



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (Herman Sixma, Astrid Mettendaf, Majda Lamkaddem, Diana Delnoij, *De kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten*, NIVEL 2004) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

De kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten

Meetinstrumentontwikkeling

Herman Sixma
Astrid Mettendaf
Majda Lamkaddem
Diana Delnoij



ISBN 90-6905-691-7

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
telefoon 030 2 729 700
fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling van het onderzoek	7
1.2 Opbouw van het rapport	8
2 Voorbereidende deelstudies en methode van onderzoek	9
2.1 Vier voorbereidende deelstudies	9
2.1.1 Inventarisatie van meetinstrumenten	9
2.1.2 Inventarisatie van klachten	11
2.1.3 Telefonische enquête bij cliënten van zorgkantoren	13
2.1.4 De groepsgesprekken en individuele interviews	17
2.2 De testversie van de vragenlijst	21
2.3 Steekproeftrekking en dataverzameling	23
3 Resultaten van de kwantitatieve test	25
3.1 Kenmerken van de respondenten	25
3.2 De selectiecriteria voor de kwaliteitsaspecten	26
3.2.1 Respons en non-respons op vraagniveau	27
3.2.2 De hoogte van de belang- en ervaringsscores	29
3.2.3 De spreiding van de scores tussen pilotinstellingen	31
3.2.4 De schaalbaarheid van de items	33
3.3 Aanvullende kwaliteitsaspecten	36
3.4 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de vragenlijst	37
3.5 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de dataverzameling	38
4 De nieuwe vragenlijst	41
4.1 De opbouw in modules	41
4.1.1 De module 'Algemene service en dienstverlening'	41
4.1.2 De module 'Uitvoering eigen bijdrage regeling'	42
4.1.3 De module 'WachtlIJstbeheer en wachtlIJstbemiddeling'	43
4.1.4 De module 'Persoonsgebonden budget'	44
4.2 De methode van dataverzameling	45
4.3 Slotconclusies	45
Literatuur	47
Bijlagen:	
Bijlage 1 Testversie van de vragenlijst	49
Bijlage 2 Non-respons per vraag	69
Bijlage 3 Verschilsscores voor alle testvragen	71

1 Inleiding

In het Nederlandse stelsel van zorgvoorzieningen spelen zorgkantoren een belangrijke rol. Dat geldt met name wanneer het gaat om de uitvoering van de Wet Algemene en Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zorgkantoren hebben binnen de AWBZ de wettelijke taak om het recht van de cliënt op zorg te waarborgen. Het zorgkantoor dient er voor te zorgen dat de AWBZ-cliënt tijdig de noodzakelijke zorg ontvangt waarop men volgens de indicatiestelling recht heeft. Daartoe dient het zorgkantoor voldoende zorg in te kopen die naar aard tegemoet komt aan de vraag van cliënten en die bovendien van voldoende kwaliteit en doelmatig is. Bovendien speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij het vaststellen van de eigen bijdrage die cliënten moeten betalen bij de gebruikmaking van AWBZ-voorzieningen. Er zijn in Nederland 32 regionale zorgkantoren. Als zogenaamde concessiehouders voor deze zorgkantoren fungeren de zorgverzekeraars die in de betreffende regio marktleider zijn. Sommige zorgverzekeraars zijn concessiehouder van meerdere zorgkantoren.

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wordt een studie voorbereid, waarbij de prestaties en de bedrijfsvoering van zorgkantoren systematisch moeten worden vergeleken. Het doel van een dergelijke benchmarkstudie is het aanbieden van spiegelinformatie aan de zorgkantoren op basis van kengetallen en raadplegingen van belanghebbenden. Met behulp van deze spiegelinformatie kunnen zorgkantoren kennis nemen van de eigen prestaties en de prestaties van andere zorgkantoren en kunnen mogelijkheden voor verbetering van de prestaties en de bedrijfsvoering worden geïdentificeerd.

Het benchmarken van zorgkantoren staat niet op zichzelf. In andere onderdelen van de AWBZ-keten is benchmarking voor zorgaanbieders eveneens al in uitvoering of in voorbereiding. In de thuiszorg zijn inmiddels twee volledige benchmarkonderzoeken uitgevoerd, waaraan door nagenoeg alle op dat moment erkende thuiszorginstellingen is deelgenomen (PricewaterhouseCoopers/Berenschot, 2000; PWC Consulting/NIVEL, 2002). In de sector verpleeg- en verzorgingshuizen is een benchmarkstudie getest in twee onderzoeken bij in totaal ruim 200 instellingen en wordt een integrale benchmark uitgevoerd onder circa 120 instellingen. In de sector gehandicaptenzorg is het instrumentarium dat bij een benchmarkstudie wordt gebruikt grotendeels ontwikkeld en wordt naar verwachting in 2003 gestart met een test-benchmark. Voor de regionale indicatieorganen (RIO's) tenslotte is op dit moment een benchmarkstudie in ontwikkeling.

De voorbereidingen voor het uitvoeren van een integrale benchmarkstudie onder zorgkantoren in Nederland zijn op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gestart in 2001. Bij het beoogde traject is gekozen voor een indeling in fasen. Als eerste onderdeel (fase 1) is in hetzelfde jaar door CVZ een notitie uitgebracht waarin de doelstellingen en de beleidsomgeving van de beoogde benchmark-

studie in kaart zijn gebracht en een plan van aanpak voor vervolgactiviteiten is gepresenteerd. De tweede fase van het traject omvatte onder meer de ontwikkeling van een analysemodel voor de uit te voeren benchmarkstudie, alsmede de ontwikkeling van de instrumenten die noodzakelijk zijn voor het verzamelen van de benodigde gegevens. Deze fase is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers, in nauwe samenwerking met CVZ en een werkgroep met vertegenwoordigers van vier zorgkantoren. De resultaten van deze tweede fase die liep van december 2001 tot juni 2002 zijn neergelegd in een rapport (PricewaterhouseCoopers, 2002) en gepresenteerd op een landelijke bijeenkomst voor vertegenwoordigers van zorgkantoren (Berghuis, 2002). De derde fase omvat de verdere ontwikkeling van de instrumenten op basis van een pilotstudie bij een beperkt aantal zorgkantoren. Fase vier tenslotte omvat de feitelijk benchmarkstudie bij in principe alle 32 zorgkantoren in Nederland

Het in fase 2 in concept ontwikkelde en in fase 3 deels uitgeteste benchmarkmodel is opgebouwd uit vier onderdelen:

- 1 Een doelmatigheidsmeting, waarbij wordt gekeken naar de relatie tussen de (beheers)kosten die zorgkantoren maken en de productie op vijf deelterreinen te weten de AWBZ-administratie, de zorgcontractering bij zorgaanbieders, de zorgbemiddeling ten behoeve van cliënten, de informatievoorziening en de overige activiteiten.
- 2 Het oordeel van cliënten van zorgkantoren over de kwaliteit van de service en dienstverlening.
- 3 Het oordeel van de medewerkers van zorgkantoren over de kwaliteit van het werkgeverschap van de zorgkantoren.
- 4 Een onderzoek naar de maatschappelijke waardering van zorgkantoren, waarbij partijen die regelmatig contact hebben met zorgkantoren hun oordeel geven over het functioneren van deze organisaties.

Naast de vier genoemde onderdelen omvat het benchmarkanalysemodel een onderzoek naar de interne bedrijfsvoering van zorgkantoren en een onderzoek naar omgevingsfactoren die mede van invloed kunnen zijn op de prestaties van zorgkantoren. Voor wat betreft dit laatste kan gedacht worden aan zaken zoals de leeftijdsopbouw in een regio, de samenstelling van huishoudens en het inkomensniveau in een bepaalde regio. In dit rapport wordt verslag gedaan van de ontwikkeling en het testen van één van de onderdelen van het benchmarkanalysemodel voor de zorgkantoren: de cliëntenraadpleging. Voor dit onderdeel was in de tweede fase van het benchmarktraject namelijk nog geen conceptinstrument ontwikkeld.

De ontwikkeling en toepassing van de vragenlijst die gebruikt kan worden bij de raadpleging onder cliënten van zorgkantoren sluit aan bij de NIVEL-onderzoekslijn die zich richt op het meten van de kwaliteit van zorg (of activiteiten van instellingen binnen de zorgsector) vanuit het perspectief van cliënten. Uitgangspunt bij de studies die binnen deze onderzoekslijn worden uitgevoerd is dat de meningen en opvattingen van cliënten (of patiënten, of gebruikers van zorgvoorzieningen, of consumenten) een centraal thema moeten zijn bij beleid gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg (Donabedian, 1988a/b; Donabedian, 1992; Aharony en Strasser, 1993; Strasser et al., 1993). Instellingen werkzaam in de zorgsector en individuele zorgverleners zouden hun handelen zoveel mogelijk af moeten stemmen op de wensen die de

gebruikers (of cliënten) van instellingen daarover hebben. In het kader van deze onderzoekslijn worden door het NIVEL, in eerste instantie als onderdeel van het door de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) ingestelde (en inmiddels afgesloten) Kwaliteit van Zorg (KwaZo) onderzoeksprogramma, nieuwe methoden ontwikkeld en toegepast voor het meten en verbeteren van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers van zorgvoorzieningen. Het kan daarbij gaan om bijvoorbeeld de ontwikkeling van kwantitatief toepasbare vragenlijsten (zie Sixma et al., 1998a/b; Schouten et al., 2000a), maar ook om de mogelijkheden om via kwalitatieve onderzoeksmethoden inzicht te krijgen in de kwaliteitscriteria van specifieke groepen gebruikers van zorgvoorzieningen of cliënten van zorginstellingen (Schouten et al., 2000b) of de implementatie van meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in het kwaliteitssysteem van specifieke zorginstellingen (Sixma, 2002). De vragenlijst 'Kwaliteit van de service en dienstverlening van zorgkantoren vanuit cliëntenperspectief' richt zich op de twee laatstgenoemde activiteiten en sluit aan op de activiteiten die door het NIVEL zijn verricht in het kader van de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000 (PWC Consulting/NIVEL, 2002) en een onderzoeksproject waarbij in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) een meetinstrument voor de RIO-indicatiestelling is ontwikkeld en op regionale schaal is toegepast (Van Nispen et al., 2002a/b).

1.1 Doelstelling van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek kan als volgt worden geformuleerd:

'Het ontwikkelen en op beperkte schaal uittesten van een valide, betrouwbare en praktisch bruikbare vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van de service en dienstverlening van zorgkantoren vanuit het perspectief van de cliënten van deze organisaties.'

De te ontwikkelen vragenlijst moet, als instrument voor het meten van de kwaliteit van de dienstverlening vanuit cliëntenperspectief, passen in en deel gaan uitmaken van het analysemodel voor het benchmarkonderzoek zorgkantoren. Dit betekent dat de vragenlijst een sterk kwantitatief karakter heeft en geschikt moet zijn voor zowel het meten als het verbeteren van de kwaliteit van de werkzaamheden van zorgkantoren. Daarnaast moet de vragenlijst door afzonderlijke zorgkantoren kunnen worden gebruikt voor een meningpeiling onder de cliënten op het moment dat daar behoefte aan is. Uitgangspunt bij de vragenlijst is dat er vanuit de cliënt gezien sprake is van een goede kwaliteit van service en dienstverlening als op voor cliënten belangrijke punten de feitelijke ervaringen in overeenstemming zijn met de reële verwachtingen die cliënten van zorgkantoren hebben.

In overleg met de werkgroep die het onderzoek heeft begeleid - een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van een aantal zorgkantoren, CVZ en PricewaterhouseCoopers - is in principe gekozen voor een vragenlijst die zich richt op drie belangrijke deelterreinen van de service en dienstverlening van zorgkantoren. Het betreft:

- 1 de algemene service en dienstverlening naar de cliënten toe;
- 2 de uitvoering van de 'eigen bijdrage'-regeling;
- 3 de activiteiten die worden ondernomen op het terrein van wachtlijstbeheer, wachtlijstbemiddeling en het eventueel regelen van overbruggingszorg.

Op deze drie deelterreinen hebben cliënten concreet te maken met zorgkantoren en dit is een eerste vereiste om een oordeel te kunnen vellen over de kwaliteit van de dienstverlening. Een vierde deelterrein heeft betrekking op de werkzaamheden van het zorgkantoor bij de uitvoering van de regeling 'persoonsgebonden of persoonsvolgend budget'. Dit terrein is op advies van de opdrachtgever voorlopig buiten het onderzoek gehouden. Belangrijkste reden hiervoor was dat deze regeling pas op 1 april 2003 formeel van kracht is geworden, zodat van cliënten naar de zorgkantoren toe nog niet of nauwelijks een betrouwbaar oordeel verwacht mocht worden.

1.2 Opbouw van het rapport

Het rapport is opgebouwd uit vier hoofdstukken. In het hoofdstuk dat volgt op deze inleidende paragrafen wordt meer uitgebreid ingegaan op de methode van onderzoek. Daarbij wordt eerst het ontwikkeltraject beschreven, waarin met behulp van vier deelstudies vorm is gegeven aan een testversie van de beoogde vragenlijst. Deze testversie wordt vervolgens beschreven, waarna meer uitgebreid wordt ingegaan op dataverzameling met behulp van deze testversie.

In hoofdstuk drie wordt verslag gedaan van het uittesten van de beoogde vragenlijst. Daarbij wordt ingegaan op zowel de opbouw van de vragenlijst als op de analyses die bedoeld zijn om de testversie te optimaliseren. Met betrekking tot de procedure van dataverzameling zal aandacht worden geschonken aan de ervaren knelpunten en de mogelijkheden om hierop in te spelen bij de feitelijke benchmarkstudie zorgkantoren.

Hoofdstuk vier vormt het slothoofdstuk van dit rapport. In dit hoofdstuk wordt het feitelijk resultaat gepresenteerd van de analyses in hoofdstuk drie - een nieuwe, verbeterde versie van de uitgeteste vragenlijst 'Kwaliteit van de service en dienstverlening van zorgkantoren vanuit cliëntenperspectief' - en de bevindingen van hoofdstuk vier in de vorm van een serie van aanbevelingen voor het proces van dataverzameling.

Het rapport wordt afgesloten met een overzicht van de geraadpleegde literatuur, een aantal bijlagen en de testversie van de vragenlijst die in de pilotstudie is gebruikt.

2 Voorbereidende deelstudies en methode van onderzoek

Voor het opstellen van een testversie van de vragenlijst 'Kwaliteit van de werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' zijn vier voorbereidende deelstudies uitgevoerd. De opzet en resultaten van deze vier deelstudies staan centraal in het eerste deel van dit hoofdstuk. De testversie van de vragenlijst wordt besproken in paragraaf 2.2. De pilotversie is getest bij een steekproef van cliënten van zorgkantoren. In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de steekproeftrekking, de respons en de methoden die zijn toegepast bij het analyseren van het verkregen gegevensbestand.

2.1 Vier voorbereidende deelstudies

Ter voorbereiding van het traject waarbij een nieuwe vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten werd opgesteld, uitgetest en geoptimaliseerd zijn vier deelstudies uitgevoerd:

- 1 Een inventarisatie van de meetinstrumenten en methoden van onderzoek die bij de start van fase 3 van het benchmarktraject in gebruik waren bij zorgkantoren om de meningen van cliënten te peilen.
- 2 Een inventarisatie van de bij zorgkantoren door cliënten ingediende klachten.
- 3 Een inventariserend onderzoek bij een steekproef van cliënten naar de meningen over en ervaringen met zorgkantoren met behulp van een kort, telefonisch interview.
- 4 Een verdiepingsstudie naar de verwachtingen van cliënten van zorgkantoren met behulp van enkele groepsgesprekken en individuele interviews.

