

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap,  
Universiteit Twente, Enschede

# **Zorgallocatie in het verzorgingshuis: Huisarts versus verpleeghuisarts**

Een onderzoek naar de kwaliteit van de eerstelijns huisartsenzorg  
aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen aan  
verzorgingshuisbewoners van Trivium zorggroep Twente

In opdracht van:

Trivium zorggroep Twente,  
Hengelo

Door:  
Miriam van Wijk  
Enschede, oktober 2006

Afstudeercommissie:  
Dr. E. Taal (Universiteit Twente)  
Dr. H. Boer (Universiteit Twente)  
J. van der Wal, begeleider Trivium zorggroep Twente



Afstudeerscriptie voor de opleiding  
Toegepaste Communicatiewetenschap  
Universiteit Twente, Enschede

In opdracht van:  
Trivium zorggroep Twente,  
Hengelo

Datum:  
Oktober 2006,

Auteur:  
Miriam van Wijk

Afstudeercommissie:  
dr. E. Taal (Universiteit Twente)  
dr. H. Boer (Universiteit Twente)  
J. van der Wal, begeleider Trivium zorggroep Twente



---

## Samenvatting

In verband met de vervanging van een bestaand verzorgingshuis door een nieuw gezondheidszorgcomplex en de hieraan verwante, noodzakelijke, tijdelijke verhuizing van de betreffende verzorgingshuisbewoners, is binnen Trivium zorggroep Twente de situatie ontstaan dat de traditionele eerstelijns huisartsenzorg van de betrokken bewoners tijdelijk wordt aangeboden door de dienstdoende verpleeghuisartsen. Zij werken als waarnemend huisarts en hebben de volledige huisartsenzorg van de verzorgingshuisbewoners overgenomen. Door het vernieuwende karakter van de ontstane situatie en met het oog op de toekomstige terugkeer van de bewoners naar het nieuwe zorgcomplex, is binnen de organisatie van Trivium de vraag ontstaan hoe de toekomstige allocatie van de huisartsenzorg het beste kan worden afgestemd op de behoeftes van de verzorgingshuisbewoners. Enerzijds hebben de betrokken huisartsen veelal door de lange relatie een hechte band met de bewoners. Anderzijds is de ouderenzorg juist de specialisatie van een verpleeghuisarts. Tevens spelen de huidige maatschappelijke ontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging, zoals ontschotting en toenemende samenwerking tussen beide types instellingen, een rol bij het behandelen van het vraagstuk over de allocatie van de huisartsenzorg.

In opdracht van Trivium zorggroep Twente is een vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van de eerstelijns huisartsenzorg, enerzijds aangeboden door huisartsen en anderzijds door verpleeghuisartsen aan de verzorgingshuisbewoners van Trivium, uitgevoerd. Daarbij is ook gekeken hoe het oordeel van de kwaliteit zich vertaalt in de mate van tevredenheid over de geboden eerstelijns zorg. De onderzoekspopulatie is verbreed door ook verzorgingsmedewerkers te betrekken bij het onderzoek. Uit het vooronderzoek bleek deze groep een belangrijke schakel te zijn, vooral met betrekking tot de communicatie tussen artsen en cliënten en daarmee ook met betrekking tot de continuïteit van de zorgverlening. De betrokken huisartsen en verpleeghuisartsen zijn benaderd om een invulling te geven aan een eventuele toekomstige samenwerking.

Een literatuurstudie is verricht om inzicht te krijgen in de definiëring en operationalisering van de kwaliteit en tevredenheid van de zorg. Hieruit bleek het SERVPERF- model geschikt te zijn. Het vooronderzoek, bestaande uit tien diepte-interviews, leverde de concrete invulling voor het hoofdonderzoek. De zes kwaliteitsdimensies die binnen het hoofdonderzoek gebruikt werden waren: betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit, inlevingsvermogen, multidisciplinaire aanpak en het zorgdossier. Voor de uitvoering van het hoofdonderzoek zijn vragenlijsten ontwikkeld. De vragenlijsten zijn zo opgesteld dat op basis van de genoemde kwaliteitsdimensies een vergelijking kon worden gemaakt tussen de kwaliteit van de zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen. Het hoofdonderzoek is uitgevoerd onder 66 cliënten, 27 verzorgingsmedewerkers, zeven huisartsen en drie verpleeghuisartsen.

