



Verantwoording evaluatie VV&T

Dolf de Boer
Diana Delnoij

Inleiding

In 2007 lanceerde de Stuurgroep verpleging verzorging en thuiszorg (VV&T) het kwaliteitskader 'Normen Voor Verantwoorde Zorg'. Dit kwaliteitskader bevat prestatie-indicatoren voor de VV&T waarmee de kwaliteit van zorg in kaart kan worden gebracht. Een fors aantal van de indicatoren uit dit kader worden gevuld met data die zijn verzameld met de CQ-index vragenlijsten voor de VV&T. De afgelopen twee jaar is met deze prestatie-indicatoren intensief gemeten: vrijwel alle verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties hebben een meting uitgevoerd. Deze metingen hebben een schat aan informatie opgeleverd over de kwaliteit van zorg in de VV&T in het algemeen, maar ook over punten waarop zorgaanbieders hun kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.

Uiteraard zijn gedurende deze metingen ook een aantal vragen naar voren gekomen over de meting zelf. Daarbij kan gedacht worden aan de methode van dataverzameling, de verwerking van gegevens, de betrouwbaarheid van metingen, de validiteit van indicatoren etc. De Stuurgroep VV&T heeft dan ook de ambitie uitgesproken de meting met het kwaliteitskader zorgvuldig te evalueren en – waar mogelijk – verder te optimaliseren. De Stuurgroep Verantwoorde Zorg heeft het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) gevraagd de landelijke meting met de CQ-index verpleging verzorging en thuiszorg (VV&T) op een aantal punten te evalueren. De verantwoording die nu voor u ligt vormt een beknopte toelichting op de belangrijkste bevindingen en de consequenties van deze bevindingen voor de vragenlijsten, de indicatoren en de wijze van meten. Per onderwerp is ook aangegeven waarom dit een onderdeel vormde van de evaluatie. Daarnaast zijn in een aantal gevallen gedetailleerde achtergronddocumenten als bijlage aan deze verantwoording toegevoegd; hierin is een nadere onderbouwing opgenomen van hetgeen in de hoofdtekst beknopt is weergegeven.

Verantwoording per onderdeel van de evaluatie

Indicatoren die uit één vraag bestaan

Gedurende de evaluatie is, in overleg met de projectgroep en de stuurgroep VV&T, kritisch gekeken naar indicatoren die uit één vraag bestaan. Het risico aan deze indicatoren is dat, wanneer door één of meer cliënten de vraag niet goed wordt begrepen of ingevuld, een verkeerd beeld ontstaat m.b.t. die indicator voor een bepaalde instelling. Dit geldt met name wanneer het aantal cliënten dat per instelling wordt bevraagd klein is en in de VV&T is dat vaak het geval. In de meeste gevallen is besloten indicatoren die uit één vraag bestaan te handhaven in hun huidige vorm omdat de vraag waaruit de indicator bestaat voldoende helder en concreet is en/of omdat de indicator een essentieel onderdeel vormt van de visie achter het kwaliteitskader dat deze zichtbaar en behouden moet blijven.

In twee gevallen is echter wel besloten de indicator te laten vervallen:

1. Indicator 6.2 (Ervaren zelfstandigheid / autonomie) voor Vertegenwoordigers
Indicator 6.2 bestond uit de vraag *'Kan de bewoner opstaan en naar bed gaan op tijden die bij hem/haar passen?'*. Deze vraag wordt ondergebracht bij indicator 9.1 (Ervaren beschikbaarheid personeel). De vraag blijft dan beschikbaar binnen het kwaliteitskader.
2. Indicator 5.3 (Ervaren privacy (en woonruimte)) voor de Zorg thuis
Deze indicator bestond uit de vraag *'Is thuiszorg, door de zorgverleners die bij u over de vloer komen, een inbreuk op uw dagelijks leven?'*. Dit is geen goede vraag omdat thuiszorg eigenlijk altijd een inbreuk op het dagelijks leven is. De indicator en vraag komen te vervallen.

Daarnaast wordt indicator 5.1 hernoemt van 'Ervaren wooncomfort' naar 'Ervaringen met schoonmaken'. De reden hiervoor is dat indicator 5.1 voor de bewoners én voor de vertegenwoordigers is gebaseerd op één vraag die betrekking heeft op schoonmaken (voor de zorg thuis bestaat de indicator niet). De naam 'Ervaringen met schoonmaken' is daarom gepaster.

De lengte van de vragenlijsten

Een veelgehoorde klacht is dat de vragenlijsten erg lang zijn. Zeker in het geval van de VV&T is het niet wenselijk dat vragenlijsten langer zijn dan nodig omdat het gaat om een doelgroep die doorgaans cognitief minder belastbaar is als de gewone populatie. De vragen die niet essentieel waren voor het kwaliteitskader zijn verwijderd uit de vragenlijsten. Dit kunnen vragen zijn die: (1) op geen enkele wijze terugkomen in het verwerkingsproces en in de indicatoren, (2) vragen die wel in een indicator waren vertegenwoordigd, maar niet essentieel waren voor deze indicator. In dit laatste geval zijn vragen beoordeeld op hun bijdrage aan de betrouwbaarheid van een indicator en op de mate waarin het onderwerp van de vraag door cliënten belangrijk werd gevonden. Uitgebreide overzichten van vragen die zijn verwijderd met de reden van verwijdering zijn te vinden in bijlage I.

De begrijpelijkheid van formuleringen in de vragenlijsten

De formuleringen in de vragenlijsten dienen uiteraard zo eenvoudig en eenduidig mogelijk te zijn. Een advies van Bureau Taal leerde echter dat de eerste versie van de vragenlijsten voor de landelijke meting in de VV&T zeer complex taalgebruik bevatte. Op grond van de inzichten uit het advies van Bureau Taal is begin 2009 een forse slag gemaakt wat betreft het verbeteren en vereenvoudigen van de formuleringen in de vragenlijsten. Gedurende de

huidige evaluatie zijn de lijsten nogmaals kritisch bekeken op eenvoud en eenduidigheid. Hiertoe heeft een gesprek plaats gevonden tussen het CKZ en een tweetal interviewers, gericht op de CQ-index voor interviews met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. De inzichten uit dit gesprek zijn uiteraard verwerkt in de interviewlijst. Daarnaast is bekeken of de inzichten uit het gesprek met de interviewers ook bruikbaar waren voor de andere twee VV&T-lijsten en op grond hiervan zijn ook wijzigingen doorgevoerd. De wijzigingen gericht geweest op het verbeteren van de formulering *zonder wijziging aan de inhoud*. Uiteraard zijn enkele nuanceverschillen tussen oude en nieuwe formuleringen daarbij onontkoombaar.

Interviewer effecten

Met behulp van secundaire analyses op data die voor de landelijke meting zijn verzameld is bekeken in hoeverre de antwoorden van cliënten afhankelijk zijn van degene die het interview uitvoert. Gebleken is dat er waarschijnlijk wel een invloed van interviewers is (interviewer effecten), maar deze invloed is niet goed te kwantificeren. Tevens is gebleken dat er een aantal richtlijnen zijn die moeten worden aangepast of waarbij strenger moet worden toegezien op de naleving ervan:

- Een oplossing voor eventuele interviewereffecten kan zijn om meerdere interviewers naar een organisatorische eenheid te sturen. De gedachte hierachter is dat eventuele interviewereffecten enigszins worden uitgemiddeld binnen een organisatorische eenheid. De effecten zijn daarmee niet weg, maar de score van de eenheid wordt er dan niet zozeer door beïnvloed. In veel gevallen wordt een eenheid nu door één (4 %) of twee (42%) interviewers bezocht. In de nieuwe richtlijnen wordt opgenomen dat een eenheid door minimaal drie interviewers dient te worden bezocht.
- Cliënten dienen daarnaast random te worden verdeeld over interviewers. In gesprekken met meetbureaus is gebleken dat interviewers vaak pragmatisch te werk gaan bij het verdelen van de te interviewen cliënten: interviewer één doet bijvoorbeeld interviews op afdeling A, terwijl interviewer twee interviews doet op afdeling B. Indien beide afdelingen verschillen wat betreft de benodigde zorg of het team van verpleegkundigen dat daar werkzaam is, dan zullen de cliënten van die afdelingen ook verschillen in de ervaringen die zij rapporteren. In die situatie zijn eventuele interviewer effecten niet meer vast te stellen omdat onduidelijk is in hoeverre verschillen tussen de gegevens die door beide interviewers worden verzameld te wijten zijn aan interviewereffecten of dat het daadwerkelijke verschillen in ervaren zorg zijn tussen twee afdelingen. Kortom, om interviewereffecten goed te kunnen monitoren is het essentieel dat cliënten random over interviewers worden verdeeld. Dit wordt dan ook opgenomen in de richtlijnen voor interviews.
- Een interviewer dient alleen antwoorden te accepteren die binnen de antwoordcategorieën vallen. Deze regel is bedoeld om te voorkomen dat de interviewer een vertaalslag pleegt van het antwoord van de cliënt naar een antwoordcategorie in de vragenlijst. Uit gesprekken met de meetbureaus blijkt dat deze regel in de praktijk niet altijd consequent wordt nageleefd. Deze regel wordt nogmaals expliciet onder de aandacht gebracht bij meetbureaus.