In de volgende vier paragrafen worden de opzet en uitkomsten van deze vier deelstudies kort besproken.

2.1.1 *Inventarisatie van meetinstrumenten*

Het is op dit moment onbekend welke zorgkantoren in Nederland reeds activiteiten ondernemen op het terrein van cliëntenraadplegingen en hoe deze raadplegingen zich verhouden tot het streven de activiteiten van zorgkantoren meer af te stemmen op de vraag van cliënten.

Met behulp van een korte telefonische enquête onder alle zorgkantoren in Nederland is nagegaan welke zorgkantoren reeds activiteiten op het terrein van cliëntenraadplegingen ontplooiën. Daarbij is gevraagd welke meetinstrumenten worden ingezet, hoe deze meetinstrumenten tot stand zijn gekomen en op welke wijze de resultaten van deze meningpeilingen worden geïmplementeerd in het kwaliteitsbeleid van het betreffende zorgkantoor. Aan zorgkantoren die al gebruik maken van schriftelijke vragenlijsten bij het peilen

van meningen van cliënten, is gevraagd een exemplaar van het betreffende meetinstrument beschikbaar te stellen en hun expertise voor wat betreft het praktische gebruik van dit meetinstrument in het kader van het benchmarktraject te delen met de onderzoekers van het NIVEL. Samen met andere, reeds beschikbare meetinstrumenten - hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de vragenlijsten gebruikt bij de benchmarkstudie thuiszorg 2000 (PWC Consulting/NIVEL, 2002) en bij de pilot-benchmark in de sector verpleging en verzorging (Arcares, 2002) en de vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's (Van Nispen et al., 2002b) - kunnen deze meetinstrumenten worden gebruikt als achtergrondinformatie bij de te ontwikkelen vragenlijst. Hiermee wordt voorkomen dat 'wielen opnieuw worden uitgevonden' en kan er wellicht synchronisatie plaatsvinden met andere afgeronde, lopende en in voorbereiding zijnde benchmarkstudies.

Omdat sommige zorgkantoren vallen onder één concessiehouder en de activiteiten rond cliëntenraadplegingen zich veelal afspelen op het niveau van de concessiehouders hoefden uiteindelijk niet alle 32 zorgkantoren afzonderlijk te worden benaderd. Uiteindelijk is gesproken met 14 medewerkers van zorgkantoren die zich bezighouden met het kwaliteitsbeleid van het betreffende zorgkantoor of, bij concessiehouders voor meerdere kantoren, de betreffende zorgkantoren. Een persoon weigerde medewerking. Bij een groep van vier zorgkantoren onder een concessiehouder bleek het ook na een aantal pogingen niet mogelijk om de juiste contactpersoon aan de lijn te krijgen.

De telefonische vraaggelbesprekken vonden plaats op basis van een semi-gestructureerde vragenlijst. Onderwerpen die aan de orde kwamen betroffen met name de aard en aantallen activiteiten die worden ondernomen op het terrein van systematische cliëntenraadpleging en de mate waarin cliënten van zorgkantoren betrokken worden bij het opzetten van dergelijke raadplegingen. Daarnaast werden de telefoongesprekken gebruikt om een beter beeld te krijgen van de eventuele verschillen tussen de zorgkantoren qua takenpakket. Daarom werd ook kort ingegaan op het standaard takenpakket van het betreffende zorgkantoor en eventuele aanvullende activiteiten die door het zorgkantoor worden vervuld. Het interview duurde gemiddeld 30 minuten en varieerde per zorgkantoormedewerker tussen de 17 en 45 minuten.

De uitkomsten van de telefonische vraaggelbesprekken met de medewerkers van zorgkantoren die zich bezighouden met het kwaliteitsbeleid laten zien dat de meeste contacten met cliënten vooralsnog beperkt blijven tot een uitwisseling van gegevens en meningen via periodiek overleg met cliëntenraden en/of cliëntorganisaties. Expliciet genoemd worden in dit verband de contacten met Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's), themadagen en de bijeenkomsten met adviesraden waarin ook cliëntenvertegenwoordigers zitting kunnen hebben. Drie vertegenwoordigers van zorgkantoren gaven aan dat er binnen hun organisatie jaarlijks groepsgesprekken met een klankbordgroep van cliënten worden gehouden over het takenpakket en de werkwijze van zorgkantoren. Aan deze bijeenkomsten werd deelgenomen door circa 10 - 15 cliënten en/of cliëntenvertegenwoordigers per keer.

Drie van de 14 ondervraagde personen gaven aan dat er binnen hun organisatie een imago- of tevredenheidsonderzoek bij cliënten had plaatsgevonden; één zorgkantoor had een satisfactieonderzoek in voorbereiding. Uit de uitgevoerde metingen naar de tevredenheid van cliënten van zorgkantoren werd meegewerkt door respectievelijk 400 en 1400 cliënten. Het imago-onderzoek had plaatsgevonden onder 25 cliënten van zorgkantoren. De verslagen van de imago- en tevredenheidsmetingen zijn door de betreffende zorgkantoren beschikbaar gesteld en gebruikt bij het opstellen van de pilot-versie van de vragenlijst voor de benchmarkstudie zorgkantoren.

Ten slotte is aan de vertegenwoordigers van de zorgkantoren die medewerking hebben verleend aan de telefonische vraaggesprekken gevraagd of het betreffende zorgkantoor naast de standaardtaken (zoals zorginkoop, contractbeheer, vaststellen van de eigen bijdrage), nog andere taken werden uitgevoerd. Bij alle geraadpleegde zorgkantoren bleek dit het geval te zijn. Wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling (12 keer genoemd), de uitvoering van het PGB (10 keer genoemd) en het PVB (8 keer genoemd) bleken op dat moment voor de meeste zorgkantoren tot het eigen takenpakket te worden gerekend. In de categorie 'anders' (9 keer genoemd) vielen taken zoals het uitvoeren van specifieke projecten, de informatievoorziening naar cliënten en organisaties en actieve bemiddeling bij de zorgtoewijzing al dan niet in combinatie met de participatie in zorgtoewijzingscommissies.

2.1.2 Inventarisatie van klachten

Een tweede deelstudie die is uitgevoerd als voorbereiding op het opstellen van een pilot-versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' heeft betrekking op een inventarisatie van klachten over het functioneren van zorgkantoren die door cliënten bij de betreffende zorgkantoren worden ingediend. Het bestuderen van klachten die worden ingediend geeft inzicht in de fricties die optreden tussen het feitelijk functioneren van zorgkantoren en de (terechte of onterechte) verwachtingen die cliënten naar de zorgkantoren toe hebben. Uit deze verwachtingen kunnen vervolgens weer onderwerpen of kwaliteitsaspecten worden geselecteerd ten behoeve van de beoogde vragenlijst.

In het kader van dit deelonderzoek zijn klachten geïnventariseerd bij drie van de vijf zorgkantoren die participeerden in de werkgroep ter begeleiding van de derde fase in het traject ter voorbereiding van de benchmarkstudie zorgkantoren. De drie deelnemende zorgkantoren zijn geselecteerd op grond van hun bereidheid tot deelname aan dit deelonderzoek en vanwege het feit dat men ook daadwerkelijk beschikte over een systematische klachtenprocedure. Er is daarbij alleen gekeken naar schriftelijk ingediende klachten die ook daadwerkelijk betrekking hadden op de werkwijze en taakopvattingen van (medewerkers van) zorgkantoren. De inventarisatie van klachten heeft betrekking op het jaar 2002. Behalve dat is gekeken naar de inhoud van de klacht, is ook geïnventariseerd welke procedures zorgkantoren hanteren voor het indienen en de behandeling van klachten en wat de uitkomsten waren van de klachtenprocedure.

Bij de drie zorgkantoren verloopt de ontvangst, de registratie en de afhandeling van klachten van cliënten (op papier) ongeveer volgens hetzelfde, hiernavolgende stramien:

- ontvangst schriftelijke klacht;
- registratie;
- ontvangstbevestiging naar cliënt of waarnemer;
- behandeling (binnen of buiten het zorgkantoor);
- afhandeling en brief aan cliënt of waarnemer;
- registratie afhandeling in dossier cliënt en in klachtenregister.

Verschillen tussen de drie zorgkantoren voor wat betreft de procedure hebben vooral betrekking op de centralisatiegraad van het proces van klachtenafhandeling. Bij twee van de drie zorgkantoren is er één centrale klachtenfunctionaris die alle klachten binnenkrijgt, registreert en zorgt voor de afhandeling. Bij het derde zorgkantoor fungeren er twee gescheiden circuits, waarbij één medewerker verantwoordelijk is voor alle klachten die betrekking hebben op de financiële en administratieve diensten van het zorgkantoor (berekening eigen bijdrage AWBZ, gegevensregistratie van cliënten et cetera) en de andere medewerker het aanspreekpunt is voor klachten over wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling. In feite zijn er bij dit zorgkantoor twee aparte registers voor klachten, die geen link hebben met elkaar.

Bij alle drie de zorgkantoren is het mogelijk om een klacht schriftelijk (via brief of via e-mail) in te dienen. Bezwaarschriften kunnen uitsluitend schriftelijk worden ingediend. Klachten kunnen bij een van de drie zorgkantoren behalve schriftelijk ook telefonisch of in een gesprek ingediend worden, op voorwaarde dat er door de klager een klachtformulier wordt ingevuld. Bij het tweede zorgkantoor is het mondeling of telefonisch indienen van klachten mogelijk zonder dat er een bepaalde formulier ingevuld wordt. Het derde zorgkantoor hanteert een procedure dat alle klachten schriftelijk ingediend moeten worden. Cliënten krijgen bij alle zorgkantoren informatie over hoe ze een klacht of bezwaarschrift kunnen indienen tegen de beschikking over eigen bijdrage AWBZ (folder). Informatie over klachten betreffende andere onderwerpen blijken geen bijzondere aandacht te krijgen van de drie zorgkantoren. Daarover wordt, indien daar aanleiding toe is, het meest mondelinge informatie verschaft. Voor twee van de drie zorgkantoren geldt dat het jaarverslag een paragraaf bevat waarin aandacht wordt geschonken aan klachten en klachtenprocedures; bij het derde zorgkantoor is dit niet het geval.

Bij de drie zorgkantoren samen zijn er in 2002 door cliënten 27 klachten ingediend over de door deze drie zorgkantoren aangeboden diensten. Per zorgkantoor ging het om 6, 8 en 13 ontvangen klachten. Van deze 27 klachten hebben er 17 (ofwel circa 63%) betrekking op de berekening of hoogte van de eigen bijdrage AWBZ. Vier klachten hebben betrekking de activiteiten die door het zorgkantoor worden ondernomen (of juist niet ondernomen) op het terrein van wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling. Meer incidenteel worden er klachten geuit die betrekking hebben op onjuiste registratiegegevens zoals een foutief correspondentieadres van de cliënten of van hun waarnemers (en het naar de mening van de cliënt niet snel genoeg corrigeren van deze fouten), het gebrek aan (duidelijke) informatie over de procedures die zorgkantoren hanteren bij de werkzaamheden zijn twee andere klachten die vaak voorkomen en de bejegening door (mede-

werkers van) zorgkantoren. Laatstgenoemde zaken vormen vaak niet de kern van de boodschap, maar klinken door in de wijze waarop de formele klachten worden geuit.

Van de 25 klachten waarvoor de procedure in 2002 is afgesloten, is ongeveer 3/5 deel gegrond verklaard. Met betrekking tot de klachten over de (berekening van de) eigen bijdrage AWBZ was de uitkomst van de klachtenprocedure dat de helft van de klachten als zijnde 'gegrond' werd beoordeeld. Alle klachten betreffende foutieve gegevens van cliënten of waarnemers, en onduidelijke informatie over de gang van zaken werden gegrond bevonden.

De berekening van de eigen bijdrage AWBZ blijkt de grootste bron van ontevredenheid te zijn voor de cliënten. Uit de klachten en de navolgende correspondentie tussen de zorgkantoren en de cliënten blijkt dat de regels rond de berekening van de eigen bijdrage voor relatief veel van de cliënten en hun waarnemers onduidelijk zijn. Dit leidt vaak tot misverstanden. Naast de 27 klachten die betrekking hebben op de feitelijke activiteiten van het zorgkantoor worden er bij de drie zorgkantoren ook klachten ingediend over met name de kwaliteit van de gekregen zorg. Deze klachten zijn in het kader van deze deelstudie niet geanalyseerd omdat ze eigenlijk de zorginstellingen betreffen en niet het zorgkantoor. Echter, het is wel een indicatie dat de taken en bevoegdheden van het zorgkantoor niet voor alle cliënten even duidelijk zijn.

Vatten we de belangrijkste conclusie van dit deelonderzoek naar de klachten die door cliënten van zorgkantoren worden ingediend in enkele zinnen samen, dan geldt voor de drie zorgkantoren dat het stramien van de klachtenprocedures weliswaar in grote lijnen hetzelfde is, maar dat er verschillen zijn in de manier waarop de procedures verder worden ingevuld. Deze verschillen betreffen vooral de wijze van registratie, behandeling en rapportage van klachten. Ook de wijze waarop klachten kunnen worden ingediend (alleen schriftelijk, mondeling en telefonisch met vervolgens registratie op een standaard klachtenformulier, mondeling/telefonisch zonder verdere gestructureerde registratie) verschilt bij de drie zorgkantoren. Hoe met mondelinge/telefonische klachten zonder registratie wordt omgegaan is niet altijd duidelijk. Formele klachten hebben relatief vaak betrekking op de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ'-regeling, activiteiten rond wachtlijsten, de informatievoorziening en fouten in gegevensbestanden.

2.1.3 *Telefonische enquête bij cliënten van zorgkantoren*

Om meer inzicht te krijgen in de verwachtingen die cliënten naar zorgkantoren toe hebben en de problemen die men ervaart in de contacten met zorgkantoren zijn er, ter voorbereiding op de testversie van de vragenlijst voor de cliëntenraadpleging zorgkantoren, een aantal telefonische interviews gehouden met cliënten van zorgkantoren. Voor dit doel is een korte vragenlijst ontwikkeld waarin de volgende vragen aan de orde zijn gesteld:

- 1 Een serie vragen over de aard en aantallen contacten met het zorgkantoor in 2002 en de wijze waarop men contact heeft gehad.
- 2 De verwachtingen die cliënten naar het zorgkantoor toe hebben, de knelpunten die

men bij de contacten heeft ervaren en de diensten die men in de contacten met het zorgkantoor heeft gemist.

- 3 Een specifiek waardeoordeel over activiteiten van het zorgkantoor met betrekking tot de informatievoorziening, de algemene service en dienstverlening en de werkwijze in meer globale zin, in combinatie met de mogelijkheid om deze waardeoordelen nader te motiveren.
- 4 Enkele persoonskenmerken van de respondenten in de vorm van leeftijd, geslacht en (indien men een cliënt aan de lijn had) een eigen oordeel over de gezondheid.

Voor het afnemen van de vragenlijst is aan de vijf zorgkantoren die participeerden in de werkgroep ter voorbereiding van de benchmarkstudie gevraagd een steekproef te trekken van 5 x 40 cliënten. De steekproef had betrekking op cliënten die in de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek contact hadden gehad met het zorgkantoor voor het vaststellen van de eigen bijdrage AWBZ of voor wachtlijstbemiddeling. In totaal zijn 202 adressen en telefoonnummers aangeleverd. Alle respondenten zijn door hun zorgkantoor voorafgaand aan het aanleveren van de steekproef aan het NIVEL schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek, samen met het verzoek om de interviewers van het NIVEL te woord te staan. Indien men niet wenste mee te doen, kon men dit doorgeven aan het zorgkantoor waarna de betreffende persoon uit de steekproef werd verwijderd. Van deze mogelijkheid is sporadisch gebruik gemaakt. De steekproef bestond uit zowel cliënten zelf als uit zaakwaarnemers van veelal in een verpleeghuis opgenomen cliënten.

