

Respondent: "Bij Medisch Westdorp of Westdorp is het lager.. Dat men die zorg nodig heeft. (..) Nou, dan denk ik dat bij Westdorp minder mensen die zorg nodig heeft en bij ziekenhuis de Schans.. bij de Schans dan wel."

Noot: Het bleek dat de gekozen woordiconen met als evaluatieve labels 'lager' en 'beter' niet goed aansloten bij de manier waarop de indicator was geformuleerd. De indicator was geformuleerd als een criterium waaraan wel of niet kon worden voldaan en consumenten verwachtten dus scores zoals 'ja' en 'nee' in plaats van 'lager' en 'beter'. Ook dachten sommige consumenten dat 'lager' betekende dat er bij Stichting Medisch Centrum Westdorp minder psychosociale zorg nodig was, in plaats van dat dit ziekenhuis een lagere kwaliteit had.

Box 20 geeft voorbeelden van reviews en narratieven op Zorgkaart Nederland en Opiness en Box 21 informeert over wat er uit onderzoek zoal bekend is.

Box 20: voorbeelden van reviews en narratieve informatie

A: Zorgkaart Nederland

Slingeland Ziekenhuis - Doetinchem
Ziekenhuis

Adres: Kruisbergseweg 25, 7009 BL Doetinchem
Telefoon: 0314-329911
Website: www.slingeland.nl

Er zijn **355 waarderingen**
93% beveelt deze zorginstelling aan

Waarderen

Deel dit profiel met anderen

Overzicht | Profiel | Waarderingen | Locaties | Specialisten | Kwaliteit | Nieuws | Service & Contact

Slingeland Ziekenhuis is 355 keer gewaardeerd en heeft 13 reacties geplaatst:

Geplaatst op 26 november 2015
Altijd vriendelijk, luistert naar jouw en heeft de tijd. Heb je geen afspraak met MDL arts dr. v.d. Hazel maar toch problemen dan belt hij altijd diezelfde dag terug ook al is dat 's avonds laat....

8.3
Lees meer

Geplaatst op 26 november 2015
Wachttijden welke staan vermeld op de website van het Ziekenhuis zijn niet correct, wachttijd was in mijn geval 5 i.p.v. de 2-3 weken welke 5 uren aangegeven. Vandaar een 5 voor de afspraak.

8.0
Lees meer

1 persoon vindt dit een nuttige waardering.

Verfijn zoekopdracht

Aandoening

- Kaakchirurgie (56)
- Overige aandoeningen (44)
- Borstkanker (7)
- Bevalling (6)
- Haartalen (6)
- Prostaatkanker (6)
- Trekken van (verstands)kiezen (6)
- Reuma en artrose (5)
- Botbreuk (4)
- Huidkanker (melanoom) (4)

B: Opiness

Service Apotheek Beethoven in Rotterdam

8.5
612 reviews

612 Reviews | Plaats review

Klant van Service Apotheek Beethoven | 3 april 2015

Prettige servicegerichte apotheek met vriendelijk personeel, nog enig idealisme. De Apothekers zelf investeerden veel in samenwerking met en nascholing van huisartsen in de buurt.

+ Reageer op deze review

bron: Tevreden.nl

9.0

Klant van Service Apotheek Beethoven | 30 maart 2015

In één geval heeft de apotheek het initiatief genomen contact op te nemen met de voorschrijvend arts over mogelijke incompatibiliteit van een nieuw voorgeschreven, voor een korte duur te gebruiken medicijn, met een medicijn dat ik al langer gebruik. Zodoende hadden arts en apotheker al een alternatief nieuw medicijn gevonden vóórdat ik 's middags mijn medicijnen kwam ophalen. Ik heb dit ervaren als goed meedenken en proactief werken.

+ Reageer op deze review

bron: Tevreden.nl

9.0

SERVICE APOTHEEK

van Beethovensingel 2, 3055JJ, Rotterdam

Service Apotheek Beethoven is onderdeel van Service Apotheek

- Bent u de eigenaar?
- Plaats een widget

Shaffer & Zikmund-Fisher [108] hebben een classificering van narratieven opgesteld. Die kan helpen om verhalen te ontwikkelen die passen bij de kwaliteitsinformatie dat je aanbiedt. Zij onderscheidden drie soorten die hieronder worden toegelicht met een voorbeeld. In de praktijk is het natuurlijk moeilijk om de soorten helemaal uit elkaar te houden; het natuurlijke verhaal van een patiënt bevat verschillende soorten narratieven door elkaar.

- **Uitkomstnarratieven.** Dit zijn verhalen over het resultaat van keuzes. Ze beschrijven de psychologische en/of lichamelijke gezondheidsuitkomsten. Denk bijvoorbeeld aan verhalen over de uitkomst van een behandeling. Hoe hebben consumenten de behandeling ervaren? Mentale aspecten zijn bijvoorbeeld kwaliteit van leven, tevredenheid, spijt of bezorgdheid. Lichamelijke aspecten zijn bijvoorbeeld de uitkomst van een operatie, eventuele symptomen en bijwerkingen en of er een heroperatie moest plaatsvinden. Dit soort narratieven past bij zorginhoudelijke uitkomstindicatoren en PROMs.
- **Ervaringsnarratieven.** Dit zijn verhalen van patiënten over hun ervaringen met bepaalde keuzemogelijkheden. Ze vertellen wat ze tijdens of als gevolg van een keuzeproces hebben meegemaakt. De ervaringen kunnen gaan over ontvangen informatie en processen, maar ook over uitkomsten. Hoe was het bijvoorbeeld om een behandeling in een bepaalde zorginstelling te doorlopen? Deze narratieven passen vooral bij indicatoren op basis van patiëntenervaringen, zoals CQ-index indicatoren. Bijvoorbeeld de beschrijving van hoe men de omgangsmanieren van de zorgverleners ervoer. Deze narratieven lijken ook goed bruikbaar om betekenis te geven aan informatie over proces en structuurkwaliteit afkomstig uit zorginhoudelijke indicatoren. Bijvoorbeeld een beschrijving van hoe men de deskundigheid van de artsen of informatievoorziening door zorgverleners ervoer.
- **Procesnarratieven.** Dit zijn verhalen over het keuzeproces zelf. Ze beschrijven hoe een patiënt tot een keuze kwam en zoomen in op de cognitieve aspecten die mogelijk een rol spelen bij het nemen van een beslissing.

Box 21: Onderzoek naar reviews en narratieve informatie

Reviews en narratieven zijn ervaringsverhalen van anderen en worden ook wel testimonials of anekdotische informatie genoemd. [105] 'Anderen' kunnen bijvoorbeeld patiënten zelf zijn, mantelzorgers, familie of professionals. Meestal komen de verhalen van patiënten zelf. De informatie kan in de vorm van tekst of (audio)visueel materiaal worden aangeboden. Teksten zijn geschreven in de eerste (ik) of derde persoon (hij/zij), of zijn een weergave van een discussie tussen patiënten en andere personen. Het is bekend dat narratieven effect kunnen hebben op de waarnemingen en beslissingen van consumenten. We weten echter veel minder goed of ze ook positief bijdragen aan het begrip van informatie en het daadwerkelijk geïnformeerd kiezen. [105-107] Naar narratieven in behandelkeuzehulpen is al veel onderzoek gedaan, maar in kwaliteitsinformatie nog niet. Een recente meta-analyse [107] vergeleek het effect van narratieve informatie met statistische informatie. Narratieve informatie had vooral effect op gedragsintenties, waarschijnlijk via affectieve en intuïtieve processen van informatieverwerking. De statistische informatie had vooral invloed op opvattingen en attitudes van mensen, waarschijnlijk via meer systematische processen van informatieverwerking

Box 22 geeft voorbeelden van deze verschillende narratieven.

Box 22: Onderzoek naar reviews en narratieve informatie

Uitkomstnarratief: "Ik koos voor een behandeling in Ziekenhuis Y omdat ik wist dat ze daar goede resultaten met opereren behaalden. Na 5 jaar ben ik nog steeds kankervrij en ik heb mijn werk helemaal kunnen hervatten. Ik heb dus geen spijt gehad van mijn keuze voor Ziekenhuis Y. Ik heb wel heel veel last gehad van vermoeidheid na de operatie. Het heeft wel 1,5 jaar geduurd voordat ik mijn energie weer een beetje terug had."