Een uitgebreider verslag waarin ook een aantal analyses worden gerapporteerd is te vinden in bijlage II.

Kleine steekproeven, exclusie en schoning

In de verpleging verzorging en thuiszorg komt het veelvuldig voor dat organisatorische eenheden niet kunnen voldoen aan de vereiste steekproefgrootte, simpelweg omdat zij te

weinig cliënten hebben. Als aan de vereiste steekproefgrootte wordt voldaan zijn de resultaten voor de meerderheid van de indicatoren betrouwbaar. Indien niet aan de vereiste steekproefgrootte wordt voldaan worden de resultaten van een eenheid minder betrouwbaar. Omdat veel organisatorische eenheden moeite hebben om aan de vereiste steekproefgrootte te voldoen is nog eens uitvoerig gekeken naar zaken die invloed hebben op het aantal cliënten dat benaderd kan worden en kan worden meegenomen in de analyses.

Het aantal cliënten dat benaderd kan worden is gelijk aan het totaal aantal cliënten van een organisatorische eenheid minus de cliënten die op grond van de exclusiecriteria worden uitgesloten van het onderzoek. Per lijst is op grond van meetverantwoordingen die de meetbureaus voor iedere organisatorische eenheid invullen, bekeken hoe groot de uitval per exclusie criterium is. De exclusiecriteria die zorgen voor de grootste uitval zijn de volgende:

- *Bewoners*
In totaal valt 31% uit op grond van de exclusiecriteria. De grootste uitval is wegens matig-ernstige of ernstige dementie (6%), wegens indicatie psychogeriatric (9%) en wegens andere zwaarwegende redenen (7%). Bij deze laatste categorie kunnen meetbureaus zelf een zwaarwegende reden opgeven. Dit zijn onder meer zaken als afasie, gedragsproblemen, doofheid, paranoïde en verwardheid.
- *Vertegenwoordigers van bewoners*
In totaal valt hier 11% uit op grond van de exclusiecriteria. Het grootste gedeelte (6%) valt uit wegens andere zwaarwegende redenen. Deze zijn zeer uiteenlopend met onder meer gevallen waarin de cliënt of de contactpersoon overleden was, meerdere cliënten dezelfde contactpersoon hadden (in dat geval wordt de contactpersoon gevraagd de lijst voor één cliënt in te vullen), of als de cliënt of contactpersoon in het ziekenhuis lagen.
- *De zorg thuis*
Bij de zorg thuis valt in totaal 22% van de cliënten uit op grond van de exclusiecriteria. De meeste uitval komt door de criteria 'korter dan zes maanden in zorg' (11%) en 'andere zwaarwegende redenen' (8%). De andere zwaarwegende redenen omvatten onder meer zaken als dementie, psychogeriatric en ziekenhuisopname.

Hoewel de exclusiecriteria uit bovenstaand overzicht zorgen voor veel uitval zijn deze criteria wel noodzakelijk. Het is dus niet mogelijk een criterium te laten vervallen omdat het voor veel uitval zorgt. Een mogelijkheid die wel overwogen kan worden is om pragmatisch om te gaan met de keuze voor interviews met bewoners of de keuze voor het benaderen van vertegenwoordigers. Dit geldt voor de interviews met bewoners waarbij de gemiddelde uitval 31% is, maar waarbij er natuurlijk ook gevallen zijn waarin de uitval fors hoger ligt. Mogelijk levert een dataverzameling onder vertegenwoordigers van bewoners in die gevallen meer op. Dit is met name interessant in gevallen waarin het aantal bewoners dat in aanmerking komt voor een interview minder is dan 10 (in die gevallen is een meting met de CQ-index niet toegestaan omdat anonimiteit niet of nauwelijks meer te garanderen is) of tussen de 10 en 15 respondenten (in die gevallen beveelt CKZ aan om niet te meten, tenzij de verwachte respons 100% is). In de nieuwe richtlijnen worden de situaties beschreven waarin een meting met de lijst voor vertegenwoordigers mogelijk meer kans van slagen heeft. Meetbureaus en organisatorische eenheden krijgen dan de gelegenheid om in overleg een keuze te maken tussen één van beide lijsten.

Het aantal cliënten waarvan de vragenlijsten geanalyseerd kunnen worden is gelijk aan het aantal teruggestuurde lijsten minus de lijsten die in het proces van het controleren en schonen van data als onbruikbaar zijn bepaald. In de methodologische verantwoording over het schonen en bewerken van data voor de VV&T (de Boer, Damman en Delnoij, 2008) zijn

overzichten gepresenteerd van de uitval van lijsten per controle- of schoningsregel. In vrijwel alle gevallen is de uitval verwaarloosbaar of onvermijdelijk.

Casemix correctie

Correctie voor zzp-code

Enkele vragen rond de casemixcorrectie voor de cliëntgebonden indicatoren zijn meegenomen in de evaluatie. De eerste vraag betreft of het zinvol en/of haalbaar is om in het meetproces de zorgzwaarte per cliënt te registreren en hiervoor ook te corrigeren. Mogelijk zou dit het ontbreken van een correctie voor soort huis (verpleeg- of verzorgingshuis) kunnen ondervangen. CKZ heeft het onderzoek van HHM en Plexus gevolgd dat gericht was op zzp-code (zorgzwaarte pakketten) met als doel op grond van dit onderzoek een visie te formuleren op het registreren van zzp-codes en het corrigeren daarvoor. Vooralsnog is het echter te vroeg om hier goed gefundeerde uitspraken over te doen omdat de meningen hierover verdeeld zijn en omdat de bevindingen uit het onderzoek van HHM en Plexus nog niet beschikbaar zijn.

Casemixcorrectie bij vertegenwoordigers van bewoners

Een tweede vraag betreft de casemixcorrectie bij de vertegenwoordigers van bewoners. In de huidige correctie wordt gecorrigeerd voor de achtergrondkenmerken van de bewoners, terwijl in alle andere CQ-index vragenlijsten gecorrigeerd wordt voor de achtergrondkenmerken van degene die de lijst invult (de vertegenwoordiger in dit geval). Gedurende de evaluatie zijn bij een kleine groep vertegenwoordigers ook de achtergrondkenmerken leeftijd, opleiding, geslacht en ervaren gezondheid van die vertegenwoordigers uitgevraagd. Gebleken is dat met name leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid van de vertegenwoordigers doorgaans sterker gerelateerd waren aan de indicatorscores dan de huidige correctievariabelen. Dit is voldoende grond om deze achtergrondkenmerken mee te gaan nemen voor de landelijke meting zodat kan worden onderzocht in hoeverre de achtergrondkenmerken van de vertegenwoordigers bijdragen aan een goede casemixcorrectie. Een uitgebreider verslag over het onderzoek naar de achtergrondkenmerken van vertegenwoordigers als mogelijke casemix adjusters is te vinden in bijlage III.

Casemixcorrectie bij de zorg thuis

Voor de zorg thuis wordt onder meer gecorrigeerd voor wel/geen persoonlijke of verpleegkundige verzorging en wel/geen hulp bij het invullen door de eigen zorgverlener. Beide correcties geven aanleiding voor discussie. Hieronder volgt per correctie een korte weergave van deze discussie gevolgd door een strategie voor toekomstige metingen.

- Wel/geen verpleegkundige of persoonlijke verzorging
Het komt regelmatig voor dat de cliënt aangeeft alleen huishoudelijke verzorging te ontvangen, terwijl de vragenlijst expliciet is bedoeld voor cliënten die verpleegkundige of persoonlijke verzorging ontvangen. Wanneer alle cliënten die niet aangeven verpleegkundige of persoonlijke verzorging te ontvangen worden verwijderd, valt daarmee +/- 10% van alle geretourneerde vragenlijsten uit. Om dit te compenseren zou de vereiste steekproefgrootte moeten worden verhoogd met 10% (van 110 naar 121). Tot nu toe zijn deze lijsten echter niet verwijderd, maar is gecorrigeerd voor soort zorg in de casemixcorrectie. Of we hier in de toekomst ook zo mee om moeten gaan hangt af van de verklaring voor het grote aantal respondenten dat niet aangeeft verpleegkundige of persoonlijke verzorging te ontvangen. Gedurende de evaluatie is met de meetbureaus besproken hoe het kan dat zoveel mensen aangeven geen verpleegkundige of persoonlijke verzorging te ontvangen terwijl hier wel op geselecteerd wordt bij de steekproeftrekking. Volgens verschillende meetbureaus was

de meest waarschijnlijke verklaring dat cliënten vaak niet goed weten welke handelingen vallen onder huishoudelijke verzorging en welke handelingen vallen onder verpleegkundige of persoonlijke verzorging. CKZ stelt dan ook voor niet meer te controleren op soort zorg en er ook niet meer voor te corrigeren. Dit wordt dan dus ook niet toegevoegd als schoningsregel.