Van de 202 personen bleken uiteindelijk 158 personen (78%) bereid mee te werken aan het onderzoek. Belangrijke redenen om een interview alsnog te weigeren waren 'een te slechte gezondheid of conditie voor het voeren van een vraaggesprek' (12 keer genoemd), 'onbekendheid met werken van zorgkantoren' (11 keer genoemd), 'geen tijd of zin' (10 keer genoemd), 'cliënt is overleden' (5 keer genoemd) en 'ik wil er niet meer over praten, maar het was niet best' (3 keer genoemd). Andere redenen voor weigeringen waren taalproblemen en foutieve adressering. Na de introductievraag en enige uitleg over de positie van zorgkantoren bleek dat 22 personen zichzelf onvoldoende in staat achtten om een goed oordeel te geven over het functioneren van zorgkantoren. Zij haakten alsnog af. In totaal zijn telefonische vraaggesprekken gevoerd met 136 personen. De gemiddelde leeftijd van cliënten op wie het onderzoek betrekking had was ruim 65 jaar, met een jongste cliënt van 2 jaar en een oudste van 95 jaar. Ruim 2/3 van de respondenten op wie het vraaggesprek betrekking had was vrouw. Het merendeel van de contacten met het zorgkantoor had betrekking op een opname in een verpleeghuis, een verzorgingshuis, een instelling op het terrein van de gehandicaptenzorg of een aanvraag voor thuiszorg. De vraaggesprekken hadden een gemiddelde duur van bijna 15 minuten.

Door de respondenten zijn ruim 100 concrete punten genoemd die voor hen belangrijk zijn als het gaat om het werken van zorgkantoren. Deze punten hebben betrekking op de ruim 50 onderwerpen die in tabel 2.1 zijn gerangschikt naar een zevental thema's.

Tabel 2.1 Belangrijke punten bij het werken van zorgkantoren vanuit cliëntenperspectief

onderwerp	aantal keren genoemd
Procedure	
- informatie over de werkzaamheden van het zorgkantoor	5 keer genoemd
- hulp bij de procedure	4 keer genoemd
- snelle afhandeling van de procedure	4 keer genoemd
- zorgkantoor moet uit zichzelf contact opnemen	1 keer genoemd
- duidelijke procedure	1 keer genoemd
Informatie	
- voldoende informatie over procedure en afhandeling	7 keer genoemd
- duidelijke informatie	6 keer genoemd
- goede voorlichting over de activiteiten	4 keer genoemd
- goede informatie	3 keer genoemd
- duidelijke brieven en formulieren	3 keer genoemd
- duidelijke antwoorden op vragen van cliënten	1 keer genoemd
- papieren die overzichtelijk zijn	1 keer genoemd
Bejegening	
- persoonlijke aandacht	4 keer genoemd
- medewerkers die met je meedenken	2 keer genoemd
- vriendelijke/aardige medewerkers	2 keer genoemd
- cliënten die serieus genomen worden	2 keer genoemd
- medewerkers die zich kunnen verplaatsen in de cliënt	2 keer genoemd
- medewerkers die behulpzaam zijn	1 keer genoemd
- een goede begeleiding	1 keer genoemd
- goede wijze van omgaan met cliënten	1 keer genoemd
- klantvriendelijke medewerkers	1 keer genoemd
- afspraken die worden nagekomen	1 keer genoemd
Deskundigheid	
- goede uitwisseling van gegevens tussen medewerkers zorgkantoor	4 keer genoemd
- medewerkers die al mijn vragen kunnen beantwoorden	3 keer genoemd
- rekening houden met persoonlijke omstandigheden van cliënten	3 keer genoemd
- duidelijke uitleg bij de werkzaamheden	2 keer genoemd
- goede kennis van zaken	2 keer genoemd
- snelle en correcte afhandeling	2 keer genoemd
- correcte afhandeling van telefoongesprekken	2 keer genoemd
- goede adviezen	1 keer genoemd
- zorgvuldige administratie	1 keer genoemd
- medewerkers die persoonlijk contact met je houden	1 keer genoemd
- medewerkers die nauwkeurig werken	1 keer genoemd

- vervolg -

- vervolg tabel 2.1 -

onderwerp	aantal keren genoemd
Bereikbaarheid/toegankelijkheid	
- goede telefonische bereikbaarheid	6 keer genoemd
- vast contactpersoon voor de vragen van cliënten	3 keer genoemd
- medewerkers die er zijn als je ze nodig hebt	1 keer genoemd
- snel terug kunnen vinden van je gegevens	1 keer genoemd
- aanwezigheid van een duidelijk aanspreekpunt voor cliënten	1 keer genoemd
Specifieke punten 'Eigen bijdrage AWBZ'	
- snelle en correcte afhandeling van de procedure	3 keer genoemd
- veranderingen doorgeven aan cliënten	3 keer genoemd
- duidelijke informatie over de berekening van de bedragen	2 keer genoemd
- informatie over de financiële consequenties	1 keer genoemd
- goede 'eigen bijdrage'-regeling	1 keer genoemd
- duidelijke regels voor wat betreft de berekeningen	1 keer genoemd
- voldoende informatie over 'eigen bijdrage'-regeling	1 keer genoemd
Specifieke punten 'Wachtnlijstbeheer en -bemiddeling'	
- feedback over de procedure	3 keer genoemd
- informatie over de lengte van de wachttijd	1 keer genoemd
- cliënt op de hoogte houden voor wat betreft de procedure	1 keer genoemd

Thema's die relatief vaak aan de orde kwamen betreffen de informatievoorziening door (medewerkers van) het zorgkantoor over de procedure en afhandeling van een aanvraag voor zorg en de deskundigheid van zorgkantoormedewerkers. Concrete punten die relatief vaak worden aangemerkt als zijnde belangrijk zijn de hoeveelheid en duidelijkheid van de informatie en de telefonische bereikbaarheid van (medewerkers van) het zorgkantoor.

Wordt de vraag gesteld of personen specifieke knelpunten hebben ervaren in de contacten met zorgkantoren dan antwoorden 42 personen bevestigend. Door deze 42 personen worden in totaal 49 verschillende punten genoemd, terwijl ook nog een tiental keren wordt verwezen naar het antwoord op de vraag naar belangrijke punten in het werken van zorgkantoren. Tabel 2.2 laat zien dat de meeste knelpunten betrekking hebben op het onderwerp 'informatie en voorlichting'; informatie over zowel de algemene werkzaamheden en activiteiten van zorgkantoren als over de specifieke werkzaamheden die betrekking hebben op uitvoering van de regeling 'eigen bijdrage AWBZ' en de activiteiten rond wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling. Andere onderwerpen die relatief vaak worden genoemd betreffen de (telefonische) bereikbaarheid van zorgkantoren, een snelle en adequate correctie van fouten en onvolkomenheden en de bureaucratische procedures waar cliënten tegenaan lopen in contacten met zorgkantoren.

Ten slotte is gevraagd of de cliënten van zorgkantoren - los van de reeds aangehaalde belangrijke punten en eventuele knelpunten - ook bepaalde zaken hebben gemist in hun contacten met zorgkantoren. De antwoorden op deze vraag overlappen goeddeels met de reeds gesignaleerde knelpunten. Meerdere keren genoemd worden 'goede informatie' (5 keer genoemd), 'een duidelijke procedure' (2 keer genoemd), 'meer inzet naar de cliënten toe' (3 keer genoemd), 'informatie over de stand van zaken met betrekking tot wachttijden' (2 keer genoemd) en 'persoonlijk contact tussen cliënten en medewerkers van zorgkantoren' (3 keer genoemd). Onder het laatste kopje valt bijvoorbeeld de suggestie van een van de respondenten in de richting van het zorgkantoor om *"medewerkers aan te stellen die naar de cliënten toe gaan. Als iemand bijvoorbeeld ziek is en iets snel geregeld moet worden zou iemand vanuit het zorgkantoor naar hem/haar toe moeten gaan en samen de formulieren invullen. Dat kost dan een half uurtje, maar het is meteen goed. Vaak staan er onduidelijkheden in de formulieren, gaan ze een paar keer heen-en-weer en hiermee gaat veel tijd verloren."*

Tabel 2.2 Knelpunten die door cliënten worden gesignaleerd met betrekking tot het werken van zorgkantoren

gesignaleerde knelpunten per thema	aantal keer genoemd
Algemene service en dienstverlening	
- knelpunten m.b.t. de informatievoorziening	9 keer genoemd
- knelpunten in de bereikbaarheid van zorgkantoren	5 keer genoemd
- knelpunten m.b.t. de deskundigheid van medewerkers	4 keer genoemd
- knelpunten m.b.t. de bejegening van cliënten	3 keer genoemd
- knelpunten m.b.t. de intake en de procedure	2 keer genoemd
Uitvoering 'Eigen bijdrage AWBZ' regeling	
- informatie over de 'eigen bijdrage'-regeling	9 keer genoemd
- correctie van fouten en onvolkomenheden	6 keer genoemd
- bureaucratie binnen het zorgkantoor	5 keer genoemd
- communicatie binnen het zorgkantoor	2 keer genoemd
- snelheid van de besluitvorming	1 keer genoemd
- informatie over de facturen	1 keer genoemd
Wachttijstbeheer en wachttijstbemiddeling	
- gebrekkige informatie over de stand van zaken	2 keer genoemd
- informatie over de mogelijkheden	2 keer genoemd

2.1.4 De groepsgesprekken en individuele interviews

Als aanvulling op de telefonische interviews zijn er twee groepsgesprekken gehouden. Een derde groepsgesprek, waarvoor een aantal cliënten van zorgkantoren waren uitgenodigd en hadden toegezegd te komen, kreeg door het op het laatste moment afzeggen en

het zonder opgave van redenen afwezig zijn van vier van de vijf genodigden, het karakter van een persoonlijk interview. Tijdens de drie gesprekken kon meer diepgaand worden ingegaan op de verwachtingen van de cliënten met betrekking tot de taken en werkwijze van zorgkantoren. Daarnaast zijn de gesprekken gebruikt om de resultaten van de telefonische interviews meer te expliciteren en meer inzicht te krijgen in de feitelijke procedures die zorgkantoren hanteren in hun werkzaamheden en de verschillen hierin tussen zorgkantoren. De gesprekken zijn gevoerd met een groep van drie cliënten of zaakwaarnemers van cliënten, een groep van zes medewerkers van zorgkantoren en een individuele cliënt. De groep van medewerkers van zorgkantoren bestond uit staffunctionarissen die zich met name bezig hielden met de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ' regeling en wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling. De gesprekken duurden tussen de 1,5 en 2,5 uur, werden gevoerd aan de hand van een checklist met aandachtspunten die werd opgesteld naar aanleiding van de telefonische interviews en werden geleid door twee NIVEL-onderzoekers. De gesprekken werden op audiotape vastgelegd en uitgewerkt door de onderzoekers. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de opnames beluisterd, waarbij alle genoemde kwaliteitsaspecten werden genoteerd. Deze selecties van kwaliteitsaspecten zijn vervolgens met elkaar vergeleken en bediscussieerd, waarna een groslijst is gemaakt van alle items die tijdens de interviews naar voren zijn gebracht.

Uit de gesprekken met de (zaakwaarnemers van) cliënten bleek dat vooral de snelheid van werken van zorgkantoren belangrijk wordt gevonden. Een van de deelnemers merkte op: *"Problemen treden met name op als er sprake is van tekorten in opnamemogelijkheden. Dat was bij mijn moeder het geval. Op zich heb ik geen problemen gehad met het zorgkantoor, maar het gebrek aan mogelijkheden om op korte termijn mijn moeder in een verpleeghuis geplaatst te krijgen, heeft veel ellende opgeleverd."* Een ander punt dat namens veel cliënten aan de orde werd gesteld was de informatievoorziening vanuit het zorgkantoor en de procedures rond de 'eigen bijdrage'-regeling. *"Op het moment dat mijn vader werd opgenomen kreeg ik twee boekjes opgestuurd over de 'eigen bijdrage'. Dat was het dan. Wat ik lastig vind, is dat je vervolgens zelf in de gaten moet houden of het inkomen verandert; zou dat niet makkelijker kunnen, via een standaardformulier of zo..."*

Uit de gesprekken met cliënten en hun zaakwaarnemers bleek verder dat de specifieke taken en werkzaamheden van zorgkantoren zich vaak onttrekken aan het blikveld van cliënten (*"Heel veel van wat het zorgkantoor doet, speelt zich buiten mijn gezichtsveld af en zolang ze het goed doen (en dat doen ze in mijn geval) heb ik daar geen problemen mee"*), dat een goede telefonische bereikbaarheid op prijs wordt gesteld (*"Wat ik wel kwijt moet, is dat met name de telefonische contacten traag en uiterst moeizaam verlopen. Je merkt dat zo'n organisatie weinig commercieel en niet erg klantvriendelijk werkt en dat je het vooral moet hebben van de initiatieven die je zelf onderneemt en de stappen die je zelf zet"*) en dat men veel waarde hecht aan een snelle, correcte en inzichtelijke uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ'-regeling (*"Wat ik gemist heb, is een goede toelichting bij het uitrekenen van mijn 'eigen bijdrage'. Graag meer uitleg, mondeling of schriftelijk"*).

Ten slotte werd in de gesprekken met de (zaakwaarnemers van) cliënten duidelijk dat er behoefte was aan (meer) informatie over het zorgkantoor, de procedures die worden

gehanteerd en de mogelijkheden om via een vast aanspreekpunt in contact te treden met het zorgkantoor. Ofwel: *"Ik vind het belangrijk dat ik van tevoren weet wat ik kan verwachten van het zorgkantoor. Dat ik weet hoe het zorgkantoor in elkaar zit, wat ze precies doen en wat de procedures zijn. Daarnaast vind ik het belangrijk dat ze een goed aanspreekpunt hebben voor wat betreft de zaken waarvoor ik bij het zorgkantoor moet zijn. En dat laatste kan wat mij betreft ook een slimme telefoniste zijn..."*

Aan het begin van het gesprek met medewerkers van zorgkantoren is aan de deelnemers gevraagd het zorgkantoor vooral te bezien door de bril van de cliënt. Men kreeg als het ware de gelegenheid het (vanuit de cliënt gezien) ideale zorgkantoor te schetsen. Het gesprek werd gevoerd aan de hand van vier thema's:

- 1 de algemene service en dienstverlening, met extra aandacht voor de informatievoorziening;
- 2 het vaststellen van de eigen bijdrage en de verdere uitvoering van de regeling;
- 3 wachtlijstbeheer, wachtlijstbemiddeling en overbruggingszorg;
- 4 het persoonsgebonden budget.

Bij het thema 'algemene service en dienstverlening' werd door alle deelnemers, naast een goede en correcte uitvoering van de aan zorgkantoren toegewezen werkzaamheden het belang van een goede 'front office' benadrukt. *"Met name naar de cliënt toe is het voor een zorgkantoor belangrijk om te laten zien wat je in de aanbieding hebt en dat gaat verder dan alleen maar zo snel mogelijk de zorg leveren waarvoor de cliënt geïndiceerd is. Ik zie het zorgkantoor als een soort verbindingsschakel tussen cliënt en zorgaanbieder en deze rol zal naar mijn mening belangrijker worden naarmate er bij cliënten door de functiegerichte indicatiestelling steeds minder sprake zal zijn van duidelijke voorkeursaanbieders. Overigens neemt dit niet weg dat je als cliënt wel degelijk moet kunnen kiezen met betrekking tot wat je nodig hebt en als het zorgkantoor dit niet kan regelen of leveren dan moet je kunnen protesteren."* Door de deelnemers werd in dit verband nog opgemerkt dat de constructie waarbij zorgkantoren veelal opereren vanuit het gebouw van een zorgverzekeraar niet bijdraagt aan de mogelijkheden voor zorgkantoren om zich naar cliënten toe duidelijk te profileren.

