



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Veer, G. van der, Sixma, H., Kerkstra, A. *Kwaliteit van thuis zorg vanuit cliëntenperspectief, Meetinstrumentontwikkeling*, NIVEL 2003) worden gebruikt.

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

Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: Meetinstrumentontwikkeling

G. van der Veer
H.J. Sixma
A. Kerkstra



ISBN 90-6905-613-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 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.

Copyright 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' vragenlijst: © 2001 Stichting Cliënt en Kwaliteit. Postbus 700 – 3500 AS Utrecht – Nederland. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze vragenlijst mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Cliënt en Kwaliteit.

Inhoud

Voorwoord	6
1 Inleiding	8
1.1 Achtergronden bij het onderzoek	8
1.2 Doelstellingen van het onderzoek	9
1.3 Opbouw van het rapport	11
2 Methode van onderzoek	12
2.1 Analyse van gegevens verzameld in de cliëntenraadpleging van de eerste benchmarkstudie thuiszorg	12
2.2 Enquête onder cliëntorganisaties en thuiszorginstellingen	13
2.3 De proefafname van de nieuwe vragenlijst	14
2.3.1 Procedure en steekproef	14
2.3.2 Respons	16
2.3.3 Non-respons	17
2.3.4 Analyses	18
3 Resultaten van de kwantitatieve test	20
3.1 Resultaten met betrekking tot de belang- en ervaringscores	20
3.1.1 Gemiddelde belangscore	20
3.1.2 Gemiddelde ervaringscores	23
3.1.3 Non-respons op de belang- en ervaringsvragenlijsten	24
3.2 Op weg naar een korte versie van de nieuwe vragenlijst	32
3.3 De toepassing van twee regiomodules bij het uittesten van de vragenlijst	34
3.4 De instellingsspecifieke terugrapportages	35
4 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	38
4.1 Aanpassing van de KIEN-vragenlijst	38
4.1.1 Ontwikkeling aangepaste versie van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst	38
4.1.2 Korte beschrijving van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'	39
4.1.3 Het werken met specifieke regiomodules	40
4.1.4 Het werken met instellingsspecifieke terugrapportages	41
4.1.5 Een korte versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'	41
4.1.6 Aanbevelingen met betrekking tot de inhoud en toepassing van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'	42
4.2 Verbetering van de methode van dataverzameling	43
4.2.1 Het werken met gestratificeerde steekproeven	43

4.2.2	Aanpassingen in de wijze van dataverzameling	43
4.2.3	Beperkte non-respons analyses	44
4.2.4	Aanbevelingen met betrekking tot de methode van dataverzameling	45
	Literatuur	46
	Bijlagen:	
Bijlage 1	Leden klankbordgroepen en begeleidingscommissie	47
Bijlage 2	De testversies van de (nieuwe) KIEN-vragenlijst	49
Bijlage 3	De regiomodules van beide proefregio's	95
Bijlage 4	De berekening van de numerieke waarden voor de antwoord-categorieën van de belangitems in de testversie van de vragenlijst	99
Bijlage 5	De resultaten van de factoranalyses op basis van de testafname van de belangvragenlijst	101
Bijlage 6	Voorstel nieuwe versie 'Cliënt & Kwaliteit'-vragenlijst	105

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag van het project 'Vorbereiding cliëntenraadpleging Benchmarkstudie thuiszorginstellingen 2000'. De uitvoering van dit project is mogelijk geweest dankzij de medewerking van vele personen en instellingen. Onze dank gaat allereerst uit naar de cliënten die de testversie van de nieuwe vragenlijst hebben ingevuld en de medewerkers van de thuiszorginstellingen en RPCP's die bij het onderzoek betrokken zijn geweest. Verder danken wij de leden van de beide klankbordgroepen en de begeleidingscommissie voor hun constructieve opstelling en waardevolle inbreng. Een speciaal woord van dank gaat uit naar dhr. Jan Geraets van Stichting Cliënt en Kwaliteit voor zijn grote betrokkenheid gedurende het gehele project.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de activiteiten die zijn ondernomen om te komen tot een nieuwe versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'. Een belangrijke activiteit daarbij was de proefafname van de nieuwe vragenlijst bij twee thuiszorginstellingen. De resultaten die op basis van deze proefafname in dit rapport worden gepresenteerd geven dus geen landelijk beeld en hebben betrekking op de meningen en ervaringen van de cliënten van deze twee pilot-instellingen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Bij deze stichting berusten ook de rechten met betrekking tot de gebruikte vragenlijsten en de vragenlijsten die uiteindelijk als product van dit onderzoek worden gepresenteerd.

Het onderzoek moet gezien worden als een van de projecten ter voorbereiding van de benchmarkstudie thuiszorginstellingen 2000. De resultaten moeten dan ook nadrukkelijk in dit bredere kader worden bekeken. Bij de cliëntenraadpleging, die is uitgevoerd als onderdeel van deze (tweede) landelijke benchmarkstudie en waaraan is deelgenomen door cliënten van 106 thuiszorginstellingen, is (behoudens een aantal vooral tekstuele aanpassingen) gebruikt gemaakt van het meetinstrument dat in dit voorbereidende onderzoek is opgesteld. De manier van dataverzameling die uiteindelijk is toegepast in het benchmarkonderzoek verschilt om pragmatische redenen van de methode toegepast in dit ontwikkeltraject. De benchmarkstudie thuiszorginstellingen 2000 is in het voorjaar van 2002 afgerond.

Utrecht, 2003

1 Inleiding

In 1998 werd, in opdracht van de Ministeries van VWS en Financiën, door PricewaterhouseCoopers & Berenschot een benchmarkstudie uitgevoerd naar het functioneren van thuiszorginstellingen in Nederland (PricewaterhouseCoopers & Berenschot, 1998). Een onderdeel van deze studie was een raadpleging van cliënten over de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntperspectief. Daarbij werd gebruik gemaakt van een vragenlijst ontwikkeld door de Stichting KIEN (thans Stichting Cliënt en Kwaliteit); de dataverzameling zelf vond plaats met behulp van een postenquête onder een willekeurige groep cliënten van (bijna) alle thuiszorginstellingen in Nederland. Deze Benchmarkstudie 1998 is in 2001 herhaald (PwC Consulting/NIVEL, 2002).

Het onderzoek, waarover hier verslag wordt gedaan, heeft als doel om, ter voorbereiding op de Benchmarkstudie Thuiszorg in 2001, te komen tot:

- 1 een nieuwe versie van de KIEN-vragenlijst; en
- 2 een aangepaste methode van dataverzameling.

Toegepast in de nieuwe benchmarkstudie moeten deze aangepaste vragenlijst en methode van dataverzameling resulteren in informatie die optimaal bruikbaar is in zowel het benchmarktraject (inclusief een vergelijking met de uitkomsten van de Benchmarkstudie 1998) als voor individuele thuiszorginstellingen en patiëntenplatforms in het kader van programma's gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Bij deze stichting berusten ook de rechten met betrekking tot de vragenlijsten 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' die in dit onderzoek zijn gebruikt en uiteindelijk als product van het onderzoek worden gepresenteerd.

1.1 Achtergronden bij het onderzoek

Tot voor kort weerspiegelde het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg voornamelijk ideeën van zorgverleners en beleidsmakers. Cliënten konden niet of nauwelijks vanuit hun eigen perspectief een oordeel geven over het functioneren van zorginstellingen en individuele zorgverleners, terwijl van hun ideeën is vastgesteld dat zij substantieel kunnen verschillen van die van de zorgaanbieders (Batalden & Nelson 1991; Bensing et al, 1992; Potts et al, 1986; Waal et al, 1993). De laatste jaren komt er steeds meer aandacht voor het actief betrekken van gebruikers van zorgvoorzieningen bij het ontwikkelen van beleid gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging (Donabedian 1988a/b, 1992; Aharony & Strasser, 1993; Strasser et al., 1993). Om deze reden zijn in de eerste Benchmarkstudie Thuiszorg (PricewaterhouseCoopers & Berenschot, 1998) cliënten ondervraagd over de kwaliteit van de thuiszorg. Daarbij werd gebruik gemaakt van een (eerste versie van een) schriftelijke vragenlijst die was ontwik-

keld door de toenmalige Stichting KIEN. Deze vragenlijst is ingevuld door ruim 17.354 cliënten van 105 thuiszorginstellingen (respons 35,7%). Het betrof instellingen aangesloten bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en erkende, particuliere thuiszorginstellingen aangesloten bij Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN).

De destijds gebruikte vragenlijst bestond uit twee delen. Deel 1 bevatte 14 achtergrondvragen. Deze vragen hadden betrekking op achtergrondkenmerken van de respondent (geslacht, leeftijd, opleiding, postcode huisadres, woon- en leefsituatie, ervaren gezondheid, beperkingen) en informatie over de specifieke (thuis)zorg waarvan men gebruik maakt (instelling, duur van de zorg, soort en aantal uren zorg, aanvullende (mantel)zorg, aandoening/beperking waarvoor men thuiszorg krijgt). Deel 2 bevatte 60 kwaliteitsaspecten voor de (thuis)zorg vanuit cliëntperspectief. Deze kwaliteitsaspecten hadden betrekking op een breed scala van onderwerpen zoals bejegening, informatieverstrekking, professionele deskundigheid, ervaren autonomie, continuïteit van thuiszorg en toegankelijkheid. De oorspronkelijke KIEN-vragenlijst was ontwikkeld door en voor cliënten en had een multi-dimensioneel karakter.

Tijdens de voorbereiding van de Benchmarkstudie die plaatsvond 2001 is door betrokken partijen (de Stichting Cliënt en Kwaliteit, de LVT/BTN en PricewaterhouseCoopers) vastgesteld dat aanpassing van de in 1998 gebruikte vragenlijst wenselijk was. Deze aanpassing zou betrekking moeten hebben op zowel de indeling en vorm van de vragenlijst als de aard en het aantal opgenomen vragen. Daarnaast is vastgesteld dat ook de methodiek van dataverzameling onder cliënten van thuiszorginstellingen wellicht verbeterd zou kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan maatregelen die moeten resulteren in een hogere respons en een beter onderscheid met betrekking tot het functioneren van verschillende functieafdelingen (huishoudelijke verzorging, verzorging en verpleging) van thuiszorginstellingen. Combinatie van beide aandachtspunten moet leiden tot informatie die relevant is voor het benchmarktraject (inclusief een vergelijking met de uitkomsten van de Benchmarkstudie 1998) én voor individuele thuiszorginstellingen en patiëntenplatforms in het kader van programma's gericht op kwaliteitsverbetering. De gewenste informatie moet valide, betrouwbaar en praktisch bruikbaar zijn.

1.2 Doelstellingen van het onderzoek

Uit de achtergrond van het onderzoek kunnen twee doelstellingen worden afgeleid.

- 1 *'Het doen van voorstellen die betrekking hebben op aanpassingen in de inhoud van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst, om de betrouwbaarheid, validiteit en praktische bruikbaarheid van de vragenlijst te verhogen.'*
- 2 *'Te komen tot adviezen die beogen de methodiek van dataverzameling bij cliënten van thuiszorginstellingen te verbeteren, teneinde te komen tot een gegevensverzameling die optimaal is afgestemd op de wensen van partijen die betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid van thuiszorginstellingen in het algemeen en de Benchmarkstudie Thuiszorg in het bijzonder.'*

Kijken we meer in detail naar deze twee doelstellingen dan zijn er een aantal verschillende aandachtspunten te onderscheiden.

Doelstelling 1: Aanpassing vragenlijst

Naar aanleiding van de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 1998 is er in het veld (RPCP's, individuele thuiszorginstellingen, Stichting Cliënt en Kwaliteit, LVT/BTN) behoefte aan het verder vergroten van de validiteit en bruikbaarheid van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst. De aandacht zou zich daarbij kunnen richten op de volgende punten:

- 1 Aanpassingen in de formulering van de vragen in de vragenlijst op basis van suggesties van thuiszorginstellingen en patiëntenplatforms.
- 2 De mogelijkheid te werken met regionale aanvullingen op de lijst (regiomodule), om zo beter aan te sluiten bij specifieke regionale problematiek of instellingsbeleid. Toevoeging van een (beperkt aantal) regionale of instellingsspecifieke kwaliteitsaspecten zal de bruikbaarheid van de vragenlijst bij lokaal of regionaal kwaliteitsbeleid vergroten en stimulerend werken naar de partijen die in het veld vorm moeten geven aan dit kwaliteitsbeleid.
- 3 De mogelijkheid om met behulp van de vragenlijst informatie te verwerven op een gedetailleerder niveau dan thuiszorginstelling als geheel, bijvoorbeeld op het niveau van verschillende functieafdelingen. Door specifieke kwaliteitsaspecten op te nemen die zich exclusief richten op het soort thuiszorg waarvan mensen gebruik maken (verpleging, verzorging, huishoudelijke hulp, hulpmiddelen) wordt de kwaliteit van de informatie verkregen met de vragenlijst, en daarmee ook de bruikbaarheid van de vragenlijst voor kwaliteitsprogramma's, vergroot.
- 4 De mogelijkheid om meer gedetailleerd inzicht te krijgen in het belang dat cliënten van thuiszorginstellingen hechten aan de specifieke onderwerpen in de vragenlijst. Inzicht in het belang dat cliënten hechten aan afzonderlijke kwaliteitsaspecten maakt verdere nuancering van cliëntenoordelen over het feitelijk functioneren van thuiszorginstellingen mogelijk.
- 5 De mogelijkheid te werken met een instellingsspecifieke terugrapportage naar individuele thuiszorginstellingen en RPCP's. Een dergelijke terugrapportage moet voor afzonderlijke thuiszorginstellingen bruikbaar zijn voor benchmarkdoeleinden én voor kwaliteitsverbetering.
- 6 Mogelijkheden om te komen tot een onderscheid tussen centrale en perifere kwaliteitsaspecten. Op basis van een dergelijk onderscheid kan, zo daar de behoefte aan is, wellicht een verkorte versie van de vragenlijst worden opgesteld die gebruikt kan worden in projecten gericht op kwaliteitsbewaking.

Doelstelling 2: Aanpassing methodiek dataverzameling

De verbetering van de methodiek van dataverzameling heeft betrekking op drie punten:

- 1 Bij de Benchmarkstudie 1998 bleek sprake te zijn van een relatief lage respons. Het gemiddeld percentage cliëntgebruikers dat de per post verstuurd vragenlijsten ingevuld terugstuurde kwam uit op circa 35%. De thuiszorginstelling met de hoogste respons kwam uit op een percentage van 84%, terwijl drie instellingen een responspercentage van minder dan 10% scoorden. Gekeken zou moeten worden naar mogelijkheden om de respons te verhogen.

- 2 De mogelijkheden om inzicht te krijgen in de redenen waarom een deel van de aangeschreven cliënten van thuiszorginstellingen niet meewerkt aan de benchmarkstudie. Een hogere respons in combinatie met een non-respons onderzoek onder cliënten van thuiszorginstellingen, is noodzakelijk om de representativiteit van dit deel van de benchmarkstudie aan te tonen en om de resultaten (binnen de grenzen die de statistiek daaraan stelt) te kunnen generaliseren naar het totale cliëntenbestand van thuiszorginstellingen.
- 3 Tenslotte zou onderzocht kunnen worden of het mogelijk is om op het niveau van de cliënt een relatie te leggen tussen de feitelijke geleverde diensten en het cliëntenoordeel.

1.3 Opbouw van het rapport

De resultaten met betrekking tot de doelstellingen van het onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 3. Het betreft hier met name de uitkomsten van een kwantitatieve test waaraan een herziene versie van de oorspronkelijke vragenlijst is onderworpen. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk kort ingegaan op het resultaat van het proces waarbij, in overleg met de pilot-regio's, is gewerkt aan het opstellen en uittesten van regiomodules en een model-terugrapportage. Daaraan voorafgaand wordt in hoofdstuk 2 beschreven volgens welke methoden deze aangepaste versie van de vragenlijst tot stand is gekomen en worden achtergronden gegeven bij het proces van dataverzameling en de daaropvolgende fase van schaalconstructie en schaaloptimalisatie. Het rapport sluit af met het hoofdstuk 'conclusies en aanbevelingen', waarin de ervaringen opgedaan tijdens de testafname van de vernieuwde vragenlijst worden teruggekoppeld naar de doelstellingen van het onderzoek.