- Wel/geen hulp door de eigen zorgverlener bij het invullen van de vragenlijst
Het komt regelmatig voor dat de cliënt aangeeft te zijn geholpen bij het invullen van de lijst door de eigen zorgverlener. Dit is vanuit het oogpunt van onafhankelijkheid niet acceptabel. Als alle cliënten worden verwijderd waarbij de eigen zorgverlener heeft geholpen bij het invullen van de lijst, dan valt +/- 8% van de lijsten uit. Tot nu toe is er echter ook in dit geval voor gekozen deze cases te behouden en een correctiefactor in de casemixcorrectie op te nemen voor hulp door de eigen zorgverlener. Wanneer in de toekomst deze mensen wel worden uitgesloten van de analyses heeft dat twee belangrijke nadelen. In de eerste plaats dient dit te worden gecompenseerd door de vereiste steekproefgrootte met 8% te verhogen. In de tweede plaats is er een risico dat dit na verloop van tijd bekend raakt onder zorgverleners en dat zij vervolgens nog steeds helpen bij het invullen van de lijst, maar dit niet meer aangeven in antwoord op de vragen die daarover worden gesteld. Het gevolg zou zijn dat hulp door de eigen zorgverlener nog steeds plaats vindt, maar niet meer zichtbaar is. Gezien deze nadelen stelt het CKZ voor de correctie voor hulp door de eigen zorgverlener te handhaven.

Nawoord

Een belangrijke gedachte achter het transparant maken van prestaties van zorgaanbieders, is dat deze prestaties inzicht geven in wat beter kan en daarmee zouden leiden tot kwaliteitsverbetering. Een dergelijke verbetercyclus dient ook te worden doorlopen voor het meetproces, de vragenlijsten en de indicatoren. In de afgelopen jaren is veel ervaring opgedaan met het meten van klantervaring in de VV&T. De huidige evaluatie heeft wat betreft de indicatoren en vragenlijsten vooral een enorme stroomlijning opgeleverd. Indicatoren en vragenlijsten zijn verkort en formuleringen binnen de vragenlijsten zijn verder verbeterd en vereenvoudigd.

Daarnaast zijn een aantal punten met betrekking tot het meetproces en de analyses tegen het licht gehouden. Zo gaven secundaire analyses aanleiding tot het verscherpen van richtlijnen betreffende het interviewproces en zijn bij een groep vertegenwoordigers extra achtergrondkenmerken uitgevraagd waaruit bleek dat de case mix correctie daarmee mogelijk kan worden verfijnd. Tevens is gekeken naar de problematiek rondom kleine huizen die niet voldoende cliënten in zorg hebben om te kunnen voldoen aan de vereiste steekproefgrootte, alsmede de invloed van schoning en exclusie hierop. De bevindingen uit deze verantwoording geven vooralsnog geen aanleiding tot wijzigingen in schoning en exclusie, maar in de verpleging en verzorging wordt nu wel soepeler omgesprongen met de keuze voor een lijst voor vertegenwoordigers of een lijst voor bewoners indien dat bij kleine huizen tot een hoger aantal waarnemingen zou leiden.

Voor de toekomst zullen verbeterlagen met betrekking tot het kwaliteitskader nodig blijven. Van belang is wel dat de momenten waarop deze verbeterlagen plaatsvinden zorgvuldig worden gekozen. Deels omdat dergelijke verbeteringen vaak verregaande consequenties hebben voor vrijwel alle partijen die betrokken zijn bij het verzamelen en analyseren van gegevens. Nagenoeg al deze partijen moeten aanpassingen doorvoeren voor hun deel van het proces en dat kan een tijdrovende aangelegenheid zijn. Daarnaast is het natuurlijk ook van belang dat gegevens van dezelfde huizen op verschillende tijdstippen met elkaar vergelijkbaar zijn. Teneinde die vergelijkbaarheid te waarborgen is het van belang om aanpassingen en verbeterlagen enigszins te doseren.

BIJLAGE I

Uitgebreide verantwoording voor het verwijderen van vragen

Een veelgehoorde klacht is dat de vragenlijsten erg lang zijn. Zeker in het geval van de VV&T is niet wenselijk dat vragenlijsten langer zijn dan nodig omdat het gaat om een doelgroep die doorgaans cognitief minder belastbaar is als de gewone populatie. De vragen die niet essentieel waren voor het kwaliteitskader zijn verwijderd uit de vragenlijsten. Dit kunnen vragen zijn die: (1) op geen enkele wijze terugkomen in het verwerkingsproces en in de indicatoren, (2) vragen die wel in een indicator waren vertegenwoordigd, maar niet essentieel waren voor deze indicator. In dit laatste geval zijn vragen beoordeeld op hun bijdrage aan de betrouwbaarheid van een indicator en op de mate waarin het onderwerp van de vraag door cliënten belangrijk werd gevonden.

Overzichten van vragen die op geen enkele wijze terugkomen in het verwerkingsproces en in de indicatoren zijn te vinden in tabel 1. Voor alle drie de lijsten geldt dat er twee vragen zijn die niet worden gebruikt in het verwerkingsproces of voor de indicatoren, maar die desondanks niet geschrapt zijn uit de vragenlijsten. Het gaat om de algemene oordelen over de zorgverleners en over de instelling. Deze oordelen worden altijd met interesse bekeken door de instellingen, veel gebruikt door meetbureaus en in voorkomende gevallen ook gebruikt door zorgkantoren. Daarnaast zijn algemene oordelen ook verplichte CQI vragen (Sixma, Hendriuks, de Boer & Delnoij, 2008). Derhalve zijn de algemene oordelen behouden in de vragenlijsten.

Daarnaast zijn vragen die niet essentieel waren voor een indicator verwijderd uit de betreffende indicator en verwijderd uit de vragenlijsten. Dit proces is beperkt tot indicatoren die uit 5 of meer vragen bestaan omdat het effect van verwijdering van een vraag groter is naarmate er minder vragen in een indicator zitten.

Tabel 1: Vragen die niet worden gebruikt voor de indicatoren of de dataverwerking

Interviews met Bewoners

Wat is het geboorteland van uzelf?

Wat is het geboorteland uw vader?

Wat is het geboorteland uw moeder?

Heeft u in de afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van het verpleeg-/verzorgingshuis over hoe de zorg u bevalt?

Heeft u een vaste contactpersoon (zorgverlener/leidinggevende) als aanspreekpunt in het huis?

Maakt u zich zorgen over diefstal?

Weet u wat u bij brand moet doen?

Zien de warme maaltijden er verzorgd uit?

Hoe vaak kunt u kiezen wat u eet?

Kunt u kiezen wanneer u de warme maaltijd nuttigt?

Kunt u kiezen waar u eet (in de eetzaal/huiskamer of uw eigen kamer/appartement)?

Vertegenwoordigers van bewoners

Wat is het geboorteland van de bewoner?

Wat is het geboorteland zijn/haar vader?

Wat is het geboorteland zijn/haar moeder?

Heeft u in de afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van de zorginstelling over hoe de zorg voor de bewoner verloopt?

Heeft u een vaste contactpersoon als aanspreekpunt in de zorginstelling?

Wordt de bewoner tijdig geholpen wanneer hij/zij naar het toilet moet?

Is de temperatuur in de woonruimte aangenaam?

De Zorg Thuis

Hoeveel tijd zat er tussen het moment waarop u wist dat u thuiszorg zou krijgen (na de indicatie) en het moment dat de thuiszorg begon?

Wat vond u van dit tijdsverschil of deze wachttijd?

Heeft de zorginstelling u destijds, voor start van de thuiszorg, voldoende informatie gegeven over de wachttijd en over de mogelijkheden om deze tijd te overbruggen?

Wordt uw zorgmap/-dossier of logboek goed gebruikt voor uitwisseling van informatie?

Heeft u in het afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van de zorginstelling over hoe de zorg u bevalt?

Heeft u een vaste contactpersoon als aanspreekpunt bij de zorginstelling?

Is thuiszorg, door de zorgverleners die bij u over de vloer komen, een inbreuk op uw dagelijks leven?

Wat is het geboorteland van uzelf?

Wat is het geboorteland uw vader?

Wat is het geboorteland uw moeder?

Verslag bijeenkomst stroomlijnen cliëntgebonden indicatoren VV&T

Aanwezig

Carolien van Olst (ActiZ), Marthijn Laterveer (LOC) en Dolf de Boer (NIVEL/CKZ; verslag)

Gedurende deze bijeenkomst is besproken welke vragen uit de cliëntgebonden indicatoren konden vervallen. Hierbij is gekeken naar indicatoren die uit 5 of meer vragen bestaan. Overzichten van deze indicatoren met daarin de alfa's na verwijdering van een vraag en het belang per vraag zijn gedurende deze bijeenkomst besproken. Tevens zijn alle partijen uit de projectgroep uitgenodigd aan te geven welke vragen wat hun betreft konden vervallen. De reacties op deze uitnodiging zijn ook als input voor de bijeenkomst gebruikt.

De rest van dit document bevat de overzichten van de indicatoren met alfa's voor verwijdering per vraag en, waar mogelijk, de belangscores per vraag op grond van het ontwikkelrapport (Wiegers et al., 2007). Bij iedere indicator is aangegeven of er vragen worden verwijderd, zo ja welke vragen en om welke redenen.