Een belangrijk discussiepunt bij het thema service en dienstverlening was de informatievoorziening en voorlichting naar cliënten van zorgkantoren. Daarbij werd benadrukt dat het dan niet enkel gaat om het aanbieden van folders en brochures (bijvoorbeeld over zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en overbruggingszorg, het PGB en eventueel producten die men als zorgkantoor aan cliënten kan bieden), maar ook over het actueel houden van deze informatie en wat de beste manier en het beste tijdstip is om deze informatie bij de cliënt (of klant) te krijgen. *"Er is al veel informatie en een nieuwe folder of brochure is zo gemaakt. Een in mijn ogen veel belangrijker punt is volgens mij hoe we deze informatie toegankelijk maken voor cliënten; op welk moment geef je de cliënt de informatie die hij/zij nodig heeft. Misschien moeten we ons als zorgkantoren daarmee niet zelf bezighouden, maar dit zien te regelen in samenwerking met de RIO's of thuiszorginstellingen."* Een van de deelnemers karakteriseerde het zorgkantoor daarbij als *"een soort callcenter, een vraagbaak waar de cliënt met al z'n vragen terecht kan op het moment dat men met bijvoorbeeld thuiszorg of de opname in een verpleeg- of verzorgingshuis te maken krijgt."*

Daarnaast was men nagenoeg unaniem van mening dat *"het zorgkantoor informatie moet verschaffen over de zorgaanbieders die beschikbaar zijn, moet bemiddelen tussen deze zorgaanbieders en cliënten en uitleg moet geven waarom de zorg of zorginstantie waar de voorkeur naar uitgaat niet altijd beschikbaar is. Hebben wij die informatie niet zelf, bijvoorbeeld omdat het om details gaat, dan zouden we mensen door moeten kunnen verwijzen naar een bron waar men de gewenste informatie wel kan krijgen."*

Over de vraag welke informatie je als medewerker van een zorgkantoor precies aan cliënten moet geven en hoe diep deze informatie moet gaan waren de meningen van de deelnemers aan de groepsdiscussie verdeeld. Waar de een opmerkt dat *"... wij vooral uitgaan van de informatie die we van de cliënt krijgen over waar ze de geïndiceerde zorg wil krijgen en vervolgens de stukken daar naartoe sturen"* en dat *"... als een klant er om vraagt er een indicatie wordt gegeven van de tijd die het gaat duren..."* zijn anderen van mening dat *"... het heel erg belangrijk is dat cliënten precies weten wat en van wie ze iets kunnen verwachten en dat dezelfde cliënt geïnformeerd wordt over de vooruitgang van het overleg"*. Om dit hele proces voor de cliënt goed in beeld te brengen geeft een van de deelnemers aan de discussie het advies om het hele proces voor de cliënt kort en bondig (*"... in Jip en Janneke taal..."*) in een folder samen te vatten en deze folder naar de cliënt op te sturen en eventueel te bespreken. Dat de werkzaamheden van het zorgkantoor zich vaak onttrekken aan het blikveld van cliënten wordt door de medewerkers onderschreven. Daarbij werd overigens aangetekend dat *"... als wij als medewerkers van het zorgkantoor ons werk goed doen en als de wachtlijsten verminderen of zelfs verdwijnen, dan zal de kant - los van het vaststellen van de 'eigen bijdrage' en de rekening voor deze 'eigen bijdrage' ook weinig met ons te maken krijgen"*. Met andere woorden: vanuit de klant bezien is het beste zorgkantoor dat waarvan hij/zij het bestaan niet of nauwelijks opmerkt.

Met betrekking tot de werkzaamheden bij het vaststellen van de 'eigen bijdrage AWBZ' wordt erkend dat het uitleggen van deze regeling aan de cliënt soms een lastige klus is. *"De berekening van de 'eigen bijdrage' is niet uit te leggen, dus kun je communiceren tot je een ons weegt. Als de medewerker van het zorgkantoor het soms zelf al niet begrijpt, dan is het erg moeilijk uit te leggen aan de klant."* Erkend wordt wel dat het een goede zaak zou zijn als cliënten weten wat de precieze rol is van het zorgkantoor bij de 'eigen bijdrage', dat nauwkeurig wordt geïnventariseerd of en zo ja welke informatie men wil ontvangen en dat gemaakte afspraken worden bevestigd. Andere suggesties om vanuit de cliënt gezien de kwaliteit van de dienstverlening met betrekking tot de 'eigen bijdrage'-regeling te vergroten zijn naar de mening van de zorgkantoormedewerkers bijvoorbeeld: zo vroeg mogelijk uit jezelf contact opnemen met de cliënt, informatie geven over mogelijkheden om te klagen of in beroep te gaan, waar mogelijk te werken met toelichtende tabellen en vooral *"... samen met de cliënt bij de uitvoering van deze regeling te zoeken naar het niveau van de informatievoorziening die past bij de betreffende klant. Ik hoor nu nog te vaak dat er voor mij wordt beslist en niet met mij."* Erkend wordt dat met name de mate van informatievoorziening bij de 'eigen bijdrage'-regeling van kantoor tot kantoor en van medewerker tot medewerker kan verschillen. Waar het ene kantoor uitgaat van maatwerk in nauw overleg met de cliënt, geeft een ander kantoor de voorkeur aan *"... zo min mogelijk contact te hebben met de klanten, maar wel veel voor ze te doen ..."*

Bij de bemoeienis van het zorgkantoor rond wachtlijstbeheer, wachtlijstbemiddeling en overbruggingszorg zijn de deelnemers aan de discussie van mening dat het lastig is om vast te stellen wat voor cliënten een aanvaardbare wachttijd is. Hoewel er inmiddels landelijke criteria zijn die als norm gehanteerd kunnen worden - bij thuiszorg en kortdurende verpleeghuiszorg dient 80% binnen vier weken te worden geholpen; bij chronische zorg in het verpleeghuis wordt als norm een wachttijd 16 weken aangehouden - kunnen individuele cliënten hier niet mee uit de voeten. Eensluidend is men van mening dat het de taak van het zorgkantoor is om de klant een alternatief te bieden op het moment dat de zorginstelling niet kan helpen. Het kan daarbij gaan om zorg in of door een andere instelling dan de instelling van eerste keuze of overbruggingszorg, waarbij het de cliënt is die uiteindelijk beslist. Om contact met de cliënt te houden wordt de suggestie gedaan om "*... de betreffende cliënt elke acht tot tien weken een keer te bellen met informatie over de stand van zaken en om te vragen hoe het gaat...*". Daarbij wordt aangegeven dat "*... het zorgkantoor rond wachtlijstbeheer en bemiddeling duidelijke afspraken moet maken met de cliënt, inclusief de consequenties van het weigeren van de zorg die wordt aangeboden. Dan weet iedereen waar die aan toe is.*"

Met betrekking tot het persoonsgebonden budget (PGB) worden de volgende aandachtspunten genoemd om, vanuit cliëntenperspectief, de kwaliteit van de werkzaamheden van zorgkantoren te toetsen.

- 1 De cliënt moet kunnen kiezen tussen PGB en zorg in natura. Wordt het PGB, dan geeft het zorgkantoor de beschikking en de overeenkomst af, berekent op basis van de informatie van de cliënt de eigen bijdrage en stuurt een en ander op naar de cliënt ter ondertekening.
- 2 Bij het PGB is er altijd contact met de cliënt.
- 3 Vanuit het zorgkantoor wordt veel voorlichting gegeven over het PGB, met inbegrip van informatie aan (vertegenwoordigers van) mantelzorgers.
- 4 Samen met de cliënt gaan medewerkers van het zorgkantoor na wat de voor- en nadelen van de PGB regeling zijn, welke werkzaamheden zo'n regeling voor de cliënt met zich meebrengt en waar cliënten terecht kunnen als zij specifieke vragen hebben. Een punt van discussie is hoe ver de bemoeienis van het zorgkantoor bij het PGB moet gaan, waarbij gekozen moet worden tussen 'volledige autonomie bij de cliënt' en een zorgkantoor dat zo veel mogelijk ondersteunt bij de aanvraag en de uitvoering, inclusief de mogelijkheid om na te gaan of 'alles nog goed loopt'.

2.2 De testversie van de vragenlijst

Op basis van de uitkomsten van de voorbereidende deelonderzoeken is een (lange) lijst opgesteld van items die wellicht opgenomen konden worden in de vragenlijst. Deze items zijn 'ingedikt' door zaken samen te voegen (bijvoorbeeld: de aspecten 'niet eens zijn met beslissingen' en 'de mogelijkheid een klacht in te dienen'). Bij het al dan niet opnemen van items in de eerste versie van de vragenlijst en bij de formulering van vragen is bovendien voortgebouwd op ervaringen uit eerder benchmarkonderzoek (PWC/NIVEL, 2002) en onderzoek naar kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief (Sixma et al., 1998a; Sixma et al., 1998b). Van sommige items kon daarnaast al bij voorbaat worden

verwacht dat cliënten daar moeilijk een oordeel over kunnen geven (bijvoorbeeld: 'medewerkers moeten nauwkeurig werken').

Op deze wijze is de eerste versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren vanuit cliëntenperspectief' ontwikkeld. Deze eerste versie is besproken met:

- 1 de vertegenwoordigers van de zorgkantoren in de werkgroep die betrokken is bij de voorbereiding van de feitelijke benchmarkstudie zorgkantoren;
- 2 een vijftal cliënten of zaakwaarnemers van cliënten.

De opmerkingen van betrokkenen zijn verwerkt in een tweede versie van de vragenlijst, die vervolgens als testversie in kwantitatieve zin is uitgeprobeerd bij een groep willekeurige cliënten van zorgkantoren. De oorspronkelijke itemlijst was in deze testversie teruggebracht tot 47 aspecten

De testversie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren vanuit cliëntenperspectief' bestond uit drie delen. In deel 1 werden 50 vragen gesteld over de feitelijke ervaringen van cliënten van zorgkantoren. Deze vragen hadden, betrekking op de thema's 'Algemene service en dienstverlening', 'uitvoering 'eigen bijdrage AWBZ' regeling' en 'wachtlIJstbeheer en wachtlIJstbemiddeling'. Binnen het thema 'algemene service en dienstverlening' is daarnaast een indeling gehanteerd in subthema's, met aandacht voor 'aanmelding en procedure' (7 vragen), 'informatie' (7 vragen), 'bejegening en deskundigheid (6 en 8 vragen), bereikbaarheid en toegankelijkheid (5 vragen). Rond de thema's 'eigen bijdrage regeling' en 'wachtlIJstbeheer en wachtlIJstbemiddeling' zijn respectievelijk 10 en 7 vragen gesteld. Behalve 47 vragen die direct betrekking hadden op de geselecteerde kwaliteitsaspecten, zijn er drie vragen opgenomen die dienden om het onderwerp af te bakenen.

Het oordeel over de kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren rond de drie thema's kan worden afgeleid uit de antwoorden op de 47 vragen. Respondenten konden hun concrete ervaringen rapporteren door het aankruisen van antwoordcategorieën 'ja' of 'nee', of door een antwoord te kiezen uit de aangeboden 4-puntsschalen (antwoordcategorieën 'nee', 'eigenlijk niet'/'meestal niet', 'eigenlijk wel'/'meestal wel' en 'ja'). Bij de meeste vragen is bovendien een 'weet niet, geen ervaring mee' antwoordmogelijkheid gebruikt. Deel 1 van de vragenlijst wordt afgesloten door drie vragen waarbij aan respondenten een algemeen oordeel te geven over de service en dienstverlening, de uitvoering van de 'eigen bijdrage'-regeling en de activiteiten rond wachtlIJstbeheer en wachtlIJstbemiddeling. Dit oordeel kon worden gegeven in de vorm van rapportcijfers.

In het tweede deel van de testversie van de vragenlijst kunnen de respondenten een score geven aan het belang dat wordt toegekend aan de 47 kwaliteitsaspecten waarmee voorlopig de kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren wordt gemeten. Antwoordmogelijkheden bij deze 'belang'-vragen waren bij 'niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk' en 'van het allergrootste belang'.

Deel 3 van de testversie van de vragenlijst bevat een aantal achtergrondvragen. Het betreft vragen over wie de vragenlijst heeft ingevuld (de cliënt zelf of een zaakwaarnemer), de leeftijd en woonsituatie van de cliënt, het geslacht en de hoogst genoten opleiding van de cliënt, een aantal vragen naar de contacten met zorgkantoren (aantal en

soort contacten) en op wat voor soort aanvraag het contact met het zorgkantoor betrekking had. Tenslotte bevatte deel 3 twee 'open vragen' naar mogelijke verbeterpunten en eventuele negatieve of positieve ervaringen van cliënten met betrekking het werken van zorgkantoren.

2.3 Steekproeftrekking en dataverzameling

Om de vragenlijst uit te testen en te optimaliseren is aan elk van de zorgkantoren vertegenwoordigd in de werkgroep ter voorbereiding van de benchmarkstudie gevraagd de namen en adressen aan te leveren van een aantal cliënten die recent met het zorgkantoor te maken hadden gehad voor de uitvoering van de 'eigen bijdrage'-regeling en/of wachtlijstbemiddeling. Zeven van de negen zorgkantoren participierend in fase 3 van het voorbereidingstraject voor de benchmarkstudie hebben medewerking verleend aan deze kwantitatieve test. De twee zorgkantoren die niet aan de cliëntenraadpleging hebben deelgenomen hebben hiervan afgezien om logistieke redenen. Het aanleveren van de benodigde adressen van cliënten bleek voor deze twee zorgkantoren dermate problematisch dat hiervan, mede op grond van financiële overwegingen, is afgezien. Aan de zeven zorgkantoren die wel hebben deelgenomen is gevraagd om twee steekproeven van elk 200 willekeurige personen aan te leveren, te weten een steekproef van 'eigen bijdrage' cliënten en een steekproef van cliënten die in de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek te maken hadden gehad met wachtlijstbeheer of wachtlijstbemiddeling.

Uiteindelijk zijn er door de deelnemende zorgkantoren de adressen beschikbaar gesteld van 1.597 cliënten. Twee zorgkantoren hebben de cliënten waarvan de adressen beschikbaar werden gesteld in de twee weken voorafgaand aan het begin van de dataverzameling via een rondschrijven geïnformeerd over het op handen zijnde onderzoek.

Tabel 2.3 Respons cliëntenraadpleging pilot-benchmarkstudie zorgkantoren

steekproef en responsgroep	aantal
Bruto steekproef	1.597
Onbestelbaar retour ontvangen	131
Netto steekproef	1.466
Bruto responsgroep	578
In reactie aangegeven niet te willen deelnemen	84
Vragenlijst leeg geretourneerd	127
Netto responsgroep	367

Van de 1.597 vragenlijsten bleken er 131 onbestelbaar te zijn. Voor het grootste deel betrof het personen onbekend op het adres waar de vragenlijsten naar toe waren gestuurd. Daarnaast bleek dat ruim 20 personen inmiddels waren overleden. Bij de 578 personen die hebben gereageerd op de hen toegezonden vragenlijst gaf bijna 15% mondeling te kennen dat zij niet in staat of bereid waren de vragenlijst in te vullen en bleek een aantal

van 127 personen (22%) de vragenlijst leeg te hebben teruggestuurd. In totaal waren er bij de afsluiting van de periode van dataverzameling 367 ingevulde vragenlijsten retour te zijn ontvangen. Dit komt neer op een responspercentage van 25%. Voor de verschillende zorgkantoren liepen de netto responspercentages uiteen van 18% tot 34%. De respons bij de twee zorgkantoren die een vooraankondiging hadden verstuurd was met gemiddeld 32% wat hoger dan de gemiddeld 21% respons bij de zorgkantoren die het onderzoek niet bij hun cliënten hadden aangekondigd.