2 Methode van onderzoek

Voor het aanpassen van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst is een procedure gebruikt die bestaat uit een aantal stappen met verschillende methoden van onderzoek. Deze worden in dit hoofdstuk nader omschreven. Eerst (paragraaf 2.1) wordt kort ingegaan op de analyse van de gegevens verzameld in het cliëntonderzoek in de eerste benchmarkstudie thuiszorg. Vervolgens komen aan de orde: een enquête onder cliëntorganisaties en thuiszorginstellingen (paragraaf 2.2) en de feedback van thuiszorginstellingen en cliënt-vertegenwoordigers via vertegenwoordigers in klankbordgroepen en begeleidingscommissie (paragraaf 2.3). Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de opzet en uitvoering van een proefafname van een herziene versie van de vragenlijst in twee regio's. Met behulp van de resultaten van deze proefafname is de uiteindelijk voorgestelde nieuwe versie van de KIEN-vragenlijst, zoals die wordt beschreven in hoofdstuk 3, tot stand gekomen.

2.1 Analyse van gegevens verzameld in de cliëntenraadpleging van de eerste benchmarkstudie thuiszorg

Als eerste stap op weg naar een nieuwe versie van de KIEN-vragenlijst heeft het NIVEL, als direct vervolg op de Benchmarkstudie Thuiszorg 1998, de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst onderzocht. Dit gebeurde in opdracht van de toenmalige Stichting KIEN, als onderdeel van een project waarin terugrapportages zijn verzorgd naar (combinaties van) deelnemende thuiszorginstellingen en RPCP's om te komen tot projecten gericht op kwaliteitsverbetering. Op grond van twee criteria is gekeken naar de kwaliteitsaspecten in de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst. Deze twee criteria waren:

- 1 Een percentage niet-bruikbare antwoorden ('weet niet' of niet ingevuld) van vijftien procent of meer. Uitgezonderd hiervan werden items waarvan het hoge percentage niet ingevulde vragen toe te schrijven was aan het feit dat slechts een deel van de populatie van thuiszorgcliënten met het onderwerp in kwestie te maken heeft. Dit is bijvoorbeeld het geval met vragen over het uitlenen van hulpmiddelen.
- 2 Een lage lading van kwaliteitsaspecten op de kwaliteitsdimensies (factoren) waartoe ze behoren, in combinatie met de resultaten van het proces van schaalconstructie en schaaloptimalisatie.

Toepassing van beide criteria zou betekenen dat 15 van de 60 opgenomen vragen in aanmerking kwamen om uit de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst te worden verwijderd. Daarnaast zijn in het project de opmerkingen van respondenten bij het cliëntonderzoek van de eerste benchmarkstudie bestudeerd en is kritisch gekeken naar de vorm van de vragenlijst en de wijze waarop de kwaliteitsaspecten waren geformuleerd. Via de analyse van de antwoorden op de 'open vragen' is gekeken naar suggesties van respondenten voor

aanvullende vragen. Dit heeft geresulteerd in een aanbeveling om wellicht drie nieuwe items op te nemen. In overleg met de toenmalige Stichting KIEN is, rekening houdend met deze aanbevelingen, een eerste voorstel gemaakt voor een herziene versie van de oorspronkelijke vragenlijst.

2.2 Enquête onder cliëntorganisaties en thuiszorginstellingen

De aangepaste versie van de vragenlijst is voor commentaar toegestuurd aan 34 cliëntorganisaties en 113 thuiszorginstellingen. Van cliëntenzijde zijn 30 RPCP's aangeschreven (waaronder één samenwerkingsverband van zes RPCP's), de budgethoudersvereniging Per Saldo en CG-Raad, NPV en LOREP. Van aanbiederzijde hebben de 100 lidorganisaties van de LVT en dertien leden van BTN, de brancheorganisatie van particuliere thuiszorgaanbieders, de vragenlijst ontvangen. Van de BTN zijn alleen de lidorganisaties aangeschreven die, op het moment van ondervraging, over een AWBZ-budget beschikten. De belangrijkste vraag die aan de aangeschreven organisaties is gesteld was "Welke vragen mist u in het voorstel voor de herziene versie van de KIEN-vragenlijst?" Daarnaast is men uitgenodigd om (kritisch) commentaar te geven op de vorm en inhoud van de vragenlijst, alsmede op de exacte formulering van de opgenomen kwaliteitsaspecten. Aan de aangeschreven thuiszorginstellingen is nadrukkelijk gevraagd om uitvoerende medewerkers en de cliëntenraad te betrekken bij de beantwoording van de vragen en het geven van commentaar.

Zeventig procent (n=24) van de aangeschreven cliëntorganisaties en 64% (n=66) van de thuiszorginstellingen heeft op de enquête gereageerd. De enquête heeft de volgende suggesties voor verbeterpunten opgeleverd:

- De wens vragen over indicatiestelling te schrappen omdat die tot het domein van het RIO behoren en de vragen te beperken tot de taak van de thuiszorg op dit gebied.
- De wens vragen toe te voegen over mantelzorg, overbruggingszorg/wachttijden, cliëntenraad en respect voor de levensovertuiging van de cliënt.
- Een grote reeks tekstuele suggesties, gericht op onduidelijke vragen, suggestieve vragen, inconsistent taalgebruik, te lange toelichtingen of onnodig ingewikkelde formuleringen. Soms werd voorgesteld een onduidelijke vraag te schrappen.
- Een appèl om rekening te houden met kenmerken van de doelgroep, in het bijzonder hoge leeftijd en lage opleiding. Vaak werd dit vertaald in de aanbeveling de vragenlijst in te korten.

Verwerking van de binnengekomen reacties heeft geresulteerd in een concept voor een opnieuw aangepaste versie van de vragenlijst. Dit concept is ter beoordeling voorgelegd aan de klankbordgroepen van RPCP-vertegenwoordigers en vertegenwoordigers van thuiszorginstellingen, waarna het resultaat vervolgens is besproken in de begeleidingscommissie (zie voor een overzicht van de leden van de begeleidingscommissie en klankbordgroepen: bijlage 1).

2.3 De proefafname van de nieuwe vragenlijst

Na verwerking van het commentaar van de begeleidingscommissie is de aangepaste vragenlijst (inclusief twee opgestelde regiomodules) in twee proefregio's kwantitatief getest. Bij deze test is gebruik gemaakt van een, ten opzichte van de Benchmarkstudie Thuiszorg 1998, aangepaste wijze van dataverzameling (testversies van de belang- en ervaringenvragenlijst en van de regiomodules zijn opgenomen in respectievelijk bijlage 2 en bijlage 3).

2.3.1 Procedure en steekproef

In beide regio's heeft een combinatie van een thuiszorginstelling en RPCP deelgenomen aan de proefafname. Beide combinaties van RPCP en thuiszorginstelling hebben zich vrijwillig aangemeld voor deelname aan de proefafname. Het betreft regio's waar RPCP en thuiszorginstelling al langere tijd goed samenwerken. Het verzorgingsgebied van beide thuiszorginstellingen bestaat uit twee middelgrote steden omgeven door een reeks plattelandsgemeenten. Op willekeurige wijze hebben beide thuiszorginstellingen elk uit hun registraties de volgende aantallen cliënten geselecteerd:

- 1 300 mensen met alleen 'huishoudelijke verzorging' (HVZ).
- 2 300 mensen met alleen 'verzorging' of alleen 'verpleging', waarvan 150 met alleen 'verzorging' en 150 met alleen 'verpleging'.
- 3 300 mensen met minstens 'huishoudelijke verzorging' én 'verzorging' of 'verpleging'.
- 4 200 willekeurige cliënten voor de uitvoering van het 'belang' onderzoek.

De steekproef is, op het moment dat de vragenlijsten daadwerkelijk vanuit de thuiszorginstellingen zijn verzonden, gescreend op recente overlijdensgevallen. Elke cliënt die was geselecteerd voor deelname aan het onderzoek heeft een unieke code gekregen. Dit codenummer is vermeld op de vragenlijsten en op instellingsniveau gekoppeld aan de naam, het adres en het soort thuiszorg (alleen 'huishoudelijke verzorging', alleen 'verzorging', alleen 'verpleging', of een combinatie van thuiszorgproducten) dat men kreeg. Het unieke codenummer is door het NIVEL gebruikt om, via de thuiszorginstellingen, gericht te kunnen rappelleren.

Een van de subdoelstellingen van dit onderzoek is om te kijken of rapportage van de resultaten op het niveau van de afzonderlijke thuiszorgproducten mogelijk en zinvol was. Immers, cliëntorganisaties en thuiszorginstellingen zijn met name geïnteresseerd in het cliëntoordeel over het product thuiszorg op het niveau van afzonderlijke productgroepen. Dit maakt gerichte kwaliteitsverbetering mogelijk. De oorspronkelijke KIEN-vragenlijst bevatte hiertoe een vraag naar de thuiszorgproducten die een cliënt gebruikt. Echter, cliënten in de eerste benchmarkstudie thuiszorg bleken niet altijd goed in staat deze vraag te beantwoorden. Bovendien bleek dat bepaalde productgroepen (met name verpleging) op het niveau van de individuele instellingen met erg weinig respondenten was vertegenwoordigd. Een vergelijking van de resultaten op productniveau was daardoor niet mogelijk. Daarom is bij de testafname gekozen voor de oplossing van het trekken van een steekproef gestratificeerd op thuiszorgproduct. Thuiszorginstellingen registreren welk(e)

thuiszorgproduct(en) een cliënten gebruikt. Deze informatie is benut bij de steekproef-trekking. In verband met de privacybescherming is gekozen voor een werkwijze waarbij het kwaliteitsonderzoek uitgaat van de thuiszorginstelling en het NIVEL de rol heeft van 'ontvanger, bewerker en rapporteur van gegevens'.

Een mogelijk probleem bij het bepalen van het cliëntoordeel over afzonderlijke thuiszorgproducten is dat veel thuiszorgcliënten (een schatting van de twee thuiszorginstellingen in de pilot-regio's varieerde van 1 tot 25 procent) meerdere thuiszorgproducten gebruiken. Wanneer cliënten met meer thuiszorgproducten hun thuiszorg beoordelen, is onduidelijk op welk thuiszorgproduct hun oordeel betrekking heeft. Veel vragen in de vragenlijst - bijvoorbeeld die over bejegening en het zich houden aan afspraken - zijn namelijk niet specifiek voor een bepaald thuiszorgproduct. Daarom is ervoor gekozen bij de proefafname alleen cliënten met één thuiszorgproduct te selecteren. Bij hen is zo goed als zeker welk thuiszorgproduct zij beoordelen. Echter, de beperking tot cliënten met slechts één thuiszorgproduct heeft als nadeel dat het een vertekend beeld geven van de kwaliteit van de thuiszorginstelling *als geheel*. De groep cliënten met meer dan één thuiszorgproduct is immers van het onderzoek buitengesloten. Het is voorstelbaar dat deze groep aparte ervaringen met thuiszorg heeft, welke samenhangen met hun gebruik van meer thuiszorgproducten. Zo is de hulpvraag van deze cliënten omvattender dan die van cliënten met één thuiszorgproduct. Het leidt tot een verhoogde kans op contact met verschillende thuiszorgmedewerkers en op de noodzaak van afstemming tussen verschillende hulpverleners (binnen en buiten de thuiszorg). Om te onderzoeken of dit nadeel werkelijk bestaat, is voor de proefafname aan de stratificatie op thuiszorgproduct een groep cliënten toegevoegd die gebruikmaakt van meer dan één thuiszorgproduct, minstens de combinatie 'huishoudelijke verzorging en verzorging' of 'huishoudelijke verzorging en verpleging'. De kwaliteitsoordelen van de groep die gebruik maakt van een combinatie van thuiszorgproducten kunnen dan worden vergeleken met die van de samengevoegde groepen cliënten die slechts één thuiszorgproduct gebruiken.

Aan de cliënten in de groepen 1, 2 en 3 is gevraagd hun recente *ervaringen* met thuiszorg te beoordelen. De cliënten in groep 4 konden een oordeel geven over het relatieve *belang* dat aan elk van de kwaliteitsaspecten in de nieuwe vragenlijst wordt toegekend. Door te werken met een aparte 'belangvragenlijst' wordt inzicht verkregen in de verschillen in belangscores op het niveau van afzonderlijke kwaliteitsaspecten, zonder dat de eigenlijke vragenlijst langer wordt. In de belangvragenlijst kon elke cliënt bij elk item aankruisen of hij/zij het 'niet belangrijk' 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk' of 'van het allergrootste belang' vindt.

De vragenlijsten zijn door het NIVEL in samenwerking met de pilot-instellingen verstuurd, samen met een begeleidende brief van de thuiszorginstelling en een gefrankeerde retourenvelop. Twee weken later is een herinneringsbrief gestuurd aan de mensen die nog niet hadden gereageerd. Enkele weken daarna is een tweede herinneringsbrief verstuurd aan de adressen waarvan nog geen reactie was ontvangen, vergezeld van een nieuw exemplaar van de vragenlijst en een gefrankeerde retourenvelop.

Cliënten konden hulp bij het invullen krijgen of nadere informatie inwinnen over het onderzoek bij de CG-Raad, een landelijke organisatie van en voor mensen met een chronische ziekte of beperking. In één van de twee proefregio's heeft het RPCP vanaf de eerste rappelbrief als tweede helpdesk gefungeerd. De cliëntvertegenwoordigers in deze regio waren van mening dat een lokaal aanspreekpunt voor cliënten wellicht een lagere drempel heeft dan een helpdesk van een landelijke organisatie te Utrecht. Over het algemeen zijn op de beide helpdesks weinig reacties ontvangen van cliënten die problemen hadden met het invullen van de vragenlijst. De meeste reacties hadden betrekking op de toezending van een herinneringsbrief nadat de vragenlijst al was opgestuurd (het terugzenden van de vragenlijst en het versturen van herinneringsbrieven konden elkaar overlappen), het feit dat men om een veelheid van redenen geen thuiszorg (meer) kreeg of de mededeling dat men op grond van lichamelijke gesteldheid afzag van het invullen van de vragenlijst.

2.3.2 Respons

Tweederde van de aangeschreven cliënten in beide proefregio's heeft de 'ervaringen-vragenlijst' ingevuld en gemiddeld zestig procent de belangvragenlijst (zie tabellen 2.1 en 2.2). Ook de respons per stratificatielaag is boven de streefwaarde van 50% uitgekomen.

Tabel 2.1 Respons ervaringenvragenlijst per proefregio – naar groep/thuiszorgproduct

Groep/thuiszorgproduct	Proefregio 1 (n=900)	Proefregio 2 (n=900)	Totaal (n=1800)
Huishoudelijke verzorging	219 (73%)	210 (70%)	429 (72%)
Verzorging of verpleging	190 (63%)	183 (61%)	373 (62%)
- alleen verzorging	91 (61%)	102 (68%)	193 (64%)
- alleen verpleging	99 (66%)	81 (54%)	180 (60%)
Combinatie van producten	202 (67%)	196 (65%)	398 (66%)
Onbekend	10 (1%)	3 (0,3%)	13 (0,7%)
Totaal (900 mensen)	621 (69%)	592 (66%)	1209 (67%)

Tabel 2.1 laat zien dat, over alle groepen genomen, de respons voor wat betreft de ervaringenvragenlijst uitkomt op 67%. De responspercentages voor de personen die enkel huishoudelijke verzorging krijgen liggen rond of net boven de 70%. De respons van de groep thuiszorgcliënten die verpleegkundige zorg krijgen ligt met een gemiddelde 60% wat onder het totaalpercentage van 67%.

Tabel 2.2 Respons belangvragenlijst per proefregio

Proefregio 1 (n=200)	Proefregio 2 (n=200)	Totaal (n=400)
138 (69%)	105 (52%)	246* (61%)

* inclusief drie vragenlijsten waarbij onbekend is op welke instelling zij betrekking hebben

De respons op de 400 uitgestuurde belangvragenlijsten bedroeg voor beide proefregio's samen ruim 61%. Het verschil tussen regio 1 en regio 2 is, om onduidelijke redenen, wat groter dan bij de ervaringenvragenlijst.

2.3.3 Non-respons

Het is uiteindelijk niet mogelijk gebleken de representativiteit van de responsgroep te toetsen op het niveau van de populatie. Een vergelijking tussen steekproef en responsgroep was voor een van de twee thuiszorginstellingen wel mogelijk. Daarbij is gekeken naar het aandeel van de vrouwen in beide groepen en de verdeling naar leeftijdscategorieën. Tabel 2.3 toont het percentage vrouwen in de responsgroep en steekproef, bij een van de deelnemende thuiszorginstellingen.