Interviews met bewoners

Indicator 1.2 (alfa = 0.76)

	ITC	alfa if deleted	belang
29. Hoe vaak beslist u mee over de verzorging of behandeling die u krijgt?	0,60	0,69	2,76
30. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop u verzorging of behandeling krijgt?	0,60	0,69	2,60
39. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen?	0,49	0,73	3,17
40. Hoe vaak reageert de leiding of directie naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachte	0,48	0,73	3,06
43. Hoe vaak overleggen de zorgverleners met u over wat er moet gebeuren?	0,49	0,73	2,84

Bij indicator 1.2 is gekozen om vraag 43 te laten vervallen. De schaal is dan nog steeds betrouwbaar en voor cliënten is dit ook niet de meest belangrijke vraag. Verder is vraag 43 conceptueel verwant aan de overige vragen uit indicator 1.2.

Indicator 2.2 (alfa = 0.74)

	ITC	alfa if deleted	belang
32. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling u kan bieden?	0,60	0,67	3,04
33. Heeft u voldoende informatie gekregen over uw rechten?	0,64	0,66	2,89
34. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht?	0,61	0,67	2,75
35. Heeft u voldoende informatie gekregen over het beleid van de zorginstelling als het gaat om besl	0,34	0,75	2,67
36. Heeft u voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad?	0,42	0,73	2,40
37. Weet u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt in het verpleeg-/ve	0,29	0,75	3,04

Op grond van de betrouwbaarheid (Cronbach's alfa) en het belang dat cliënten hechten aan de verschillende vragen uit indicator 2.2 zouden de vragen 35 en 36 als eerste in aanmerking komen voor verwijdering. Voor vraag 35 geldt echter dat dit in het veld vaak wel voor problemen zorgt omdat zorgverleners het veelal lastig vinden om beslissingen rond het levenseinde bespreekbaar te maken wanneer dit nog niet direct aan de orde is. En tegen de tijd dat het wel aan de orde is, is het vaak te laat en weten betrokkenen niet wat de cliënt zou hebben gewild. Het is dus van belang om dit onder de aandacht te houden en te behouden in het kwaliteitskader. Wat betreft vraag 36 is het voor cliëntenraden heel belangrijk om te weten of de cliënten in een instelling voldoende geïnformeerd zijn over de cliëntenraad. Vraag 36 blijf daarom ook behouden. De vraag die vervolgens het meest in aanmerking komt voor verwijdering is vraag 34. Cliënten vinden dit ook geen belangrijke vraag. De alfa daalt dan wel, maar blijft van een acceptabel niveau. Vraag 34 wordt verwijderd.

Indicator 4.12 (alfa = 0.80)

	ITC	alfa if deleted	belang
18. Werken de verzorgenden en verpleegkundigenvakkundig?	0,57	0,77	3,40
19. Worden verpleegkundige handelingen goed verricht?	0,57	0,77	3,53
20. Stemmen de verschillende zorgverleners uw verzorging en behandeling goed op elkaar af?	0,56	0,77	3,13
22. Zijn uw zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?	0,57	0,77	3,31
23. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat u zelf wel en niet kunt?	0,55	0,77	3,28
24. Worden uw gezondheidsklachten serieus genomen door de zorgverleners?	0,57	0,77	3,39
26. Krijgt u goede informatie over medicijnen als u een middel krijgt dat u nog niet eerder heeft ge	0,36	0,83	3,02
28. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na?	0,53	0,77	2,46

Bij indicator 4.12 geldt voor vrijwel alle vragen dat ze door cliënten belangrijk worden gevonden en dat de cronbach's alfa voldoende blijft bij verwijdering. Voor de vragen 19 en 20 geldt daarnaast ook nog dat het zaken betreft die voor cliënten moeilijk te beoordelen zijn (dit blijkt ook uit het percentage missings; respectievelijk 47% en 32%). De vragen 19 en 20 komen derhalve te vervallen.

Indicator 5.3 (alfa = 0.65)

	ITC	alfa if deleted	belang
15. Heeft u voldoende privacy tijdens de toiletgang?	0,21	0,68	3,05
56. Heeft u voldoende woonruimte?	0,26	0,65	3,21
57. Kunt u zelf bepalen hoe uw kamer of woonruimte is ingericht?	0,38	0,62	3,10
58. Kunt u zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?	0,55	0,53	3,11
59. Heeft u voldoende gelegenheid om alleen te zijn?	0,58	0,52	3,08
60. Laten de verzorgenden en medewerkers u met rust als u dat wilt?	0,36	0,62	Onbekend

De alfa is bij indicator 5.3 aan de lage kant en mag zodoende niet veel verder dalen. Derhalve komen vraag 15 en 56 in aanmerking om te vervallen. Deze vragen kunnen niet allebei vervallen, want dan wordt de alfa alsnog te laag. Besloten wordt dat vraag 56 het beste kan komen te vervallen omdat deze vraag betrekking heeft op de hoeveelheid woonruimte en in de meeste gevallen is dat iets dat door instellingen niet goed te beïnvloeden is. Daarnaast is het met het oog op keuze-informatie geen essentiële vraag omdat verwacht mag worden dat cliënten of vertegenwoordigers die een weloverwogen keuze maken voor een huis ook ter plekke gaan kijken naar de woonruimte.

Indicator 6.1 (alfa = 0.55)

	ITC	alfa if deleted	belang
68. Heeft u voldoende mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden?	0,42	0,43	2,79
69. Wordt u goed op de hoogte gehouden van de activiteiten in huis?	0,29	0,52	
70. Worden er genoeg activiteiten door het huis georganiseerd?	0,40	0,44	2,77
71. Bevallen de activiteiten die georganiseerd worden u?	0,27	0,53	2,73
73. Is er hulp van verzorgenden, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt?	0,24	0,55	2,79

De alfa van indicator 6.1 is dusdanig laag dat het niet acceptabel is deze nog verder te laten dalen. Dit betekent dat alleen vraag 73 in aanmerking komt voor verwijdering. Belanghebbenden zijn echter van mening dat deze vraag wel iets toevoegt aan de indicator. Besloten wordt om geen vragen te laten vervallen uit deze indicator.

Indicator 7.1 (alfa = 0.61)

	ITC	alfa if deleted	belang
47. Hebben de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?	0,35	0,56	3,22
48. Hoe vaak bent u ongerust?	0,33	0,57	3,05
49. Voelt u zich eenzaam?	0,45	0,51	3,17
50. Kunt u bij een geestelijk verzorger in het huis terecht?	0,25	0,62	2,72
55. Voelt u zich hier thuis?	0,45	0,51	3,35

De alfa van indicator 7.1 is dusdanig laag dat het niet acceptabel is deze nog verder te laten dalen. Dit betekent dat alleen vraag 50 in aanmerking komt voor verwijdering. Belanghebbenden zijn echter van mening dat deze vraag wel iets toevoegt aan de indicator. Besloten wordt om geen vragen te laten vervallen uit deze indicator.

Indicator 9.1 (alfa = 0.70)

	ITC	alfa if deleted	belang
14. Wordt u tijdig geholpen als u naar het toilet moet?	0,46	0,65	3,23
21. Is er voldoende personeel in huis?	0,41	0,67	3,60
25. Krijgt u snel hulp bij pijn of ziekte?	0,46	0,65	3,35
42. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan u?	0,48	0,64	3,25
65. Reageert een medewerker binnen vijf minuten als u belt?	0,48	0,64	3,27

Bij alle vragen uit indicator 9.1 geldt dat de alfa enigszins daalt bij verwijdering en alle elementen worden ook belangrijk gevonden door cliënten. Voor vraag 25 geldt echter dat dit – voor zover het gaat om hulp door de medewerkers van de instelling – al wordt gedekt door andere vragen (42 en 65). En voor zover het gaat om hulp van buiten de instelling (bijvoorbeeld van de huisarts) is de instelling ook afhankelijk van de welwillendheid van zorgverleners van buitenaf. Derhalve wordt besloten vraag 25 te verwijderen.

Vertegenwoordigers

Indicator 1.2 (alfa = 0.79)

	ITC	alfa if deleted
13. Hoe vaak beslist u mee over de verzorging of behandeling die de bewoner krijgt?	0,62	0,73
14. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop de bewoner verzorging of behandeling	0,52	0,79
25. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?	0,60	0,75
26. Hoe vaak reageert de leiding of directie naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachten?	0,57	0,75
30. Overleggen de verzorgenden en verpleegkundigen met u over wat er moet gebeuren?	0,61	0,74

Vraag 14 is de minst belangrijke vraag volgens cliënten en de alfa blijft gelijk bij verwijdering. Bovendien zijn elementen als meebeslissen en afstemming al elders in de indicator vertegenwoordigt (zie vragen 13, 25, 26 en 30). Vraag 14 komt dan ook te vervallen.

Indicator 2.2 (alfa=0.72)

	ITC	alfa if deleted	belang
16. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling kan bieden?	0,52	0,67	3,15
17. Heeft u voldoende informatie gekregen over de rechten van de bewoner?	0,59	0,64	2,90
18. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht?	0,52	0,67	Onbekend
19. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over het beleid van de zorginstelling als het gaat om beslissingen rond het levenseinde?	0,37	0,70	3,34
20. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad?	0,45	0,68	2,41
21. Weet u bij wie u met vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt in de zorginstelling?	0,43	0,72	3,03

Op grond van de alfa en het belang dat cliënten hechten aan de verschillende vragen komt vooral vraag 20 in aanmerking voor verwijdering. Maar zoals eerder opgemerkt is het voor cliëntenraden zeer belangrijk om te weten of de cliënten voldoende informatie krijgen over de raad. Vraag 20 blijft dus behouden. Voor de overige vragen geldt dat zij allen relevant zijn en er conceptueel gezien ook weinig overlap tussen de vragen zit. Derhalve wordt besloten geen van de vragen van indicator 2.2 te schrappen.