Ervaringsnarratief: "Ik koos voor ziekenhuis Z, wat best ver van mijn woonplaats af ligt, maar waar ik wist dat ze veel patiënten met mijn aandoening opereren. De artsen hebben mij goed voorgelicht over de behandelopties en ik kreeg ook brochures mee naar huis. Ze vroegen om mee te denken wat het beste bij mij zou passen, daardoor voelde ik mij heel serieus genomen. Maar ik wist al wat ik wilde: een operatie. De operatie in Ziekenhuis Z was wel ongeveer wat ik ervan had verwacht. Ik had veel pijn toen ik bijkwam, maar de medicatie die ik kreeg van de behulpzame verpleegkundigen maakte het goed dragelijk. Ik heb me wel wat verkeken op de bereikbaarheid. Mijn familie vond het heel moeilijk om het ziekenhuis te bereiken met het OV en ik heb dus weinig bezoek gehad na de operatie. Juist omdat het ziekenhuis zoveel patiënten opereert en iedereen daardoor heel druk is, voelde ik me wat verloren en eenzaam op de afdeling de eerste dagen."

Procesnarratief: "Ik heb gekozen voor Ziekenhuis F. Toen ik te horen kreeg dat ik borstkanker had, heb ik gelijk met mijn huisarts informatie opgezocht over de kwaliteit van ziekenhuizen. Het is erg belangrijk voor mij dat het ziekenhuis veel operaties uitvoert, zodat ze er genoeg ervaring mee hebben. Mijn huisarts wees mij erop dat het ook belangrijk kan zijn om te letten op de wachttijden tussen de operatie en de start van de chemotherapie, omdat het voor patiënten vervelend is als ze daar lang op moeten wachten. Dat vond ik toch ook wel relevant. Dat hebben we opgezocht en het bleek dat Ziekenhuis F een korte wachttijd had, maar niet de meeste operaties. Het was dus best een moeilijke keuze voor mij. Uiteindelijk heb ik voor Ziekenhuis F gekozen omdat ik de wachttijd toch iets belangrijker vond. Ziekenhuis F verricht wel iets minder operaties per jaar dan bijvoorbeeld ziekenhuis P, maar voldoet wel aan de norm. Ik had er dus alle vertrouwen in om mijn behandelingstraject daar te gaan starten."

4.6

Basiselement 5: Begrijpelijke taal in de omschrijving van kwaliteitsindicatoren

Het vijfde en laatste basiselement is het omschrijven van indicatoren in begrijpelijke taal. Begrijpelijke taal - of beter: het gebrek daar aan - is door de Nederlandse overheid benoemd als één van de Top-10 knelpunten in de dienstverlening aan burgers. Dit geldt ook voor informatie over gezondheid en zorg (zie NWO programma Begrijpelijke Taal). Uit eerder onderzoek weten we dat consumenten moeite hebben met terminologie uit de gezondheidszorg. [11,109] Niet alleen de scores zijn moeilijk te begrijpen, maar ook indicatoren zelf. Eerder gebruikersonderzoek liet zien dat het moeilijk is om sleuteltermen in indicatoren, zoals onbekende medische termen en kwaliteitsgerelateerde uitkomsten, te begrijpen. [2,110,111] Ook kunnen consumenten indicatoren vaak moeilijk duiden en koppelen aan kwaliteit van zorg. Staat een lage of juist een hoge score voor goede kwaliteit? Hoe houdt een bepaalde indicator verband met kwaliteit van zorg? Consumenten hebben vooral moeite met het begrijpen van uitkomstindicatoren en indicatoren over ingewikkelde zorgprocessen. Indicatoren over patiëntgerichtheid kunnen ze beter begrijpen. [61,112]

Sommige moeilijkheden kun je oplossen met uitleg en leeswijzers (Hoofdstuk 4), of door context te bieden (Hoofdstuk 2). Dit hoofdstuk schetst hoe je indicatoren

zelf in begrijpelijke taal kunt omschrijven. We raden aan om die omschrijvingen altijd onder gebruikers te testen, bij voorkeur in de vorm van cognitief interviewen. [113] Zie voor meer informatie: <https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/resources/cognitive/index.html>) en de richtlijnen van Zorginstituut Nederland (<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/toetsingskader-en-register/de-cq-index/handboek-ontwikkelen-cq-index/handboek-ontwikkelen-cq-index/handboek-ontwikkelen-cq-index/zinl%3Aparagraaf%5B4%5D/zinl%3Adocuments%5B3%5D/2014059332---wis-03.02-uitvoeren-cognitieve-interviews---1a/2014059332+-+WIS+03.02+Uitvoeren+cognitieve+Interviews+-+1A.pdf>)

4.6.1 *Handvatten voor het gebruik van begrijpelijke taal in de omschrijving van kwaliteitsindicatoren*

Het is moeilijk om concrete aanwijzingen te geven voor het begrijpelijk omschrijven van kwaliteitsindicatoren. De wetenschap is er nog niet over uit hoe je aan een zin of tekst kunt zien of mensen hem zullen begrijpen. [114] Er bestaan softwareprogramma's die teksten inschalen op niveau van begrijpelijkheid. Er wordt dan gepleit voor het schrijven van teksten in B1 niveau, een taalniveau dat 95% van de Nederlanders zou moeten kunnen begrijpen. Deze programma's zijn echter niet onomstreden, onder andere omdat ieder programma een andere inschaling in taalniveaus oplevert. [115]

Er is natuurlijk wel een aantal kenmerken om op te letten [114]:

- woordfrequentie;
- woord- en zinslengte;
- type-token ratio (de woordenrijkdom in een tekst);
- het aantal lijdende vormen;
- het aantal tangconstructies (en de lengte van de tangen);
- het aantal bijzinnen;
- het aantal terugverwijzende woorden;
- de betekenisoverlap tussen woorden in opeenvolgende zinnen, waarmee je de samenhang in de tekst enigszins kunt bepalen.

Op basis van eerder gebruikersonderzoek zijn de volgende handvatten geformuleerd:

- Sleutelbegrippen in leken taal aanbieden. Veel sleutelwoorden en termen zijn onbekend voor de gebruiker. Bijvoorbeeld omdat het vaktaal is of omdat ze bestaan uit te veel lettergrepen. Denk bijvoorbeeld aan termen als 'cataract', 'prostatactomie' (verwijdering van de prostaat). Of zorgtermen als 'multidisciplinair overleg', 'klinisch pad' en 'patiëntveringsonderzoek'. Leken halen ook termen door elkaar die voor experts volstrekt helder zijn. Bijvoorbeeld 'radioloog' en 'radiotherapeut' of 'patiëntenwaardering' en 'patiëntenervaring'. Voor veel sleutelwoorden bestaan goede alternatieven in leken taal. Webredacteuren en taalkundigen kunnen hierin adviseren. Soms kom je bepaalde lekentermen alleen op het spoor door met de eindgebruiker van de informatie in gesprek te gaan. Zie Box 23 voor voorbeelden uit het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland. Daaruit bleek hoe moeilijk het is om sleutelbegrippen in leken taal aan te bieden.
- Indicatorenomschrijvingen die beginnen met 'percentage patiënten dat...' en 'percentage operaties...' anders formuleren. Consumenten struikelen vaak over deze woorden aan het begin van een zin en zien daardoor niet meer waar de indicator nou eigenlijk over gaat. Een duidelijkere formulering is bijvoorbeeld: 'Aantal patiënten dat (uitgedrukt in procenten).'
- Vermijd moeilijke sleutelbegrippen en geef de hele indicator een nieuw 'frame'.

Spreek bijvoorbeeld over 'gepast gebruik van zorg' (ja/nee). Dat is duidelijker dan de hele procedure van een zorgaspect beschrijven met per instelling een indeling in laag, gemiddeld, hoog.

- Versimpel de grammatica en opbouw van de tekst. Maak zinnen korter en eenvoudiger en probeer te laten zien hoe onderdelen van een tekst samenhangen. Schrijf als het mogelijk is in het B1 Taalniveau. Helaas is nog onvoldoende bekend hoe je dat precies moet doen. Onderzoek laat zien dat vereenvoudigde tekst niet altijd tot grotere begrijpelijkheid leidt. Vaak gaat een tekst juist minder vlot lopen. Vooral lezers met veel voorkennis over een onderwerp begrijpen de tekst dan soms minder. Webredacteurs en taalkundigen kunnen hierbij helpen. Maar ook hier geldt dat afstemmen met de eindgebruiker belangrijk is. Box 23 geeft voorbeelden uit het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland waaruit bleek hoe moeilijk het is om zinnen te vereenvoudigen.