Tabel 2.3 Representativiteit - aandeel vrouwen in responsgroep en steekproef, bij één van de deelnemende thuiszorginstellingen

Soort thuiszorg	Responsgroep	Steekproef
Huishoudelijke verzorging	87%	80,5%
Alleen verzorging of verpleging:	65%	60%
- alleen verzorging	67%	68%
- alleen verpleging	62,5%	52%
Combinatie van producten	79,5%	77%
Responsgroep/steekproef als geheel	78%	72,5%

Ook de leeftijdsamenstelling van de responsgroep komt goed overeen met die van de steekproef en cliëntèle. De enige opmerkelijke afwijking is de relatief grote deelname van mensen uit de leeftijdsgroep '71 - 80 jaar'. Nader onderzoek leert dat vooral zeventigers met alleen huishoudelijke verzorging of een combinatie van soorten thuiszorg naar verhouding vaker hebben gereageerd. Apart is dan weer dat mensen in de leeftijdsgroep '81 - 90 jaar' in deze groepen juist wat minder vaak aan het onderzoek hebben deelgenomen. Op grond van deze – beperkte – informatie kan worden geconcludeerd dat er nauwelijks selectieve uitval is geweest bij het terugsturen van de vragenlijsten voor wat betreft de variabelen leeftijd en sekse.

Een tweede, bron voor informatie met betrekking tot de representativiteit van de verzamelde gegevens zijn de commentaren die sommige cliënten hebben geschreven op hun geretourneerde, lege vragenlijst en de informatie die, naar aanleiding van het versturen van de vragenlijsten, is binnengekomen bij de RPCP-helpdesk.

Tabel 2.4 Redenen om niet mee te doen aan het onderzoek

	Totaal	Thuiszorginstelling-1	Thuiszorginstelling-2
Niet in goeden doen	17	14	3
Tevreden	13	8	5
Maar kort hulp	13	4	9
Overleden	11	5	6
Verpleging niet als thuiszorg ervaren	9	-	9
Retour afzender	9	1	8
Vragen(lijst) te moeilijk	4	4	-
Fysiek niet in staat	3	2	1
Overig	10	5	5

Redenen om niet mee te doen met het onderzoek hadden vooral betrekking de fysieke onmogelijkheid de vragenlijst in te vullen, een grote mate van tevredenheid, het feit dat men te kort in zorg was om een goed oordeel te vellen en het overleden of verhuisd zijn van de geadresseerde. Ook uit deze informatie kan niet de conclusie worden getrokken dat de oordelen van de responsgroep in belangrijke mate zijn vertekend in de richting van tevredenheid of juist ontevredenheid. Wordt er van uitgegaan dat de toevalssteekproef een goede afspiegeling vormt van het totale cliëntenbestand van beide instellingen, dan zijn er vooralsnog geen redenen om te twijfelen aan de representativiteit van de antwoorden van de responsgroep ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie van beide pilot-instellingen.

2.3.4 Analyses

Via analyse van de verzamelde gegevens is gestreefd naar een nieuwe versie van de vragenlijst, met een aantal betrouwbare en inhoudelijk zinvolle dimensies van kwaliteit van thuiszorg in de vorm van 'schalen'.

De volgende informatie is daarbij benut:

- 1 De *gemiddelde belangscore*: hieruit is op te maken welke items cliënten meer en minder belangrijk vinden. Hoe hoger de gemiddelde belangscore, hoe meer reden het item op te nemen.
- 2 De *non-respons* op de items: dit geeft informatie over de gebruikswaarde van de vraag. Hoe hoger de non-respons, hoe meer reden tot twijfel. Of mensen snappen de vraag niet, of de vraag is alleen op een kleine groep mensen van toepassing.
- 3 De *correlatie* tussen de items van de belangvragenlijst: een hoge correlatie tussen twee items, gecombineerd met inhoudelijke verwantschap van beide items, doet de nood-

zaak verdwijnen beide items op te nemen in de vragenlijst. Eén van de twee is dan voldoende.

- 4 De *gemiddelde ervaringsscore*: hieruit is op te maken in hoeverre er bij elk kwaliteitsaspect ruimte is voor kwaliteitsverbetering. Het opnemen van kwaliteitsaspecten met relatief veel ruimte voor kwaliteitsverbetering maakt de nieuwe vragenlijst 'kritischer' en verhoogt de gevoeligheid van de vragenlijst voor het meten van kwaliteitsverschillen tussen thuiszorginstellingen.
- 5 *De resultaten van analyses met betrekking tot de validiteit en de betrouwbaarheid*: via factoranalyse en itemanalyse kan men de mogelijkheden verkennen om items te combineren in valide en betrouwbare schalen. Uit eerder onderzoek (zie Sixma et al, 1998a/b; Van Nispen et al, 2002) is gebleken dat de belangscores hiervoor meer geschikt dan de antwoorden op de ervaringenvragenlijst. De ervaringen van cliënten zijn afhankelijker van de prestaties van hun thuiszorginstelling dan het oordeel van cliënten over wat belangrijk is in thuiszorg. Ook antwoorden cliënten wat gevarieerder op de items van de belangvragenlijst. Itemanalyse, factoranalyse (Principale Componenten Analyse met varimax rotatie) en betrouwbaarheidsanalyses zijn daarom in eerste instantie verricht op de gegevens van de belangvragenlijst. De gevonden schaalindeling is daarna gecontroleerd door de analyses te herhalen op de gegevens van de ervaringenvragenlijst.

3 Resultaten van de kwantitatieve test

In dit resultatenhoofdstuk zal, op basis van de proefafname van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' van de Stichting Cliënt en Kwaliteit, in paragraaf 3.1 worden ingegaan op het proces van vragenlijstconstructie en vragenlijstoptimalisatie. In detail zal daarbij worden ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van de nieuwe vragenlijst. Een apart onderwerp daarbij vormt het idee om van de meer definitieve versie van de KIEN-vragenlijst ook een verkorte versie op te stellen. De mogelijkheden hiertoe en de wenselijkheid hiervan worden besproken in paragraaf 3.2. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens een plaats ingeruimd voor de ervaringen met de regiomodules (paragraaf 3.3) en de instellingsspecifieke terugrapportages ten behoeve van de deelnemende pilot-instellingen (paragraaf 3.4). Deze rapportages op instellingsniveau kunnen gezien worden als een nadere uitwerking van de eis dat de vragenlijst vooral ook praktisch bruikbaar moet zijn voor RPCP's en thuiszorginstellingen bij projecten gericht op kwaliteitsverbetering. Een terugblik op de aangepaste wijze van dataverzameling, waarbij terugkoppeling plaatsvindt naar een van de twee hoofddoelstellingen van het onderzoek, geschiedt in het volgende hoofdstuk.

3.1 Resultaten met betrekking tot de belang- en ervaringscores

3.1.1 *Gemiddelde belangscore*

Op grond van de frequentie waarmee elk van de vier (ordinale) antwoordcategorieën bij de 54 aspecten in de belangvragenlijst is aangekruist, zijn aan deze antwoordcategorieën de getalswaarden van respectievelijk '1', '3.1', '6.4' en '10' toegekend. Door de scores van '1' en '10' toe te kennen aan de extreme antwoordcategorieën wordt bereikt dat de uiteindelijke kwaliteitsscores uitkomen op een, voor iedereen makkelijk te interpreteren, waarde tussen de '1' en '10'. De waarden '3.1' en '6.4' zijn uitgerekend op basis van de procedure zoals opgenomen in bijlage 4 van dit rapport, waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat de afstanden tussen de verschillende antwoordmogelijkheden door respondenten verschillend worden gepercipieerd. Een belangscore van '1' geeft aan dat alle respondenten dit item als 'niet belangrijk' hebben geclassificeerd; een score van '10' duidt erop dat alle respondenten bij dit item de categorie 'van het allergrootste belang' hebben aangekruist. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de belangscores van alle 54 aspecten opgenomen in de testversie van de KIEN-vragenlijst gebaseerd op deze toegekende waarden tussen de '1' en '10', alsmede van het percentage respondenten dat het antwoord 'belangrijk' of 'van het allergrootste belang' heeft aangekruist.

Tabel 3.1 Gemiddelde belangscore en het percentage respondenten dat de items 'belangrijk' of 'van het allergrootste belang' vindt voor de 54 kwaliteitsitems in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Gemiddelde belangscore	% respondenten
35	Direct thuiszorg krijgen na ziekenhuisopname, indien nodig	8,65	96,6
20	Thuiszorgmedewerkster neemt cliënt serieus	7,92	96,3
48	Kwaliteit van geleverde hulpmiddelen	7,88	95,2
21	Thuiszorginstelling neemt cliënt serieus	7,69	95,8
28	Thuiszorgmedewerkster werkt hygiënisch	7,62	96,2
23	Thuiszorgmedewerkster is vriendelijk	7,58	95,9
33	Thuiszorginstelling geeft tijdig door als medewerkster niet komt	7,58	96,7
9	Direct krijgen van meer thuiszorg indien tijdelijk nodig	7,51	90,4
7	Voldoende thuiszorg krijgen	7,46	94,6
47	Snelle levering hulpmiddelen	7,39	92,8
50	Heldere uitleg van gebruik hulpmiddelen	7,37	93,3
15	Mogelijkheid om van thuiszorgmedewerkster te wisselen	7,31	85,8
49	Service bij hulpmiddelen (reparaties, vragen)	7,19	94,0
29	Huis wordt goed schoongemaakt	7,15	93,8
62	Thuiszorginstelling helpt bij telefonisch contact goed	7,15	95,0
38	Geschikt aantal thuiszorgmedewerksters over de vloer (niet te veel)	7,13	81,9
4	Acceptabele wachttijd voor hulp begint	7,12	87,9
60	Bereikbaarheid instelling tijdens kantooruren	7,09	94,1
32	Thuiszorgmedewerkster komt op de tijden die zijn afgesproken	7,06	94,1
58	Thuiszorginstelling geeft duidelijke Informatie over eigen bijdrage	7,03	92,0
31	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen cliënt bij verzorging	7,01	90,0
27	Thuiszorgmedewerkster is deskundig op het gebied van beperkingen cliënt	6,98	91,8
34	Thuiszorginstelling regelt vervanging als medewerkster niet kan komen	6,96	87,9
59	Cliënt kan eigen bijdrage zonder moeite betalen	6,88	91,1
61	Cliënt weet hoe de thuiszorg buiten kantooruren te bereiken	6,85	85,8
46	Medewerkster helpt cliënt op weg bij aanschaf hulpmiddelen	6,85	88,0
3	Cliënt krijgt tijdens wachttijd informatie over de lengte van de wachttijd	6,83	88,2
14	Cliënt weet hoe hij/zij iets kan veranderen aan de hoeveelheid/soort thuiszorg	6,65	86,1
11	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen en gewoontes	6,60	83,8
40	Contactpersoon goed te bereiken	6,59	86,4
41	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerksters	6,59	86,0
13	Medewerkster houdt rekening met opmerkingen cliënt bij evaluatiegesprek	6,58	86,8
42	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerkers en anderen	6,50	85,5
12	Minstens jaarlijkse bespreking of zorg nog aan wensen voldoet	6,50	79,8
10	Thuiszorg wordt gegeven op tijdstippen die cliënt goed schikken	6,46	77,6
25	Thuiszorgmedewerkster heeft voldoende persoonlijke aandacht voor cliënt	6,42	83,6
51	Cliënt heeft overzicht op papier van de thuiszorg die is afgesproken	6,33	80,1

Item	Omschrijving	Gemiddelde belangscore	% respondenten
45	Thuiszorgmedewerkster denkt mee over geschikte hulpmiddelen	6,33	85,2
39	Cliënt heeft vast contactpersoon	6,30	80,8
26	Cliënt vertelt thuiszorgmedewerkster wanneer hij/zij ontevreden is	6,29	81,1
43	Niet tegengestelde adviezen krijgen van hulpverleners	6,25	79,4
8	Cliënt krijgt in vakantie afgesproken hoeveelheid thuiszorg	6,22	75,9
54	Thuiszorgmedewerkster overlegt over wat in zorgmap wordt opgeschreven	6,06	76,1
24	Thuiszorgmedewerkster respecteert levensbeschouwing/leefwijze cliënt	6,03	75,9
22	Thuiszorgmedewerkster vraagt niet ongewenst naar privé-aangelegenheden	6,01	73,2
56	Thuiszorginstelling geeft informatie over klachtenprocedure	5,96	75,9
52	Thuiszorgmedewerkster legt afspraken over de te leveren thuiszorg uit	5,93	78,0
53	Map met zorggegevens bij cliënt thuis aanwezig	5,81	77,5
17	Overleg met mantelzorgers over aansluiting thuiszorg op hun wensen	5,75	76,0
18	Thuiszorgmedewerkster vraagt mantelzorgers naar hun belasting	5,73	72,3
55	Thuiszorginstelling informeert over wat te doen bij beschadiging spullen	5,71	70,3
19	Thuiszorgmedewerkster wijst mantelzorgers op ondersteuningsaanbod	5,66	74,6
30	Thuiszorgmedewerkster maakt schoon in juiste tempo	5,04	61,2
57	Thuiszorginstelling informeert over aanwezigheid cliëntenraad	4,62	53,7

Kijken we naar de belangscores van de 54 kwaliteitsaspecten op het niveau van de twee proefregio's, dan blijken de scores van 15 aspecten significant van elkaar te verschillen ($p < .05$). Aspecten die door respondenten uit beide proefregio's verschillend worden gewaardeerd zijn gespreid over alle dimensies van kwaliteit van thuiszorg en laten geen duidelijk patroon zien. Het is niet zo dat respondenten in de ene regio kwaliteitsaspecten systematisch belangrijker vinden dan respondenten in de andere regio. De grootste verschillen ($p < .01$) hebben betrekking op de aspecten 53 ('de aanwezigheid van een map met zorggegevens'), 12 ('jaarlijkse bespreking of de zorg nog voldoet'), 11 ('rekening houden met de wensen en gewoontes van de cliënt'), 54 ('overleg over wat in de zorgmap wordt genoteerd'), 39 ('de aanwezigheid van een vast contactpersoon') en 28 ('de zorg moet hygiënisch zijn'). Gelet op de afwezigheid van duidelijke patronen en het feit dat op de meerderheid van de kwaliteitsaspecten de oordelen van de twee respondentgroepen niet verschillen zijn de gegevens van beide proefregio's, zoals die in tabel 3.1 worden gepresenteerd, samengevoegd en worden ook de aanvullende analyses die betrekking hebben op de belangscores op het volledige databestand uitgevoerd. De waarden die cliënten toekennen aan de verschillende kwaliteitsaspecten variëren tussen 4,62 ('Thuiszorginstelling informeert over aanwezigheid cliëntenraad') en 8,65 ('Direct thuiszorg krijgen na ziekenhuisopname, indien nodig'). Geen van de items wordt door een meerderheid van de cliënten als 'niet belangrijk' aangemerkt. Er is geen reden om, op grond van de gemiddelde belangscores, kwaliteitsaspecten uit de testversie van de vragenlijst te verwijderen.