Indicator 3.1 (alfa=0.88)

	ITC	alfa if deleted	belang
34. Gebeurt de verzorging op de juiste momenten en zo vaak als nodig is?	0,77	0,84	Onbekend
35. Gebeurt de verzorging op een manier die bij de bewoner past?	0,74	0,84	Onbekend
36. Ziet de bewoner er schoon en verzorgd uit?	0,71	0,85	3,57
39. Wordt incontinentiemateriaal tijdig verschoond?	0,69	0,86	3,74
40. Wordt het gebit van de bewoner goed verzorgd?	0,65	0,87	3,36

Voor de vragen 36, 39 en 40 geldt dat deze door vertegenwoordigers heel belangrijk worden gevonden. Van de overige twee vragen geldt voor vraag 34 dat dit eigenlijk twee vragen zijn en dat is voor respondenten vaak lastig te beantwoorden. Vraag 34 wordt derhalve verwijderd uit indicator 3.1. De alfa daalt wel wat, maar is nog steeds hoog.

Indicator 4.12 (alfa=0.91)

	ITC	alfa if deleted	belang
41. Gaan de zorgverleners zorgvuldig met de persoonlijke eigendommen van de bewoner om?	0,59	0,90	Onbekend
12. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?	0,65	0,90	3,36
42. Werken de verzorgenden en verpleegkundigen vakkundig?	0,75	0,89	3,58
43. Worden verpleegkundige handelingen goed verricht?	0,71	0,90	3,73
44. Stemmen de verschillende zorgverleners de zorg voor de bewoner goed op elkaar af?	0,72	0,90	3,54
46. Kunnen de verzorgenden en verpleegkundigen goed omgaan met de bewoners?	0,66	0,90	
47. Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van de ziekte(n) of gezondheidsproblemen van de bewoner?	0,73	0,90	3,62
48. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende rekening met wat de bewoner zelf wel en niet kan?	0,71	0,90	3,39
49. Worden de gezondheidsklachten van de bewoner serieus genomen door de zorgverleners?	0,72	0,90	3,53
51. Krijgt u goede informatie over medicijnen als de bewoner een middel krijgt dat hij/zij nog niet	0,56	0,91	2,89

Bij indicator 4.12 geldt voor vrijwel alle vragen dat ze door cliënten belangrijk worden gevonden en dat de cronbach's alfa voldoende blijft bij verwijdering. Voor de vragen 43 en 44 geldt daarnaast ook nog dat het zaken betreft die voor vertegenwoordigers moeilijk te beoordelen zijn (dit blijkt ook uit het percentage missings; respectievelijk 53% en 30%). De vragen 43 en 44 komen derhalve te vervallen. Vraag 47 komt ook te vervallen omdat de lading van deze vraag al grotendeels gedekt wordt met vraag 48 en 49.

Indicator 9.1 (alfa=0.85)

	ITC	alfa if deleted	belang
37. Kan de bewoner opstaan en naar bed gaan op tijden die bij hem/haar passen?	0,50	0,85	2,65
57. Is er voldoende toezicht in de huiskamer, gangen, liften, enz.?	0,67	0,81	3,63
32. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan de bewoner?	0,70	0,81	3,60
38. Wordt de bewoner tijdig geholpen wanneer hij/zij naar het toilet moet?	0,68	0,81	3,52
45. Is er voldoende personeel in huis?	0,68	0,81	3,67
50. Krijgt de bewoner snel hulp bij pijn of ziekte?	0,55	0,83	3,67

In eerste instantie komt vraag 37 in aanmerking voor verwijdering omdat dit door vertegenwoordigers minder belangrijk wordt gevonden en omdat de alfa niet daalt bij verwijdering van deze vraag. Echter, aangezien een veelgehoorde klacht is dat psychogeriatrische patiënten heel vroeg op bed worden gelegd – bijvoorbeeld wegens personeelstekort in de avonduren – blijft deze vraag gehandhaafd zodat dit zichtbaar blijft in het kwaliteitskader. Van de overige vragen daalt de alfa het minst voor verwijdering bij vraag 50. Voor vraag 50 geldt echter dat dit – voor zover het gaat om hulp door de medewerkers van de instelling – al wordt gedekt door andere vragen (32 en 45). En voor zover het gaat om hulp van buiten de instelling (bijvoorbeeld van de huisarts) is de instelling ook afhankelijk van de welwillendheid van zorgverleners van buitenaf. Derhalve wordt besloten vraag 50 te verwijderen.

De zorg thuis

Indicator 1.2 (alfa=0.78)

	ITC	alfa if deleted	belang
14. Hoe vaak beslist u mee over de inhoud van de thuiszorg die u krijgt?	0,52	0,75	3,06
15. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop u thuiszorg krijgt?	0,55	0,74	2,98
16. Hoe vaak beslist u mee over van wie (welke zorgverlener) u thuiszorg krijgt?	0,41	0,79	2,60
25. Staat de zorginstelling voldoende open voor uw wensen?	0,55	0,75	3,04
26. Hoe vaak reageert de zorginstelling naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachten?	0,52	0,75	3,07
27. Hoe vaak overleggen uw zorgverleners met u over wat er moet gebeuren?	0,55	0,74	2,96
28. Hoe vaak vragen uw zorgverleners of de zorg naar wens verloopt?	0,52	0,75	2,70

Op het eerste gezicht komt vraag 16 in aanmerking voor verwijdering omdat deze vraag door cliënten minder belangrijk wordt gevonden en de alfa daalt niet bij verwijdering. De aanwezige projectgroepleden geven echter aan deze te willen behouden. De vraag die na vraag 16 het minst belangrijk wordt gevonden door cliënten is vraag 27 en de alfa is nog steeds toereikend na verwijdering van deze vraag. Vraag 27 wordt derhalve verwijderd.

Indicator 2.2 (alfa=0.69)

	ITC	alfa if deleted	belang
18. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling voor u kan doen?	0,51	0,64	2,96
19. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over uw rechten?	0,57	0,62	3,03
20. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht?	0,48	0,64	2,99
21. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad?	0,44	0,64	
22. Zijn de brieven en brochures of folders van de zorginstelling voor u goed te begrijpen?	0,34	0,70	3,17
23. Weet u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt bij de zorginstelli	0,46	0,65	3,06

Besloten is om bij indicator 2.2 geen vragen te verwijderen omdat de vragen allemaal zeer relevant zijn en er conceptueel weinig overlap zit tussen vragen.

Indicator 4.12 (alfa=0.91)

	ITC	alfa if deleted	belang
12. Komt de zorginstelling de afspraken over de zorg goed na?	0,60	0,90	3,44
37. Stemmen de verschillende zorgverleners uw thuiszorg goed op elkaar af?	0,68	0,90	3,01
41. Werken de zorgverleners vakkundig?	0,72	0,90	3,45
42. Gaan de zorgverleners zelfstandig te werk?	0,66	0,90	3,27
44. Kunnen de zorgverleners verpleegkundige handelingen goed verrichten?	0,65	0,90	3,04
45. Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?	0,66	0,90	3,18
50. Werken de zorgverleners op uw manier?	0,63	0,90	2,56
58. Houden uw zorgverleners voldoende rekening met wat u zelf wel en niet kunt?	0,66	0,90	2,94
59. Letten of wijzen uw zorgverleners op veranderingen in uw gezondheid?	0,67	0,90	2,81
60. Letten of wijzen uw zorgverleners op een juist medicijngebruik?	0,54	0,91	2,62
61. Worden uw gezondheidsklachten serieus genomen door de zorgverleners?	0,69	0,90	3,00

Bij indicator 4.12 geldt voor vrijwel alle vragen dat ze door cliënten belangrijk worden gevonden en dat de cronbach's alfa voldoende blijft bij verwijdering. Vraag 37 komt te vervallen omdat de lading van deze vraag al voor een groot deel gedekt is met vraag 12 en omdat binnen indicator 9.1 ook al wordt gevraagd naar afstemming bij vervangende zorgverleners (vraag 40). Vraag 42 komt te vervallen omdat als verpleegkundigen vakkundig werken (vraag 41) ze vast ook zelfstandig zullen werken. Bij vraag 44 wordt gevraagd naar verpleegkundige handelingen. Uit de gegevens die voor de thuiszorg worden verzameld blijkt echter dat veel cliënten aangeven geen verpleegkundige of persoonlijke verzorging te ontvangen terwijl hier wel expliciet op wordt geselecteerd. Aangezien op grond hiervan te betwijfelen valt of cliënten verpleegkundige handelingen kunnen onderscheiden van andere zorg wordt vraag 44 verwijderd. Ten slotte komt vraag 50 te vervallen omdat dit door cliënten minder belangrijk wordt gevonden en ook al voor een groot deel wordt gedekt door indicator 1.2 (Ervaren inspraak en overleg).