Het databestand met de antwoorden van de 367 cliënten van zorgkantoren die de testversie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' hebben ingevuld, is geanalyseerd met behulp van het SPSS computerprogramma. Daarbij is gekeken naar de antwoorden op het niveau van de afzonderlijke vragen (itemrespons, spreiding), naar de samenhang tussen de verschillende kwaliteitsaspecten per thema of subthema (factoranalyse, betrouwbaarheidsanalyse) en naar de mate waarin op het niveau van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten de oordelen van cliënten verschillen per zorgkantoor.

3 Resultaten van de kwantitatieve test

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de kwantitatieve test waaraan de voorlopige versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' is onderworpen. Eerst wordt ingegaan op de achtergrondkenmerken van degenen die de testversie hebben ingevuld. Vervolgens worden een aantal criteria geformuleerd om te komen tot aanpassing van de voorlopige versie van de vragenlijst. Daarbij wordt zowel gekeken naar de antwoorden op de afzonderlijke vragen als naar de mate van samenhang tussen de verschillende vragen. Tenslotte wordt gekeken naar suggesties van respondenten over zaken die men in de testversie van vragenlijst heeft gemist.

3.1 Kenmerken van de respondenten

In totaal hebben 367 respondenten de testversie van de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld. Het gaat daarbij voor een belangrijk deel om zaakwaarnemers of een familielid van de persoon voor wie door het zorgkantoor werkzaamheden zijn uitgevoerd. Het percentage respondenten dat zelf als cliënt de vragenlijst heeft ingevuld bedraagt 38,5%. De kenmerken van de persoon door (of voor) wie de vragenlijst is ingevuld staan, voor wat betreft een aantal sociaaldemografische kenmerken, vermeld in tabel 3.1.

Ruim 60% van de respondenten die als cliënt met het zorgkantoor contact hebben gehad bestaat uit vrouwen. Wat leeftijdsklasse betreft behoort ruim $\frac{3}{4}$ tot de groep van 65+.; ruim 50% is 80 jaar of ouder. Voor wat betreft de hoogst genoten opleiding valt circa 30% in de categorie 'lagere school' of 'geen'.

Voor een goede interpretatie van met name de tijd die cliënten hebben moeten wachten bij de zorgtoewijzing is het van belang te weten waarvoor men een beroep heeft gedaan op het zorgkantoor. Voor meer dan helft van de respondenten betroffen de werkzaamheden van het zorgkantoor een aanvraag voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Circa 20% van de respondenten had contacten met het zorgkantoor naar aanleiding van een aanvraag voor thuiszorg. De overige aanvragen betroffen aanvragen voor gehandicaptenzorg (14%), aanvragen die door de respondenten in de categorie 'anders' zijn gerangschikt of werden niet nader omschreven.

Tabel 3.1 Kenmerken van respondenten die als cliënt de testversie van de vragenlijst hebben ingevuld, of namens wie de vragenlijst is ingevuld; aantallen en percentages (N=367)

kenmerken	aantal	percentages
Geslacht		
man	125	34.1
vrouw	224	61.0
onbekend/niet ingevuld	18	4.9
Leeftijdsklasse		
0 - 19 jaar	2	0.5
20 - 49 jaar	32	8.7
50 - 64 jaar	51	13.9
65 - 74 jaar	49	10.6
75 - 79 jaar	47	12.8
80 jaar en ouder	180	49.0
onbekend/niet ingevuld	16	4.4
Opleiding (afgerond)		
geen	16	4.4
lagere school	91	24.8
lager beroepsonderwijs	76	20.7
(M)ULO, MAVO, drie jaar HBS	62	16.9
MMS, HAVO, HBS, VWO, Gymnasium	25	6.8
middelbaar beroepsonderwijs	18	4.9
hoger beroepsonderwijs	39	10.6
universiteit	10	2.7
anders	8	2.2
onbekend/niet ingevuld	22	6.0

3.2 De selectiecriteria voor de kwaliteitsaspecten

Op basis van de testresultaten diende te worden nagegaan of:

- 1 de opgenomen kwaliteitsaspecten voor de respondenten herkenbaar waren;
- 2 de opgenomen kwaliteitsaspecten op statistische gronden toegerekend kunnen worden aan achterliggende dimensies van de kwaliteit van werken van zorgkantoren;
- 3 cliënten wellicht nog andere kwaliteitsaspecten belangrijk vinden als het gaat om het werken van zorgkantoren.

Een achterliggend idee daarbij was dat de beoogde meer definitieve versie van de vragenlijst niet langer dan strikt noodzakelijk zou moeten zijn. In de praktijk betekent dit dat nadrukkelijk gekeken is naar mogelijkheden tot inkorting van de vragenlijst.

Om te beslissen of een kwaliteitsaspect al dan niet geschikt is om in de meer definitieve versie van de vragenlijst te worden opgenomen, zijn een aantal criteria aangehouden. Daarbij is gekeken naar de respons en non-respons bij de afzonderlijke vragen (met inbegrip van de verdeling van de antwoorden over de verschillende antwoordcategorieën), naar de hoogte van de belang- en ervaringsscores, naar de spreiding van de scores tussen de pilotinstellingen en naar de schaalbaarheid van de items op achterliggende (sub)dimensies van kwaliteit van werkzaamheden op basis van factor- en betrouwbaarheidsanalyses. Om na te gaan of er geen belangrijke aspecten waren vergeten, is gekeken naar de antwoorden op de 'open vragen' naar potentiële verbeterpunten en zaken die men in de testversie van de vragenlijst had gemist. Aan elk van deze selectiecriteria wordt een subparagraaf gewijd.

3.2.1 Respons en non-respons op vraagniveau

Bijlage 1 geeft een volledig overzicht van de respons en non-respons op het niveau van de vragen die zijn uitgetest. In dit overzicht is er rekening mee gehouden dat respondenten bepaalde blokken met vragen - dit geldt met name voor de vragen die betrekking hebben op de 'eigen bijdrage regeling' en op de vragen met betrekking tot wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling - konden overslaan, omdat men met deze aspecten niet te maken had gehad. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de tien items met de hoogste non-respons bij het toekennen van een belangscore. Tabel 3.3 bevat de items waarbij meer dan 25% van de respondenten het antwoord 'weet niet/geen ervaring mee' heeft aangekruist als wordt gevraagd naar de concrete ervaringen met het zorgkantoor.

Tabel 3.2 Top-10 van kwaliteitsaspecten met de hoogste non-respons bij het toekennen van de belangscore

procedure en aanmelding	non-respons belang
v4 Bij eerste contact: aanbod van beschikbare zorg	9,3
v9 Informatie over (on)mogelijkheden PGB	10,4
v13 Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	9,5
v40 Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	9,4
v42 Folder/brochure over wachtlijstbemiddeling/overbruggingszorg	14,4
v43 Mondelinge info over wachtlijstbemiddeling/overbruggingszorg	15,0
v44 Samen met cliënt gezocht naar alternatieven	14,2
v45 Goed alternatief geboden	13,6
v46 Regelmatige informatie over stand van zaken m.b.t. wachtlijst	12,8
v47 Wachtijd tot beschikbaar komen van zorg	12,3

Voor de meeste van de 47 kwaliteitsaspecten geldt dat minder dan 10% van de respondenten geen antwoord heeft gegeven op de vraag om een oordeel te geven over het belang van het betreffende kwaliteitsaspect. De hoogste non-respons bij de vragen naar

het belang van de geselecteerde kwaliteitsaspecten betreft de items die behoren tot de testversie van de module 'Wachttijdbeheer en wachtlijstbemiddeling'. Voor deze zes items schommelt de non-respons tussen de 10 en 15%. Op grond van deze percentages zijn er voor wat betreft de vragen naar het belang van de uitgeteste items geen redenen om vragen uit testversie van de vragenlijst te verwijderen.

Tabel 3.3 Kwaliteitsaspecten uit de testversie van de vragenlijst met een non-respons van 25% of hoger bij de concrete ervaringen

procedure en aanmelding	non-respons ervaringen
v1 Heeft ZK uit zichzelf contact opgenomen	27,2
v2 Lengte van wachttijd tot contact	46,9
v3 Informatie over wachttijd bij eerste contact	28,1
v7 Informatie over wachttijd tot beschikbaar komen zorg	25,3
v13 Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	25,3
v20 Afspraken worden doorgenomen en uitgelegd	30,2
v21 Voldoende deskundigheid	38,7
v23 Doorgegeven wijzigingen worden snel verwerkt	39,3
v24 Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	62,7
v25 Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	50,6
v26 Medewerkers ZK verplaatsen zich in situatie cliënt	32,7
v27 Fouten ZK worden snel hersteld	56,4
v29 Telefonistes ZK zijn goed aanspreekpunt	29,2
v31 Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	29,7
v32 Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	69,8
v33 Folder/brochure over 'eigen bijdrage'	30,5
v34 Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	30,0
v36 Tijdige informatie over veranderingen in 'eigen bijdrage'	28,6
v37 Informatie over aanspreekpunt voor vragen over 'eigen bijdrage'	28,0
v38 Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	30,5
v39 Snelle en correcte afhandeling van vaststellen 'eigen bijdrage'	27,6
v40 Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	26,4
v41 Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	37,0

Bij de concrete ervaringen van respondenten wordt bij ongeveer de helft van de aspecten door meer dan 25% van de respondenten het antwoord "weet niet/geen ervaring mee" aangekruist of wordt de vraag eenvoudig weg overgeslagen. Voor twaalf aspecten geldt voor wat betreft de concrete ervaringen een non-respons van 30% of hoger. Deze twaalf items komen als eerste in aanmerking om op grond van het non-respons criterium uit de vragenlijst te worden verwijderd. Voor de elf items met een non-respons van tussen de 25% en 30% geldt dat het twijfelachtig is of zij deel moeten gaan uitmaken van de definitieve versie van de vragenlijst die bijvoorbeeld in het kader van een benchmarkstudie kan worden uitgezet onder een dwarsdoorsnede van alle cliënten van zorgkantoren.

3.2.2 De hoogte van de belang- en ervaringscores

De hoogte van de belang- en de ervaringscores van respondenten is een tweede criterium dat mee kan wegen bij de beslissing om kwaliteitsaspecten al dan niet op te nemen in de definitieve versie van de beoogde vragenlijst. Aspecten met een relatieve hoge belangscore krijgen een hogere prioriteit voor wat betreft een plaats in de definitieve versie van de vragenlijst dan aspecten met een relatief lage belangscore. Bij de gerapporteerde ervaringen geldt in feite het omgekeerde. Om de vragenlijst zo kritisch mogelijk te maken, geldt dat het vooral zaak is om kwaliteitsaspecten te selecteren waarop kwaliteitsverbetering in principe mogelijk is; items waarbij relatief veel respondenten aangeven dat de ervaringen niet optimaal zijn. Tabel 3.4 geeft een overzicht van de belang- en ervaringscores van alle kwaliteitsaspecten opgenomen in de testversie van de vragenlijst.

Tabel 3.4 Belang en ervaringscores van de kwaliteitsaspecten opgenomen in de testversie van de vragenlijst, omgerekend naar een schaal die loopt van 1 tot 4

	belang	ervaringen	
Procedure en aanmelding			
v1	Heeft ZK uit zichzelf contact opgenomen	2,92	2,75
v2	Lengte van wachttijd tot contact	2,79	3,00
v3	Informatie over wachttijd bij eerste contact	3,15	2,91
v4	Bij eerste contact: aanbod van beschikbare zorg	2,79	2,83
v6	Cliënt kon meebeslissen over verkregen zorg	3,31	2,50
Informatie			
v7	Informatie over wachttijd tot beschikbaar komen zorg	3,11	2,15
v8	Voldoende informatie over activiteiten ZK	2,97	2,44
v9	Informatie over (on)mogelijkheden PGB	2,98	1,40
v10	Voldoende informatie over beschikbare voorzieningen	3,09	1,94
v11	Voldoende informatie over bezwaarmogelijkheden	3,05	2,53
v12	Informatie over klachtenprocedure	2,93	2,07
v13	Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	3,12	3,00
Bejegening			
v14	Cliënt wordt altijd serieus genomen	3,34	3,63
v15	Afspraken worden door ZK stipt nagekomen	3,16	3,53
v16	Cliënt wordt altijd vriendelijk te woord gestaan	2,95	3,67
v17	Voldoende persoonlijke aandacht	2,92	3,31
v18	Medewerkers ZK luisteren goed naar cliënt	3,09	3,38
v19	Voldoende tijd	2,94	3,44
Deskundigheid			
v20	Afspraken worden doorgenomen en uitgelegd	3,06	2,75
v21	Voldoende deskundigheid	3,29	3,00

- vervolg -

- vervolg tabel 3.4 -

v22	Overleg over wat men voor cliënt kan doen	3,18	2,75
v23	Doorgegeven wijzigingen worden snel verwerkt	3,09	3,50
v24	Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	3,18	3,17
v25	Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	3,38	3,50
v26	Medewerkers ZK verplaatsen zich in situatie cliënt	3,01	3,33
v27	Fouten ZK worden snel hersteld	3,33	3,38
Bereikbaarheid/toegankelijkheid			
v28	Telefonische bereikbaarheid ZK	3,25	3,53
v29	Telefonistes ZK zijn goed aanspreekpunt	2,99	3,14
v30	Brieven en formulieren in begrijpelijke taal	3,36	3,41
v31	Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	2,63	2,07
v32	Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	2,85	3,33
Uitvoering 'eigen bijdrage AWBZ'-regeling			
v33	Folder/brochure over 'eigen bijdrage'	3,16	3,37
v34	Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	2,42	1,94
v35	Uitleg over manier van berekening van 'eigen bijdrage'	3,21	3,05
v36	Tijdige informatie over veranderingen in 'eigen bijdrage'	3,22	3,22
v37	Informatie over aanspreekpunt voor vragen over 'eigen bijdrage'	3,00	2,48
v38	Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	3,01	2,57
v39	Snelle en correcte afhandeling van vaststellen 'eigen bijdrage'	3,19	2,94
v40	Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	3,24	3,04
v41	Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	3,23	2,89
Wachttijdbeheer en bemiddeling			
v42	Folder/brochure over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	2,87	1,32
v43	Mondelinge info over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	2,58	1,86
v44	Samen met cliënt gezocht naar alternatieven	3,00	2,42
v45	Goed alternatief geboden	2,95	2,00
v46	Regelmatige informatie over stand van zaken m.b.t. wachttijst	2,81	2,22
v47	Wachttijd tot beschikbaar komen van zorg	2,97	1,79

Tabel 3.4 geeft het rekenkundig gemiddelden op de gebruikte 4-puntsschalen. Bij het belang geeft een score van '1' aan dat 100% van de respondenten dit aspect als 'niet belangrijk' heeft gekwalificeerd, terwijl de maximale score van '4' aangeeft dat bij dit item 100% van de respondenten de antwoordcategorie 'van het allergrootste belang' heeft aangekruist. Bij ervaringen geldt dat de oordelen met betrekking tot alle aspecten zijn omgerekend naar een schaal die loopt van 1 ('geen kwaliteit') tot 4 ('optimale kwaliteit'). Bij de vragen waarbij respondenten enkel konden kiezen uit de antwoorden 'nee' en 'ja' heeft antwoord 'nee' de score '1' gekregen en antwoord 'ja' de score van '4'.