3.1.2 Gemiddelde ervaringscores

Een ander criterium dat kan worden aangehouden bij de selectie van kwaliteitsaspecten voor een nieuwe versie van de vragenlijst is dat er het liefst ook daadwerkelijk enige ruimte moet zijn voor kwaliteitsverbetering. Naarmate een vragenlijst meer items bevat waarover iedereen of nagenoeg iedereen tevreden is, verliest het zijn onderscheidend vermogen en verminderen de mogelijkheden om met behulp van zo'n vragenlijst ook daadwerkelijk verbeterpunten op te sporen. De kunst is daarbij een balans te vinden tussen aan de ene kant het bieden van mogelijkheden aan thuiszorginstellingen om 'goed' of 'uitstekend' te scoren en aan de andere kant aspecten op te nemen met voldoende verbeterpotentieel. Naarmate het percentage respondenten die alleen maar positief zijn dichterbij de 100% benadert, neemt het verbeterpotentieel af tot 'nul' of nagenoeg nul. Tabel 3.2 toont de items van de testversie van de KIEN-vragenlijst gesorteerd naar het percentage respondenten met 'negatieve ervaringen'. Mensen die "weet niet" of "niet van toepassing" hebben aangekruist of de vraag hebben overgeslagen zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.2 Ervaringenvragenlijst – percentages negatieve ervaringen

Item	Omschrijving	Negatieve ervaringen
57	Informatie over cliëntenraad	87,1%
55	Informatie over wat te doen bij beschadiging	73,3%
19	Verwijzing naar ondersteuningsaanbod	69,3%
61	Bekend hoe buiten kantooruren de thuiszorg bereikbaar is	64,5%
56	Informatie over klachtenprocedure	58,6%
12	Jaarlijkse bespreking of zorg voldoende is	58,3%
18	Vraagt naar belasting van mantelzorgers	47,6%
17	Overleg met mantelzorg over aansluiting op hun wensen	40,2%
54	Overleg over wat in zorgmap wordt opgeschreven	30,3%
39	Wel/niet vast contactpersoon	30,2%
58	Informatie over betalen van eigen bijdragen	27,3%
8	Oordeel over hoeveelheid thuiszorg in vakantie	24,8%
14	Weet hoe men iets kan veranderen aan thuiszorg	23,8%
51	Overzicht op papier van thuiszorg die is afgesproken	22,7%
4	Oordeel over lengte wachttijd	22,2%
3	Informatie tijdens wachttijd	21,1%
46	Medewerkster helpt op weg bij hulpmiddelen	20,5%
47	Snelheid waarmee hulpmiddelen werden geleverd	20,5%
9	Meer thuiszorg indien dit tijdelijk nodig is	19,3%
26	Staat open voor negatief oordeel	17,0%
35	Kreeg thuiszorg direct na ziekenhuisopname	16,3%
52	Afspraken over te leveren thuiszorg doorgenomen en uitgelegd	15,9%
45	Medewerkster denkt mee over hulpmiddelen	14,9%
43	Tegengestelde adviezen van thuiszorgmedewerksters	13,7%
34	Regelt vervanging als medewerkster niet kan komen	13,6%
13	Medewerkster houdt rekening met opmerkingen cliënt bij C12	12,2%
53	Map met zorggegevens thuis aanwezig	12,2%

Item	Omschrijving	Negatieve ervaringen
30	Tempo van werkzaamheden	11,9%
15	Mogelijkheid om van thuiszorgmedewerkster te wisselen	11,8%
33	Geeft door als medewerkster niet kan komen	11,5%
22	Medewerkster vraagt naar privé-aangelegenheden	11,3%
7	Oordeel over hoeveelheid thuiszorg	11,2%
42	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerkers en anderen	11,1%
59	Kan eigen bijdrage betalen	10,8%
40	Bereikbaarheid contactpersoon	7,6%
60	Bereikbaarheid instelling tijdens kantooruren	6,7%
21	Thuiszorginstelling neemt cliënt serieus	5,3%
41	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerkers	5,3%
11	Medewerkster houdt rekening met wensen en gewoontes	2,4%
28	Werkt hygiënisch	1,8%
25	Voldoende persoonlijke aandacht	1,7%
48	Kwaliteit van geleverde hulpmiddelen	1,6%
32	Komt op tijden die zijn afgesproken	1,5%
31	Houdt rekening met wensen cliënt bij persoonlijke verzorging	1,2%
20	Thuiszorgmedewerkster neemt cliënt serieus	0,9%
23	Medewerkster is vriendelijk	0,6%
27	Thuiszorgmedewerkster is deskundig op gebied beperkingen cliënt	5,1%
50	Uitleg bij hulpmiddelen	4,9%
38	Oordeel over aantal verschillende medewerkers	4,7%
49	Service instelling m.b.t. hulpmiddelen	4,2%
29	Huis wordt goed schoongemaakt	3,7%
10	Thuiszorg op tijdstippen die goed schikken	3,4%
62	Hulpvaardigheid bij telefonisch contact	3,1%
24	Medewerkster respecteert levensbeschouwing/geloof/leefwijze	2,8%

Als we de grens voor mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering bij 'meer dan 5% ontevreden respondenten leggen, dan zouden de laatste vijftien items van tabel 3.2 zouden op grond van hun geringe mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering in aanmerking kunnen komen voor verwijdering uit de nieuwe vragenlijst. In deze groep bevinden zich relatief veel items over bejegening door en deskundigheid van thuiszorgmedewerkers.

3.1.3 *Non-respons op de belang- en ervaringenvragenlijsten*

Het merendeel van de items van de belangvragenlijst is beantwoord door tenminste 95 procent van de respondenten. Uitzondering vormen de items over het uitlenen van hulpmiddelen en de vragen die betrekking hebben op mantelzorgers. De hoge non-respons bij deze twee groepen kwaliteitsaspecten is te verklaren uit het feit dat mensen is gevraagd de items over te slaan als het onderwerp niet op hen van toepassing was. De hoge non-respons duidt dus niet (perse) op slecht geformuleerde, onbegrijpelijke items. Dit en het feit dat cliënten deze items niet onbelangrijk vinden zijn redenen om deze items vooralsnog te handhaven.

Bij de ervaringenvragenlijst is de non-respons om begrijpelijke redenen hoger. Sommige zaken liggen voor een deel van de respondenten in een (te) ver verleden, zoals de informatievoorziening bij het begin van de thuiszorg of de lengte van de wachttijd voordat men thuiszorg kreeg. Andere items zijn niet op iedereen van toepassing, (bijvoorbeeld de hulpmiddelen uitleen en de aandacht voor mantelzorgers) of betreffen aspecten die zich buiten het zicht van de respondenten afspeelen (bijvoorbeeld overleg tussen zorgverleners) onderling. Tabel 3.3 geeft voor alle 54 aspecten de non-respons percentages.

Tabel 3.3 Non-respons ervaringenvragenlijst – items met een hoge non-respons

Item	Omschrijving	Non-respons
49	Service thuiszorginstelling met betrekking tot hulpmiddelen	79,4%
19	Thuiszorgmedewerkster wijst mantelzorgers op ondersteuningsaanbod	76,5%
13	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met opmerkingen die cliënt tijdens het evaluatiegesprek maakt	72,7%
18	Vraagt naar belasting van mantelzorgers	72,3%
17	Overleg met mantelzorgers over aansluiting op hun wensen	70,7%
47	Snelheid waarmee hulpmiddelen werden geleverd	68,6%
46	Medewerkster helpt op weg bij hulpmiddelen	66,6%
42	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerkers en anderen	65,0%
43	Niet tegengestelde adviezen krijgen van hulpverleners	64,3%
50	Uitleg bij hulpmiddelen	64,0%
45	Medewerkster denkt mee over hulpmiddelen	63,9%
48	Kwaliteit van geleverde hulpmiddelen	62,0%
40	Contactpersoon goed te bereiken	56,3%
26	Cliënt vertelt thuiszorgmedewerkster wanneer hij/zij ontevreden is	51,2%
41	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerksters	51,1%
9	Direct krijgen van meer thuiszorg indien tijdelijk nodig	50,5%
31	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen cliënt bij verzorging	50,1%
35	Kreeg thuiszorg direct na ziekenhuisopname	44,4%
3	Informatie tijdens wachttijd	36,8%
12	Jaarlijkse bespreking of zorg voldoende is	34,9%
57	Informatie over cliëntenraad	34,7%
61	Bekend hoe buiten kantooruren de thuiszorg bereikbaar is	34,7%
39	Wel/niet vast contactpersoon	32,1%
56	Informatie over klachtenprocedure	29,7%
55	Informatie over wat te doen bij beschadiging	29,5%
52	Afspraken over te leveren thuiszorg doorgenomen en uitgelegd	26,0%
27	Thuiszorgmedewerkster is deskundig op het gebied van beperkingen cliënt	23,7%
4	Oordeel over lengte wachttijd	23,3%
21	Thuiszorginstelling neemt cliënt serieus	23,1%
51	Overzicht op papier van thuiszorg die is afgesproken	22,6%
33	Geeft door als medewerkster niet kan komen	22,5%
30	Tempo van werkzaamheden	20,6%
29	Huis wordt goed schoongemaakt	19,1%
8	Cliënt krijgt in vakantie afgesproken hoeveelheid thuiszorg	18,9%
54	Overleg over wat in zorgmap wordt opgeschreven	18,9%

Item	Omschrijving	Non-respons
59	Kan eigen bijdrage betalen	16,9%
58	Informatie over betalen van eigen bijdragen	16,3%
38	Oordeel over aantal verschillende medewerkers	14,7%
62	Hulpvaardigheid bij telefonisch contact	14,2%
60	Bereikbaarheid instelling tijdens kantooruren	13,2%
15	Mogelijkheid om van thuiszorgmedewerkster te wisselen	12,7%
34	Regelt vervanging als medewerkster niet kan komen	10,1%
53	Map met zorggegevens thuis aanwezig	7,5%
14	Weet hoe men iets kan veranderen aan thuiszorg	7,3%
28	Werkt hygiënisch	5,6%
24	Medewerkster respecteert levensbeschouwing/geloof/leefwijze	5,4%
22	Medewerkster vraag naar privé-aangelegenheden	5,1%
32	Komt op tijden die zijn afgesproken	4,8%
7	Oordeel over hoeveelheid thuiszorg	4,6%
11	Medewerkster houdt rekening met wensen en gewoontes	3,3%
10	Thuiszorg op tijdstippen die goed schikken	3,1%
20	Thuiszorgmedewerkster neemt cliënt serieus	2,9%
25	Voldoende persoonlijke aandacht	2,7%
23	Medewerkster is vriendelijk	2,1%

Naast de genoemde items over hulpmiddelen en mantelzorg hebben de volgende items een non-respons van meer dan 50%:

- de items over onderling overleg van thuiszorgmedewerkers en overleg van thuiszorgmedewerkers met andere hulpverleners (41, 42, 43);
- items 9, 13, 26, 31 en 40.

Bij deze laatste items gaat het om zaken waarmee veel cliënten geen ervaring hebben. De items met een non-respons van 50% of hoger, zouden op basis van dit criterium in aanmerking kunnen komen om uit de meer definitieve versie van de vragenlijst te worden verwijderd

Inter-item correlaties

Indien de antwoorden op twee verschillende kwaliteitsaspecten elkaar grotendeels overlappen, is het mogelijk een van deze twee aspecten uit de vragenlijst te verwijderen. Het stellen van een tweede vraag levert geen of nagenoeg geen extra informatie op. Slechts bij één item-duo rijst de vraag naar de zinvolheid van het opnemen van beide items in de KIEN-vragenlijst. Het betreft twee van de drie vragen gericht op mantelzorgers. De omschrijving van het ene item is 'Hoe belangrijk vindt u het dat uw thuiszorgmedewerkster vraagt naar de belasting van uw mantelzorger(s), dus of zij het nog aankunnen?', het andere 'Hoe belangrijk vindt u het dat uw thuiszorgmedewerkster u of uw mantelzorger(s) wijst op het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers in uw regio?'. De correlatiecoëfficiënt tussen beide items is 0,71. Het tweede item komt het eerst in aanmerking voor verwijdering, vanwege een iets hogere non-respons en de iets lagere gemiddelde belangscore.

Analyses gericht op de validiteit en betrouwbaarheid van de nieuwe vragenlijst

Via factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyses van de gegevens van de belangvragenlijst is onderzocht of de items van de testversie van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' kunnen worden gecombineerd in schalen. De schaalscore van een cliënt is het gemiddelde van de scores op de afzonderlijke items van die schaal. Via de schaalscore kan men meer algemene uitspraken doen over de kwaliteit van zorg van een thuiszorginstelling. Ook is de schaalscore minder gevoelig voor 'toevallige' positieve of negatieve uitschieters dan de score op losse items.

Voorafgaand aan deze analyses zijn de 54 kwaliteitsaspecten van de testversie van de nieuwe vragenlijst op basis van de inhoudelijke verwantschap van de items ingedeeld in groepen. Per groep is eerst, met behulp van factoranalyse, gekeken naar de achterliggende structuur of kwaliteitsdimensies waartoe deze aspecten lijken te behoren. Vervolgens is, met behulp van betrouwbaarheidsanalyses, gezocht naar optimale oplossingen voor wat betreft de schaalbaarheid van de verschillende dimensies. Een alternatief, waarbij de indeling van aspecten in kwaliteitsdimensies was losgelaten en volledig exploratief werd gekeken naar de factorstructuur, resulteerde in een meerfactor oplossing die niet voor alle factoren even duidelijk te interpreteren was. Het grote aantal kwaliteitsaspecten gecombineerd met het relatief geringe aantal respondenten is hier in belangrijke mate voor verantwoordelijk.

De uitgevoerde factoranalyses resulteerden voor elk van de zeven groepen kwaliteitsaspecten in een oplossing met een of twee factoren met een eigenwaarde van groter dan 1,0. Een dergelijke waarde geeft aan dat er gesproken mag worden van een zelfstandige dimensie. Aanvullende analyses lieten zien dat bij de 2-factor oplossingen de beide factoren onderling sterk waren gecorreleerd en dat ook gekozen zou kunnen worden voor een (gedwongen) 1-factor oplossing. Gekozen is om bij de daaropvolgende stap van schaalconstructie en schaaloptimalisatie uit te gaan van de wat meer stabiele 1-factor oplossingen. De resultaten van deze factoranalyses zijn in tabelvorm (zie bijlage 4: de tabellen B5-1 t/m B5-7) opgenomen in de bijlagen van dit rapport.

De mate waarin de samenstellende items een betrouwbare schaal vormen wordt uitgedrukt in de Cronbach's alpha coëfficiënt. Bij een Cronbach's alpha tussen 0,5 en 0,6 is er sprake van een slechte betrouwbaarheid, bij een waarde tussen de 0,6 en 0,7 spreekt men van een matig betrouwbare schaal, een waarde van 0,7 tot 0,8 staat voor een goede betrouwbaarheid en waarden boven de 0,8 wijzen op een zeer goede betrouwbaarheid. Tabel 3.4 bevat de betrouwbaarheidscoëfficiënten van beide schaalindelingen. Tussen haakjes vermeld staan de items die, op grond van de schaalanalyses, overbodig zijn. Verwijdering van deze items leidt tot een niet of nauwelijks lagere en soms tot een hogere betrouwbaarheidscoëfficiënt. Deze aangepaste Cronbach's alpha waarden (voor de situatie dat item/items verwijderd zijn) staan eveneens tussen haakjes vermeld, in de laatste kolom van de tabellen. De betrouwbaarheidsanalyses zijn, zoals vermeld in paragraaf 2.3.4, in eerste instantie uitgevoerd op de belangscores (deze uitkomsten staan vermeld in de eerste kolom van tabel 3.4) en vervolgens herhaald op de ervaringsscores (zie de tweede kolom van tabel 3.4). De verschillen tussen de uitkomsten van deze analyses waren gering.

Tabel 3.4 laat zien dat op basis van de belangscores de schaal 'autonomie' (Cronbach's alpha = .65) een matige betrouwbaarheid heeft. Voor de overige schalen gelden betrouwbaarheidscoëfficiënten die variëren van 'voldoende' tot 'zeer goed'. Bij de dimensies 'communicatie' en 'toegankelijkheid' zijn er mogelijkheden om per schaal een opdeling te maken in twee subdimensies. Bij communicatie gaat het daarbij om de subdimensies 'informatie' en 'overleg mantelzorgers'; bij de dimensie 'toegankelijkheid' kan onderscheid worden gemaakt in de subdimensies 'bereikbaarheid' en 'beschikbaarheid'. Voor deze subdimensies gelden betrouwbaarheidscoëfficiënten van tussen de .60 en .75. De subdimensies 'continuïteit', 'toegankelijkheid' en 'communicatie' maken deel uit van de hoofddimensie 'organisatie van de thuiszorg'. De subdimensies 'bejegening', 'deskundigheid' en 'autonomie' maken deel uit van de hoofddimensie 'inhoud van de thuiszorg'. De hulpmiddelenitems vormen een aparte dimensie en schaal. Sommige aspecten kunnen, op grond van de resultaten van de factor- en betrouwbaarheidsanalyses, aan meerdere dimensies worden toebedeeld en passen in meerdere schalen. Bij de berekening van de betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn deze dubbelladende items gewoon meegenomen bij beide schalen waarin zij passen.

Kijken we naar de betrouwbaarheidscoëfficiënten op basis van de ervaringscores (zie de tweede kolom van tabel 3.4), dan komen deze over het algemeen wat lager uit dan de alpha-waarden gebaseerd op de belangscores. Voor wat betreft de dimensies 'autonomie' en 'hulpmiddelen' mag feitelijk niet meer worden gesproken over een schaal met samenhangende kwaliteitsaspecten.

Tabel 3.4 Dimensies van kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief op basis van de testversie van de belangvragenlijst

Schaal	Itemnummers	Alpha-1	Alpha-2
Organisatie van de thuiszorg			
1 Continuïteit	(08),32,33,34,(38),39,40,41,42,(43)	,76 (.75)	,69 (.71)
2 Toegankelijkheid	(04),07,08,09,10,35,39,40,60,61	,77 (.77)	,68 (.65)
3 Communicatie	(03),12,14,(19),51,52,53,54,55,56,57,58	,82 (.83)	,81 (.77)
Inhoud van de thuiszorg			
4 Bejegening	13,20,21,(22),23,24,25	,72 (.71)	,60 (.63)
5 Deskundigheid	11,17,(18),27,28,29,30,(31),62	,73 (.73)	,73 (.70)
6 Autonomie	10,13,15,26,(31),54	,65 (.63)	,55 (.52)
Hulpmiddelen	(45),46,47,48,49,50	,82 (.81)	,46 (.33)

Alpha-1 = op basis van 'belangscores'

Alpha-2 = op basis van 'ervaringscores'

Gaan we uit van de verdeling over zeven dimensies zoals gepresenteerd in tabel 3.4 en kijken we daarbij met name naar de meer stabiele belangsscores, dan is er binnen alle schalen ruimte om een of enkele items te verwijderen zonder dat dit de betrouwbaarheidscoëfficiënt drastisch omlaag laat gaan. Dit is weergegeven in de alpha-waarden die tussen haakjes staan vermeld en die zijn gebaseerd op weglating van de items die tussen haakjes staan. Tabel 3.5 geeft een overzicht van de items die om deze reden gemist zouden kunnen worden.