Indicator 6.2 (alfa=0.75)

	ITC	alfa if deleted	belang
69. Kunt u zich met thuiszorg goed redden in het dagelijks leven?	0,47	0,71	3,26
70. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet?	0,54	0,70	3,10
71. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u dat wilt?	0,46	0,72	3,10
72. Schikken de tijdstippen en dagen waarop u thuiszorg krijgt?	0,36	0,73	2,85
74. Kunt u de dingen doen die u belangrijk vindt?	0,57	0,69	3,11
75. Kunt u komen waar u wilt in huis?	0,46	0,71	3,13
76. Kunt u komen waar u wilt buitenshuis?	0,43	0,73	3,07

Vraag 71 wordt verwijderd omdat bij vraag 72 al wordt gevraagd in hoeverre de tijdstippen en dagen van de thuiszorg schikken. De alfa blijft dan van een acceptabel niveau. Vraag 76 wordt verwijderd omdat dit al in grote mate wordt gedekt door de vragen 69, 70 en 74.

Indicator 7.1 (alfa=0.64)

	ITC	alfa if deleted	belang
66. Voelt u zich thuis in uw eigen woning?	0,30	0,63	3,47
80. Hoe vaak bent u ongerust?	0,31	0,63	2,85
81. Voelt u zich eenzaam?	0,42	0,58	2,75
82. Heeft uw zorgverlener voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?	0,50	0,54	2,87
83. Biedt uw zorgverlener voldoende emotionele ondersteuning als gesprekspartner of luisterend oor?	0,47	0,55	2,72

Bij verwijdering van vraag 80 daalt de Cronbach's alfa nauwelijks en cliënten vinden dit niet zo'n hele belangrijke vraag. Vraag 80 wordt verwijderd.

Indicator 8.2 (alfa=0.74)

	ITC	alfa if deleted	belang
51. Houden de zorgverleners zich goed aan de afgesproken werkzaamheden?	0,54	0,69	2,80
52. Houden de zorgverleners zich stipt aan de afgesproken tijden?	0,41	0,74	2,82
53. Gaan de zorgverleners vertrouwelijk met uw persoonlijke gegevens en privé-zaken om?	0,46	0,71	3,44
54. Gaan de zorgverleners zorgvuldig met uw spullen om?	0,57	0,68	3,20
55. Kunt u de zorgverleners volledig vertrouwen?	0,54	0,69	3,60
67. Voelt u zich veilig en op uw gemak in aanwezigheid van de zorgverlener(s)?	0,44	0,72	3,30

Vraag 52 wordt verwijderd omdat er in de vragenlijst en het kwaliteitskader al voldoende vragen zijn over tijdigheid en het nakomen van afspraken (zie vraag 12, 51 en 72). Vraag 53 wordt ook verwijderd omdat dit al gedekt wordt door vraag 55 en 67.

Indicator 9.1 (alfa=0.70)

	ITC	alfa if deleted	belang
35. Hoeveel verschillende zorgverleners komen er doorgaans in één maand bij u over de vloer?	0,27	0,74	
36. Wat vindt u van dit aantal verschillende zorgverleners dat bij u langskomt?	0,53	0,64	2,91
38. Wordt u op tijd ingelicht als een zorgverlener op een ander moment komt of uitvalt wegens ziekte of vakantie?	0,52	0,64	3,19
39. Wordt vervanging goed geregeld als een zorgverlener ziek of vrij is?	0,48	0,66	3,22
40. Zijn de vervangende zorgverleners goed op de hoogte van de uit te voeren taken en werkzaamheden?	0,50	0,65	3,14
48. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan u?	0,45	0,67	2,85
73. Wordt de thuiszorg gemakkelijk aangepast als u de zorg op een ander tijdstip of een andere dag wenst of nodig heeft?	0,34	0,70	3,15

Bij verwijdering van vraag 35 stijgt de alfa. Vraag 35 gaat over het aantal zorgverleners dat langs komt. Essentieel hierbij is niet zozeer het aantal zorgverleners op zich, maar hoe de cliënt dit aantal ervaart en dit laatste wordt gevraagd in vraag 36. Vraag 35 wordt derhalve verwijderd.

Referenties

Sixma H., Hendriks M., de Boer D. & Delnoij D., 2008. Handboek CQI metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument Deel 1: Steekproeftrekking en dataverzameling. Utrecht: CKZ

Wiegers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners. Utrecht: NIVEL.

BIJLAGE II

Interviewer effecten

De cliëntgebonden indicatoren uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg worden gemeten door meetbureaus die geaccrediteerd zijn door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). In de accreditatieprocedure wordt getoetst of meetbureaus werken conform de richtlijnen van de CQ-index (Sixma, H., Hendriks, M., Boer, D. de, & Delnoij, D., 2008) zodat de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de gegevens geborgd is. Het zou voor de resultaten van een verpleeg- of verzorgingshuis dus niet uit moeten maken wie de meting heeft uitgevoerd. Er zijn echter gevallen waarin het toch nog denkbaar is dat er systematische verschillen optreden tussen bijvoorbeeld meetbureaus. Binnen de meting in de VV&T bijvoorbeeld, worden intramurale patiënten die in staat zijn om vragen te beantwoorden geïnterviewd. Bij interviews is het denkbaar dat verschillen tussen meetbureaus, bijvoorbeeld wat betreft het profiel of de training van hun interviewers, leiden tot systematische verschillen in de resultaten die niet het gevolg zijn van verschillen tussen verpleeghuizen. Dit soort verschillen kunnen zich ook binnen meetbureaus afspelen, bijvoorbeeld wanneer er verschillen zijn in de werkwijze van interviewers binnen een meetbureau. In beide gevallen kan dit ten koste gaan van de vergelijkbaarheid. De richtlijnen van de CQ-index schrijven analysemodellen voor waarin het mogelijk is om te toetsen of er systematische verschillen bestaan tussen en binnen meetbureaus.

Het Handboek CQI Metingen schrijft voor dat vergelijkende analyses worden uitgevoerd met behulp van multi-level modellen. Binnen deze modellen wordt rekening gehouden met de hiërarchische structuur van de data. In het geval van de CQ-index voor bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen zijn patiënten bijvoorbeeld genest in huizen. Doorgaans worden CQ-index meetgegevens geanalyseerd in een model met twee niveaus. In het onderhavige voorbeeld zijn die niveaus het verpleeg- of verzorgingshuis en de patiënt. De variantie in gemeten patiëntervaringen wordt vervolgens binnen de analyses opgesplitst in een deel dat is toe te schrijven aan verschillen tussen patiënten en een deel dat is toe te schrijven aan verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. De proportie (%) van de variantie die is toe te schrijven aan verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de intra-class correlatie (ICC) genoemd. Echter, verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook weer genest binnen meetbureaus. Er is dus eigenlijk nog een derde niveau ‘meetbureau’. Wanneer we dit niveau toevoegen aan het model kunnen we ook de ICC voor meetbureaus berekenen. Deze ICC kan dan gelezen worden als de proportie van de variantie die is toe te schrijven aan verschillen tussen meetbureaus.

Tabel 1 toont de resultaten van vergelijkende analyses met drie niveaus voor interviews met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor deze analyses is gebruik gemaakt van gegevens 5142 patiënten verspreid over 199 verpleeg- en verzorgingshuizen. De gegevens zijn verzameld door negen meetbureaus. In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, ervaren gezondheid en verblijfsduur (de Boer, D., Damman, O. C., & Delnoij, D., 2008). Te zien is dat de ICC voor het niveau ‘meetbureau’ bij de meeste indicatoren nul is. Dit betekent dat er voor die indicatoren geen verschillen zijn tussen meetbureaus. Voor een aantal van de indicatoren is de ICC wel groter dan nul, maar in geen van de gevallen is de variantie op het niveau van meetbureaus significant. Dit heeft voor een deel waarschijnlijk te maken met het beperkte aantal meetbureaus dat in de analyses zat (n=9). Derhalve is het mogelijk dat voor een aantal indicatoren de variantie op het niveau meetbureau wel significant zou zijn als er meer meetbureaus in de analyse hadden gezeten. Kortom, hoewel de variantie op het niveau van meetbureaus niet significant is, blijven eventuele verschillen tussen meetbureaus voor enkele indicatoren toch een (klein) punt van aandacht.

Tabel 1 Proportie variantie op het niveau van meetbureaus in een model met drie niveaus: meetbureau, instelling en individu.