Uit de resultaten van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de cliënten zowel voor wat betreft de verschillende kwaliteitsdimensies als de mate van tevredenheid het positiefst zijn over de huisarts. Bij de cliënten blijkt vaak de langdurige band en het vertrouwen dat zij hebben opgebouwd met de huisarts een belangrijke rol te spelen. De verzorgingsmedewerkers blijken voor wat betreft de kwaliteitsdimensies een iets hogere score aan de verpleeghuisarts toe te kennen, al zijn een groot deel van deze verschillen niet significant. De verzorgingsmedewerkers zijn echter het meest tevreden over de huisarts, al zijn ook deze verschillen niet significant. Bij zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers worden de verschillende aspecten aangaande de responsiviteit van de verpleeghuisarts slecht beoordeeld. Het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts wordt echter significant hoger gewaardeerd.

Geconcludeerd kan worden dat de cliënten een grote voorkeur hebben voor de huisarts. De verzorgingsmedewerkers hebben, daarentegen, een minder uitgesproken voorkeur. Vooral het verbeteren van aspecten met betrekking tot de responsiviteit van de verpleeghuisarts, zoals de beschikbaarheid en bereikbaarheid, het snel kunnen komen bij spoedgevallen en het kunnen maken van een afspraak dienen ter aanbeveling. Tevens kan het verbeteren van het gebruik van het zorgdossier door de huisarts worden aanbevolen. De betrokken (verpleeg)huisartsen zijn welwillend voor wat betreft een toekomstige samenwerking. Hierbij staan vooral de wederzijdse aanvulling en afstemming van kennis centraal. Dit zal volgens de betrokken artsen het beste tot stand kunnen komen via structurele overleggen. Een andere aanbeveling is het bieden van consultmogelijkheden bij de verpleeghuisarts voor cliënten die de zorg ontvangen van de huisarts. Het hanteren van korte lijnen, die de mogelijkheid bieden tot snellere consultatie,

de allocatie van één vaste verpleeghuisarts en de aanwezigheid van huisartsen in het woongebouw van de cliënten, zijn eveneens aan te bevelen.

---

## Abstract

Due to the replacement of an existing nursing – home by a new healthcare facility and the corresponding necessary temporary relocation of its inhabitants, a situation was created within Trivium zorggroep Twente where the traditional first line medical care of the residents is offered by nursing – home doctors. These doctors act as the performing general practitioners and have taken over the complete care of the nursing – home inhabitants. Because of the renewing character of this situation and the future return of the residents to the new facility, questions concerning the allocation of the first line medical care in accordance with the needs of the clients arose within the organisation of Trivium. On the one hand the general practitioners have a long and firm relationship with their clients. On the other hand, though, the nursing – home doctors are specialized in the issues concerning the medical care of elderly people. Furthermore, current developments within the medical society, such as the blurring of the differences between and the increasing collaboration of nursing – homes and institutions offering housing for the elderly, play a role when tackling the questions concerning the allocation of the first line medical care.

By order of Trivium zorggroep Twente a qualitative study of the first line medical care offered, on the one hand by general practitioners and on the other hand by nursing – home doctors, to the inhabitants of the nursing – home of Trivium, has been conducted. In this study a closer look is also given to the way in which the judgement of the quality of the provided care translates into the level of satisfaction with regards to the offered first line medical care. The research – population is broadened by also including nursing – home personnel. Preliminary studies have shown that this group forms an important link, especially with regards to the communication between doctor and client and thus also with regards to the continuity of the provided healthcare.

A literature study was carried out to gain insight into definitions and operationalisations associated with the quality and satisfaction related to healthcare. Based on this study the SERVPERF – model proved to be suitable. The preliminary analysis, consisting of ten in – depth interviews, yielded concrete results, applicable to the main study. The six dimensions of quality used in this main research were: reliability, assurance, responsiveness, empathy, multidisciplinary treatment and the medical dossier. For the main study questionnaires were developed. These were made up in such a way that, based on the mentioned dimensions of quality, a comparison of the quality of the healthcare provided by the general practitioners and nursing – home doctors could be made. The study was carried out on 66 clients, 27 nursing - home employees, seven general practitioners and three nursing – home doctors.

From the results of the research described in this report it can be concluded that, with regards to the different dimensions of quality and the level of satisfaction, the clients are more positive about the general practitioner. The long – term relationship with and subsequent built up level of trust concerning the general practitioner appear to play an important role. Concerning the dimensions of quality, the nursing – home employees generally rate the nursing – home doctors a bit higher, although most of the differences are not significant. They are, however, the most satisfied about the general practitioners. These differences are, however, also mostly insignificant. The different issues concerning the responsiveness of the nursing – home doctor are rated poorly by both the clients as well as the nursing – home employees. The use of a medical dossier by the nursing – home doctor is, in contrast, rated significantly higher.