Het gaat hierbij om negen kwaliteitsaspecten die, puur op grond van de resultaten van het proces van schaaloptimalisatie, gemist kunnen worden. In deze lijst van negen aspecten is de dimensie 'continuïteit' vertegenwoordigd met drie aspecten en de dimensies 'communicatie' met twee aspecten. Bij de overige dimensies kan er een aspect afvallen zonder dat dit ernstige consequenties heeft voor de hoogte van de hoogte van de alpha-coëfficiënten.

Tabel 3.5 Items die schaaltechnisch gemist kunnen worden in de testversie van de KIEN-vragenlijst

Item	Omschrijving
03	Cliënt krijgt tijdens wachttijd informatie over de lengte van de wachttijd
04	Acceptabele wachttijd voor hulp begint
08	Cliënt krijgt in vakantie afgesproken hoeveelheid thuiszorg
19	Thuiszorgmedewerkster verwijst mantelzorgers naar ondersteuningsaanbod
22	Thuiszorgmedewerkster vraagt niet ongewenst naar privé-aangelegenheden
31	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen cliënt bij verzorging
38	Geschikt aantal thuiszorgmedewerksters over de vloer (niet te veel)
43	Niet tegengestelde adviezen krijgen van hulpverleners
45	Thuiszorgmedewerkster denkt mee over geschikte hulpmiddelen

Samenvatting

Kijkend naar de resultaten van alle 54 kwaliteitsaspecten met betrekking tot de gehanteerde criteria, dan zijn er bij 32 items opmerkingen te plaatsen (zie tabel 3.6). Op grond van het criterium 'belangscore' scoorde geen van de 54 kwaliteitsaspecten een 'onvoldoende'; dit criterium is in tabel 3.6 weggelaten. Voor de resterende vier criteria geldt dat het verstandig lijkt niet alle criteria even zwaar te wegen als het gaat om inkorting van de vragenlijst. Het meest belangrijke criterium lijkt het vierde criterium ("item kan weg want voegt niets toe aan de betrouwbaarheid van de schaal"). Het minst belangrijke criterium lijkt het criterium 'ervaringen'. Immers, dit criterium onttrekt thuiszorginstellingen de kans zich van hun goede zijde te laten zien. Bovendien geldt dat via dit criterium items verdwijnen over zaken die voor cliënten juist zeer belangrijk zijn, bijvoorbeeld een aantal items over bejegening en deskundigheid. Dit is een potentiële bedreiging van de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst. Alles samenvattend wordt voorgesteld om drie items uit de testversie van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' te verwijderen. Het betreft item 31, item 43 en item 45.

Bij het voorstel om drie items te verwijderen geldt de volgende argumentatie:

- Van de items over *deskundigheid* (28-31): **item 31**. Redenen om item 31 te verwijderen zijn: 1. de geringe marge voor kwaliteitsverbetering (99% van de cliënten is tevreden) en 2. de misbaarheid voor de constructie van een betrouwbare schaal. Omdat na verwijdering van item 31 geen enkel item specifiek aan de kwaliteit van verzorging is gewijd, wordt aanbevolen een alternatief item te zoeken dat specifiek over verzorging gaat. Voor item 28 en 29 gaat het argument op dat weliswaar op deze aspecten weinig kwaliteitswinst te boeken is, maar dat deze items anderzijds door cliënten relatief belangrijk worden gevonden en haast niet mogen ontbreken in een enquête naar kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief.
- Van de items over *continuïteit*: **item 43**. Het item krijgt een relatief lage belangscore, heeft een hoge non-respons en kan zonder gevolgen voor de betrouwbaarheid van de schaal worden verwijderd.
- Van de items over *hulpmiddelenuitleen* (45 – 50): **item 45**. Cliënten vinden item 45 relatief onbelangrijk en dit item kan zonder gevolgen voor de betrouwbaarheid van de schaal worden verwijderd. Ofschoon slechts een beperkt aantal cliënten met huishoudelijke verzorging, verpleging of verzorging ook hulpmiddelen leent, is het uitlenen van hulpmiddelen naar het oordeel van zowel cliëntorganisaties als thuiszorginstellingen een belangrijk onderdeel van het dienstenpakket. Dit pleit voor handhaving van de overige items in de schaal 'hulpmiddelen'.

Tot slot, een korte motivatie om enkele items juist niet te verwijderen uit de nieuwe vragenlijst ondanks het feit dat zij in tabel 3.6 wellicht prominent aanwezig zijn:

- Items over *mantelzorgers* (17-19): deze hebben weliswaar een hoge non-respons maar die wordt niet veroorzaakt door onduidelijkheid van de items. Cliënten zelf kennen deze items een relatief gering belang toe, terwijl thuiszorginstellingen en cliëntorganisaties juist het belang van dergelijke items bepleiten. Tot slot geldt dat bij deze items relatief veel kwaliteitsverbetering mogelijk is.
- Items over *bejegening* (20-25): **item 22**. Item 22 is binnen de schaal niet het belangrijkste item en zou zonder gevolgen voor de betrouwbaarheid van de schaal verwijderd kunnen worden. Reden om item 22 te handhaven is dat op dit item enige kwaliteitsverbetering mogelijk is.
- Items over *zelfbeschikking*: **item 13 en 26**. Beide items hebben een hoge non-respons. Maar bij item 13 is de oorzaak dat bijna de helft van de cliënten geen evaluatiegesprek heeft en een kwart het niet weet, reden waarom hen in de vragenlijst wordt verzocht item 13 over te slaan. Voor item 26 geldt dat bijna de helft van de cliënten nog nooit ontevreden is geweest over de uitvoering van een onderdeel van de thuiszorg en de vraag daarom niet kan beantwoorden. De items worden gehandhaafd omdat beide voor de schaalconstructie belangrijk zijn.

In zijn algemeenheid geldt dat, waar het gaat om een vragenlijst die inzetbaar moet zijn bij projecten gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking, het verstandig is niet op voorhand te streven naar een zo kort mogelijk meetinstrument. Informatie, verkregen door toepassing van een vragenlijst die in detail ingaat op de kwaliteit van de thuiszorg op aspecten die voor cliënten belangrijk zijn, levert meer aanknopingspunten voor het daadwerkelijk voeren van kwaliteitsbeleid dan meer globale informatie afkomstig van een relatief korte vragenlijst.

Tabel 3.6 Items kandidaat om te worden verwijderd uit de KIEN-vragenlijst

Item	Omschrijving	1	2	3	4
3	Cliënt krijgt tijdens wachten informatie over lengte wachttijd				√
4	Acceptabele wachttijd voor hulp begint				√
8	Cliënt krijgt in vakantie afgesproken hoeveelheid thuiszorg				√
9	Direct krijgen van meer thuiszorg indien tijdelijk nodig	√			
10	Thuiszorg op tijdstippen die goed schikken			√	
11	Medewerkster houdt rekening met wensen en gewoontes			√	
13	Houdt rekening met opmerkingen cliënt in evaluatiegesprek	√			
17	Overleg mantelzorgers over aansluiting zorg op hun wensen	√			
18	Medewerkster vraagt mantelzorgers naar hun belasting	√	√		
19	Medewerkster wijst mantelzorgers op ondersteuningsaanbod	√	√		√
20	Thuiszorgmedewerkster neemt cliënt serieus			√	
22	Vraagt niet ongewenst naar privé-aangelegenheden				√
23	Thuiszorgmedewerkster is vriendelijk			√	
24	Medewerkster respecteert levensbeschouwing/leefwijze			√	
25	Voldoende persoonlijke aandacht			√	
26	Cliënt vertelt thuiszorgmedewerkster wanneer ontevreden	√			
28	Thuiszorgmedewerkster werkt hygiënisch			√	
29	Huis wordt goed schoongemaakt			√	
31	Rekening houden met wensen cliënt bij verzorging	√		√	√
32	Medewerkster komt op tijden die zijn afgesproken			√	
38	Juiste aantal thuiszorgmedewerksters (niet te veel)			√	√
40	Contactpersoon goed te bereiken	√			
41	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerksters	√			
42	Goede samenwerking tussen medewerkers en anderen	√			
43	Niet tegengestelde adviezen krijgen van hulpverleners	√			√
45	Medewerkster denkt mee over geschikte hulpmiddelen	√			√
46	Medewerkster helpt cliënt op weg bij aanschaf hulpmiddelen	√			
47	Snelle levering hulpmiddelen	√			
48	Kwaliteit van geleverde hulpmiddelen	√		√	
49	Service bij hulpmiddelen (reparaties, vragen)	√		√	
50	Uitleg bij hulpmiddelen	√		√	
62	Goed worden geholpen bij telefonisch contact met instelling			√	

1 = non-respons

2 = correlatie

3 = ervaring

4 = schaal

3.2 Op weg naar een korte versie van de nieuwe vragenlijst

Op basis van de psychometrische analyse van de gegevens verzameld in de proefregio's, in combinatie met de resultaten van de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000 (PwC/NIVEL, 2002), is het in principe mogelijk om een onderscheid te maken tussen kwaliteitsaspecten die een centrale positie innemen in de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' en aspecten die een meer ondergeschikte rol spelen. Op grond van een dergelijk onderscheid kan wellicht een ingekorte versie van het nieuwe meetinstrument worden opgesteld, die bestaat uit bijvoorbeeld de enkel de meest centrale kwaliteitsaspecten. Een dergelijke vragenlijst zou bijvoorbeeld ingezet kunnen worden bij projecten waarbij men op zoek is naar een meer globale kwaliteitsmeting en informatie op het niveau van circa 50 gedetailleerde kwaliteitsaspecten niet noodzakelijk is. Een ingekorte versie van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' heeft een aantal voordelen, maar ook een aantal nadelen. Zowel de voordelen als de nadelen zullen we hier kort aanstippen.

Een belangrijk voordeel van het werken met een ingekorte versie van de (nieuwe) vragenlijst is dat een kortere versie minder belastend is voor degene die de vragenlijst moet invullen. Minder vragen betekent voor de respondent een kortere invultijd, voor de onderzoeker dat er wellicht meer ingevulde vragenlijsten retour worden ontvangen en voor de financier van het onderzoek dat de kosten voor drukwerk en porto wellicht naar beneden gaan. Op grond van een ingekorte versie van de nieuwe vragenlijst is het nog steeds mogelijk om betrouwbare uitspraken te doen over het globale niveau van de kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief, terwijl ook een kwaliteitsoordeel op het niveau van hoofdimensies ('inhoud van de thuiszorg' en 'organisatie van de thuiszorg') goed mogelijk lijkt. Een ingekorte versie van de nieuwe vragenlijst leent zich in principe goed voor toepassing in projecten die zich richten op kwaliteitsbewaking in meer globale zin.

Aan een ingekorte versie van de nieuwe vragenlijst kleven ook enkele belangrijke nadelen. De belangrijkste daarvan is dat met de verwijdering van kwaliteitsaspecten uit de vragenlijst informatie over potentiële verbeterpunten verloren gaat. De vragenlijst wordt minder goed bruikbaar voor projecten die zich richten op kwaliteitsverbetering op het niveau van afzonderlijke kwaliteitsaspecten. Een tweede nadeel is dat met het verwijderen van kwaliteitsaspecten de interne structuur van de vragenlijst wordt aangetast en het niet langer mogelijk is om betrouwbare uitspraken te doen over de kwaliteit van subdimensies van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief. Een derde nadeel is dat verwijdering van kwaliteitsaspecten onvermijdelijk ten koste gaat van de validiteit van het meetinstrument. Immers, alle aspecten opgenomen in de nieuwe vragenlijst zijn belangrijk voor cliënten van thuiszorginstellingen (alhoewel sommige aspecten belangrijker worden gevonden dan andere).

Dit in beschouwing genomen, kan worden aangegeven volgens welke criteria kwaliteitsaspecten in aanmerking kunnen komen om te worden aangemerkt als 'centraal item':

- 1 Het item 'laadt hoog' op een van de geconstrueerde schalen. Dit betekent dat het item sterk bijdraagt aan wat die schaal meet. Via dit criterium is elke schaal met één of twee items vertegenwoordigd in de verkorte vragenlijst.

- 2 Het item heeft een relatief hoge 'gemiddeld belang'-score. Cliënten geven aan dat dit item een relatief grote bijdrage levert aan goede kwaliteit van zorg.
- 3 Het item heeft een goede spreiding. Dit betekent dat in de praktijk (een aanzienlijk gedeelte van de) cliënten antwoorden geeft die duiden op mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. Het item draagt daardoor bij aan de gevoeligheid van de nieuwe vragenlijst om verschillen in kwaliteit te meten.

Tabel 3.7 Centrale aspecten in de aangepaste versie van de nieuwe vragenlijst

Item	Omschrijving	Schaal
Organisatie van de thuiszorg		
07	Voldoende thuiszorg krijgen	toegankelijkheid
09	Direct meer thuiszorg wanneer dit tijdelijk nodig is	toegankelijkheid
35	Direct thuiszorg krijgen na ziekenhuisopname	toegankelijkheid
39	Vaste contactpersoon bij thuiszorginstelling	toegankelijkheid
60	Bereikbaarheid instelling tijdens kantooruren	toegankelijkheid
33	Thuiszorginstelling geeft tijdig door als medewerkster niet komt	continuïteit
34	Thuiszorginstelling regelt vervanging als medewerkster niet komt	continuïteit
38	Geschikt aantal thuiszorgmedewerksters over de vloer	continuïteit
51	Overzicht op papier van thuiszorg die is afgesproken	communicatie
56	Informatie over klachtenprocedure	communicatie
57	Informatie over de cliëntenraad	communicatie
Inhoud van de thuiszorg		
15	Cliënt wordt door thuiszorgmedewerkster serieus genomen	bejegening
23	Thuiszorgmedewerkster is vriendelijk in de omgang	bejegening
25	Cliënt krijgt voldoende persoonlijke aandacht	bejegening
27	Deskundigheid op het terrein van beperkingen cliënt	deskundigheid
28	Thuiszorgmedewerkster werkt hygiënisch	deskundigheid
12	Jaarlijks overleg met thuiszorginstelling of de zorg aan de wensen voldoet	autonomie
14	Cliënt weet hoe hij/zij iets moet veranderen aan de thuiszorg	autonomie
54	Overleg over wat er in de zorgmap wordt opgeschreven	autonomie
Uitleenfunctie van thuiszorginstellingen ('hulpmiddelen')		
47	Snelle levering van de hulpmiddelen/aanpassingen	hulpmiddelen
48	Kwalitatief goede hulpmiddelen	hulpmiddelen
49	Goede service bij geleverde hulpmiddelen/aanpassingen	hulpmiddelen

Bij de selectie van de 'centrale kwaliteitsaspecten' is steeds een afweging gemaakt. Zo kan een item dat iets minder hoog 'laadt' op een factor of wat minder noodzakelijk is om toch een goede betrouwbaarheidsscore te bereiken dan een tweede item toch de voorkeur krijgen, omdat het bijvoorbeeld door cliënten van thuiszorginstellingen heel erg belangrijk wordt gevonden. Tabel 3.7 geeft een overzicht van de kwaliteitsaspecten die

binnen het meetinstrument een centrale positie innemen en als eerste in aanmerking zouden kunnen komen om opgenomen in een ingekorte versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'.

Het aantal centrale kwaliteitsaspecten bedraagt 22, terwijl de resterende aspecten een meer perifere functie vervullen. Elk van de dimensies en subdimensies van kwaliteit van thuiszorg zijn met minimaal twee aspecten in deze lijst van 22 vertegenwoordigd. Van de 22 aspecten hebben er 11 betrekking op de dimensie 'organisatie van de thuiszorg', ofwel de 'structuur' dimensie. Een gedwongen één-factoroplossing laat zien dat de factorlading van alle 11 aspecten tussen de .43 en .65 liggen. De betrouwbaarheid van de schaal die kan worden opgesteld op basis van deze 11 aspecten is met een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .78 als 'goed' te kwalificeren. Acht kwaliteitsaspecten in tabel 3.7 verwijzen naar de inhoud van de thuiszorg ('proces'). Een gedwongen één-factoroplossing met deze acht aspecten laat factorladingen zien die tussen de .50 en .67 liggen. De schaal 'kwaliteit van het proces van thuiszorg' heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .71 en geldt derhalve ook als 'voldoende betrouwbaar'. Drie aspecten hebben betrekking op het uitlenen van hulpmiddelen. Deze drie aspecten vormen samen een schaal 'hulpmiddelen' die een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .74 heeft. De resultaten van deze factoranalyses zijn opgenomen in bijlage 4 (zie de tabellen: B5-8 t/m B5-10).