Indicator	ICC	χ^2 (1 df)
1.1 Ervaringen met zorg (behandel-) / leefplan en evaluatie	3,6 %	1,75
1.2 Ervaren inspraak en overleg	0,0%	-
2.1 Ervaren bejegening	0,0%	-
2.2 Ervaren informatie	2,7%	1,74
3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging	0,0%	-
3.2 Ervaringen met maaltijden	2,2%	1,60
4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	0,0%	-
5.1 Ervaren wooncomfort	0,0%	-
5.2 Ervaren sfeer	0,0%	-
5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)	1,9%	1,05
6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie	0,0%	-
6.2 Ervaren zelfstandigheid / autonomie	0,0%	-
7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	0,3%	0,67
8.1 Ervaren veiligheid woon- leefomgeving	0,2%	0,49
9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	0,0%	-

ICC = Intra klasse-correlatie

* $p < ,001$

Hoewel er geen systematische verschillen tussen meetbureaus lijken te zijn is het nog wel denkbaar dat er systematische verschillen zijn tussen interviewers. Om hier inzicht in te krijgen is er een niveau 'interviewer' toegevoegd aan het model¹. In tabel 2 staat per indicator drie keer een ICC voor variantie op het niveau van verpleeg- en verzorgingshuizen: voor een analyse met twee niveaus waarin geen rekening is gehouden met verschillen tussen meetbureaus of interviewers, voor een analyse waarin rekening is gehouden met verschillen tussen meetbureaus en voor een analyse waarin naast verschillen tussen meetbureaus ook rekening is gehouden met verschillen tussen interviewers. Te zien is dat rekening houden met verschillen tussen meetbureaus weinig uitmaakt: de ICC verandert niet of nauwelijks. Echter wanneer ook rekening wordt gehouden met verschillen tussen interviewers dalen de ICC's aanmerkelijk. Voor indicatoren 1.1, 1.2 en 4.12 is zelfs sprake van een halvering van de ICC voor het niveau van instellingen wanneer interviewers als niveau worden opgenomen in het model.

Het is natuurlijk mogelijk dat er verschillen zijn tussen interviewers in hun manier van werken die effect hebben op de antwoorden van cliënten. En dat een model waarin rekening wordt gehouden met interviewers leidt tot andere resultaten omdat hierin wordt gecorrigeerd voor verschillen in de manier van werken van interviewers. Deze conclusie is echter voorbarig omdat er ook een aantal beperkingen zitten aan het onderzoek. Eén van die beperkingen blijkt uit de data zelf waarin te zien is dat vele organisatorische eenheden maar door één a twee interviewers worden bezocht (zie figuur 1a). Tegelijkertijd bezochten de interviewers in de onderhavige dataset maar een beperkt aantal eenheden (zie figuur 1b). Beide fenomenen kunnen als gevolg hebben dat verschillen tussen organisatorische eenheden in de analyses worden toegeschreven aan de interviewers. Interviewer effecten worden dan overschat. Daarnaast is het denkbaar dat cliënten niet random worden verdeeld over interviewers. Als dat het geval zou zijn, dan is het denkbaar dat interviewers verschillende patiëntengroepen interviewen die ook verschillende ervaringen hebben. In de analyses kan dit onterecht worden toegeschreven aan interviewers. Om meer zicht te krijgen op eventuele beperkingen en verklaringen voor de gevonden resultaten zijn de uitkomsten besproken tijdens een bijeenkomst met meetbureaus.

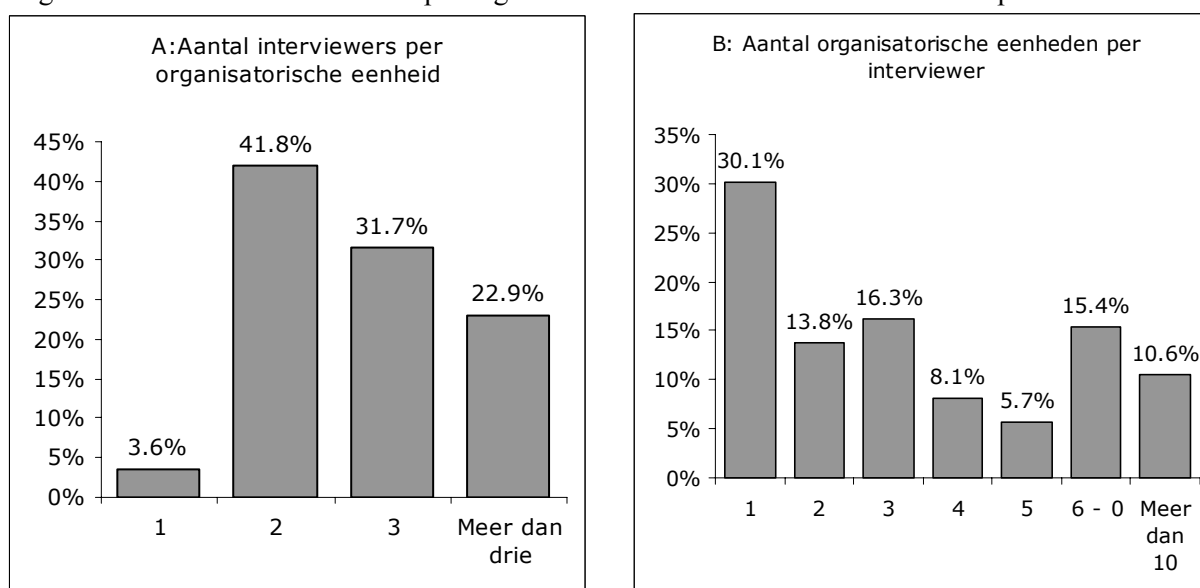
¹ Deze toevoeging levert een bijzondere vorm van nesting op: patiënten zijn genest binnen interviewers én binnen instellingen. Instellingen zijn echter niet netjes genest binnen interviewers, want er gaan vaak meerdere interviewers naar een instelling. En interviewers zijn ook niet netjes genest binnen instellingen, want zij interviewen bij meerdere instellingen. Deze vorm van nesting wordt ook wel 'cross-classified' genoemd.

Tabel 2 Proportie variantie op het niveau van instellingen in een model met vier niveaus: meetbureau, interviewer, instelling en individu.

Indicator	Geen rekening houdend met verschillen tussen meetbureaus		Rekening houdend met verschillen tussen meetbureaus		Rekening houdend met verschillen tussen meetbureaus én interviewers	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
1.1 Ervaringen met zorg (behandel-) / leefplan en evaluatie	14,8%	53,63*	11,9 %	46,32*	4,2%	
1.2 Ervaren inspraak en overleg	12,0%	51,78*	12,0%	51,78*	5,1%	
2.1 Ervaren bejegening	8,5%	48,07*	8,5%	48,07*	4,7%	
2.2 Ervaren informatie	10,7%	51,72*	9,4%	46,91*	6,9%	
3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging	8,7%	42,86*	8,7%	42,86*	4,7%	
3.2 Ervaringen met maaltijden	11,0%	56,06*	10,1%	52,15*	9,5%	
4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	9,0%	47,29*	9,0%	47,29*	3,8%	
5.1 Ervaren wooncomfort	10,0%	53,20*	10,0%	53,20*	8,3%	
5.2 Ervaren sfeer	11,5%	56,33*	11,5%	56,33*	6,9%	
5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)	24,5%	78,17*	22,6%	74,31*	21,5%	
6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie	14,7%	62,46*	14,7%	62,46*	9,7%	
6.2 Ervaren zelfstandigheid / autonomie	21,5%	75,14*	21,5%	75,14*	16,7%	
7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	5,6%	35,73*	5,4%	33,57*	3,8%	
8.1 Ervaren veiligheid woon- leefomgeving	4,0%	25,85*	3,8%	24,03*	1,9%	
9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	14,3%	61,51*	14,3%	61,51*	7,6%	

ICC = Intra klasse-correlatie
 $p < ,001$

Figuur 1 A+B: aantal interviewers per organisatorische eenheid en aantal eenheden per interviewer



In gesprek met de meetbureaus kwamen een aantal mogelijke verklaringen voor de resultaten naar voren:

- Meetbureaus gaven aan dat interviewers soms per gang werken (interviewer A doet de begane grond, interviewer B de eerste verdieping). Het is aannemelijk dat patiënten op de begane grond andere ervaringen rapporteren, bijvoorbeeld omdat zij andere zorg nodig hebben, of omdat op de begane grond andere zorgverleners werken. Dit kan verklaren waarom er verschillen worden gevonden tussen interviewers.
- Interviewers bedienen vaak een bepaalde regio. Het is onduidelijk of er onder cliënten regionale verschillen bestaan in ervaren kwaliteit van zorg. Maar als deze verschillen zouden bestaan kunnen ze in de onderhavige analyses naar voren komen als een interviewereffect.
- Ook komt het voor dat respondenten zich soms moeilijk voegen naar de antwoordcategorieën van de vraag. De respondent antwoordt dan bijvoorbeeld met 'ja' of 'nee', terwijl de antwoordcategorieën nooit-soms-meestal-altijd zijn. In dat soort situaties bestaat het risico van een interpretatieslag waarbij de interviewer de antwoorden van de cliënt vertaalt naar de antwoordcategorieën in de vragenlijst. Eén van de aanwezigen had hier onder de eigen interviewers al eens naar gekeken en constateerde dat er systematische verschillen waren tussen interviewers in de vertaalslag in dit soort situaties.

De verklaringen van meetbureaus omvatten dus ook voor een belangrijk deel fenomenen die in de analyses mogelijk aan interviewers worden toegeschreven, maar in werkelijkheid geen gevolg zijn van de manier waarop verschillende interviewers interviewen. Maar tegelijkertijd zijn er ook verklaringen die duiden op verschillen in de manier van interviewen, m.n. wat betreft de interpretatie van onduidelijke antwoorden van cliënten.