Tabel 3.4 laat zien dat op het niveau van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten de belang-scores variëren van 2,42 tot 3,38. Voor de volgende aspecten geldt dat 10% of meer van

de respondenten heeft aangegeven dit aspect 'niet belangrijk' te vinden: 'het hebben van een vast contactpersoon' (15,8%), 'mondelinge informatie over de eigen bijdrage-regeling' (22,6%), 'mondelinge informatie over de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling en overbruggingszorg' (15,4%). Op grond van dit criterium zouden deze items als eerste in aanmerking komen om niet terug te keren in de definitieve vragenlijst. Bij de ervaringen geldt dat relatief weinig respondenten negatief oordelen over de volgende kwaliteitsaspecten: 'serieus genomen worden (5,3%), 'vriendelijk te woord worden gestaan' (3,7%), 'telefonische bereikbaarheid' (8,1%), 'telefonistes als aanspreekpunt' (8,4). Bij de tussen haakjes vermelde percentages zijn de categorieën 'nee' en 'meestal niet' samengenomen. Ook voor deze items geldt dat, op grond van de geringe variatie in antwoorden, overwogen kan worden om ze niet op te nemen in de definitieve vragenlijst.

3.2.3 De spreiding van de scores tussen pilotinstellingen

Behalve het percentage respondenten dat aangeeft dat er wat hen betreft niet sprake is van optimale kwaliteit kan ook de mate waarin per item de scores op kwaliteitsaspecten tussen instellingen verschillen een criterium zijn om kwaliteitsaspecten op te nemen in de definitieve versie van de vragenlijst. Dit geldt met name voor een vragenlijst die (mede) gebruikt gaat worden in een studie die bedoeld is om organisaties met elkaar te vergelijken en voor het selecteren van goed beoordeelde organisaties. Voor dergelijke vragenlijsten in het bijzonder geldt dat het aanbeveling verdient om vooral items op te nemen die maximaal discrimineren tussen de organisaties.

Voor de vergelijking van de scores tussen de organisaties is gekeken naar de gemiddelde ervaringsscores op alle aspecten in de testversie van de vragenlijst uitgesplitst naar zorgkantoor waarop het cliëntenoordeel betrekking heeft. De gemiddelden hebben betrekking op de scores op een 1 - 4 schaal (zie ook paragraaf 3.2.2). Een item discrimineert maximaal als het verschil tussen het rekenkundig gemiddelde van organisatie A en van organisatie B op 3 punten uitkomt; een verschilscore van '0' wijst erop dat in elk geval het gemiddeld oordeel van de cliënten van twee organisaties voor wat betreft dit aspect niet verschilt en het item niet discrimineert. In tabel 3.5 zijn alle aspecten opgenomen waarvoor geldt dat de verschilscore tussen meest positief beoordeelde organisatie en de minst positief beoordeelde organisaties 0,3 punten of minder bedraagt. Dit zijn derhalve de aspecten die op basis van de testresultaten relatief slecht discrimineren. Bijlage 3 geeft een overzicht van de maximale verschilcores voor alle 47 kwaliteitsaspecten die in de voorlopige versie van de vragenlijst zijn getest.

Voor alle kwaliteitsaspecten die vallen onder het thema 'bejegening' en onder het thema 'bereikbaarheid' geldt dat er minder dan 0,5 punten verschil zijn tussen de organisatie met de hoogste gemiddelde score en de laagste gemiddelde score. Ook bij de thema's 'deskundigheid' en 'vaststelling eigen bijdrage' zijn er relatief veel aspecten waarbij de verschillen tussen de zeven pilotorganisaties relatief klein zijn. Voor de overige thema's geldt dat de meeste aspecten die hieronder vallen een gemiddelde score hebben die minimaal 0,5 punten verschil tussen de meest positief beoordeelde en de minst positief beoordeelde organisatie. Aspecten met een relatief lage verschilscore komen - andere

criteria buiten beschouwing gelaten - eerder in aanmerking om weggelaten te worden in de definitieve versie dan aspecten met een hoge verschilscore.

Tabel 3.5 Aspecten waarbij het verschil tussen de meest positief en de minst positief beoordeelde organisatie minder dan 0,5 punten bedraagt, op een schaal die loopt van 0 'geen verschil' tot 3 'maximaal verschil'

	verschilscore
Aanmelding en wachttijd	
geen aspecten geselecteerd	
Informatie	
9 info over werkzaamheden zorgkantoor	.3
14 invulformulieren, duidelijke instructies	.4
Bejegening	
15 serieus genomen worden	.3
16 stipt nakomen afspraken	.4
17 vriendelijke behandeling	.2
18 persoonlijke aandacht	.3
19 luisteren goed	.3
20 voldoende tijd	.3
Deskundigheid	
22 voldoende deskundigheid	.4
23 overleg over wat men voor u kan doen	.3
25 zorgvuldige klachtenafhandeling	.4
26 zorgvuldig met gegevens omgaan	.3
27 verplaatsen in uw situatie	.2
Bereikbaarheid/toegankelijkheid	
29 goede telefonische bereikbaarheid	.3
30 telefonistes zijn goed aanspreekpunt	.4
31 brieven zijn begrijpelijk	.3
33 contactpersoon is goed bereikbaar	.3
Eigen Bijdrage (EB) regeling	
36 info (mondeling) over EB	.4
37 info over berekening EB	.4
39 info informatiepunt m.b.t. EB	.4
40 info over handelen bij onvrede EB	.2
41 snelle + zorgvuldige afhandeling	.3
42 correspondentie over EB is duidelijk	.4
43 formulieren EB makkelijk invulbaar	.2
Wachtlisjbeheer	
geen aspecten geselecteerd	

3.2.4 *De schaalbaarheid van de items*

Om na te gaan of de kwaliteitsaspecten in de testversie van de vragenlijst gegroepeerd kunnen worden in een aantal meer centrale thema's (of schalen) is eerst met behulp van factoranalyse nagegaan of er per groep vragen inderdaad sprake is van samenhangende antwoordpatronen. Vervolgens is met behulp van betrouwbaarheidsanalyses geprobeerd inzicht te krijgen in:

- 1 de betrouwbaarheid van de schalen die op basis van de resultaten van de factoranalyses kunnen worden geconstrueerd;
- 2 de mate waarin elk afzonderlijk aspect een centrale positie inneemt in de aldus geconstrueerde schalen.

Dit laatste is met name belangrijk bij het vinden van de juiste balans tussen 'spaarzaamheid' (ofwel, zo weinig mogelijk items per schaal) en 'betrouwbaarheid' (ofwel een zo hoog mogelijke waarde van de betrouwbaarheidscoëfficiënt Cronbach's alpha).

De factor- en betrouwbaarheidsanalyses zijn in eerste instantie uitgevoerd op de belangsscores van de kwaliteitsaspecten. De vragen naar het belang zijn door de meeste respondenten beantwoord. Daarnaast geldt dat deze belangsscores meer stabiel (ofwel minder afhankelijk van het zorgkantoor dat wordt beoordeeld) zijn dan de concrete ervaringen. Bij de analyses is a priori uitgegaan van de indeling van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten in de thema's van de testversie van de vragenlijst. Een volledig 'vrije' analyse resulteert bij 46 kwaliteitsaspecten en circa 400 respondenten in de regel in oplossingen die inhoudelijk niet of niet goed interpreteerbaar zijn. De resultaten op de belangsscores zijn vervolgens getoetst op de ervaringscores.

De tabellen 3.6 tot en met 3.8 geven een overzicht van de resultaten van de factoranalyses (factorladingen en eigenwaarden + percentages verklaarde variantie op bases van 1-factor oplossingen) en de betrouwbaarheidsanalyses (itemschaal correlatie en betrouwbaarheidscoëfficiënten) voor de thema's die deel uitmaken van de testversie van de module 'Algemene service en dienstverlening' (tabel 3.6), de module 'eigen bijdrage' (tabel 3.7) en de module 'Wachtlisjstbeheer en overbruggingszorg' (tabel 3.8).

De tabellen 3.6 tot en met 3.8 laten zien dat er bij alle thema's een (ruim) voldoende samenhang is tussen de kwaliteitsaspecten die bij elk van de thema's zijn ondergebracht. Voor elk van de thema's geldt een factorstructuur die resulteert in een 1-factor oplossing, met een eigenwaarde van ruim boven de 1,0 en percentages verklaarde variantie die boven de 50% uitkomen.

Gecombineerd in schalen, laten de uitkomsten van de betrouwbaarheidsanalyses op de belangsscores zien dat er bij alle thema's sprake is van een schaal met een 'ruim voldoende' tot 'zeer goede' betrouwbaarheid. De betrouwbaarheidscoëfficiënten liggen tussen de .78 (schaal 'procedure en aanmelding') en de .92 (schaal 'uitvoering eigen bijdrage regeling'). Bij elk van de schalen zijn er mogelijkheden tot inkorting, waarbij verwijdering van aspecten met een relatief lage itemtotaal correlatie uit oogpunt van betrouwbaarheid het meest voor de hand zou liggen.

Tabel 3.6 Resultaten factoranalyses (factorladingen, eigenwaarde en % verklaarde variantie) en betrouwbaarheidsanalyses (itemtotaal correlatie en betrouwbaarheidscoëfficiënt) voor de aspecten in de module 'Algemene service en dienstverlening', per kwaliteitsaspect

		factorlading	itemtotaal correlatie
Procedure en aanmelding			
v1	Heeft ZK uit zichzelf contact opgenomen	.76	.57
v2	Lengte van wachttijd tot contact	.82	.64
v3	Informatie over wachttijd bij eerste contact	.74	.56
v5	Wachttijd tot aanbod van beschikbare	.70	.52
v6	Cliënt kon meebeslissen over verkregen zorg	.63	.46
<i>Eigenwaarde: 2,69 - % verklaarde variantie: 53,8 - Cronbach's alpha: .78</i>			
Informatie			
v7	Informatie over wachttijd tot beschikbaar komen zorg	.69	.58
v8	Voldoende informatie over activiteiten ZK	.70	.59
v9	Informatie over (on)mogelijkheden PGB	.75	.67
v10	Voldoende informatie over beschikbare voorzieningen	.74	.65
v11	Voldoende informatie over bezwaarmogelijkheden	.82	.74
v12	Informatie over klachtenprocedure	.75	.65
v13	Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	.70	.59
<i>Eigenwaarde: 3,80 - % verklaarde variantie: 54,3 - Cronbach's alpha: .87</i>			
Bejegening			
v14	Cliënt wordt altijd serieus genomen	.70	.58
v15	Afspraken worden door ZK stipt nagekomen	.69	.58
v16	Cliënt wordt altijd vriendelijk te woord gestaan	.76	.63
v17	Voldoende persoonlijke aandacht	.79	.67
v18	Medewerkers ZK luisteren goed naar cliënt	.76	.63
v19	Voldoende tijd	.76	.63
<i>Eigenwaarde: 3,33 - % verklaarde variantie: 55,5 - Cronbach's alpha: .84</i>			
Deskundigheid			
v20	Afspraken worden doorgenomen en uitgelegd	.70	.59
v21	Voldoende deskundigheid	.72	.62
v22	Overleg over wat men voor cliënt kan doen	.80	.72
v23	Doorgegeven wijzigingen worden snel verwerkt	.78	.69
v24	Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	.76	.67
v25	Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	.71	.61
v26	Medewerkers ZK verplaatsen zich in situatie cliënt	.70	.61
v27	Fouten ZK worden snel hersteld	.71	.61
<i>Eigenwaarde: 4,34 - % verklaarde variantie: 54,3 - Cronbach's alpha: .88</i>			

- vervolg -

- vervolg tabel 3.6 -

Bereikbaarheid/toegankelijkheid			
v28	Telefonische bereikbaarheid ZK	.76	.59
v29	Telefonistes ZK zijn goed aanspreekpunt	.69	.48
v30	Brieven en formulieren in begrijpelijke taal	.72	.55
v31	Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	.73	.59
v32	Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	.81	.70

Eigenwaarde: 2,78 - % verklaarde variantie: 55,5 - Cronbach's alpha: .79

Tabel 3.7 Resultaten factoranalyses (factorladingen, eigenwaarde en % verklaarde variantie) en betrouwbaarheidsanalyses (itemtotaal correlatie, betrouwbaarheidscoëfficiënten) voor de aspecten in de modules 'Uitvoering eigen bijdrage regeling', per kwaliteitsaspect

		factorlading	itemtotaal correlatie
v33	Folder/brochure over 'eigen bijdrage'	.77	.72
v34	Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	.53	.47
v35	Uitleg over manier van berekening van 'eigen bijdrage'	.82	.76
v36	Tijdige informatie over veranderingen in 'eigen bijdrage'	.84	.78
v37	Informatie over aanspreekpunt voor vragen over 'eigen bijdrage'	.79	.74
v38	Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	.77	.72
v39	Snelle en correcte afhandeling van vaststellen 'eigen bijdrage'	.82	.75
v40	Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	.83	.76
v41	Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	.77	.70

Eigenwaarde: 6,11 - % verklaarde variantie: 61,2 - Cronbach's alpha: .92

Tabel 3.8 Resultaten factoranalyses (factorladingen, eigenwaarde, % verklaarde variantie) en betrouwbaarheidsanalyses (itemtotaal correlatie, betrouwbaarheidscoëfficiënten) voor de aspecten in de module 'Wachttijdbeheer en overbruggingszorg, per kwaliteitsaspect

		factorlading	item-totaal correlatie
v42	Folder/brochure over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	.83	.75
v43	Mondelinge info over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	.79	.69
v44	Samen met cliënt gezocht naar alternatieven	.84	.75
v45	Goed alternatief geboden	.87	.79
v46	Regelmatige informatie over stand van zaken m.b.t. wachttijd	.85	.77
v47	Wachttijd tot beschikbaar komen van zorg	.82	.73

Eigenwaarde: 4,15 - % verklaarde variantie: 69,2 - Cronbach's alpha: .91

De uitkomsten van de analyses op de belangscores worden bevestigd als wordt gekeken naar de gerapporteerde ervaringen van de respondenten. Met uitzondering van het thema 'procedure en aanmelding', geldt voor alle thema's dat ook de ervaringsscores gecombineerd kunnen worden in betrouwbare schalen. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van deze schalen variëren bij de ervaringsscores tussen de .62 (bereikbaarheid) en de .92 (deskundigheid).

3.3 Aanvullende kwaliteitsaspecten

Met behulp van een 'open vraag' in deel 3 van de gebruikte vragenlijst is aan de respondenten gevraagd of men, naast de in de vragenlijst opgenomen kwaliteitsaspecten, aanvullende aspecten kon noemen die men had gemist. Daarnaast kon men in deze vraag bepaalde positieve of negatieve ervaringen kwijt. Op deze vraag is in eerste instantie door 175 respondenten gereageerd.