3.3 De toepassing van twee regiomodules bij het uittesten van de vragenlijst

Bij het uittesten van de nieuwe versie van de vragenlijst is geëxperimenteerd met de ontwikkeling van een zogenaamde 'Regiomodule'. Onder deze naam is een aantal vragen over de kwaliteit van thuiszorg van een bepaalde thuiszorginstelling of in een bepaalde regio geformuleerd. De uitgeteste regiomodules zijn opgesteld door combinaties van thuiszorginstelling en regionaal patiënten/consumenten platform (RPCP). De bedoeling van een regiomodule is thuiszorginstellingen en cliëntorganisaties de kans te geven de KIEN-vragenlijst 'op maat' te snijden, waarbij men gezamenlijk tot overeenstemming moest komen over de inhoud van op te nemen vragen. In totaal mocht het gaan om maximaal circa tien vragen, ofwel een dubbelzijdig A4-tje. Gegoten in het stramien van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' zijn de regiomodules als het ware toegevoegd aan de eigenlijke lijst met vragen.

Het ontwikkelen van de regiomodules in de twee pilot-regio's is redelijk voorspoedig verlopen. In beide regio's hebben de thuiszorginstelling en RPCP samen een regiomodule samengesteld (zie voor de beide regiomodules: bijlage 5). Het ontwikkelen van de regiomodules heeft circa vier weken in beslag genomen, gedurende welke periode enkele keren overleg is gevoerd door de twee partijen. Vervolgens is het resultaat besproken met de onderzoekers en in onderling overleg aangepast aan de vorm van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'. Regiomodule 1 bevatte vijf vragen over uiteenlopende onderwerpen zoals de mate waarin thuiszorgmedewerksters uitleg geven bij de werkzaamheden die worden verricht, de duidelijkheid en herkenbaarheid van schriftelijke informatie en extra vragen rond het uitlenen van hulpmiddelen. Regiomodule 2 bevatte 11 vragen over vier specifieke onderwerpen:

- 1 Het feit dat thuiszorgmedewerkers met eigen schoonmaakmiddelen werken.
- 2 De veiligheid van werkomstandigheden.
- 3 De tevredenheid met speciale wijkverpleegkundigen
- 4 De waardering voor een speciaal ontwikkelde klachtenfolder.

Analyses van de antwoorden op de vragen gesteld in de regiomodules laten zien dat de respondenten in beide regio's geen problemen hebben gehad met het invullen van deze extra vragen. De resultaten zijn teruggekoppeld aan de partijen in de pilot-regio's en worden hier niet verder inhoudelijk besproken.

3.4 De instellingsspecifieke terugrapportages

De terugrapportage van het cliëntonderzoek aan individuele thuiszorginstellingen, uitgebracht als onderdeel van Benchmarkstudie Thuiszorg uitgevoerd in 1998, bleek niet goed bruikbaar te zijn voor het uitvoeren van concrete projecten gericht op kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van cliënten van thuiszorginstellingen. Daarom is, ter voorbereiding van de tweede Benchmarkstudie Thuiszorg, gekeken naar mogelijkheden om te komen tot een wijze van terugrapporteren die zo optimaal mogelijk aansluit bij de wensen van RPCP's en thuiszorginstellingen. Met name op basis van dergelijke terugrapportages kan een goede indruk worden verkregen van de praktische bruikbaarheid van de nieuwe vragenlijst bij projecten gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking.

Op basis van de kwantitatieve testresultaten verkregen door toepassing van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' is een model-terugrapportage op instellingsniveau ontwikkeld. Daarbij is als uitgangspunt gehanteerd dat de terugrapportage het resultaat van het onderzoek zo helder en duidelijk mogelijk moest weergeven. De terugrapportage zou in zijn meest ideale vorm op instellingsniveau de basis moeten vormen voor een beleid gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking op concrete punten van de zorg- en dienstverlening. Om dit te bereiken dienen de resultaten voldoende gedetailleerd te worden weergegeven en moeten thuiszorginstellingen en RPCP's niet alleen beschikken over hun eigen cijfers maar ook over vergelijkingsbronnen (bijvoorbeeld landelijke gemiddelden of gemiddelden van vergelijkbare instellingen).

Voor de instellingsspecifieke terugrapportages is uiteindelijk, in overleg met de partijen in de twee pilot-regio's, gekozen voor de vorm van een rapport. In dit rapport diende een belangrijke plaats te worden ingeruimd voor 'top tien' van sterke en zwakke punten, liefst op het niveau waarop werkprocessen binnen thuiszorginstellingen ook daadwerkelijk worden aangestuurd. Andere manieren van terugrapporteren, zoals bijvoorbeeld het opstellen van een bundel 'fact sheets' of een rapportage via internet, bleken ofwel moeilijk op korte termijn en binnen het projectbudget te realiseren ofwel niet geheel te voldoen aan de verwachtingen van de partijen die uiteindelijk met de terugrapportages aan de slag moeten.

Bij het opstellen van de terugrapportages aan de instellingen is relatief lang stilgestaan bij twee onderwerpen. In de eerste plaats is dit het spanningsveld tussen de eis van toegankelijkheid en die van zorgvuldige verantwoording van de totstandkoming van de resultaten.

Uiteindelijk is besloten om in de instellingsspecifieke terugrapportage een inleidend hoofdstuk op te nemen met informatie over de uitvoering van het onderzoek, respons, representativiteit en de berekening van de resultaten. Is men alleen in de uitkomsten geïnteresseerd dan kan men desgewenst zo'n verantwoording overslaan. Een tweede belangrijk discussiepunt was de keuze van een geschikte uitkomstmaat. Als uitkomstmaat is gekozen voor 'impactscores' ofwel 'verbeterscores'. Deze verbeterscore combineert het percentage cliënten dat ontevreden is over een item met het belang dat cliënten aan het item toekennen. Bij de verbeterscore zoals uiteindelijk toegepast kan de waarde '1' worden opgevat als grenswaarde tussen 'voldoende' en 'onvoldoende' kwaliteit. Boven de '1' is er ruimte voor kwaliteitsverbetering en deze ruimte is groter naarmate de verbeterscore verder van de '1' verwijderd is. Onder de '1' is er weinig ruimte of noodzaak voor verbetering, omdat cliënten dit punt niet echt belangrijk vinden of omdat de zorg al (nagenoeg) optimaal is. De grenswaarde '1' komt overeen met een percentage van ongeveer 15% ontevreden cliënten bij een onderwerp dat 'gemiddeld belangrijk' wordt gevonden.

De resultaten van de testafname van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten', inclusief de informatie uit de regiomodules, zijn voor de twee pilot-regio's opgenomen in twee uitgewerkte instellingsspecifieke terugrapportages. Deze rapportages zijn ter beschikking gesteld aan de bij het onderzoek betrokken partijen.

4 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Aan het uitgevoerde onderzoeksproject lagen twee doelstellingen ten grondslag:

- 1 Het doen van voorstellen die betrekking hebben op aanpassingen in de inhoud van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst, om de betrouwbaarheid, validiteit en praktische bruikbaarheid van de vragenlijst te verhogen.
- 2 Te komen tot een aangepaste methode van dataverzameling bij cliënten van thuiszorginstellingen in het kader van toekomstige benchmarkstudies. In dit afsluitende hoofdstuk wordt per doelstelling een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen en conclusies van het onderzoek en wordt een aantal aanbevelingen gedaan.

Het onderzoek voor het aanpassen en het uittesten van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Bij deze stichting berusten ook alle rechten met betrekking tot de gebruikte en gepresenteerde vragenlijsten.

4.1 Aanpassing van de KIEN-vragenlijst

Bij het aanpassen van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst is in de eerste plaats gestreefd naar een versie die, voor wat betreft de opgenomen kwaliteitsaspecten en de wijze waarop de vragen zijn geformuleerd, meer aansluit bij de wensen van de gebruikers van het meetinstrument. Daarnaast is gekeken of er gewerkt kan worden met specifieke regiomodules, naar mogelijkheden voor dataverzameling en op het niveau van specifieke groepen cliënten van thuiszorginstellingen en is (ter operationalisatie van het begrip 'praktische bruikbaarheid') nagegaan of op basis van de verzamelde gegevens op een systematische manier kan worden teruggerapporteerd naar RPCP's en thuiszorginstellingen. Tenslotte is onderzocht of er met betrekking tot de opgenomen kwaliteitsaspecten een onderscheid is te maken in centrale en meer perifere kwaliteitsaspecten.

4.1.1 *Ontwikkeling aangepaste versie van de oorspronkelijke KIEN-vragenlijst*

Het proces om te komen tot een aangepaste, verbeterde versie van de KIEN-vragenlijst is stapsgewijs uitgevoerd. Vertrekpunt voor dit proces was de versie van de KIEN-vragenlijst die is gebruikt bij de cliëntenraadpleging van de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 1998.

Stap 1. Op basis van de resultaten van de in 1998 uitgevoerde benchmarkstudie, de aanvullende analyses die na afloop van deze benchmarkstudie zijn uitgevoerd op de dataset in het kader van terugrapportages naar individuele thuiszorginstellingen en de antwoorden op 'open vragen' is een (eerste) aangepaste versie gemaakt van de oorspronkelijke vragenlijst.

Stap 2. Deze (eerste) aangepaste versie vormde, conform het projectplan, de basis voor een schriftelijke meningspeiling gehouden onder RPCP's, thuiszorginstellingen en enkele landelijke patiëntenorganisaties. Hen is gevraagd naar eventuele aanvullende vragen voor de op dat moment voorliggende vragenlijst en naar suggesties voor verbetering van de bestaande vragenlijst.

Stap 3. Het resultaat van de meningpeiling is verwerkt in een (tweede) aangepaste versie, die is besproken met vertegenwoordigers van thuiszorginstellingen en RPCP's in klankbordgroepen en met de begeleidingscommissie van het project. Naar aanleiding van deze besprekingen is een (derde) versie van de nieuwe vragenlijst opgesteld die geschikt was voor een kwantitatieve proefafname.

Stap 4. Bij de proefafname is de nieuwe versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' voorgelegd aan 1800 cliënten uit twee proefregio's. Cliënten voor deelname aan deze proefafname zijn geselecteerd op een wijze dat betekenisvolle uitspraken op het niveau van productgroepen (huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging) mogelijk waren. In een aparte enquête onder 200 willekeurige cliënten per instelling is gevraagd het belang van de items in de proefversie van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' aan te geven. Op beide vragenlijsten heeft een voldoende aantal mensen gereageerd om de resultaten te kunnen benutten voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en te voldoen aan de projectdoelstellingen.

Stap 5. Op basis van een aantal psychometrische analyses (item en inter-item analyses, factoranalyses, betrouwbaarheidsanalyses) is een voorstel gemaakt voor de definitieve versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'.

4.1.2 Korte beschrijving van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'

De voorgestelde nieuwe versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' bevat 52 kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op de kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief. Daarnaast zijn een aantal vragen opgenomen over hoe lang men al thuiszorg heeft, de wachttijd voordat de thuiszorg begon, het soort thuiszorg dat mijn krijgt en een vraag over de eigen bijdrage voor thuiszorg. De herziene versie van de vragenlijst wordt afgesloten met een serie 'open vragen', ruimte voor opmerkingen en suggesties en een aantal achtergrondvragen (leeftijd, geslacht, woonsituatie, opleiding, zelfredzaamheid). Van de vragenlijst zijn twee versies gemaakt:

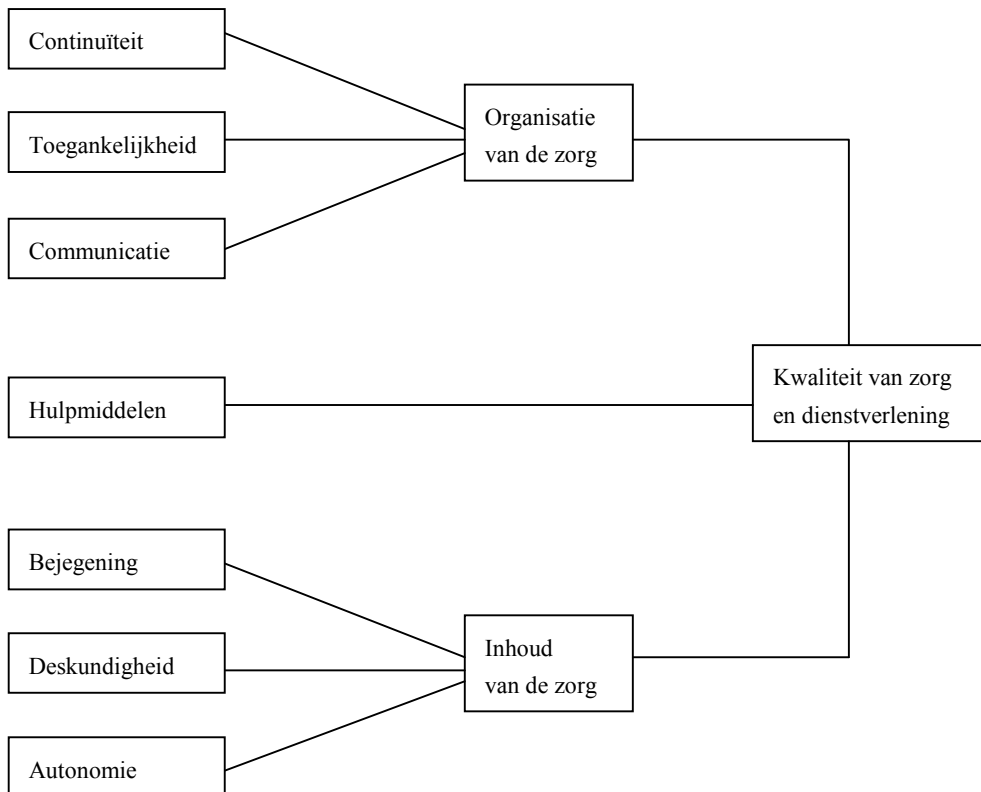
- 1 een versie die zich concentreert op de ervaringen van thuiszorgcliënten; en
- 2 een versie op basis waarvan aan de 52 kwaliteitsaspecten belangsscores kunnen worden toegekend.

Met behulp van de 52 kwaliteitsaspecten kan, met behulp van een aantal betrouwbare schalen, op verschillende niveaus de kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief worden gemeten. Op basis van alle 52 aspecten is niet alleen een totaaloordeel mogelijk, maar kunnen de opgenomen aspecten bovendien worden gecombineerd in drie hoofd-dimensies van kwaliteit van thuiszorg ('organisatie van de thuiszorg', 'inhoud van de

thuiszorg' en 'hulpmiddelen'). Bij de dimensie 'organisatie van de thuiszorg' kunnen de subdimensies 'toegankelijkheid', 'communicatie' en 'continuïteit' worden onderscheiden. De 'inhoud van de thuiszorg' dimensie bevat de subdimensies 'bejegening', 'deskundigheid' en 'autonomie'.

De verdeling in hoofd- en subdimensies is weergegeven in figuur 4.1.

Figuur 4.1 Analysemodel cliëntenraadpleging



Het meest concrete niveau van de vragenlijst is dat van de concrete kwaliteitsaspecten. De informatie op dit niveau is bij uitstek geschikt om na te gaan op welke concrete punten kwaliteitsverbetering mogelijk is, wenselijk is of (bij herhaalde meting) wellicht bereikt is. De voorgestelde nieuwe versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten', waarin wordt gevraagd naar de feitelijke ervaringen van cliënten van thuiszorginstellingen is opgenomen in bijlage 5.

4.1.3 *Het werken met specifieke regiomodules*

Bij het opstellen van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' is, samen met de deelnemende pilot-regio's gekeken of het mogelijk is een specifieke regiomodule te ontwikkelen en deze te integreren in de vragenlijst. Het resultaat laat zien dat de twee

combinaties van thuiszorginstelling en RPCP's erin geslaagd zijn in redelijk korte tijd, in overleg met het NIVEL, een regiomodule te maken. Hierbij dient aangetekend te worden dat beide combinaties reeds een langere geschiedenis van goede samenwerking hebben, hetgeen het proces van 'samen iets ontwikkelen' heeft vergemakkelijkt. Inhoudelijk bleken de regiomodules, vanuit het gezichtspunt van de deelnemende pilot-instellingen, een waardevolle aanvulling op de KIEN-vragenlijst.