Box 23: Twee voorbeelden van de complexiteit van het omschrijven van kwaliteitsindicatoren in lekentaal

Voorbeeld 1: Preoperatieve bespreking in multidisciplinair overleg

Oorspronkelijke indicatoromschrijving: Percentage patiënten met rectumcarcinoom dat preoperatief besproken is in multidisciplinair overleg.

Indicatoromschrijving na vertaling webredactie: Percentage patiënten dat vóór de operatie in een zorgteam is besproken.

Respondent: *Ik denk de voorzorg, wat het inhoudt zo'n operatie. Wat er gebeurt, voor, na, tijdens, hoe je leven eruit gaat zien. En het zorgteam van de behandelde artsen. (..) En dan nazorg, team .. wat, nou ja, wat je hmm nazorg.. dat hoort natuurlijk bij de voorzorg die weet natuurlijk wat er daarna gebeurt. Dat dit soort dingen besproken worden. (..) Wat je te wachten staat.. en inderdaad het sociale wat er allemaal verandert aan je.*

Noot: deze consument dacht dat deze indicator ging over een bespreking tussen zorgverleners en patiënt. Het is niet duidelijk waardoor de verwarring is ontstaan. Wellicht dat de term 'zorgteam' in plaats van het meer complex lijkende 'multidisciplinair overleg' te breed werd geïnterpreteerd.

Voorbeeld 2: : Screening op psychosociale zorg

Oorspronkelijke indicatoromschrijving: Wordt iedere patiënt met een colorectaal carcinoom standaard gescreend op de behoefte aan psychosociale zorg?

Indicatoromschrijving na vertaling webredactie: De zorgverleners vragen iedere patiënt of psychosociale zorg nodig is.

Respondent: *"Ja ik denk dat het heel goed is. Maar hier staat zorg, maar dat zal wel waarschijnlijk ook nazorg inbegrepen zijn. (..) De zorgverleners, zijn dat dan de verpleegkundigen? Dat denk ik dan.. of de vrijwilligers of zo..? Zijn het, zijn het, professionals? Mensen die de hele dag met psychosociale zorg bezig zijn? Of zijn het de mensen die 's ochtends eh, aan je bed staan, om te vragen of je temperaturen, of je helpen met eten?"*

Noot: deze consument vroeg zich hardop af wie de zorgverleners zijn die nagaan of de patiënt psychosociale zorg nodig hebben. Afhankelijk van wie bedoeld worden wordt ook de screening op psychosociale zorg zelf geïnterpreteerd.

Zie voor meer informatie ook:

<https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/create/labels/index.html>

<http://www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/programmas/begrijpelijke+taal>

<https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/resources/cognitive/index.html>

4.7 Handvatten samengevat

- Vertalen van kwaliteitsgegevens naar betekenisvolle informatie**
- Zijn frame en doel van de informatie (positief, negatief, neutraal) goed op elkaar afgestemd?
- Wordt overal hetzelfde frame gebruikt voor zover mogelijk? Zo niet, wordt frame uitgelegd in leeswijzers (bv. hogere percentages betekenen minder goede zorg)?
- Wordt een standaard of norm getoond als vergelijkingsanker (bv. een gemiddelde, een benchmark of een norm)?
- Wordt deze standaard of norm ook uitgelegd in een leeswijzer?
- Wordt getalsmatige informatie aangevuld met visualisatie (bv. staafdiagrammen, symbolen of woordiconen)?
- Zijn die visualisaties goed afgestemd op het doel van de kwaliteitsinformatie?
- Is het totaalbeeld op het scherm rustig?
- Zijn eventuele aanvullende reviews en narratieve informatie goed afgestemd op het doel van de kwaliteitsinformatie en op het soort statistische informatie?
- Zijn de omschrijvingen van kwaliteitsindicatoren in begrijpelijke taal geformuleerd (bv. wordt B1 niveau waar mogelijk gebruikt)?
-

5 Uitleg en leeswijzers bieden

Consumenten moeten vaak een berg informatie afwegen die ook nog eens bol staat van de technische en medische terminologie. Veel van hen zullen überhaupt nog nooit diep nagedacht hebben over wat kwaliteit van zorg inhoudt. Weinigen hebben ooit kwaliteitsinformatie gezien. [23,54] Daarom geven veel websites uitleg en leeswijzers. Bijvoorbeeld in de vorm van i-buttons bij de kwaliteitsindicatoren en kopjes en legenda's bij de scores van instellingen. Het lijkt ook belangrijk om de betrouwbaarheid van de getoonde informatie uit te leggen. Voor de consument is het namelijk niet vanzelfsprekend hoe de gegevens tot stand zijn gekomen.

Hoe bied je die uitleg en leeswijzers het beste aan? Dit hoofdstuk bundelt de kennis over het bieden van uitleg en leeswijzers bij kwaliteitsgegevens. Ook geven we handvatten om die uitleg en leeswijzers daadwerkelijk weer te geven.

5.1 **Waarom zijn uitleg en leeswijzers belangrijk?**

Het bieden van uitleg en leeswijzers is belangrijk, omdat de meeste consumenten moeite hebben de technische en medische kwaliteitsinformatie te begrijpen. Zonder uitleg is de kans aanzienlijk dat consumenten bepaalde informatie niet goed interpreteren of compleet negeren bij het maken van een keuze. Verschillende studies tonen aan dat misinterpretaties inderdaad voorkomen als consumenten naar kwaliteitsinformatie kijken. [2,61,110,111] We weten ook dat consumenten vraagtekens zetten bij de kwaliteit en betrouwbaarheid van de informatie. Ze willen weten hoe de informatie tot stand is gekomen. [2,22,116] Dus zelfs als indicatoren in begrijpelijke taal staan en scores visueel worden weergegeven, blijft het belangrijk om de informatiegebruiker zo precies mogelijk uit te leggen hoe hij/zij informatie kan aflezen. Uitleg en leeswijzers bieden, is iets anders dan context geven. Dit is een onderdeel uit Hoofdstuk 2. Context geeft consumenten vooral een kapstok om informatie aan op te hangen en zorgt dat de informatie betekenis krijgt. Uitleg en leeswijzers zijn aanvullende teksten en vooral bedoeld om foute interpretaties te voorkomen.

5.2 **Handvatten om uitleg en leeswijzers te bieden**

Net als bij het beschrijven van indicatoren, is voor het gebruik van begrijpelijke taal in uitleg en leeswijzers nog geen wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar. Het is niet duidelijk hoe je aan een zin of een tekst precies kunt zien of mensen hem zullen begrijpen. [114] We geven daarom een aantal algemene aanwijzingen voor het formuleren van uitleg en leeswijzers.

- Leeswijzers van kwaliteitsindicatoren, bijvoorbeeld in de vorm van i-buttons of mouseovers. Studies tonen aan dat consumenten kwaliteitsindicatoren niet op de juiste manier interpreteren. Ook het gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland laat zien dat indicatoren lang niet altijd worden geïnterpreteerd zoals de bedenkers dat voor ogen hadden. Soms interpreteren consumenten de indicator te breed; soms juist te smal. Paragraaf 4.6 geeft aanwijzingen voor het begrijpelijk omschrijven van indicatoren. Die gaan ook op voor uitleg en leeswijzers. Daarnaast moeten leeswijzers ook uitleggen wat een indicator wel of niet betekent. Als die bijvoorbeeld de verhouding tot een standaard of norm weergeeft, is het belangrijk om de standaard of normscore zelf ook in de leeswijzer toe te lichten. Box 24 geeft voorbeelden van leeswijzers in de vorm van i-buttons.