Tabel 3.9 Aanvullende aspecten die, volgens cliënten, te maken hebben met de kwaliteit van de werkzaamheden van zorgkantoren

onderwerp	aantal keren genoemd
snellere procedure	6 keer genoemd
meer accurate administratie	4 keer genoemd
meer uitleg bij berekening 'eigen bijdrage AWBZ'	2 keer genoemd
slechte coördinatie tussen zorgkantoor en zorginstelling	2 keer genoemd
meer heldere informatie over taken zorgkantoor bij wachtlijsten	2 keer genoemd
meer duidelijke informatie over procedure bij bezwaarschriften	2 keer genoemd
beter communicatie tussen medewerkers zorgkantoor	2 keer genoemd
de familie op de hoogte brengen en betrekken bij een contact	1 keer genoemd
de mogelijkheid van automatische incasso	1 keer genoemd
meer heldere informatie over de duur van de procedure	1 keer genoemd
accommodatie van het zorgkantoor	1 keer genoemd
meer flexibiliteit bij de aanvraagprocedure	1 keer genoemd
berekening 'eigen bijdrage' die je zelf kunt controleren	1 keer genoemd
adequate vervanging van medewerkers in vakantieperiodes	1 keer genoemd
de mogelijkheid een overzicht van rekeningen te krijgen	1 keer genoemd
meer duidelijke profilering van zorgkantoor naar andere zorginstellingen	1 keer genoemd
meer flexibiliteit in het aanvragen van bemiddeling	1 keer genoemd
meer persoonlijk contact	1 keer genoemd
medewerkers die wat minder onverschillig zijn	1 keer genoemd
meer regelmatig versturen van rekeningen	1 keer genoemd
meer rekening houden met bescheidenheid van de cliënt	1 keer genoemd

Voor een deel betrof de reactie de mededeling 'alles is prima verlopen' of 'ik ben erg tevreden'. Voor een ander deel hadden de opmerkingen betrekking op de instantie waarvan men op het moment van ondervraging zorg ontvangt (veelal het verpleeghuis of de thuiszorginstelling), werden in de testversie van de vragenlijst opgenomen kwaliteitsaspecten nader gespecificeerd of werd de eigen positie (vaak als zaakwaarnemer) uitgelegd. De reacties op de 'open vraag' hadden voor een klein deel betrekking op nieuwe aspecten. Deze nieuw genoemde aspecten staan weergegeven in tabel 3.9 (zie vorige bladzijde), samen met het aantal keren dat zij zijn genoemd.

Een aantal van deze aspecten, waarbij gedacht kan worden aan de aspecten die door meerdere respondenten worden genoemd en aan aspecten die verwijzen naar een thema dat wellicht onderbelicht is gebleven, komen in aanmerking voor opname in de definitieve versie van de vragenlijst. Het betreft bijvoorbeeld aspecten die te maken hebben met de snelheid van de procedure en de (controle van de) berekening van de 'eigen bijdrage AWBZ'.

3.4 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de vragenlijst

De conclusies op basis van het onderzoek, waarbij een eerste versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' is getest bij een steekproef van cliënten van zorgkantoren, hebben betrekking op de inhoud van de (voorlopige) vragenlijst en de procedure van afname. Voor wat betreft de inhoud van de vragenlijst geldt dat deze op basis van de uitkomsten van de kwantitatieve test in belangrijke mate kan worden ingekort. Moeilijkheid daarbij is dat er een aantal criteria kunnen worden gehanteerd voor de beslissing om items al dan niet op te nemen en dat deze criteria per item niet altijd in dezelfde richting wijzen. Een item als 'serieus genomen worden' wordt bijvoorbeeld door cliënten heel erg belangrijk gevonden en zou op grond van de belangscore moeten worden gehandhaafd. Tegelijkertijd is er erg weinig spreiding in de ervaringen en zijn de verschillen tussen zorgkantoren met betrekking tot dit aspect relatief gering, en dit pleit juist voor verwijdering. Vergelijkbaar is het dilemma tussen enerzijds het willen handhaven van de structuur rond thema's, waarbij de items per thema een betrouwbare schaal vormen, en de wens om items die slecht discrimineren tussen zorgkantoren te verwijderen uit de vragenlijst.

Alles afwegend wordt voorgesteld 19 items uit de testversie van de vragenlijst te verwijderen. Deze items, alsmede de belangrijkste reden voor verwijdering, staan in tabel 3.10.

Vertalen we dit voorstel naar een nieuwe versie van de vragenlijst (zie ook het volgende hoofdstuk), dan betekent dit een vragenlijst die (voor wat betreft de nu opgenomen thema's) zal gaan bestaan uit circa 30 vragen. Het aantal vragen per thema bedraagt minimaal 2 en maximaal 7 items.

Tabel 3.10 Kwaliteitsaspecten die, op basis van de kwantitatieve test, afvallen (+ voor- naamste reden daarvoor) of bij een ander thema worden ondergebracht

Procedure en aanmelding		
v4	Bij eerste contact: aanbod van beschikbare zorg	overlap vraag 5
v6	Cliënt kon meebeslissen over verkregen zorg	(naar bejegening)
Informatie		
v9	Informatie over (on)mogelijkheden PGB	naar module PGB
v11	Voldoende informatie over bezwaarmogelijkheden	overlap vraag 12
v13	Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	naar modules
Bejegening		
v15	Afspraken worden door ZK stipt nagekomen	schaalanalyse
v16	Cliënt wordt altijd vriendelijk te woord gestaan	rel. weinig spreiding
v18	Medewerkers ZK luisteren goed naar cliënt	schaalanalyse
Deskundigheid		
v24	Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	hoge non-respons
v25	Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	hoge non-respons
v26	Verplaatsen in uw situatie	rel. weinig spreiding
v27	Fouten ZK worden snel hersteld	hoge non-respons
Bereikbaarheid/toegankelijkheid		
v30	Brieven en formulieren in begrijpelijke taal	naar 'informatie'
v31	Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	organisatiekenmerk
v32	Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	organisatiekenmerk
Uitvoering 'eigen bijdrage AWBZ' regeling		
v34	Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	combineren met v33
v38	Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	schaalanalyse
v41	Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	combineren met v40
Wachtlijstbeheer en -bemiddeling		
v43	Mondelinge info over wachtlijstbemiddeling/overbruggingszorg	combineren met v42

3.5 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de dataverzameling

Met betrekking tot de procedure van dataverzameling kunnen een aantal conclusies worden getrokken. In de eerste plaats bleek het voor een aantal zorgkantoren lastig om met terugwerkende kracht de namen en adressen aan te leveren van potentiële respondenten voor het onderzoek. Deze adressen waren soms niet beschikbaar omdat databestanden bijvoorbeeld na een geslaagde bemiddeling bij overbruggingszorg uit oogpunt van privacybescherming worden vernietigd, maar soms ook niet beschikbaar in de vorm van een geautomatiseerd databestand. Kon wel een beroep kon worden gedaan op het

cliëntenbestand van een zorgkantoor dan bleek het, met name bij relatief kleine zorgkantoren of zorgkantoren die wachtlijstbemiddeling nog niet tot hun kernactiviteiten rekenen, lastig om voldoende respondenten bij het onderzoek te betrekken.

Voor wat betreft de dataverzameling bij cliënten van zorgkantoren die contact hebben in het kader van de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ' regeling geldt dat het voor veel van deze cliënten niet duidelijk is wat de positie en rol van het zorgkantoor precies is. Complicerende factor is dat het hier veelal gaat om (eenmalige) contacten met zaakwaarnemers omdat de cliënt zelf niet in staat is het contact met het zorgkantoor te onderhouden. Voor veel cliënten of zaakwaarnemers van cliënten bleek het lastig om op basis van dit vaak eenmalige contact een oordeel te geven over de kwaliteit van het functioneren van het zorgkantoor. Illustratief hiervoor zijn de lage respons en het relatief grote aantal weigeringen op basis van onvoldoende kennis.

Op basis van deze ervaringen wordt aanbevolen te kiezen voor een dataverzameling die meer is afgestemd op de dagelijkse gang van zaken bij zorgkantoren en de contacten die men daarbij met cliënten heeft. Voorgesteld wordt om de dataverzameling niet te laten plaatsvinden op een vast moment, waarbij een vragenlijst wordt toegestuurd aan iedere cliënt die bijvoorbeeld in de zes maanden voorafgaand aan het tijdstip van verzending contact heeft gehad met het zorgkantoor, maar te kiezen voor een meer continue dataverzameling. Daarbij krijgen cliënten (of zaakwaarnemers van cliënten) een vragenlijst uitgereikt of toegestuurd onmiddellijk na het moment dat men contact heeft gehad met het zorgkantoor voor de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ' regeling of het moment dat een traject van wachtlijstbemiddeling of overbruggingszorg wordt afgesloten. Ervaringen liggen dan nog vers in het geheugen, de vragenlijst wordt meer direct geassocieerd met de activiteiten van het zorgkantoor en voorkomen wordt dat de vragenlijst ten onrechte wordt toegestuurd aan bijvoorbeeld iemand die is overleden of verhuisd.

De voorgestelde vorm van dataverzameling heeft ook nadelen. Het is voor onderzoekers bijvoorbeeld moeilijker om na te gaan hoeveel personen precies zijn aangeschreven en wat de bereikte respons is. Hiervoor is men afhankelijk van het zorgkantoor. De onderzoekers moeten er ook op kunnen vertrouwen dat het zorgkantoor inderdaad een vragenlijst meegeeft aan of opstuurt naar elke potentiële kandidaat. En bij verschillen in omvang tussen zorgkantoren kan ook de omvang van de ondervraagde cliëntenpopulatie gaan verschillen, tenzij wordt doorgegaan met de dataverzameling tot een bepaalde respons (bijvoorbeeld 150 cliënten per doelgroep per zorgkantoor) is bereikt. Daarbij moet bedacht worden dat een dergelijke aanpak, in verband met de per zorgkantoor wisselende doorlooptijden weer moeilijk is in te passen in de vaak strakke planning van een benchmarkonderzoek.

4 De nieuwe vragenlijst

Op basis van de resultaten van de studie waarbij een testversie van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten' in kwantitatieve zin is uitgeprobeerd, is een herziene versie van de vragenlijst opgesteld. Deze herziene versie wordt in dit afsluitende hoofdstuk gepresenteerd. Daarnaast worden een aantal aanbevelingen gegeven voor de toepassing van de vragenlijst in kwantitatieve studies, zoals bijvoorbeeld een benchmarkstudie.

4.1 De opbouw in modules

Ten opzichte van de testversie van de vragenlijst is de opbouw in modules gehandhaafd. Kern van de vragenlijst is de module 'Algemene service en dienstverlening'. In combinatie met deze module zijn twee in de testversie twee specifieke thema's aan de orde gesteld: de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ' regeling en de werkzaamheden van zorgkantoren in het kader van wachtlijstbeheer, wachtlijstbemiddeling en overbruggingszorg.

4.1.1 De module 'Algemene service en dienstverlening'

De module 'Algemene service en dienstverlening van zorgkantoren volgens cliënten' bestaat uit 17 items. Deze 17 items (of kwaliteitsaspecten) hebben betrekking op vijf subthema's. Kwaliteitsaspecten en de subthema's waartoe zij behoren zijn weergegeven in tabel 4.1.

Voor alle items, getest in de voorlopige versie van de vragenlijst, geldt dat ze door de meerderheid van de respondenten kunnen worden ingevuld. Bij combinatie van de items in schalen gelden betrouwbaarheidscoëfficiënten die liggen tussen de .71 (thema 'bejegening') en de .81 (thema 'deskundigheid'). Worden alle 17 kwaliteitsaspecten gecombineerd in een schaal 'algemene service en dienstverlening' dan geldt voor deze schaal een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .89.

Tabel 4.1 Kwaliteitsaspecten en subthema's die deel uitmaken van de module 'Algemene service en dienstverlening' van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten'

Procedure en aanmelding

- v1 Het ZK neemt uit zichzelf contact op met de cliënt binnen 1 week na het indicatiebesluit
- v2 Het ZK vertelt bij dit eerste contact hoelang het gaat duren voordat de geïndiceerde zorg beschikbaar is
- v3 De afspraken tussen cliënt en zorgkantoor over de te volgen procedure worden naar de cliënt toe schriftelijk bevestigd (nieuw)

Informatie

- v4 Het zorgkantoor geeft aan de cliënt voldoende informatie over de activiteiten en taken van het zorgkantoor
- v5 Het zorgkantoor geeft de cliënt voldoende informatie over alle voorzieningen die voor hem/haar beschikbaar zijn
- v6 Het zorgkantoor informeert de cliënt over de procedures die gevolgd als men het niet eens is met beslissingen of als men een klacht wil indienen

Bejegening

- v8 Cliënten worden door het zorgkantoor altijd serieus genomen
- v9 Het zorgkantoor geeft cliënten altijd voldoende persoonlijke aandacht
- v10 Medewerkers van het zorgkantoor nemen altijd voldoende tijd voor cliënten
- v11 Het zorgkantoor laat cliënten meebeslissen bij de besluiten die worden genomen

Deskundigheid

- v12 Afspraken die met de cliënt worden gemaakt worden door medewerkers van het zorgkantoor uitgelegd en samen met de cliënt doorgenomen
- v13 Medewerkers van het zorgkantoor beschikken over voldoende deskundigheid
- v14 Medewerkers van het zorgkantoor overleggen met de cliënt wat zij voor hem/haar kunnen doen
- v15 Wijzigingen die oor de cliënt aan het zorgkantoor worden doorgegeven worden snel en accuraat verwerkt

Bereikbaarheid/toegankelijkheid

- v16 Medewerkers van het zorgkantoor zijn telefonisch altijd goed bereikbaar
 - v17 Telefonistes van het zorgkantoor zijn een goed aanspreekpunt voor de zaken die ik aan de orde wil stellen
-

4.1.2 De module 'Uitvoering eigen bijdrage regeling'

De module 'Uitvoering eigen bijdrage AWBZ-regeling' telt zeven vragen. Deze vragen staan weergegeven in tabel 4.2.

Van de zeven vragen in tabel 4.2 zijn er zes uitgetest in de pilot-versie van de vragenlijst; een vraag is toegevoegd op basis van suggesties van cliënten van zorgkantoren via de 'open vragen' in de testversie van de vragenlijst. De zes vragen die zijn uitgetest kunnen

worden samengenomen in een schaal 'uitvoering eigen bijdrage AWBZ regeling' met een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .91.

Tabel 4.2 Kwaliteitsaspecten en subthema's die deel uitmaken van de module 'uitvoering eigen bijdrage AWBZ regeling' van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten'

v1	Het zorgkantoor geeft cliënten, via een folder of brochure, duidelijke informatie over 'eigen bijdrage AWBZ' regeling
v2	Het zorgkantoor geeft cliënten duidelijke informatie over de manier waarop de 'eigen bijdrage AWBZ' wordt berekend
v3	Het zorgkantoor informeert cliënten tijdig als er iets verandert in de 'eigen bijdrage AWBZ' die betaald moet worden
v4	Het zorgkantoor informeert cliënten waar zij terecht kunnen met vragen over de uitvoering van de 'eigen bijdrage AWBZ' regeling
v5	Het vaststellen van de 'eigen bijdrage AWBZ' wordt, naar de cliënt toe, door het zorgkantoor op een snelle en correcte wijze afgehandeld
v6	Brieven en formulieren van het zorgkantoor over de 'eigen bijdrage AWBZ' zijn duidelijk en voor iedereen begrijpelijk
v7	Op vragen of onduidelijkheden van cliënten over de 'eigen bijdrage regeling AWBZ' worden door medewerkers van het zorgkantoor snel en met kennis van zaken gereageerd (nieuw)

4.1.3 *De module 'Wachtnlijstbeheer en wachtnlijstbemiddeling'*

De module 'Wachtnlijstbeheer en wachtnlijstbemiddeling' voor de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgen cliënten' telt zeven vragen. Van deze zeven vragen zijn er vijf getest in de pilot-versie van de vragenlijst; twee vragen zijn toegevoegd naar aanleiding van suggesties gedaan tijdens de groepsdiscussies en de telefonische interviews ter voorbereiding van de vragenlijst.

De vijf vragen kunnen worden gecombineerd in een schaal 'wachtnlijstbeheer en wachtnlijstbemiddeling'. Deze schaal heeft, op basis van deze vijf items, een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .90.