4.1.4 *Het werken met instellingsspecifieke terugrapportages*

Een belangrijke stimulans voor de pilot-regio's om mee te doen aan het ontwikkelen en uittesten van een aangepaste versie van de KIEN-vragenlijst was de mogelijkheid om, samen met het NIVEL, een terugrapportage te ontwikkelen die zo veel mogelijk is toegesneden op de wensen van RPCP's en thuiszorginstellingen. Met behulp van dergelijke instellingsspecifieke rapportages kan worden nagegaan of de informatie die wordt verkregen met behulp van de nieuwe vragenlijst in de praktijk ook daadwerkelijk in praktische zin bruikbaar is. Het project heeft uiteindelijk geresulteerd in twee instellingsspecifieke terugrapportages in de vorm van een rapport. Deze rapporten bleken voor de pilot-instellingen goede aanknopingspunten te bieden voor verder beleid gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking. Met name het feit dat in deze rapporten (als gevolg van de wijze van steekproeftrekking) gegevens konden worden gepresenteerd op het niveau van productgroepen werd door de pilot-regio's als uiterst nuttig ervaren.

4.1.5 *Een korte versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'*

Bij de 52 kwaliteitsaspecten kan een onderscheid worden gemaakt tussen centrale aspecten en kwaliteitsaspecten die een meer perifere rol spelen in de vragenlijst. Daarbij is vooral gekeken naar het belang dat aan elk van de aspecten wordt toegekend, de mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering en de (on)misbaarheid van de kwaliteitsaspecten bij het proces van schaalconstructie en schaaloptimalisatie. Toepassing van deze drie criteria wijst in de richting van 22 centrale kwaliteitsaspecten en 30 wat meer perifere aspecten. Met behulp van de 22 centrale aspecten kan op een redelijk betrouwbare manier vanuit het perspectief van de cliënt de kwaliteit van thuiszorg worden gemeten op het niveau van de organisatie van de zorg ('structuur'), de inhoud van de zorg ('proces') en de uitleenfunctie van hulpmiddelen. Toepassing van deze 22 centrale kwaliteitsaspecten in een ingekorte versie van de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' geeft een goede indruk van de kwaliteit van thuiszorg in meer algemene zin; bij onderzoek gericht op kwaliteitsverbetering is de uitgebreide versie met 52 meer geschikt omdat deze versie simpelweg meer potentiële verbeterpunten in zich heeft.

4.1.6 Aanbevelingen met betrekking tot de inhoud en toepassing van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten'

De nu beschikbare vragenlijst lijkt een valide, betrouwbaar en praktisch bruikbaar instrument te zijn voor toepassing in kwaliteitsprojecten bij thuiszorginstellingen. Met betrekking tot de validiteit dient met een enige regelmaat te worden nagegaan of de lijst die er nu ligt nog wel aansluit bij de wensen en verwachtingen van cliënten van thuiszorginstellingen. Op deze wijze wordt voorkomen dat de vragenlijst 'verouderd'. Men kan daarbij – in lijn met de benchmarkonderzoeken in de sector thuiszorg - denken aan om de vier jaar een moment van bezinning, bijvoorbeeld met behulp van een aantal (kwalitatieve) groeps gesprekken. Overigens lijkt het daarbij, uit oogpunt van vergelijkbaarheid, verstandig de nu voorliggende lijst niet al te snel te veranderen of te herzien. Voor wat betreft de betrouwbaarheid van de vragenlijst zou, op het niveau van subdimensies van kwaliteit van thuiszorg, overwogen kunnen worden een of twee aspecten toe te voegen aan subdimensies met een betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) van .70 of minder.

Bij toepassing van de vragenlijst verdient het de voorkeur om uit te gaan van de versie met 52 aspecten en een zodanige dataverzameling dat uitspraken kunnen worden gedaan over de kwaliteit van de thuiszorg op het niveau van de producten die cliënten daadwerkelijk afnemen. Dit kan het beste geschieden op basis van een gestratificeerde steekproef-trekking, waarbij (onder strikte voorwaarden ter bescherming van de privacy van cliënten) informatie over de exacte thuiszorg die men krijgt wordt gekoppeld aan het databestand met oordelen over de thuiszorg. De twee varianten van de vragenlijst - de 'belangvragenlijst' en de 'ervaringenvragenlijst' - kunnen in principe los van elkaar worden gebruikt. Met behulp van de belangvragenlijst kunnen, indien gewenst, op landelijk niveau belangcores worden uitgerekend en als weegfactor worden gebruikt bij het uitrekenen van de kwaliteitsoordelen. De ervaring heeft inmiddels geleerd dat deze belangcores redelijk stabiel zijn voor wat betreft de verschillende (sub)populaties van cliënten van thuiszorginstellingen (Sixma et al, 1998a/b; Van Nispen et al, 2002). Of de vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' op instellingsniveau moet worden toegepast in combinatie met instellingsspecifieke modules, is vooral een kwestie van afweging van voordelen (meer specifieke informatie toegesneden op de betreffende instelling, grotere betrokkenheid) en nadelen (hogere kosten, opstellen van de extra module kost tijd, logistiek wordt ingewikkelder). Het werken met instellingsspecifieke terugrapportages voorziet duidelijk in een behoefte. Behalve dat zou kunnen worden nagegaan hoe dergelijke rapportages nog meer kunnen worden afgestemd op de wensen van individuele gebruikers van dergelijke rapportages (RPCP's, cliëntenraden, thuiszorginstellingen), lijkt het verstandig om bij toepassing op grote schaal ook te kijken naar de effecten van het werken met dergelijke 'op maat gesneden' terugrapportages. Een interessante vraagstelling daarbij is of partijen die echt aan de slag gaan met dergelijke terugrapportages en meer dan gemiddeld in slagen om daadwerkelijke kwaliteitsverbetering te realiseren.

4.2 Verbetering van de methode van dataverzameling

De tweede hoofddoelstelling van het project was te komen tot verbetering van de methode van dataverzameling bij cliënten van thuiszorginstellingen. Belangrijk uitgangspunt daarbij was het bereiken van een hogere respons dan de 35% in de eerste benchmarkstudie. Daarnaast is gestreefd naar een wijze van dataverzameling die het mogelijk maakt onderscheid te maken tussen het kwaliteitsoordeel van cliënten over verschillende thuiszorgproducten. Tenslotte is gekeken naar mogelijkheden om via non-respons analyses uitspraken te doen over de representativiteit van de verzamelde onderzoeksgegevens.

4.2.1 *Het werken met gestratificeerde steekproeven*

Bij de proefafname is gekozen voor een steekproeftrekking en dataverzameling die op een aantal punten essentiële punten heeft afgeweken van de procedure die werd toegepast bij de cliëntenraadpleging van de benchmarkstudie thuiszorg 1998. Bij de steekproeftrekking is gekozen voor gestratificeerde steekproeven van cliënten, waarbij gestratificeerd is op het niveau van productgroepen. Het steekproefkader bestond uit cliënten die één thuiszorgproduct – huishoudelijke verzorging, verzorging of verpleging - afnamen; om na te gaan of de oordelen van deze groepen afwijken van de groep van respondenten die meerdere producten afnemen is ter vergelijking ook gemixte groep thuiszorgcliënten bij de kwantitatieve test betrokken. Het grote voordeel van een dergelijke gestratificeerde steekproef naar thuiszorgproduct is dat het cliëntoordeel eenduidig is toe te schrijven aan de kwaliteit van het gebruikte thuiszorgproduct en dat per product voldoende respondenten beschikbaar zijn voor een betrouwbaar kwaliteitsoordeel. De steekproeven zijn getrokken op het niveau van de individuele instellingen, waarbij de lijst met aan te schrijven personen tot zeer kort voor de verzending van de vragenlijsten is gescreend op overledenen.

4.2.2 *Aanpassingen in de wijze van dataverzameling*

Bij de feitelijke dataverzameling is gekozen voor verzending van de vragenlijst uit naam van de thuiszorginstelling. Aangenomen is dat een begeleidende brief van de eigen thuiszorginstelling deelname van cliënten bevordert. Het maakt het verzoek tot deelname persoonlijker dan een begeleidende brief van een onbekende organisatie, zoals een onderzoeksinstelling. Daarnaast is gewerkt met maximaal twee rappelbrieven: een eerste herinneringsbrief na twee à drie weken en, indien de respons op dat moment onder de 50% zou uitkomen, een nieuwe herinneringsbrief en een nieuwe vragenlijst twee weken daarna, verstuurd aan degenen die nog niet hadden gereageerd. Tijdens de fase van dataverzameling is een helpdesk beschikbaar geweest voor het beantwoorden van vragen van thuiszorgcliënten. Hiervoor is de helpdesk van de CG-Raad benut. De CG-Raad is een landelijke patiëntenorganisatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. De helpdesk is vooraf geïnstrueerd over te verwachten vragen. Dit is gedaan door Stichting Cliënt en Kwaliteit, opdrachtgever van het project. Daarnaast heeft in een van de proefregio's

het RPCP vanaf het eerste rappel als (tweede) helpdesk gefungeerd. In het voortgangs-overleg over het project leek een 'lokale' helpdesk de cliëntvertegenwoordigers in de begeleidingsgroep beter dan een centraal telefoonnummer in Utrecht. Naam en telefoonnummer van de contactpersoon van het RPCP zijn in de eerste en tweede rappelbrief vermeld. Vastgesteld kan worden dat bij de testafname van de vernieuwde KIEN-vragenlijst in twee proefregio's, circa tweederde van de aangeschreven personen de vragenlijst ingevuld geretourneerd.

Na de eerste rappelling was, bij beide betrokken thuiszorginstellingen, in twee van de drie typen thuiszorg de vooraf gekozen streefwaarde van 50% respons reeds ruimschoots gehaald. Een tweede rappelbrief (en vragenlijst) naar de overgebleven cliënten uit de resterende productgroepen leidde, in beide thuiszorginstellingen, tot een stijging van de respons met ongeveer 15% procent, waarmee ook deze groep ruim boven de 50% uitkwam.

4.2.3 *Beperkte non-respons analyses*

Om wat meer te kunnen zeggen over de representativiteit van de verkregen gegevens was het voornemen een telefonische enquête te houden onder een steekproef van personen die niet hadden gereageerd. In overleg met de proefregio's is hiervan afgezien op grond van privacyoverwegingen. Als alternatief is gekeken naar de inhoud van de binnengekomen telefoontjes bij de helpdesks, de toelichtingen van respondenten bij leeg geretourneerde vragenlijsten. Belangrijkste redenen om niet mee te doen met het onderzoek waren: 'slechte gezondheid' (20 keer genoemd), 'erg tevreden' (13 keer genoemd), 'ik heb nog maar kort hulp' (13 keer genoemd), 'de geadresseerde persoon is overleden' (11 keer genoemd), 'ik heb geen thuiszorg' (9 keer genoemd) en 'vragenlijst is voor mij te moeilijk' (4 keer genoemd). Daarnaast is een vergelijking gemaakt tussen de kenmerken van de responsgroep met die van steekproef en populatie. Toetsing van de representativiteit van de responsgroep ten opzichte van de volledige cliëntenpopulatie per instelling is uiteindelijk achterwege gebleven. Gegeven het beperkte budget en de beperkte hoeveelheid tijd die hiervoor beschikbaar was, bleek het voor de deelnemende pilot-instellingen niet mogelijk de noodzakelijke informatie op het niveau van productgroepen aan te leveren. De vergelijking tussen steekproef en responsgroep op de variabelen leeftijd en geslacht bij een van de twee instellingen was wel mogelijk. Uit deze vergelijking bleek dat de leeftijdsamenstelling van de cliënten die hebben gereageerd goed overeenstemt met die van de gehele steekproef. De leeftijdsgroep '71-80 jaar' is licht oververtegenwoordigd in de responsgroep. Voor wat betreft de variabele 'geslacht' blijkt dat in de responsgroep vrouwen wat zijn oververtegenwoordigd ten opzichte van de steekproef. Deze oververtegenwoordiging is het sterkst voor de groep cliënten die een beroep doen op verpleegkundige zorg. In de responsgroep zitten hier 10% meer vrouwelijke cliënten dan in de oorspronkelijke steekproef.

4.2.4 Aanbevelingen met betrekking tot de methode van dataverzameling

Op grond van de uitkomsten van deze studie wordt aanbevolen een dataverzameling met behulp van de nieuwe vragenlijst 'Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten' te laten plaatsvinden volgens het hierboven omschreven stramien. Een zo persoonlijk mogelijke benadering, een nauwkeurige screening op potentiële respondenten die geen thuiszorg (meer) krijgen en het werken met gerichte herinneringsbrieven maakt (ook bij deze doelgroep van veelal oudere personen) een responspercentages van circa 60% haalbaar. Het verdient daarbij aanbevelingen om bij de start van het onderzoek goede afspraken te maken over de privacybescherming van de cliënten. Daarnaast wordt aanbevolen om, waar mogelijk, reeds bij het trekken van de steekproeven van respondenten een aantal basisgegevens van respondenten in het steekproefbestand op te nemen, teneinde in een later stadium uitspraken te kunnen doen over de representativiteit van verzamelde gegevens.

Literatuur

- Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 1993; 50(1): p.49-70
- Batalden PB, Nelson EC. Hospital Quality: Patient, Physician and Employee Judgements. *International Journal of Quality Assurance*, 1991; 3: p.7-17
- Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Medical Care*, 1992; 30(4): p.283-298
- Donabedian A. Quality assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry*, 1988a 25: p.173-192
- Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988b; 260(2): p.1743-1748
- Donabedian A. 1992. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1992; 1: p.247-251
- Hays WL. *Statistics for the social sciences*. Plymouth: Clarke, Doble & Brendon Ltd., 1973.
- Nispen RMA van, Sixma HJ, Kerkstra A. *Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief; ontwikkeling van een meetinstrument*. Utrecht: NIVEL, 2002
- Potts MK, Mazucca SA, Brandt KD. Views of patients and physicians regarding the importance of various aspects of arthritis treatment: correlations with health status and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 1986; 8: p.125-134
- PricewaterhouseCoopers & Berenschot. *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid*. Utrecht: PricewaterhouseCoopers/Berenschot, 1999
- PwC Consulting & NIVEL. *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen; generiek rapport*. Almere/Utrecht: PwC Consulting/NIVEL, 2002
- 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 Expectations*, 1998; 1 (2): p.82-95

Strasser S, Aharony L, Greenberger D. 1993. The Patient Satisfaction Process: Moving Toward a Comprehensive Model. *Medical Care Review*, 1993; 50(2): p.219-248

Swanborn PG. *Schaaltechnieken*. Amsterdam: Boom Meppel, 1982

Waal MAE van der, Lako CJ, Casparie AF. *Voorkeuren voor Aspecten van Zorg met Betrekking tot de Kwaliteit: Een Onderzoek bij Specialisten en bij Patiënten met een Chronische Aandoening*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1993

Bijlage 1 Leden klankbordgroepen en begeleidingscommissie

Begeleidingscommissie

Mevr. H. Cliteur (CG-Raad)

Dhr. R. Friele (NIVEL), per 1-3-2001 vervangen door mevr. A. Kerkstra (NIVEL)

Dhr. J. Geraets (Stichting KIEN)

Dhr. H. Kouwenhoven (Stichting Cliënt en Kwaliteit)

Mevr. J.A.M. Oskam (LVT)

Mevr. L. Reitsma (Stichting KIEN)

Mevr. A. Splinter (BTN)

Ook de NPV is uitgenodigd een vertegenwoordiger voor de begeleidingscommissie te leveren maar bleek daartoe voor dit project niet in staat.

Klankbordgroep RPCP's

Dhr. L. Bosman (P/CP Zwolle)

Mevr. J. Brunnekeef (PP/CF Gelderland)

Dhr. F. van den Dries (PCL)

Mevr. I. Kester (RPCP-Rijnmond)

Mevr. R. Mol (RPCP Zuidoost-Brabant)

Mevr. Y. Steemers (NHPP)

Mevr. W. Zuidweg (PP/CP Utrecht)

Mevr. R. Zwagemaker (St. Klaverblad Zeeland)

Klankbordgroep Thuiszorginstellingen

Mevr. M. Hurkmans (Thebe Woon- en Zorgservice)

Dhr. G. ten Dam (Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg)

Mevr. R. van Lier (Thuiszorg Midden Gelderland)

Dhr. H. Tempelman (Zorg en Welzijn Groep)

Dhr. J. Visscher (Thuiszorg Icare)

Bijlage 2 De testversies van de (nieuwe) KIEN-vragenlijst

De rechten met betrekking tot de in deze bijlage gepresenteerde vragenlijsten berusten bij de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Postbus 700 - 3500 AS Utrecht - Nederland

Bijlage 3 De regiomodules van beide proefregio's

Regiomodule 1

De volgende vragen zijn aan de vragenlijst toegevoegd door uw thuiszorginstelling in samenspraak met cliëntvertegenwoordigers.