Box 24: Voorbeelden van leeswijzers bij kwaliteitsindicatoren in de vorm van i-buttons en mouse-overs

A: Stomawijzer

	Antoni van Leeuwenhoek Plesmanlaan 121 1066 CX Amsterdam 020-5129111 website	MC Slotervaart Louwesweg 6 1066 EC Amsterdam 020-5129333 website
Aangeboden stomazorg		
Colostoma	Begeleiding en aanleg	Begeleiding en aanleg
Ileostoma	Begeleiding en aanleg	Begeleiding en aanleg
Malone stoma	Geen stomazorg	Geen stomazorg
Pouch	Geen stomazorg	Geen stomazorg
Aantal darmkankeroperaties uitgevoerd in 2014	105	48
Aanwezigheid zorgpad darmkanker	Ja, stomazorg is onderdeel hiervan	Ja, stomazorg is onderdeel hiervan
Aanwezigheid zorgpad IBD	Nee, niet aanwezig	Nee, niet aanwezig
Team/ stomapolikli niek		
Aantal stomaverpleegkundigen werkzaam	6	2
Poliklinisch spreekuur	Klik op +	Klik op +
Is er een spreek- en behandelruimte	Ja, met afgescheiden	Ja, met afgescheiden
Norm is dat stomaverpleegkundigen poliklinisch spreekuur houden in een spreek- en behandelruimte waarin de privacy gewaarborgd is x		
afdelingsverpleegkundigen		
Bijscholing van alle afdelingsverpleegkundigen	Ja, maar aanwezigheid niet verplicht	Ja, met verplichte aanwezigheid
Frequentie teamoverleg	4 keer per jaar, onderwerpen beperkt	260 keer per jaar

Bron: Stomawijzer via Zorgkaart Nederland

B: Vergelijk en kies



Medisch Spectrum Twente
ENSCHEDÉ


Contractering
✓ Contract met VGZ tot en met 31-12-2015

Kwaliteitscore
★★★★★ Klantervaring

Klantervaring
Aanbeveling ★★★★★
Aandacht ★★★★★
Informatie ★★★★★

Contactgegevens
Haaksbergerstraat 55
7513ER ENSCHEDÉ
053 487 2000
pr@mst.nl
www.mstwente.nl

[Meer over deze zorgaanbieder](#)



Streektziekenhuis Kon. Beatrix
WINTERSWIJK

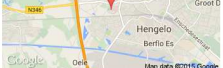
Contractering
✓ Contract met VGZ tot en met 31-12-2015

Kwaliteitscore
★★★★★ Klantervaring

Klantervaring
Aanbeveling ★★★★★
Aandacht ★★★★★
Informatie ★★★★★

Contactgegevens
Beatrixpark 1
7101BN WINTERSWIJK
0543 544 444
info@skbwinterswijk.nl
www.skbwinterswijk.nl

[Meer over deze zorgaanbieder](#)



Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)
HENGÉLO

Contractering
✓ Contract met VGZ tot en met 31-12-2015

Kwaliteitscore
★★★★★ Klantervaring

Klantervaring
Aanbeveling ★★★★★
Aandacht ★★★★★
Informatie ★★★★★

Contactgegevens
Geerdinksweg 141
7555DL HENGÉLO
074 290 5905
info@zgt.nl
www.ziekenhuisgroeptwente.nl

[Meer over deze zorgaanbieder](#)

Deze score geeft aan in hoeverre patiënten deze zorgaanbieder aanbevelen. Bekijk onder 'Uitleg' kwaliteitscores. Hoe deze score is opgebouwd.

Bron: VGZ Vergelijk en Kies

- Leeswijzers van de scores, bijvoorbeeld in de vorm van i-buttons. Studies tonen aan dat consumenten scores op een bepaalde indicator niet goed aflezen, zelfs als ze de indicator zelf wel begrijpen. Gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland laat bijvoorbeeld zien dat het mis kan gaan als een kleiner getal staat voor betere kwaliteit van zorg. Onderzoekers [49,56] adviseren daarom om te illustreren hoe scores moeten worden afgelezen en daarbij veel voorkomende misconcepties te corrigeren. Box 25 geeft een voorbeeld van een i-button zonder leeswijzer bij de score en van een i-button met leeswijzer.
- Legenda's bij sterren of andere symbolen bij categorieën van relatieve scores. Eerder onderzoek laat zien dat consumenten symbolen zoals sterren associëren met absolute prestaties in plaats van relatieve prestaties (scores van instellingen ten opzichte van het gemiddelde). [2] Leg symbolen dus helder en prominent uit in een legenda, eventueel met een doorklikmogelijkheid naar informatie over de totstandkoming van relatieve scores.
- Leeswijzers bij visuele weergaven. Consumenten lezen visuele informatie niet zomaar goed af zonder duidelijke legenda die vertelt hoe ze een staafdiagram moeten lezen. [102] De betekenis elk onderdeel van de informatie moet worden uitgelegd, vooral symbolen en kleuren. Je moet symbolen, woordiconen, staafdiagrammen en populatiediagrammen érgens uitleggen, ook als er geen ruimte voor legenda's is. Voeg dan een link toe, bv. 'Hoe deze informatie af te lezen'. Dan hebben gebruikers via doorklikken of een i-button toegang tot de leeswijzer. Box 26 geeft een paar voorbeelden van informatie met en zonder legenda's/leeswijzers bij visuele weergaven. Zie voor meer informatie: <https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/create/display/decode.html>
- Uitleg over kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens. Zoals gezegd is in ieder geval een deel van de consumenten geïnteresseerd in de kwaliteit en betrouwbaarheid van getoonde gegevens. Tegelijkertijd weten we ook dat we ze niet moet overladen met informatie over de totstandkoming van die informatie. Dat leidt alleen maar af van de kernboodschap. [117] Maak de kernvragen van consumenten leidend en houd de weergave vooral simpel. Laat consumenten waar mogelijk doorklikken naar achtergrondinformatie. Breng bijvoorbeeld een aantal vragen in beeld. Waar komen de gegevens vandaan? Over welke tijdsperiode gaan de data? Wie verzamelde de data? Hoeveel vragenlijsten zijn er ingevuld? Als data op gestandaardiseerde wijze tot stand gekomen zijn is het belangrijk om te linken naar de bewijsvoering hiervan. Zie voor meer informatie: <https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality/create/labels/describesource.html>

Box 25: Voorbeeld van een i-button zonder leeswijzer van de score zelf (voorbeeld 1) van een i-button met leeswijzer (voorbeeld 2).

Voorbeeld 1: de i/button geeft wel een leeswijzer bij de kwaliteitsindicator wachttijd, maar geen leeswijzer van de score zelf (hogere percentages betekenen kortere wachttijd).

Kies uw ziekenhuis > Resultaat

Vorige pagina / criteria aanpassen

Geslacht Mannen Vrouwen

Zodra de diagnose 'borstkanker' is gesteld, is het voor de patiënt prettig niet onnodig lang te hoeven wachten op de operatie. De periode van 5 weken na het afnemen van een biopsie komt voort uit de richtlijn mammacarcinoom (www.oncoline.nl of www.borstkanker.nl). BVN vindt dat elk ziekenhuis deze eis moet kunnen halen. BVN zelf heeft in haar kwaliteitscriteria in 2003 beschreven dat de periode maximaal 4 weken zou moeten zijn. Bron: NISCA (beroepsregio)

Selecteer 1 of 2 ziekenhuizen

Ziekenhuis	Percentage	Aantal patiënten	Ja	Neen	Normen
Onze Lieve Vrouw Gasthuis (OLVG), loc. Oosterpark, Amsterdam, 3 km	86.3%	180	Ja	<input type="checkbox"/>	6 van de 6 normen
VU Medisch Centrum, Amsterdam, 4 km	84.6%	123	Ja	<input type="checkbox"/>	6 van de 6 normen
AMC, Amsterdam, Amsterdam, 9 km	94.1%	282	Ja	<input type="checkbox"/>	6 van de 6 normen
Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam, 9 km	53.7%	596	Ja	<input type="checkbox"/>	5 van de 6 normen
Slotervaartziekenhuis, Amsterdam, 9 km	81.1%	140	Ja	<input type="checkbox"/>	6 van de 6 normen