It can be concluded that the clients have a large preference for the general practitioner. The nursing – home employees have, however, a less distinct preference. Especially issues concerning the responsiveness of the nursing – home doctor, such as the availability and attainability, the ability to quickly respond in case of emergencies and the availability for the scheduling of appointments, are subjects for improvement. Furthermore, an improvement in the use of the medical dossier by the general practitioners can be recommended. The involved doctors are positively minded concerning a future collaboration. Supplementing and fine – tuning of the mutual knowledge should play a central role in this collaboration. According to the doctors this can be achieved via structural meetings. Offering the possibility of consultation with a nursing – home doctor to patients of a general practitioner is another recommendation. Furthermore, maintaining short lines, which allow for faster consultation, the allocation of a personal nursing – home doctor and the availability of general practitioners within the residence of the clients can be recommended.

## Managementsamenvatting

Dit onderzoek ging in op de vraag hoe de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg, aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen, ervaren wordt door verzorginghuisbewoners en verzorgingsmedewerkers van Trivium zorggroep Twente. Door de tijdelijke woonsituatie in het Intermedium van Trivium ontvangen de verzorgingshuisbewoners tijdelijk de eerstelijns huisartsenzorg van verpleeghuisartsen van Trivium in plaats van de eigen huisarts. Deze nieuwe ontstane situatie met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg was voor Trivium aanleiding om de kwaliteit van de zorg, gebaseerd op de oordelen van de cliënten en verzorgingsmedewerkers, te onderzoeken. Dit onderzoek had ten grondslag een vergelijking van de kwaliteit van en tevredenheid over de zorg geboden door huisartsen en verpleeghuisartsen te meten. Op basis van de resultaten kan advisering over de toekomstige allocatie van de huisartsenzorg voor de verzorgingshuisbewoners in het nieuwe zorgcomplex plaatsvinden.

Allereerst is een literatuurstudie verricht om inzicht te krijgen in de definiëring en operationalisering van de kwaliteit en tevredenheid van de zorg. Hieruit bleek het SERVPERF- model een geschikte te zijn. Om een juiste invulling te geven aan dit model, in de context van Trivium zorggroep Twente, is eerst een vooronderzoek gehouden. Het vooronderzoek bestond uit diepte- interviews met twee verpleeghuisartsen, één huisarts, twee verzorgingsmedewerkers, vier cliënten en één unit- hoofd. De zes kwaliteitsdimensies en de invulling die hieruit naar voren kwamen en gebruikt werden in het hoofdonderzoek waren: betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit, inlevingsvermogen, multidisciplinaire aanpak en het zorgdossier. Het hoofdonderzoek bestond uit vragenlijsten. De vragenlijsten zijn zo opgesteld dat op basis van de genoemde kwaliteitsdimensies een vergelijking kon worden gemaakt tussen de kwaliteit van de zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen. Het hoofdonderzoek is uitgevoerd onder 66 cliënten, 27 verzorgingsmedewerkers, zeven huisartsen en drie verpleeghuisartsen. De vragenlijsten voor de cliënten zijn persoonlijk afgenomen. De vragenlijsten voor de verzorgingsmedewerkers zijn in de postvakjes van de betreffende medewerkers gedeponereerd en de vragenlijsten van de huisartsen en verpleeghuisartsen zijn per post toegestuurd.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de cliënten een grote voorkeur hebben voor de huisarts. Omtrent alle aspecten van de kwaliteit van de zorgverlening beoordelen zij de huisarts significant positiever. Ook de mate van tevredenheid scoort bij de huisarts significant hoger. Bij de verzorgingsmedewerkers bleek bij de kwaliteitsdimensies een lichte voorkeur te zijn voor de verpleeghuisarts, al waren de meeste verschillen niet significant, met uitzondering van het zorgdossier waarvan de verzorgingsmedewerkers van mening zijn dat de verpleeghuisarts het beter gebruikt dan de huisarts. De verzorgingsmedewerkers zijn, daarentegen, wel tevreden over de huisarts. Deze verschillen zijn echter ook niet significant. Zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers zijn niet positief over de responsiviteit van de verpleeghuisarts. Juist de responsiviteit blijkt volgens de cliënten en verzorgingsmedewerkers veel invloed te hebben op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Bij de cliënten bestaat verder een relatie tussen de betrouwbaarheid en de zorgzaamheid van de huisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Opvallend is dat bij de cliënten geen samenhang blijkt te bestaan tussen de kwaliteitsdimensies gemeten bij de verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Bij de verzorgingsmedewerkers bleek, naast de responsiviteit, een relatie te bestaan tussen het inlevingsvermogen van de huisarts, het gebruik van het zorgdossier door de huisarts en verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Tot slot is bij de cliënten gekeken welke kenmerken samenhangen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Bij de cliënten blijken drie factoren samen te hangen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts, namelijk: het aantal jaren dat de cliënt ingeschreven is (geweest) bij de huisarts, de mate waarin de cliënt zorg heeft ontvangen van de huisarts en de band die de cliënt heeft met de huisarts. Tot slot lijken alle betrokken (verpleeg)huisartsen welwillend voor wat betreft een toekomstige samenwerking te staan met betrekking tot de zorg aan de verzorginghuisbewoners. Dit geldt volgens hen vooral voor cliënten met complexe geriatrische klachten. Volgens de artsen staan de aanvulling en afstemming van elkaars kennis centraal bij de samenwerking en zal deze het beste tot stand kunnen komen door structurele overleggen