Goede informatievoorziening is belangrijk. Informatie over de werkzaamheden die de thuiszorgmedewerkster in uw huis verricht, zodat u weet wat u van uw thuiszorginstelling kunt verwachten. Maar ook over de voorwaarden waaronder zij werkt, bijvoorbeeld bepaalde eisen aan uw huis of apparatuur ter bescherming van haar gezondheid.

1. Legt uw thuiszorginstelling voldoende helder uit welke werkzaamheden de thuiszorgmedewerkster verricht en onder welke voorwaarden?
 - ja
 - ik twijfel, maar denk van wel
 - ik twijfel, maar denk van niet
 - nee
 - weet ik niet

2. Vindt u dat uw thuiszorginstelling informatie schriftelijk goed, in heldere woorden overbrengt?
 - ja
 - ik twijfel, maar denk van wel
 - ik twijfel, maar denk van niet
 - nee
 - weet ik niet

3. Kent u de paginagrote advertenties van uw thuiszorginstelling in de regionale weekbladen?
 - ja
 - nee
 - weet ik niet

4. Vindt u dat medewerkers uw privacy goed bewaken?
 - ja
 - ik twijfel, maar denk van wel
 - ik twijfel, maar denk van niet
 - nee
 - weet ik niet

5. Wat vindt u van de verscheidenheid aan hulpmiddelen van de uitleen van Uw thuiszorginstelling?
 - goed
 - voldoende keuze
 - onvoldoende keuze
 - slecht
 - weet ik niet

Regiomodule 2

De volgende vragen zijn aan de vragenlijst toegevoegd door uw thuiszorginstelling in samenspraak met cliëntvertegenwoordigers.

1. Als u uw contactpersoon niet direct kunt bereiken, belt de thuiszorg u dan terug, of helpt zij u op andere wijze goed verder met uw hulpvraag?
- ja
 - meestal wel
 - meestal niet,
 - nee
 - weet ik niet / niet van toepassing

Het is u misschien opgevallen dat uw thuiszorgmedewerkster werkt met haar eigen schoonmaakmiddelen. Dit is verplicht. Het is een maatregel om haar gezondheid te beschermen.

2. Hoe vindt u het dat de thuiszorgmedewerkster eigen schoonmaakspullen meeneemt?
- heel vervelend
 - vervelend
 - maakt me niet uit
 - prettig
 - zeer prettig
3. Heeft uw thuiszorgmedewerkster u uitgelegd waarom zij werkt met eigen schoonmaakmiddelen?
- ruim voldoende
 - voldoende
 - onvoldoende
 - is me niet uitgelegd
 - weet ik niet meer

De thuiszorg stelt bepaalde eisen aan de werkomstandigheden van de thuiszorgmedewerkster, bijvoorbeeld het werken met veilige apparaten (strijkijzer, stofzuiger, trap).

4. Heeft uw thuiszorgmedewerkster met u besproken dat uw huishoudelijke apparaten aan bepaalde veiligheids-eisen moeten voldoen?
- ruim voldoende
 - voldoende
 - onvoldoende
 - is niet besproken (ga naar vraag 0)
 - weet ik niet meer (ga naar vraag 0)
5. Hoe staat u er tegenover dat uw huishoudelijke apparaten aan bepaalde veiligheidseisen moeten voldoen?
- positief
 - neutraal
 - negatief

De thuiszorg heeft speciale verpleegkundigen in dienst. Zij hebben verstand van diabetes (suikerziekte), reuma, hart- en vaatziekten, astma, wond/stomaverzorging, incontinentie, dementie, kanker, aids en hulpmiddelen. Zij kunnen bij u thuis voorlichting, advies of instructie geven.

6. Is u bekend dat de thuiszorg speciale verpleegkundigen in dienst heeft die voorlichting, adviezen en instructies kunnen geven?
- ja
 - nee

De volgende vraag moet u alleen beantwoorden als u de afgelopen twee jaar daadwerkelijk contact heeft gehad met een speciale verpleegkundige.

7. Hoe waardeert u de adviezen, instructie of voorlichting die u heeft gekregen van de speciale verpleegkundige? Geef een rapportcijfer tussen 1 en 10 (1=laag, 10=hoog) Rapportcijfer:
8. Weet u hoe u, indien nodig, een klacht kunt indienen?
- ja
 - nee (*ga naar vraag 0*)
9. Zo ja, hoe weet u dit?
(*u kunt meer hokjes aankruisen*)
- uit de klachtenfolder van de thuiszorg
 - via een medewerker van de thuiszorg
 - Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG)
 - anders, namelijk:
10. Heeft u de klachtenfolder van de thuiszorg in uw bezit?
- ja (*ga naar vraag 0*)
 - nee
 - weet ik niet
11. Zo ja, wat vindt u van de folder?
- zeer duidelijk
 - duidelijk
 - onduidelijk
 - zeer onduidelijk
 - niet van toepassing

Bijlage 4 De berekening van de numerieke waarden voor de antwoordcategorieën van de belangitems in de testversie van de vragenlijst

Om bij kwaliteitsaspecten meer specifieke waarden toe te kennen aan de gehanteerde antwoordcategorieën kan worden uitgegaan van een bepaalde frequentieverdeling van respondenten op een achterliggend continuüm. Bij ordinale variabelen is de meest voor de hand liggende verdeling daarbij de 'normale verdeling'.

Van elk van de 54 voorgelegde kwaliteitsaspecten in de testversie van de belangvragenlijst is de frequentieverdeling van de (ordinale) antwoordcategorieën berekend. Door per antwoordcategorie te sommeren over alle 54 aspecten kunnen dan de gemiddeld percentages respondenten die de betreffende antwoorden hebben aangekruist worden berekend. Op basis van deze proporties kunnen, via een Z-transformatie, vervolgens Z-scores worden uitgerekend en deze Z-scores kunnen vervolgens weer worden omgerekend naar de beoogde categorie-schaalwaarden (zie Swanborn, 1982). Uitgangspunt in dit geval is dat de uiterste waarden van de schaal bestaan uit de waarden '1' ('onbelangrijk') en '10' ('van het allergrootste belang'). We lichten deze berekeningswijze verder toe.

Van de respondenten die de testversie van de belangvragenlijst hebben ingevuld kiest (bij de belang-items) gemiddeld 4% van de respondenten voor antwoordcategorie 'niet belangrijk', kiest gemiddeld 11% voor de antwoordcategorie 'eigenlijk wel belangrijk', kruist gemiddeld 60% de antwoordcategorie 'belangrijk' aan en besluit 25% ten gunste van de antwoordcategorie 'van het allergrootste belang'. Deze proporties tellen op tot 100% (stap 1 van tabel D4.1). Op basis van deze vastgestelde proporties kan de bijbehorende cumulatieve verdeling van deze proporties worden opgesteld (stap 2 van tabel D4.1) en kunnen de benodigde categoriemiddens die horen bij deze cumulatieve proporties worden uitgerekend (stap 3 van tabel D4.1). Onder de veronderstelling dat er sprake is van een 'normale verdeling' kunnen, via een omreken tabel zoals bijvoorbeeld terug te vinden in Hays (1974), de afgeronde Z-scores worden opgezocht die horen bij de gevonden categoriemiddens. Dit zijn de categorie-schaalwaarden, maar dan uitgedrukt in Z-scores (stap 4 van tabel D4.1). Van de gevonden categorie-schaalwaarden worden de twee uitersten vastgezet op respectievelijk 1 en 10 en worden de twee middelste waarden (op basis van hun Z-score) getransformeerd naar waarden tussen deze twee uitersten. Bij deze transformatie wordt rekening gehouden met de onderlinge afstand tussen categorieën op het continuüm. Deze afstand bedraagt in totaal $2.05 + 1.15$ ofwel 3.20 eenheden, hetgeen correspondeert met $9,00$ eenheden op de beoogde 1-10 schaal. De waarde '2' (gepositioneerd op een afstand van $0,74$ eenheden vanaf de 1 krijgt omgerekend op de 1-10 schaal een waarde van $(1 + ((0,74/3,20) \times 9))$ ofwel een waarde van 3.1 (afgerond). De waarde '3', gepositioneerd op 1.92 eenheden vanaf de 1, krijgt omgerekend op de 1-10 schaal een waarde van $(1 + ((1.92/3.20) \times 9))$ ofwel 6.4 . Het uiteindelijke resultaat - de naar een 1-10 schaal omgerekende scores voor de vier antwoordcategorieën gebruikt in de testversie van de belangvragenlijst - staat

weergegeven in stap 5 van tabel B4.1. De gevonden waarden verschillen (afgerond) niet van de waarden die zijn gevonden in de Benchmarkstudie Thuiszorg 2000 (PwC/NIVEL, 2002).

Tabel B4.1 Berekening van de categoriewaarden voor de antwoordcategorieën in de testversie van de belangvragenlijst

	Categorieën			
	1	2	3	4
stap 1: proportie	0.04	0.11	0.60	0.25
stap 2: cumulatieve proportie	0.04	0.15	0.75	1.00
stap 3: categorie-middens	0.02	0.095	0.45	0.875
stap 4: categorie-schaalwaarden	-2.05	-1.31	-0.13	+1.15
stap 5: gevonden waarden	1.0	3.1	6.4	10

Bijlage 5 De resultaten van de factoranalyses op basis van de testafname van de belangvragenlijst

Tabel B5.1 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'continuïteit thuiszorg' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
08	Cliënt krijgt in vakantie afgesproken hoeveelheid thuiszorg	.54
32	Thuiszorgmedewerkster komt op de tijden die zijn afgesproken	.58
33	Thuiszorginstelling geeft tijdig door als een medewerkster niet kan komen	.56
34	Thuiszorginstelling regelt vervanging als medewerkster niet kan komen	.48
38	Een acceptabel aantal verschillende thuiszorgmedewerksters over de vloer	.52
39	Cliënt heeft vast contactpersoon	.70
40	Contactpersoon is goed te bereiken	.74
41	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerksters	.62
42	Goede samenwerking tussen thuiszorgmedewerksters en anderen	.63
43	Geen tegenstrijdige adviezen van zorgverleners	.41

Tabel B5.2 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'toegankelijkheid thuiszorg' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
04	Acceptabele wachttijd voor thuiszorg begint	.47
07	Voldoende thuiszorg	.60
08	Cliënt krijgt in vakantietijd afgesproken hoeveelheid thuiszorg	.65
09	Direct krijgen van meer thuiszorg indien tijdelijk nodig	.66
10	Thuiszorg wordt gegeven op tijdstippen die cliënt goed schikken	.55
35	Direct thuiszorg krijgen na opname, indien nodig	.61
39	Cliënt heeft vast contactpersoon	.56
40	Contactpersoon is goed te bereiken	.67
60	Bereikbaarheid thuiszorginstelling tijdens kantooruren	.49
61	Cliënt weet hoe hij/zij de thuiszorginstelling moet bereiken buiten kantooruren	.55

Tabel B5.3 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'communicatie thuiszorginstelling' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
03	Cliënt krijgt tijdens wachttijd informatie over de lengte van de wachttijd	.42
12	Minstens één jaarlijkse bespreking of de zorg nog aan de wensen voldoet	.57
14	Cliënt weet hoe hij/zij iets kan veranderen aan de hoeveelheid/soort thuiszorg	.50
19	Thuiszorgmedewerkster wijst mantelzorgers op ondersteuningsaanbod	.40
51	Cliënt heeft overzicht op papier van de thuiszorg die is afgesproken	.64
52	Thuiszorgmedewerkster legt afspraken over de te leveren thuiszorg uit	.75
53	Map met zorggegevens bij cliënt thuis aanwezig	.67
54	Thuiszorgmedewerkster overlegt over wat in de zorgmap wordt opgeschreven	.67
55	thuiszorginstelling informeert over wat te doen bij beschadiging spullen	.61
56	Thuiszorginstelling geeft informatie over klachtenprocedure	.66
57	Thuiszorginstelling informeert over aanwezigheid cliëntenraad	.59
58	Thuiszorginstelling geeft duidelijke informatie over eigen bijdrage	.52

Tabel B5.4 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'bejegening' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
13	Medewerkster houdt rekening met opmerkingen cliënt bij evaluatiegesprek	.51
20	Thuiszorgmedewerkster neemt cliënt serieus	.73
21	Thuiszorginstelling neemt cliënt serieus	.66
22	Thuiszorgmedewerkster vraagt niet ongewenst naar privé-aangelegenheden	.55
23	Thuiszorgmedewerkster is vriendelijk	.64
24	Thuiszorgmedewerkster respecteert levensbeschouwing/leefwijze van cliënt	.61
25	Thuiszorgmedewerkster heeft voldoende persoonlijke aandacht voor cliënt	.65

Tabel B5.5 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'deskundigheid' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
11	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen en gewoontes cliënt	.68
17	Overleg met mantelzorgers over aansluiting thuiszorg op hun wensen	.44
18	Thuiszorgmedewerkster vraagt mantelzorgers naar hun belasting	.49
27	Thuiszorgmedewerkster is deskundig op het gebied van beperkingen cliënt	.64
28	Thuiszorgmedewerkster werkt hygiënisch	.65
29	Huis wordt goed schoongemaakt	.65
30	Thuiszorgmedewerkster maakt schoon in juiste tempo	.60
31	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen cliënt bij verzorging	.52
62	Thuiszorginstelling helpt bij telefonisch contact goed	.53

Tabel B5.6 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'autonomie' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
10	Thuiszorg wordt gegeven op tijdstippen die cliënt goed schikken	.58
13	Medewerkster houdt rekening met opmerkingen cliënt bij evaluatiegesprek	.68
15	Mogelijkheden om van thuiszorgmedewerkster te wisselen	.59
26	Cliënt vertelt thuiszorgmedewerkster wanneer hij/zij ontevreden is	.67
31	Thuiszorgmedewerkster houdt rekening met wensen cliënt bij verzorging	.53
54	Thuiszorgmedewerkster overlegt over wat in zorgmap wordt opgeschreven	.50

Tabel B5.7 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de kwaliteitsaspecten 'hulpmiddelen' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
45	Thuiszorgmedewerkster denkt mee over geschikte hulpmiddelen	.60
46	Medewerkster helpt cliënt op weg bij aanschaf hulpmiddelen	.70
47	Snelle levering van hulpmiddelen	.78
48	Kwaliteit van geleverde hulpmiddelen	.82
49	Service bij hulpmiddelen (reparaties, vragen)	.66
50	Heldere uitleg bij gebruik van hulpmiddelen	.79

Tabel B5.8 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de centrale kwaliteitsaspecten 'organisatie thuiszorg' opgenomen in testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
07	Voldoende thuiszorg krijgen	.58
09	Direct meer thuiszorg wanneer dit nodig is	.56
35	Direct thuiszorg krijgen na ziekenhuisopname	.59
39	Vaste contactpersoon bij thuiszorginstelling	.56
60	Bereikbaarheid thuiszorginstelling tijdens kantooruren	.52
33	Thuiszorginstelling geeft tijdig door als medewerkster niet komt	.59
34	Thuiszorginstelling regelt vervanging als medewerkster niet komt	.54
38	Geschikt aantal verschillende thuiszorgmedewerksters over de vloer	.46
51	Overzicht op papier van thuiszorg die is afgesproken	.54
56	Informatie over klachtenprocedure	.62
57	Informatie over de cliëntenraad	.52

$\alpha = .75$

Tabel B5.9 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de centrale kwaliteitsaspecten 'inhoud thuiszorg' opgenomen in de testversie van de belangvragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
20	Cliënt wordt door thuiszorgmedewerkster serieus genomen	.68
23	Thuiszorgmedewerkster is vriendelijk in de omgang	.64
25	Cliënt krijgt voldoende persoonlijke aandacht	.69
27	Deskundigheid op terrein beperkingen van cliënt	.65
28	Thuiszorgmedewerkster werkt hygiënisch	.63
12	Jaarlijks overleg met thuiszorginstelling of de zorg aan de wensen voldoet	.54
14	Cliënt weet hoe hij/zij wat moet veranderen aan de thuiszorg	.55
54	Overleg over wat er in de zorgmap wordt opgeschreven	.51

$\alpha = .74$

Tabel B4.10 Factoranalyse (gedwongen 1-factor oplossing) voor de centrale aspecten 'hulpmiddelen', zoals opgenomen in de testversie van de vragenlijst

Item	Omschrijving	Factorlading
47	Snelle levering van hulpmiddelen/aanpassingen	.83
48	Kwalitatief goede hulpmiddelen	.89
49	Goede service bij geleverde hulpmiddelen	.75

$\alpha = .76$

Bijlage 6 Voorstel nieuwe versie 'Cliënt & Kwaliteit'- vragenlijst

De rechten met betrekking tot de in deze bijlage gepresenteerde vragenlijsten berusten bij de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Postbus 700 - 3500 AS Utrecht - Nederland.