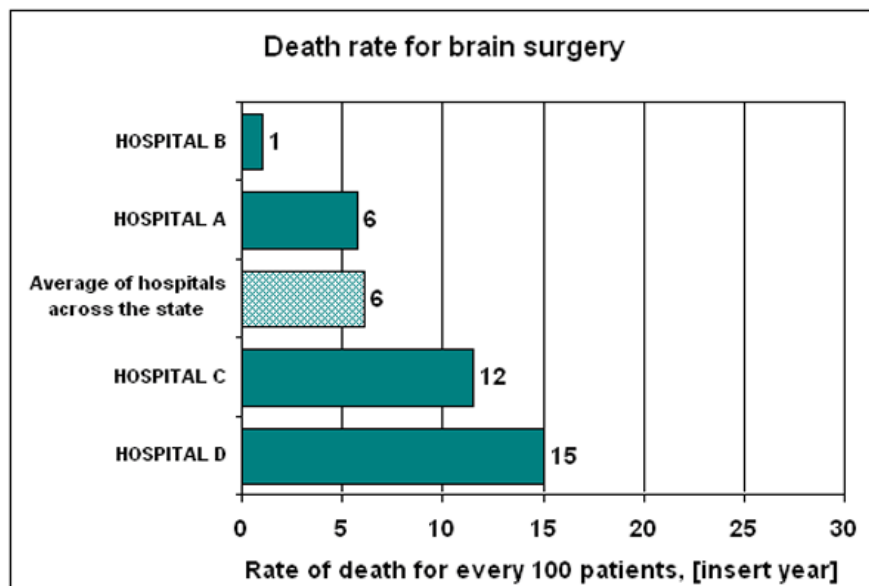
Bekijk de details **Vorige** 1 2 3 4 5 **Volgende**

Toon ander ziekenhuis, nl:

De Monitor Borstkankerzorg is ontwikkeld door Borstkanker Vereniging Nederland en MedQuest, met betrokkenheid van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Financiering: stichting Pink Ribbon (ontwikkeling), stichting Miletus en ziekenhuizen.

Disclaimers:
 1. De Monitor Borstkankerzorg is ontwikkeld door Borstkanker Vereniging Nederland en MedQuest, met betrokkenheid van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Financiering: stichting Pink Ribbon (ontwikkeling), stichting Miletus en ziekenhuizen.
 2. Maak van de Monitor Borstkankerzorg gebruik en vul je eigen criteria in. Gebruik de Monitor Borstkankerzorg niet als enige bron van informatie.
 Borstkankersingeling Emiel Rutgers uit hoe de verschillen in behandeling.

Voorbeeld 2: leeswijzer bij de kwaliteitsindicator mortaliteit, waarbij ook een leeswijzer van de score zelf is weergegeven (lagere getallen betekenen minder overledenen).



This graph shows you the percent of patients who died after brain surgery (called a craniotomy). This information is for patients admitted during [insert year]. When you are choosing a hospital, you should look for the hospital that has a lower number of deaths for this operation. A lower number is shown by a shorter bar on the graph below. Bron: : Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Quality Model Report: Composites. 2009. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads.htm#DraftModelReports>

Box 26: Leeswijzers bij visuele weergaven

Voorbeeld 1: Visuele informatie met leeswijzer

Legenda
 Slechter dan gemiddeld ☆☆☆
 Gemiddeld ★☆☆
 Beter dan gemiddeld ★★☆☆

Zorginstellingen	Veiligheid ⓘ	Bejegening ⓘ	Mentaal welzijn ⓘ	Zelfstandigheid ⓘ	Privacy ⓘ	Schoonmaak ⓘ	Maaltijd ⓘ	Beschikbaarheid personeel ⓘ	Professionaliteit personeel ⓘ
Verpleeghuis / woon- zorg - centrum De Zwaan	★★★	★★★	★★★★	★★★	★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★
Woonzorgcentrum De Vijver	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★★	★★★	★★★
Verzorgingshuis De Bloemen - tuin	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★
Verzorgingshuis Aan Den Bosrand	★★★	★★★★	★★★	★★★	★★★★	★★★	★★★	★★★★	★★★★
Verzorgingshuis Zuiderweg	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★★	★★★	★★★

* Bron: Damman et al., 2014

Voorbeeld 2: Visuele informatie zonder leeswijzer

	Academisch Medisch Centrum (AMC) Locatie Amsterdam Ga naar website	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) Locatie Goes Ga naar website	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, locatie Goes Locatie Goes Ga naar website
Waarderingen ZorgkaartNederland	7 ³ 70 waarderingen	7 ⁴ 56 waarderingen	7 ¹ 19 waarderingen
Keurmerken			
Faciliteiten			
Diagnose binnen 4 weken ⓘ	✗	✗	✗
Start behandeling binnen 3 weken na diagnose ⓘ	✗	✗	✗
Mogelijkheid om oncologieverpleegkundige aan te laten sluiten bij het diagnose-consult ⓘ	✗	✗	✗
1. noorhiseria.nl/instia ⓘ	✓	✓	✓

* Bron: Zorgkaart Nederland

5.3 Handvatten samengevat



Uitleg en leeswijzers bieden

- Staan er i-buttons bij de kwaliteitsindicatoren met uitleg van die indicator voor het interpreteren van de scores, of uitleg van eventuele vergelijkingsankers?
 - Staan er leeswijzers bij de kwaliteitsindicatoren die aangeven hoe de scores gelezen moeten worden (bv. hogere percentages betekenen betere kwaliteit van zorg)?
 - Zijn er legenda's of leeswijzers bij symbolen en andere visuele weergaven?
 - Worden er doorklikmogelijkheden geboden naar meer achtergrondinformatie over de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie?
-

6 Verantwoording

Deze handreiking is opgesteld door Zorginstituut Nederland in samenwerking met het EMGO+ Instituut van het VU medisch centrum. De handreiking is gebaseerd op wat er bekend is uit wetenschappelijk onderzoek naar hoe consumenten informatie verwerken en keuzes maken, op eigen gebruikersonderzoek van het Zorginstituut en op de input van een speciaal daartoe ingestelde expertcommissie. Er is ook input verkregen uit een openbare raadpleging. Tenslotte is geput uit de bulk van ervaring in de Verenigde Staten op dit gebied, die overzichtelijk is weergegeven in een richtlijn op de website <https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/talkingquality>. De auteurs danken iedereen die middels schriftelijke of mondelinge reactie heeft bijgedragen aan deze handreiking.

Expertgroep en openbare raadpleging

Experts namen deel aan één expertmeeting, lazen mee met het concept en gaven input voor de definitieve versie.

Mw. M. ten Horn, MSc	NPCF
Mw. dr. M. Hendriks	NIVEL
Mw. prof. dr. DRM Timmermans	VUmc / EMGO instituut
Mw. prof. dr. A. Stiggelbout	LUMC
Mw. prof. dr. T. van der Weijden	Maastricht UMC
Mw. M. van Eenbergen	Kanker.nl
Mw. ir. P. de Heer	Zorginstituut Nederland
Mw. A. Auwerda	Hart&vaatgroep

De uitnodiging om mee te lezen is breed verstuurd. Voor de ontvangers van de uitnodiging bestond de mogelijkheid om derden te attenderen en uit te nodigen deel te nemen aan de openbare raadpleging. Onderstaande genodigden hebben meegelezen met de conceptversie of werden mondeling geconsulteerd. Allen leverden input voor de definitieve versie.

Mw. A. van de Lindeloof	MediQuest
Mw. T. de Jong	Independer
Dhr. C. Beerman	kiesvoorjezorg.nl
Mw. R. The	zorgkeuzelab
Dhr. M. Hageman	Stichting Patient+
Mw. C. Rekko	Achmea
Dhr. GJ Wissink	CZ
Mw. L. Schulte	Opiness