Het onderzoek wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen gericht op de toekomstige allocatie van de cliënten aan de (verpleeg)huisartsen in het nieuwe gezondheidszorgcomplex het Dijkhuis in Borne. Bij de aanbevelingen dient echter als kanttekening te worden gemaakt dat de meeste cliënten op basis van de

---

langdurige relatie die zij hebben met de huisarts, waardoor vaak een goede vertrouwensband is opgebouwd, voorkeur hebben voor hun eigen huisarts. Bij een eventuele samenwerking en afstemming van de zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen kunnen onderstaande aanbevelingen een handreiking zijn:

- De bereikbaarheid van de verpleeghuisarts kan verbeterd worden. Cliënten geven aan zelf geen afspraak te kunnen maken; dit gebeurt via de verzorging. Cliënten weten zo niet hoe ze zelf de verpleeghuisarts kunnen bereiken. Cliënten zouden hierover meer duidelijkheid willen, graag zelf afspraken willen maken en de verpleeghuisarts kunnen bereiken wanneer zij dat wenselijk achten.
- De beschikbaarheid van de verpleeghuisarts voor het maken van een afspraak kan verbeterd worden. Zowel cliënten en verzorgingsmedewerkers geven aan dat het maken van een afspraak bij de verpleeghuisarts niet eenvoudig is. Een aanbeveling is om de ‘wachtijd’ op een afspraak voor de cliënten te verkorten. Wellicht dat in de toekomst meerdere (verpleeg)huisartsen ingezet kunnen worden om in de zorgvraag te voorzien.
- De cliënt mist het directe contact met de verpleeghuisarts, bijvoorbeeld door het zelf kunnen maken van een afspraak of bellen naar een telefonisch spreekuur. Ook hebben cliënten het gevoel dat de zorg vaak via de verzorging of het zorgdossier loopt. Een aanbeveling zou kunnen zijn om cliënten meer in de gelegenheid te stellen persoonlijk contact op te nemen met de verpleeghuisarts en de cliënt beter te betrekken bij zijn/haar zorgverlening.
- De huisarts kan duidelijker rapporteren in het zorgdossier. Door onduidelijke rapportage, vaak door een slordig handschrift, geven verzorgingsmedewerkers aan dat zij moeten ‘gokken’ wat er staat. Dit kan tot fouten leiden met betrekking tot de zorgverlening.
- De huisarts kan vollediger rapporteren in het zorgdossier.
- De huisarts kan het zorgdossier als een beter communicatiemiddel gebruiken naar de verzorging toe.
- Het in de toekomst handhaven van multidisciplinaire overleggen. Dit in samenwerking met de betrokken huisartsen. Volgens de verzorgingsmedewerkers dragen deze overleggen bij aan een beter totaalbeeld dat de arts krijgt van de cliënt.

Wanneer in de toekomst huisartsen en verpleeghuisartsen de zorg aan verzorgingshuisbewoners samen willen aanbieden, kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden:

- Consultmogelijkheden voor de verpleeghuisarts bij cliënten die de zorg ontvangen van de huisarts.
- Korte lijnen hanteren die de mogelijkheid geven voor snellere consultatie.
- Eén vaste verpleeghuisarts.
- Aanwezigheid van huisartsen in het woongebouw van de cliënten.
- Structurele overleggen tussen huisarts en verpleeghuisarts.