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

Samenvattend suggereren de resultaten een invloed van interviewers, maar zijn er nog teveel methodische kanttekeningen om hier conclusies aan te kunnen verbinden. Vooralsnog zijn er op grond van de data zelf en op grond van gesprekken met meetbureaus gegronde redenen om aan te nemen dat de interviewereffecten in de huidige analyses fors zijn overschat. Toekomstig beleid zou er enerzijds op gericht moeten zijn om eventuele interviewereffecten te minimaliseren én anderzijds de methodische problemen moeten aanpakken zodat eventuele interviewereffecten in de toekomst beter kunnen worden vastgesteld. Hiertoe doen we de volgende suggesties:

- De richtlijnen voor het doen van interviews dienen verder te worden aangescherpt op de volgende punten:
 - een organisatorische eenheid dient door minimaal 3 interviewers te worden bezocht;
 - cliënten dienen random te worden verdeeld over interviewers;
 - een interviewer mag alleen antwoorden accepteren binnen de antwoordcategorieën;
 - indien cliënten zich niet kunnen / willen conformeren aan de antwoordcategorieën bij een bepaalde vraag, dan wordt de vraag als niet beantwoord beschouwd. En als een cliënt herhaaldelijk antwoord buiten de antwoordcategorieën, dan dient het interview te worden afgebroken.

Deze punten zouden zo mogelijk nog explicieter in de accreditatieprocedure en in steekproefsgewijze controles van meetbureaus moeten worden opgenomen.

Referenties

de Boer, D., Damman, O. C., & Delnoij, D. (2008). Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Sixma, H., Hendriks, M., Boer, D. d., & Delnoij, D. (2008). Handboek CQI Metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Utrecht: CKZ

Wieggers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners. Utrecht: NIVEL.

BIJLAGE III

Casemixcorrectie bij de CQI vertegenwoordigers van bewoners: correctie voor achtergrondkenmerken van de bewoner of de vertegenwoordiger?

In de huidige correctie bij de CQI vertegenwoordigers van bewoners wordt primair gecorrigeerd voor de achtergrondkenmerken van de bewoners, terwijl in alle andere CQ-index vragenlijsten gecorrigeerd wordt voor de achtergrondkenmerken van degene die de lijst invult (de vertegenwoordiger in dit geval). De bedoeling is dat als degene die de lijst invult systematisch positiever of negatiever is dan de gemiddelde respondent, dit wordt ondervangen door een correctie. Ter illustratie: uit internationaal onderzoek is veelvuldig gebleken dat ouderen zorg positiever beoordelen dan jongeren. Een instelling die zorg levert van een gemiddelde kwaliteit maar relatief veel ouderen behandelt zou dan ten onrechte toch een bovengemiddelde beoordeling krijgen. Middels een correctie voor leeftijd wordt dit ondervangen. In het licht van voorgaande illustratie ligt het dus voor de hand om in ieder geval enkele achtergrondkenmerken van de vertegenwoordiger zelf mee te nemen.

In de periode oktober / december hebben twee meetbureaus op verzoek van het CKZ vier vragen toegevoegd aan de CQI voor vertegenwoordigers van bewoners. Deze vragen betroffen de leeftijd, opleiding, het geslacht en de ervaren gezondheid van de vertegenwoordiger. Dit heeft geleid tot een databestand met daarin van 150 vertegenwoordigers de antwoorden op de vragen uit de vragenlijst en de achtergrondkenmerken van de vertegenwoordiger zelf. Conform de procedures voor de landelijke meting zijn voor iedere respondent de indicatorscores berekend. Vervolgens zijn voor iedere indicator twee regressiemodellen geschat: één model met daarin alleen de casemixadjusters die in de huidige casemixadjustment worden gebruikt en een model met voornoemde casmixadjusters plus de variabelen leeftijd, geslacht opleiding en ervaren gezondheid van de vertegenwoordiger.

In tabel 1 zijn de coëfficiënten en de verklaarde varianties weergegeven voor twee regressiemodellen voor de verschillende indicatoren. Wanneer we kijken naar de modellen met alleen de casemixadjusters die momenteel worden toegepast, dan zien we dat voor de adjusted R^2 geldt dat deze in een aantal gevallen negatief is. Dit betekent dat de variantie die door het model wordt verklaard lager is dan op basis van toeval mag worden verwacht. De resultaten voor de modellen komen verder in grote lijnen overeen met de resultaten uit de pilot (Wiegers et al., 2007): de coëfficiënten zijn veelal niet significant, de verklaarde variantie is in geen enkel geval significant en voor vrijwel alle indicatoren ook zeer beperkt te noemen.

Wanneer we kijken naar de modellen waarbij de achtergrondkenmerken van de vertegenwoordigers zijn toegevoegd, dan valt op dat de adjusted R^2 doorgaans wat hoger is en in één geval is deze ook significant (zie tabel 1, indicator 1.1). Wanneer we kijken naar de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten is te zien dat ook deze in de meerderheid van de gevallen niet significant zijn. Echter, van de coëfficiënten die wel significant zijn valt op dat de leeftijd, opleiding en gezondheid van de vertegenwoordigers meerdere keren significant zijn. De overige variabelen zijn voor geen enkele, of voor één indicator significant. Op grond van deze gegevens lijkt het zinvol ook achtergrondkenmerken van vertegenwoordigers uit te vragen, met name hun leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid. Het effect van correctie voor deze kenmerken op verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen dient vervolgens nader te worden bekeken in een grote dataset met gegevens over minimaal 20 verschillende huizen (Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008)

Tabel 1: Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van (potentiële) casemixadjusters bij de vragenlijst voor vertegenwoordigers van bewoners

	Indicator*																
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	4.12	4.13	5.1	5.2	5.3	6.1	7.1	8.1	8.2	9.1
Model 1 huidige casemixadjusters																	
Soort Vertegenwoordiger	-0.141	0.064	0.051	0.097	0.102	-0.025	0.077	0.086	-0.054	0.036	0.094	0.061	0.092	0.135	0.067	0.035	0.01
Verblijfsduur	0.174	0.143	0.14	-0.024	-0.011	0.099	0.251	0.08	-0.036	0.053	0.079	0.076	0.094	0.081	0.146	0.005	0.158
Leeftijd Bewoner	-0.004	-0.027	0.001	-0.068	0.019	-0.158	-0.103	-0.06	0.163	0.022	-0.217	-0.073	-0.139	-0.163	-0.07	-0.102	0.046
Opleiding bewoner	-0.014	0.174	0.211	0.098	0.177	0.091	0.159	0.176	0.285	0.136	0.019	-0.156	0.169	0.012	0.16	-0.033	0.053
R ²	0.01	0.003	0.018	-0.019	-0.008	-0.003	0.045	-0.004	-0.024	-0.023	0.005	-0.013	0.003	-0.005	0.007	-0.042	-0.017
Model 2: kenmerken vertegenwoordigers toegevoegd																	
Soort Vertegenwoordiger	0.054	0.044	-0.038	0.073	0.023	-0.2	0.136	0.005	-0.127	0.04	0.057	-0.001	0.037	0.035	0.046	0.085	0.023
Verblijfsduur	0.13	0.162	0.173	0.005	0.034	0.177	0.28	0.129	-0.121	0.094	0.076	0.096	0.102	0.106	0.144	0.025	0.153
Leeftijd Bewoner	-0.18	0.051	0.157	-0.063	0.11	0.038	-0.068	0.02	0.303	0.063	-0.122	0.006	-0.028	-0.05	0.001	-0.068	0.053
Opleiding bewoner	0.116	0.135	0.127	-0.004	0.08	0.037	0.134	0.054	0.225	0.005	0.109	-0.218	0.101	-0.071	0.117	-0.117	0.098
Geslacht Vertegenwoordiger	-0.086	0.043	0.173	0	0.04	0.024	0.005	0.008	0.227	0.035	0.019	-0.045	0.052	0.138	0.075	0.107	-0.014
Opleiding vertegenwoordiger	-0.273	0.133	0.206	0.192	0.215	0.186	0.151	0.269	0.151	0.288	-0.124	0.157	0.177	0.172	0.128	0.216	-0.061
Leeftijd vertegenwoordiger	0.357	-0.106	-0.236	-0.007	-0.176	-0.34	0.014	-0.155	-0.171	-0.02	-0.177	-0.149	-0.117	-0.211	-0.067	0.035	-0.004
Gezondheid vertegenwoordiger	-0.016	0.221	0.203	-0.02	0.083	0.165	0.296	0.088	0.063	0.187	0.238	0.161	0.203	0.058	0.121	0.197	0.073
R ²	0.136	0.007	0.075	-0.031	0.007	0.053	0.08	0.023	-0.07	-0.001	0.047	-0.014	0	0.014	-0.019	-0.034	-0.06

* De nummers van de indicatoren corresponderen met die uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg (Stuurgroep verantwoorde zorg VV&T, 2007)
 Vetgedrukt betekent significant (p<.05)

Referenties

Sixma H., Hendriks M., de Boer D. & Delnoij D (2008). Handboek CQI metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument Deel 1: Steekproeftrekking en dataverzameling. CKZ, Utrecht

Stuurgroep verantwoorde zorg VV&T (2007). Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Stuurgroep Verantwoorde Zorg, Utrecht.

Wiegers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, M. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners. Utrecht: NIVEL.