7 Literatuurlijst

1. Greene J, Peters E, Mertz CK, Hibbard JH. Comprehension and choice of a consumer-directed health plan: an experimental study. *Am J Manag Care* 2008;14(16):369-376.
2. Damman OC, Hendriks M, Rademakers J, Delnoij DM, Groenewegen PP. How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Pub Health* 2009;9:423.
3. Gerteis M, Gerteis JS, Newman D, Koepke C. Testing consumers' comprehension of quality measures using alternative reporting formats. *Health Care Financ Rev* 2007;28(3):31-45.
4. Van den Haak M, Van Hooijdonk CMJ. Evaluating consumer health information websites: the importance of collecting observational, user-driven data. *Proceedings of the Professional Communication Conference (IPCC)* 2010:3.
5. Trevena LJ, Zikmund-Fisher BJ, Edwards A, Gaissmaier W, Galesic M, Han PK, King J, Lawson ML, Linder SK, Lipkus I, Ozanne E, Peters E, Timmermans D, Woloshin S. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13 Suppl 2:S7.
6. Hussey PS, Luft HS, McNamara P. Public reporting of provider performance at a crossroads in the United States: summary of current barriers and recommendations on how to move forward. *Med Care Res Rev* 2014;71 (5 Suppl):5S-16S.
7. Keselman A, Tse T, Crowell J, Browne A, Ngo L, Zeng Q. Assessing consumer health vocabulary familiarity: an exploratory study. *JMIR* 2007;9(1):e5.
8. Rademakers J. Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Kennissynthese; NIVEL, 2014.
9. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun* 2010;15 Suppl 2:9-19.
10. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. *J Health Commun* 2011;16 Suppl 3:134-49.
11. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002;34(5):383-9.
12. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97-107.
13. Van der Heide I, Uiters E, Rademakers J, Struijs JN, Schuit AJ, Baan CA. Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a Dutch cross-sectional study. *J Health Commun* 2014;19 Suppl 2:115-3.
14. Peters E, Hibbard J, Slovic P, Dieckmann N. Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(3):741-8.
15. Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. Adult literacy in America: a first look at the results of the national adult literacy survey. U.S. Government Printing Office, Superintendent of Documents, Washington, DC 20402.
16. Schwarz L, Woloshin S, Black W, Welch H. The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography. *Ann Intern Med* 1997;127(1):966-972.
17. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest* 2007;8(2):53-96.

18. Cosmides L, Tooby J. Are humans good intuitive statisticians after all? Rethinking some conclusions from the literature on judgment under uncertainty. *Cognition* 1996;58:1-73.
19. Johnson EJ, Payne JW, Bettman JR. Information displays and preference reversals. *Organ Behav Hum Decis Proces* 1988;42:1-21.
20. Zikmund-Fisher BJ. Continued use of 1-in-X risk communications is a systemic problem. *Med Decis Making* 2014;34(4):412-413.
21. Gaissmaier W, Gigerenzer G. Statistical illiteracy undermines informed shared decision making. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2008;102(7):411-3.
22. Ketelaar NA, Faber MJ, Westert GP, Elwyn G, Braspenning JC. Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice. *Qual Prim Care* 2014;22(2):81-89.
23. Victoor A, Delnoij D, Friele R, Rademakers J. Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Exp* 2014; in press.
24. Gigerenzer G, Gaissmaier W. Heuristic decision making. *Annu Rev Psychol* 2011;62:451-82.
25. Dautzenberg M, Weening JW, Faber M, Ouwens M. Kiezen borstkankerpatiënten voor kwaliteit? IQ Healthcare, UMC St Radboud: Nijmegen; 2012.
26. Einhorn HJ, Hogarth RM. Behavioral decision theory: processes of judgment and choice. *Journal of Accounting Research* 1981;19(1):1-31.
27. Vessey I. Cognitive fit: a theory-based analysis of the graphs versus tables literature. *Decision Sciences* 1991;22(2):219-240.
28. Reyna VF. A theory of medical decision making and health: fuzzy trace theory. *Med Decis Mak* 2008;28:850-865.
29. Feldman-Stewart D, Kocovski N, McConnell B, et al. Perception of quantitative information for treatment decisions. *Med Decis Mak* 2000;20:228-238.
30. Shah P, Hoeffner J. Review of graph comprehension research: implications for instruction. *Educ Psychol Rev* 2002;14(1):47-69.
31. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Zotov V. Further insight into the perception of quantitative information: judgments of gist in treatment decisions. *Med Decis Making* 2007;27(1):34-43.
32. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review* 1956;63(2):81-97.
33. Scheibehenne B, Greifeneder R, Todd PM. Can there ever be too many options? A meta-analytic review of choice overload. *J Consum Res* 2010;37:409-425.
34. Timmermans D. The impact of task complexity on information use in multi-attribute decision making. *J Behav Decis Mak* 1993;6:95-111.
35. Schwartz B. The paradox of choice. Why more is less. Harper Perennial, 2004.
36. Zikmund-Fisher BJ, Fagerlin A, Ubel PA. A demonstration of "less can be more" in risk graphics. *Med Decis Making* 2010;30(6):661-71.
37. Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard JH, Mertz CK. Less is more in presenting quality information to consumers. *Med Care Res Rev* 2007;64(2):169-90.
38. Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47(1):1-8.
39. Zwijnenberg NC, Hendriks M, Damman OC, Bloemendal E, Wendel S, de Jong JD, Rademakers J. Understanding and using comparative healthcare information: the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012;12:101.
40. Damman OC, Hibbard JH, De Jong A, Timmermans DRM. The communication of online information about the quality of healthcare providers. Presentation EACH Conference, Amsterdam; Sep 2014.

41. Winters S, Wammes J, Ouwens M, Faber M. De toetsing van toetsingsinstrumenten. Evaluatie van toetsingsinstrumenten van patiëntenorganisaties vanuit diverse perspectieven. IQ Health care, UMC St Radboud: Nijmegen; 2012.
42. Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, et al. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2012;12:1-16.
43. Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Hendriks M. Creating compact comparative health care information: what are the key quality attributes to present for cataract and total hip or knee replacement surgery? *Medical Decis Mak* 2012;32(2):287-300.
44. Beukers D, Kemp RG, & Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *Eur J Health Econ* 2014;15(9):927-36.
45. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press; 2008.
46. Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 2003;24:413-33.
47. Slovic P. The construction of preference. *Am Psychol* 1995;50:364-71.
48. Kaiser Family Foundation. A national survey on consumers experiences with patient safety and quality information. Kaiser Family Foundation; 2004.
49. Yegian JM, Dardess P, Shannon M, Carman KL. Engaged patients will need comparative physician-level quality data and information about their out-of-pocket costs. *Health affairs* 2013;32:328-337.
50. Bruine de Bruin W, Bostrom A. Assessing what to address in science communication. *Proc Natl Acad Sci USA* 2013;110 Suppl 3:14062-8.
51. Shah P, Mayer RE, Hegarty M. Graphs as aids to knowledge construction: signalling techniques for guiding the process of graph comprehension. *Journal of Educational Psychology* 1999;91(4):690-702.
52. Krol MW, de Boer D, Rademakers JJ, Delnoij DM. Overall scores as an alternative to global ratings in patient experience surveys; a comparison of four methods. *BMC Health Serv Res* 2013;13:479.
53. Krol MW, de Boer D, Delnoij DM, Rademakers JJ. The Net Promoter Score - an asset to patient experience surveys? *Health Expect* 2014; in press.
54. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 11:CD004538.
55. Van Wensveen D, Brouwer M. Kiezen in de zorg door de ogen van de consument [Healthcare choices through the eyes of the consumer]. TNS NIPO/RIVM, Amsterdam; 2010.
56. Sofaer S, Hibbard J. Best practices in public reporting no. 2: maximizing consumer understanding of public comparative quality reports: effective use of explanatory information. *AHRQ Publ. No. 10-0082-1-EF*, 2010.
57. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results form a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001; 84(1):48-51.
58. Coulter A. Do patients want a choice and does it work? *BMJ* 2010;341:973-975.
59. Trotter MI, Morgan DW. Patients' use of the internet for health related matters: a study of internet usage in 2000 and 2006. *Health Informatics J* 2008;14(3):175-181.
60. Raven MC, Gillespie CC, DiBennardo R, Van Busum K, Elbel B. Vulnerable patients' perceptions of health care quality and quality data. *Medical Decis Mak* 2012;32(2):311-26.
61. Hibbard JH, Greene J, Daniel D. What is quality anyway? Performance reports that clearly communicate to consumers the meaning of quality of care. *Med Care Res Rev* 2010;67(3):275-93.
62. Carnine D. Diverse learners and prevailing, emerging, and research-based educational approaches and their tools. *School Psych Rev* 1994;23:341-350.