## Voorwoord

• Met deze punt zet ik een punt achter mijn afstudeeronderzoek bij Trivium zorggroep Twente en achter mijn mooie studententijd. Een tijd die ik achteraf nooit had willen missen, een tijd waarin ik veel nieuwe mensen heb leren kennen, een tijd die veel te snel is gegaan, maar ook een tijd waarin ik veel geleerd heb.

Na het afronden van mijn stage in februari 2006 brak de laatste fase van mijn studie aan: het zoeken naar een leuke afstudeeropdracht. Al gauw hoorde ik dat Trivium zorggroep Twente van plan was een kwaliteitsonderzoek uit te voeren over de eerstelijns huisartsenzorg bij haar cliënten. Ik besloot op deze opdracht te reageren om twee redenen: De opdracht paste mijns inziens goed bij mijn specialisatie in de gezondheidscommunicatie en voorlichting en, ten tweede, genoot een onderzoek binnen een non – profit organisatie als een afstudeeropdracht mijn voorkeur. Na enkele leuke gesprekken besloot ik deze opdracht uit te gaan voeren en in april 2006 ben ik begonnen bij Trivium. Zelf heb ik de opdracht iets breder gemaakt door naast het kwaliteitsonderzoek bij de cliënten ook de verzorgingsmedewerkers te betrekken. Al gauw kwam ik erachter dat zij een belangrijke schakel zijn, vooral met betrekking tot de communicatie tussen artsen en cliënten.

Inmiddels is het najaar 2006, ben ik veel ervaringen rijker en ligt het definitieve afstudeerverslag voor mij. Hiervoor wil ik een aantal mensen bedanken. Ten eerste had deze afstudeerscriptie niet tot stand kunnen komen zonder de mogelijkheden die Trivium zorggroep Twente mij geboden heeft. Ik wil Jos van der Wal, mijn interne begeleider van Trivium, voor zijn inzet en begeleiding bedanken. Daarnaast wil ik alle medewerkers en cliënten van Trivium, die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek, bedanken voor hun inzet. In het bijzonder Marian de Lange, bij wie ik altijd terecht kon voor vragen en wie een belangrijk en leuk aanspreekpunt is binnen het Intermedium. Veelal dankzij haar hulp en praktische oplossingen kon ik verder werken. Ten tweede wil ik Erik Taal en Henk Boer (Universiteit Twente) bedanken voor hun tijd, begeleiding, kritische opmerkingen en nuttige adviezen.

In het bijzonder wil ik mijn ouders en vriend bedanken voor hun steun en toeverlaat. Pap en mam, bedankt voor alle goede zorgen en vertrouwen en dat ik de kans heb gekregen om te mogen studeren. Mede door jullie ben ik zover gekomen. Aico, bedankt voor jouw geduld, goede adviezen, opbeurende gesprekken, vertrouwen en voor het feit dat je er altijd voor mij bent. Met jou naast me komt het allemaal goed.

Enschede, oktober 2006

Miriam van Wijk



# Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	3
<i>Abstract</i>	5
<i>Managementsamenvatting</i>	6
<i>Voorwoord</i>	8
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 De opdrachtgever Trivium zorggroep Twente	11
1.2 Ontwikkelingen op het gebied van verpleging en verzorging	13
1.3 Aanleiding	14
1.4 Probleemstelling en onderzoeksdoel	14
1.5 Vooruitblik	15
<b>2 Kwaliteit en tevredenheid in de zorgverlening</b>	<b>16</b>
2.1 Kwaliteit binnen de zorgverlening	16
2.2 Tevredenheid binnen de zorgverlening	16
2.3 De relatie tussen patiëntenkenmerken en patiëntenoordelen over de huisartsenzorg	17
2.4 Het SERVQUAL - en SERVPERF- model voor het meten van kwaliteit	18
2.4.1 Eerdere kwaliteitsonderzoeken in de zorgverlening met behulp van het SERVQUAL- model	21
2.4.2 Kritiek op het SERVQUAL- model	22
2.4.3 Het SERVPERF- model	22
2.5 Onderzoeksmodel	23
2.6 Onderzoeksvraagstelling	24
<b>3 Vooronderzoek</b>	<b>26</b>
3.1 Interviews	26
3.1.1 Meetinstrument	27
3.1.2 Respondenten	27
3.1.3 Afnameprocedure	27
3.1.4 Methode van analyse	28
3.2 Resultaten interviews	28
3.2.1 Tastbare zaken	29
3.2.2 Betrouwbaarheid	29
3.2.3 Zorgzaamheid	29
3.2.4 Responsiviteit	29
3.2.5 Empathie	29
3.2.6 Zorgdossier	30
3.2.7 Multidisciplinaire aanpak	30
<b>4 Hoofdonderzoek en resultaten</b>	<b>31</b>
4.1 Onderzoeksmethode	31
4.1.1 Procedure	31
4.1.2 Onderzoekspopulatie	31
4.1.3 Constructie van het onderzoeksinstrument	32
4.1.4 Statistische verwerking	34