Tabel 4.3 Kwaliteitsaspecten die deel uitmaken van de module 'Wachttijstbeheer en wachtlijstbemiddeling' van de vragenlijst 'Kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten'

v1	Het zorgkantoor geeft cliënten, via een folder of brochure, duidelijke informatie over haar activiteiten met betrekking tot 'wachttijstbeheer', 'wachtlijstbemiddeling' en overbruggingszorg
v2	Als er sprake is van wachttijd, moeten medewerkers van het zorgkantoor samen met de cliënt zoeken naar alternatieven om deze wachttijd te overbruggen
v3	Het zorgkantoor moet aan cliënten, als daar aanleiding toe is, op korte termijn een goed alternatief bieden voor de tijd dat ik moet wachten op de zorg van mijn (eerste) keus
v4	Het zorgkantoor informeert cliënten die wachten op de zorg van hun (eerste) keuze regelmatig (bijvoorbeeld eens per maand) over de voortgang van de procedure
v5	Het zorgkantoor moet er alles aan doen dat cliënten zo snel mogelijk kunnen beschikken over de zorg waarop zij volgens het indicatiebesluit recht hebben
v6	Indien overbruggingszorg wordt geregeld, gaat het zorgkantoor bij de cliënt na of deze overbruggingszorg is afgestemd op de wensen van de cliënt (nieuw)
v7	Het zorgkantoor maakt met de cliënt duidelijke afspraken over de procedure die wordt gevolgd rond wachtlijstbeheer en wachtlijstbemiddeling, inclusief de rechten en plichten van beide partijen (nieuw)

4.1.4 De module 'Persoonsgebonden budget'

Gedurende het traject waarbij de vragenlijst cliëntenraadpleging is opgesteld en uitgetest, is door de vertegenwoordigers van de zorgkantoren die participeerden in de werkgroep ter voorbereiding van de benchmarkstudie zorgkantoren gevraagd naar de mogelijkheden om ook een module 'Persoonsgebonden en persoonsvolgend budget' te ontwikkelen. In oriënterende zin zijn daartoe enkele vragen gesteld tijdens de groepsdiscussies.

Een module 'PGB-PVB' lijkt mogelijk. Zo'n module zou bijvoorbeeld kunnen bestaan uit een aantal vragen die betrekking kunnen hebben op de volgende onderwerpen:

- 1 het moment en de aard van het aanbod naar de cliënt;
- 2 feitelijke informatie over wat het PGB/PVB precies inhoud en welke rol het zorgkantoor hierbij speelt;
- 3 informatie over de verplichtingen die het PGB/PVB voor de cliënt met zich meebrengt;
- 4 de 'vraagbaakfunctie' en de deskundigheid van de medewerkers van het zorgkantoor met betrekking tot het PGB/PVB;
- 5 de 'ondersteuningsfunctie' van het zorgkantoor naar de cliënt toe met betrekking tot de uitvoering van de PGB/PVB regeling;
- 6 de mate waarin door het zorgkantoor de autonomie bij de PGB/PVB regeling bij de cliënt wordt gelegd;
- 7 de rol die het zorgkantoor speelt nadat het PGB/PVB is vastgesteld in de vorm van 'follow-up' activiteiten of het 'vinger aan de pols houden'.

De 'PGB/PVB' module zal, in overleg met cliëntenorganisaties en vertegenwoordigers van zorgkantoren, verder worden uitgewerkt en uitgetest in een volgende fase van het benchmarktraject

4.2 De methode van dataverzameling

Met betrekking tot de procedure van dataverzameling zijn in de afsluitende paragraaf van hoofdstuk drie reeds enkele suggesties gegeven om de dataverzameling aan te passen aan de feitelijke werkwijze van zorgkantoren en de contacten die cliënten met zorgkantoren hebben. Op basis van deze suggesties, in combinatie met de ingekorte vragenlijst en een meer duidelijke instructie naar cliënten toe dat sommige blokken vragen kunnen worden overgeslagen op het moment dat deze situatie niet voor hen van toepassing is, mag verwacht worden dat een nieuwe dataverzameling beter zal verlopen dan de dataverzameling in de testfase.

Voor wat betreft de inhoud van de vragenlijst geldt dat - anders dan bij de testversie - het 'belang' en het 'ervaringen' deel van de vragenlijst kunnen worden losgekoppeld. Beide versies van de vragenlijst - de 'belang' versie en de 'ervaringen' versie - kunnen zowel los van elkaar als in combinatie worden gebruikt. Omdat de resultaten van de 'belang' vragenlijst vooral zullen worden gebruikt om een weging aan te brengen in de resultaten van de 'ervaringen' vragenlijst en de belangcores voor de kwaliteitsaspecten waarschijnlijk redelijk stabiel zijn, is het niet noodzakelijk om bij een benchmarkstudie alle respondenten beide vragenlijsten te laten invullen.

4.3 Slotconclusies

Doelstelling van het onderzoeksproject was het ontwikkelen en (op beperkte schaal) uittesten van een valide, betrouwbare en praktisch bruikbare vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van de service en dienstverlening van zorgkantoren vanuit het perspectief van de cliënten van deze organisaties. De te ontwikkelen vragenlijst moet, als instrument voor het meten van de kwaliteit van de dienstverlening vanuit cliëntenperspectief, passen in en deel gaan uitmaken van het analysemodel voor het benchmarkonderzoek zorgkantoren. Daarnaast zou de vragenlijst geschikt moeten zijn om door afzonderlijke zorgkantoren te worden gebruikt om voor een meningpeiling onder de cliënten op het moment dat daar behoefte aan is.

Op basis van de resultaten van een pilotstudie uitgevoerd bij de cliënten van zeven zorgkantoren, is een vragenlijst opgesteld die voldoet aan de eisen die aan een dergelijke meetinstrument gesteld kunnen worden. De vragenlijst is modulair opgebouwd, gaat in op de concrete ervaringen op voor cliënten belangrijke thema's en kwaliteitsaspecten en maakt het mogelijk om op meerdere niveaus uitspraken te doen over de kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren volgens cliënten. Er is sprake van een goede interne samenhang tussen de vragen per thema.

Voor wat betreft de dataverzameling moet worden vastgesteld dat de oorspronkelijke opzet, waarbij om logistieke redenen was gekozen voor het op een moment versturen van vragenlijsten aan een steekproef van respondenten die gedurende een periode voorafgaand aan de vragenlijstverzending contact hadden gehad met het zorgkantoor, niet geschikt is voor toepassing in een benchmarkstudie. Voorgesteld wordt om meer direct

aan te sluiten bij de procedures die zorgkantoren in hun contacten met cliënten hanteren. Door de dataverzameling te koppelen aan het moment dat een bepaalde procedure wordt afgesloten wordt bereikt dat het voor cliënten meer duidelijk is waarover de vragenlijst feitelijk betrekking heeft. Wel betekent dit - uitgaande van de 'eis' te beschikken over een quota van bijvoorbeeld minimaal 100 ingevulde vragenlijsten per zorgkantoor per module - een dataverzameling die wordt uitgesmeerd over een langere periode en die van zorgkantoor tot zorgkantoor zou kunnen gaan verschillen.

Literatuur

- Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev*, 1993; 50:49-70
- Arcares. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen; tweede test benchmarkinstrumentarium; algemeen rapport. Utrecht: Arcares, 2002
- Berghuis H. Presentatie opzet benchmarking aan de zorgkantoren. *CVZ Magazine*, 2002; mei:10-11
- Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 1988; 25:173-92
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc*, 1988; 260:1743-8
- Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Qual Health Care*, 1992; 1:247-51
- Nispen RMA van, Sixma HJ, Kerkstra A. Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief; ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Utrecht: NIVEL, 2002
- PWC Consulting/NIVEL. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Almere/Utrecht: PWC Consulting/NIVEL, 2002
- PricewaterhouseCoopers/Berenschot. Benchmarkonderzoek thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Utrecht: PricewaterhouseCoopers/Berenschot, 1999
- PricewaterhouseCoopers. Benchmarkonderzoek zorgkantoren fase II omvat ontwikkeling analysemodel, kengetallen en instrumentarium. Almere: PricewaterhouseCoopers, 2002
- Schouten GM, Sixma HJ, Friele RD. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes. Utrecht: NIVEL, 2000
- Schouten GM, Sixma HJ, Friele RD. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten van epilepsiecentrum Kempenhaeghe. Utrecht: NIVEL, 2000
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS, 1998
- Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1: 82-95

Sixma H. Patiëntenperspectief en kwaliteitsprojecten; vijf toepassingsgerichte tips. *Kwaliteit in Beeld*, 2002; 2:11-12

Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev*, 1993, 50: 219-48

Bijlage 1 Testversie van de vragenlijst

Bijlage 2 Non-respons per vraag

Tabel B2.1 Non-respons bij de belang- en ervaringsvragen opgenomen in de testversie van de vragenlijst

	non-respons belang	non-respons ervaringen
Algemene service en dienstverlening		
<i>Procedure en aanmelding</i>		
v1 Heeft ZK uit zichzelf contact opgenomen	6,8	27,2
v2 Lengte van wachttijd tot contact	7,9	46,9
v3 Informatie over wachttijd bij eerste contact	8,4	28,1
v4 Bij eerste contact: aanbod van beschikbare zorg	9,3	--
v5 Wachttijd tot aanbod van beschikbare zorg	--	24,0
v6 Cliënt kon meebeslissen over verkregen zorg	7,6	13,0
<i>Informatie</i>		
v7 Informatie over wachttijd tot beschikbaar komen zorg	9,0	25,3
v8 Voldoende informatie over activiteiten ZK	8,2	10,6
v9 Informatie over (on)mogelijkheden PGB	10,4	24,5
v10 Voldoende informatie over beschikbare voorzieningen	7,9	10,9
v11 Voldoende informatie over bezwaarmogelijkheden	7,6	16,6
v12 Informatie over klachtenprocedure	7,4	23,7
v13 Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	9,5	25,3
<i>Bejegening</i>		
v14 Cliënt wordt altijd serieus genomen	6,3	12,5
v15 Afspraken worden door ZK stipt nagekomen	6,8	13,4
v16 Cliënt wordt altijd vriendelijk te woord gestaan	6,8	12,0
v17 Voldoende persoonlijke aandacht	8,2	13,1
v18 Medewerkers ZK luisteren goed naar cliënt	9,3	13,6
v19 Voldoende tijd	7,9	13,6
<i>Deskundigheid</i>		
v20 Afspraken worden doorgenomen en uitgelegd	6,8	30,2
v21 Voldoende deskundigheid	6,8	38,7
v22 Overleg over wat men voor cliënt kan doen	6,8	24,5
v23 Doorgegeven wijzigingen worden snel verwerkt	7,1	39,3
v24 Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	7,4	62,7
v25 Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	7,4	50,6
v26 Medewerkers ZK verplaatsen zich in situatie cliënt	7,1	32,7
v27 Fouten ZK worden snel hersteld	8,2	56,4

- vervolg -

- vervolg tabel B2.1

		non-respons belang	non-respons ervaringen
<i>Bereikbaarheid/toegankelijkheid</i>			
v28	Telefonische bereikbaarheid ZK	6,0	23,4
v29	Telefonistes ZK zijn goed aanspreekpunt	6,3	29,2
v30	Brieven en formulieren in begrijpelijke taal	6,5	15,3
v31	Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	7,1	29,7
v32	Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	8,2	69,8
Uitvoering 'eigen bijdrage' regeling			
v33	Folder/brochure over 'eigen bijdrage'	7,1	30,5
v34	Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	8,2	30,0
v35	Uitleg over manier van berekening van 'eigen bijdrage'	6,5	22,4
v36	Tijdige informatie over veranderingen in 'eigen bijdrage'	6,5	28,6
v37	Informatie over aanspreekpunt voor vragen over 'eigen bijdrage'	8,7	28,0
v38	Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	8,4	30,5
v39	Snelle en correcte afhandeling van vaststellen 'eigen bijdrage'	8,7	27,6
v40	Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	9,4	26,4
v41	Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	8,7	37,0
Wachtnlijstbeheer en -bemiddeling			
v42	Folder/brochure over wachtlijstbemiddeling/overbruggingszorg	14,4	69,5
v43	Mondelinge info over wachtlijstbemiddeling/overbruggingszorg	15,0	70,2
v44	Samen met cliënt gezocht naar alternatieven	14,2	66,8
v45	Goed alternatief geboden	13,6	75,5
v46	Regelmatige informatie over stand van zaken m.b.t. wachtlijst	12,8	75,8
v47	Wachttijd tot beschikbaar komen van zorg	12,3	76,3

Bijlage 3 Verschilcores voor alle testvragen

Tabel B3.1 Verschillen in gemiddelde scores op een schaal van 0 'geen verschil' tot 3 'maximaal verschil' voor de vragen opgenomen in de testversie van de vragenlijst 'cliëntenraadpleging zorgkantoren'

	verschilscore
Algemene service en dienstverlening	
<i>Procedure en aanmelding</i>	
v1 Heeft ZK uit zichzelf contact opgenomen	.6
v2 Lengte van wachttijd tot contact	.5
v3 Informatie over wachttijd bij eerste contact	.5
v4 Bij eerste contact: aanbod van beschikbare zorg	--
v5 Wachttijd tot aanbod van beschikbare zorg	.7
v6 Cliënt kon meebeslissen over verkregen zorg	.5
<i>Informatie</i>	
v7 Informatie over wachttijd tot beschikbaar komen zorg	.7
v8 Voldoende informatie over activiteiten ZK	.3
v9 Informatie over (on)mogelijkheden PGB	1.0
v10 Voldoende informatie over beschikbare voorzieningen	.7
v11 Voldoende informatie over bezwaarmogelijkheden	.5
v12 Informatie over klachtenprocedure	.8
v13 Duidelijke instructies bij invulformulieren van ZK	.4
<i>Bejegening</i>	
v14 Cliënt wordt altijd serieus genomen	.3
v15 Afspraken worden door ZK stipt nagekomen	.4
v16 Cliënt wordt altijd vriendelijk te woord gestaan	.2
v17 Voldoende persoonlijke aandacht	.3
v18 Medewerkers ZK luisteren goed naar cliënt	.3
v19 Voldoende tijd	.3
<i>Deskundigheid</i>	
v20 Afspraken worden doorgenomen en uitgelegd	.6
v21 Voldoende deskundigheid	.4
v22 Overleg over wat men voor cliënt kan doen	.3
v23 Doorgegeven wijzigingen worden snel verwerkt	.6
v24 Klachten worden zorgvuldig afgehandeld	.4
v25 Zorgvuldige omgang met cliëntgegevens	.3
v26 Medewerkers ZK verplaatsen zich in situatie cliënt	.2
v27 Fouten ZK worden snel hersteld	.8

- vervolg -

	verschilscore	
<i>Bereikbaarheid/toegankelijkheid</i>		
v28	Telefonische bereikbaarheid ZK	.3
v29	Telefonistes ZK zijn goed aanspreekpunt	.4
v30	Brieven en formulieren in begrijpelijke taal	.3
v31	Cliënt heeft bij ZK vast contactpersoon	.5
v32	Telefonische bereikbaarheid van contactpersoon	.3
Uitvoering 'eigen bijdrage'-regeling		
v33	Folder/brochure over 'eigen bijdrage'	.9
v34	Mondelinge informatie over 'eigen bijdrage'	.4
v35	Uitleg over manier van berekening van 'eigen bijdrage'	.4
v36	Tijdige informatie over veranderingen in 'eigen bijdrage'	.7
v37	Informatie over aanspreekpunt voor vragen over 'eigen bijdrage'	.4
v38	Informatie over wat te doen bij klachten 'eigen bijdrage'	.2
v39	Snelle en correcte afhandeling van vaststellen 'eigen bijdrage'	.3
v40	Brieven en formulieren over 'eigen bijdrage' zijn duidelijk	.4
v41	Formulieren voor 'eigen bijdrage' zijn makkelijk invulbaar	.2
Wachttijdbeheer en -bemiddeling		
v42	Folder/brochure over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	.9
v43	Mondelinge info over wachttijdbemiddeling/overbruggingszorg	.9
v44	Samen met cliënt gezocht naar alternatieven	.9
v45	Goed alternatief geboden	.9
v46	Regelmatige informatie over stand van zaken m.b.t. wachttijst	.9
v47	Wachttijd tot beschikbaar komen van zorg	.4