63. Hibbard JH, Greene J, Daniel D, Rabson B, Lambiosa B. Giving consumers a framework for understanding quality. Presentation delivered at the Annual Meeting of the Aligning Forces for Quality initiative, sponsored by the Robert Wood Johnson Foundation; 2009 May; Chicago, IL.
64. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44(3):166-206.
65. Tversky, Amos; Kahneman, Daniel. The Framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 1981;211(4481):453-458.
66. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC Jr, Tversky A. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N Engl J Med* 1982;306(21):1259-1262.
67. Abhyankar P, Volk RJ, Blumenthal-Barby J, Bravo P, Buchholz A, Ozanne E, Vidal D, Col, N, Stalmeier P. Balancing the presentation of information and options in patient decision aids: an updated review. *BMC Medical Inf Decis Mak* 2013;13(Suppl 2):S6.
68. Gigerenzer G. Should patients listen to how doctors frame messages? *BMJ* 2014;349:g7091.
69. Garcia-Retamero R, Dhami MK. On avoiding framing effects in experienced decision makers. *Q J Exp Psychol (Hove)* 2013;66(4):829-42.
70. Hibbard JH, Harris-Kojetin L, Mullin P, Lubalin J, Garfinkel S. Increasing the impact of health plan report cards by addressing consumers' concerns. *Health Aff (Millwood)* 2000;19(5):138-43.
71. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635-45.
72. Jacowitz KE, Kahneman D. Measures of anchoring in estimation tasks. *Pers Soc Psychol B* 1995;21:1161-1166. doi:10.1037/e722982011-058.
73. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science* 1974;185(4157):1124-1131.
74. Bol N, Smets EM, Rutgers MM, Burgers JA, de Haes HC, Loos EF, van Weert JC. Do videos improve website satisfaction and recall of online cancer-related information in older lung cancer patients? *Patient Educ Couns* 2013;92(3):404-12.
75. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns* 2006;61:173-190.
76. Sloman SA. The empirical case for two systems of reasoning. *Psychol Bull* 1996;119:3-22.
77. Kahneman D. A perspective on judgment and choice. *American Psychologist* 2003;58:697-720.
78. Paivio A. *Mind and its evolution: a dual coding theoretical approach*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.
79. Mayer RE, Moreno R. Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educ Psychol* 2003;38(1),43-52.
80. Lipkus IM. Numerical, verbal, and visual formats of conveying health risks: suggested best practices and future recommendations. *Medical Decis Mak* 2007;27:696-713.
81. Friel SN, Curcio FR, & Bright GW. Making sense of graphs: critical factors influencing comprehension and instructional implications. *J Res Math Educ* 2001;32(2):124-158.
82. Timmermans D, Oudhoff J. Different formats for the communication of risks: verbal, numerical, and graphical formats. *Wiley Encyclopedia of Operations Research and Management Science* 2011;DOI: 10.1002/9780470400531.eorms0954.
83. Wong DM. *The Wall Street journal guide to information graphics. The do's and don'ts of presenting data, facts, and figures*. New York: W.W. Norton and Co; 2010.
84. Van Hooijdonk C, Bosma W, Kraemer E, Maes A, Theune M. Experiments in multimodal information presentation. In: Van den Bosch A, Bouma G, editors. *Interactive multi-modal question-answering theory and applications of natural language*. Berlin: Springer; 2011.

85. Meppelink CS, van Weert JC, Haven CJ, Smit EG. The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: an experimental study. *JMIR* 2015;17(1):e11.
86. Zikmund-Fisher BJ, Witteman HO, Fuhrel-Forbis A, Exe NL, Kahn VC, Dickson M. Animated graphics for comparing two risks: a cautionary tale. *JMIR* 2012;14(4):e106.
87. Hollands JG, Spence I. Judging proportion with graphs: the summation model. *Appl Cogn Psych* 1998;12:173-190.
88. Cleveland WS, McGill G. Graphical perception: theory, experimentation, and application to the development of graphical methods. *J Am Stat Assoc* 1984;79(387):531-554.
89. Lipkus IM, Holland JG. The visual communication of risk. *J Natl Cancer Inst Monog* 1999;25:149-163.
90. Hegarty M. The cognitive science of visual-spatial displays: implications for design. *Top Cogn Sci* 2011;3:446-474.
91. Spiegelhalter D, Pearson M, Short I. Visualizing uncertainty about the future. *Science* 2011;333(6048):1393-1400.
92. Galesic M, Garcia-Retamero R. Graph literacy: a cross-cultural comparison. *Med Decis Making* 2011;31(3):444-57.
93. Gaissmaier W, Wegwarth O, Skopec D, Mülle AS, Broschinski S, Piliti M. Numbers can be worth a thousand pictures: individual differences in understanding graphical and numerical representations of health-related information. *Health Psychol* 2012;31(3):286-296.
94. Hildon Z, Allwood D, Black N. Impact of format and content of visual display of data on comprehension, choice and preference: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2012;24(1):55-64.
95. Kosslyn SM. *Elements of graph design*. New York: WH Freedman, 1994.
96. Spence I, Lewandowsky S. Displaying proportions and percentages. *Appl Cog Psychol* 1991;5:61-77.
97. Brundage M, Feldman-Stewart D, Leis A, Bezjak A, Degner L, Velji K, Zetes-Zanatta L, Tu D, Ritvo P, Pater J. Communicating quality of life information to cancer patients: a study of six presentation formats. *J Clin Oncol* 2005;23(28):6949-56.
98. Slovic P, Peters E, Finucane M, MacGregor DG. Affect, risk and decision making. *Health Psychol* 2005;24(4Suppl.):S35-S40.
99. McCaffery K, Dixon A, Hayen A, Jansen J, Smith S, Simpson J. The influence of graphic display format on the interpretations of quantitative risk information among adults with lower education and literacy: a randomized experimental study. *Med Decis Making* 2012;32:532-544.
100. Peters E, Dieckmann NF, Västfjäll D, Mertz CK, Slovic P, Hibbard JH. Bringing meaning to numbers: the impact of evaluative categories on decisions. *J Exp Psychol Appl* 2009;15(3):213-27.
101. Monteiro SP, Huiskes R, Van Dijk L, Van Weert JC, De Gier JJ. How effective are pictograms in communicating risk about driving-impairing medicines? *Traffic Inj Prev* 2013;14(3):299-308.
102. Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev* 2002;59:3-35.
103. Robert Wood Johnson Foundation. How to display comparative information that people can understand and use. RWJ, 2010.
104. Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res* 2002;37(2):291-313.
105. Bekker HL, Winterbottom AE, Butow P, Dillard AJ, Feldman-Stewart D, Fowler FJ, Jibaja-Weiss ML, Shaffer VA, Volk RJ. Do personal stories make patient decision aids more effective? A critical review of theory and evidence. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13 Suppl 2:S9.
106. Winterbottom AE, Bekker HL, Conner MT, Mooney A. Does narrative information bias individual's decision making? A systematic review. *Soc Sci Med* 2008;13(12):2079-2088.

107. Zebregs S, Van den Putte B, Neijens P, De Graaf A. The differential impact of statistical and narrative evidence on beliefs, attitude, and intention: a meta-analysis. *Health Commun* 2015;30,282-289.
108. Shaffer VA, Zikmund-Fisher BJ. All stories are not alike: a purpose-, content-, and valence-based taxonomy of patient narratives in decision aids. *Med Decis Making* 2013;33(1):4-13.
109. Hopmans W, Damman OC, Timmermans DRM, Haasbeek CJA, Slotman BJ, Senan S. Communicating cancer treatment information using the web: Utilizing the patient's perspective in website development. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014;14(1):116.
110. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Aff (Millwood)* 1997;16(3):218-28.
111. Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financ Rev* 1996;18(1):75-94.
112. Ancker JS, Senathirajah Y, Kukafka R, Starren JB. Design features of graphs in health risk communication: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2006;13(6):608-18.
113. Beatty PC, Willis GB. Research synthesis: the practice of cognitive interviewing. *Public Opin Q* 2007;71(2):287-311.
114. Pander Maat HLW. De lange weg naar een serieuze leesbaarheidsindex. *Tekst(blad)* 2012;18 (4):36-38.
115. Lentz LR, Pander Maat HLW. Een betere bijsluiter. *Tijdschrift voor Taalbeheersing* 2010;32 (2):128-151.
116. Moser A, Korstjens I, van der Weijden T, Tange H. Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information. *Patient Educ Couns* 2010;78(3):365-371.
117. Hibbard J, Sofaer S. Best practices in public reporting no. 1: how to effectively present health care performance data to consumers. *AHRQ* 2010;Publ No 10:0082-EF.
118. Fransen MP, Leenaars KE, Rowlands G, Weiss BD, Maat HP, Essink-Bot M. International application of health literacy measures: adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. *Patient Educ Couns* 2014;97(3):403-9.

8 Bijlagen

1. Stappenplan ontwikkelen kwaliteitsinformatie en de handvatten voor het creëren van begrijpelijke informatie bij elke stap.

Ontwikkeling indicatoren

Bepalen of indicator openbaar wordt gemaakt voor de consument

Doel van openbaarmaking indicator vaststellen

Keuze voor presentatiewijze, in overeenstemming met look and feel website

Opstellen teksten voor indicatoren en indicatorenomschrijvingen

Opstellen leeswijzers

Gebruikerstest uitvoeren van je concept informatie

Aspecten om mee te wegen zijn onder andere:

- Is de indicator relevant voor de consument?
- Wordt alleen deze, of worden meerdere indicatoren op het scherm getoond?
- Afhankelijk van bovenstaande: kunnen de scores op de indicator op een begrijpelijke manier worden weergegeven?
 - In relatie tot een beperkt aantal andere indicatoren.
 - Passend binnen een 'kwaliteit-van-zorg raamwerk'.
 - Met een duidelijk en bij het doel passend frame (positief, negatief, neutraal).
 - Met een vergelijkingsanker (gemiddelde, benchmark of norm).
 - In een simpele getalsmatige weergave (bv. 20%) en bij voorkeur gecombineerd met een passende visualisatie (bv: een verticale staafdiagram)?
- Kan er eventueel een passend narratief bij weergegeven worden?
- Kan de indicator zelf in begrijpelijke taal worden geformuleerd?
- Kunnen er duidelijke leeswijzers bij de indicatoren ontwikkeld worden, ook voor het aflezen van scores?

Doelen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Inzicht geven in kwaliteit van zorg van 1 instelling of meerdere instellingen.
- Inzicht geven in kwaliteit van zorg op deze ene indicator of op meerdere indicatoren.
- Keuze ondersteunen tussen een beperkt aantal zorginstellingen (bv.:binnen een bepaalde regio).
- Keuze ondersteunen tussen een groot aantal zorginstellingen.

Aspecten van presentatiewijzen om te overwegen zijn:

- Het aantal indicatoren en zorginstellingen dat wordt weergegeven.
- Het bieden van context bij de indicator(en).
- Positieve, neutrale of negatieve frames.
- Het geven van een vergelijkingsanker.
- Tekst versus beeld en een passende visualisatie bij getallen, zoals een staafdiagram of woordiconen.
- Het geven van aanvullende reviews of narratieve informatie.

Aspecten om op te letten bij het schrijven van teksten zijn:

- Omschrijvingen en leeswijzers van indicatoren in begrijpelijke taal geschreven (patiëntenversies).
- Legenda's of leeswijzers van symbolen of andere visualisaties aanwezig.
- Doorklikmogelijkheden naar achtergrondinformatie over kwaliteit en

2. Achtergrondinformatie gebruikersonderzoek van Zorginstituut Nederland

Algemene opzet

In 2015 heeft Zorginstituut Nederland een gebruikersonderzoek uitgevoerd onder 22 consumenten. In dit onderzoek werden verschillende varianten van kwaliteitsinformatie gepresenteerd aan deze groep. We lieten hen daarbij hardop denken en we stelden interviewvragen om vast te stellen hoe men de informatie begreep en toepaste in hypothetische keuzes.

Respondenten

In totaal namen 21 mensen deel aan het onderzoek. Een groot deel (N=16) van deze mensen had eerder al deelgenomen aan een ander onderzoek van het EMGO+ Instituut. Ze hadden daarbij aangegeven dat ze benaderd mochten worden voor soortgelijk onderzoek en gaven toestemming om hun e-mailadres te gebruiken. Een klein deel (N=5) van de mensen is via de andere deelnemers geworven. Oorspronkelijk waren de deelnemers geworven via een advertentie in een lokale krant, waarin gevraagd werd om mensen tussen de 40 en 65 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was dan ook relatief hoog. Voor de overige kenmerken van de respondenten zie Tabel 1.

Tabel 1: Achtergrondkenmerken van de respondenten

	N (%)
Leeftijd	
18-30 jaar	1 (5%)
31-40 jaar	0 (0%)
41-50 jaar	4 (19%)
51-60 jaar	12 (57%)
61-70 jaar	4 (19%)
70 jaar of ouder	0 (0%)
Geslacht	
Man	5 (24%)
Vrouw	16 (76%)
Opleidingsniveau	
Laag	0 (0%)
Gemiddeld	10 (48%)
Hoog	11 (52%)
Gezondheidsvaardigheden*	
Inadequaat	1 (5%)
Mogelijk inadequaat	4 (19%)
Adequaat	15 (71%)
Geen gegevens	1 (5%)

* Gemeten met de Nederlandse versie van de Newest Vital Sign (NVS). [118]

Materialen

Uit de openbaar beschikbare indicatorenset Ziekenhuizen (2013) zijn voor verschillende soorten indicatoren verschillende presentatiewijzen gekozen die getest werden. We kozen een aantal structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren die ook voorkomen in andere indicatorensets (Kraamzorg, Verpleging, verzorging & thuiszorg) (Tabel 2). De testformats werden ontworpen in de stijl van KiesBeter

(februari 2015). Voor elk format bestonden twee varianten: één format met slechts één zorginstelling en één format met meerdere zorginstellingen (meestal twee en in enkele varianten vier).

Tabel 2: Soorten indicatoren

Soort indicator	Voorbeeld
Structuurindicator	Indicatoren die een volume weergeven.
Procesindicator	Indicatoren die proporties patiënten weergeven waarbij iets heeft plaatsgevonden zoals verwacht mag worden. Wachttijden. Indicatoren die weergeven of een onderdeel of proces van de zorg al dan niet geregeld is. Indicatoren die aangeven welke onderdelen of processen van de zorg geregeld zijn (meerdere opties).
Uitkomstindicator	Indicatoren die proporties patiënten weergeven waarbij de uitkomst van de zorg positief dan wel negatief was.

Procedure

Elke deelnemer kwam naar het Zorginstituut Nederland voor het onderzoek. De interviewer gaf eerst uitleg over het onderzoek en vroeg elke deelnemer om geïnformeerde toestemming middels een informed consent formulier. Vervolgens kreeg de deelnemer de testformats een voor een te zien op een laptop. Elk format werd voorafgegaan door een korte introductie: "Hierna ziet u twee zorginstellingen die...". Bij elk format kreeg de deelnemer kort de tijd om de informatie te bekijken; de interviewer vroeg dan om hardop te denken bij het zien van de informatie ("Kunt u vertellen wat er in u opkomt?"). Afhankelijk van de antwoorden van de deelnemer stelde de interviewer vervolgvragen om het begrip van de informatie te testen (bv. "Wat betekent dat voor u?" of "Wat vertelt deze informatie u dan precies?"). Wanneer de deelnemer klaar was met het hardop denken en de vervolgvragen stelde de interviewer standaard een of twee vragen om het 'gist' begrip van de informatie te testen, als dat nog niet aan de orde was geweest ("Hoe goed of hoe slecht doet dit ziekenhuis het?" en Welk ziekenhuis doet het beter volgens u?). Na 5 vragen was er indien gewenst een korte pauze. In totaal kreeg elke deelnemer 9 testformats te zien.

Na afloop vulden de deelnemers de Nederlandse NVS in, dit is een vragenlijst met achtergrondgegevens en met vragen die hun gezondheidsvaardigheden vaststelden. De interviewer bedankte de deelnemer en overhandigde de cadeaubon van €20. De interviews duurden ongeveer 30 tot 50 minuten.

Analyses

De interviews werden letterlijk getranscribeerd. De data werden vervolgens geanalyseerd door middel van een thematische kwalitatieve analyse. Twee onderzoekers (OD, UM) codeerden steeds onafhankelijk van elkaar een deel van de interviews, waarna ze bij elkaar kwamen voor een consensusmeeting, waarna ze het overige deel van de interviews codeerden (onderzoeker 1 codeerde 9 interviews en onderzoeker 2 codeerde 4 interviews). Daarna volgde een consensusmeeting om de indeling in thema's te vergelijken en vast te stellen. Als laatste werden de overige interviews nog gelezen en weer systematisch gezocht naar bewijs dan wel tegengesteld bewijs voor de vastgestelde thema's.

Resultaten

Voor deze handreiking is voor elk getoond format een selectie gemaakt uit de gegeven antwoorden.