<b>4.2</b>	<b>Resultaten</b>	<b>35</b>
4.2.1	Beschrijving van de respondenten	35
4.2.2	Overige kenmerken cliënten en verzorgingsmedewerkers	36
4.2.3	Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoeksinstrument	39
4.2.4	Kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen	40
4.2.5	Tevredenheid over de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen	48
4.2.6	De relatie tussen de kwaliteitsdimensies en de keuze voor een (verpleeg)huisarts	48
4.2.7	De relatie tussen achtergrondkenmerken en voorkeur voor een (verpleeg)huisarts	50
4.2.8	Ervaringen van (verpleeg)huisartsen	50
<b>5</b>	<b>Conclusies, aanbevelingen en discussie</b>	<b>52</b>
<b>5.1</b>	<b>Conclusies</b>	<b>52</b>
5.1.1	Hoe beoordelen de cliënten en verzorgingsmedewerkers de kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?	52
5.1.2	Hoe tevreden zijn de cliënten en verzorgingsmedewerkers over de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?	53
5.1.3	Welke kwaliteitsdimensies hangen samen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?	53
5.1.4	Welke achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers hebben invloed op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?	54
5.1.5	Hoe ervaren de huisartsen en verpleeghuisartsen de eerstelijns zorg voor verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen?	54
<b>5.2</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>54</b>
5.2.1	Praktische aanbevelingen	54
5.2.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	56
<b>5.3</b>	<b>Discussie</b>	<b>57</b>
5.3.1	De onderzoeksmethode	57
5.3.2	Kanttekeningen bij de resultaten	58
<b>Literatuur</b>		<b>59</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>63</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>SERVQUAL- dimensies</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Organogram Trivium zorggroep Twente</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Interviewschema cliënten</b>	<b>66</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Interviewschema verzorgingsmedewerkers</b>	<b>70</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Interviewschema unit- hoofden Trivium</b>	<b>72</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Interviewschema verpleeghuisartsen</b>	<b>74</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Interviewschema huisartsen</b>	<b>76</b>
<b>Bijlage 8</b>	<b>Vragenlijst cliënten</b>	<b>78</b>
<b>Bijlage 9</b>	<b>Vragenlijst verzorgingsmedewerkers</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage 10</b>	<b>Vragenlijst verpleeghuisartsen</b>	<b>97</b>
<b>Bijlage 11</b>	<b>Vragenlijst huisartsen</b>	<b>101</b>

# 1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal Trivium zorggroep Twente, opdrachtgever van dit onderzoek, besproken worden. Vervolgens zal een beschrijving gegeven worden van recente ontwikkelingen op het gebied van de zorgverlening die Trivium aanbiedt. In de derde paragraaf zullen de probleemstelling en het onderzoeksdoel uiteengezet worden en tot slot zal in paragraaf vier een vooruitblik gegeven worden op de opbouw van het onderzoek.

## 1.1 De opdrachtgever Trivium zorggroep Twente

Trivium zorggroep Twente, in de rest van dit schrijven Trivium, biedt onder meer verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg. Onder ‘verplegen’ wordt verstaan “het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van het vermogen van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen” (Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens, 1999). Het taakgebied van een verpleegkundige bestaat dan ook uit: observeren en signaleren, verzorgen, begeleiden, verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven en coördineren (Leistra et al., 1999). Onder ‘verzorgen’ wordt verstaan “de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied” (Van de Haterd, Liefhebber, Leistra en Hens, 2000). Het taakgebied van verzorgenden en helpenden bestaat uit: lichamelijke zorg verlenen, huishoudelijke zorg verlenen, zorgvragers begeleiden, veranderingen in de zorgvraag signaleren en voorlichting en advies geven (Van de Haterd et al., 2000).

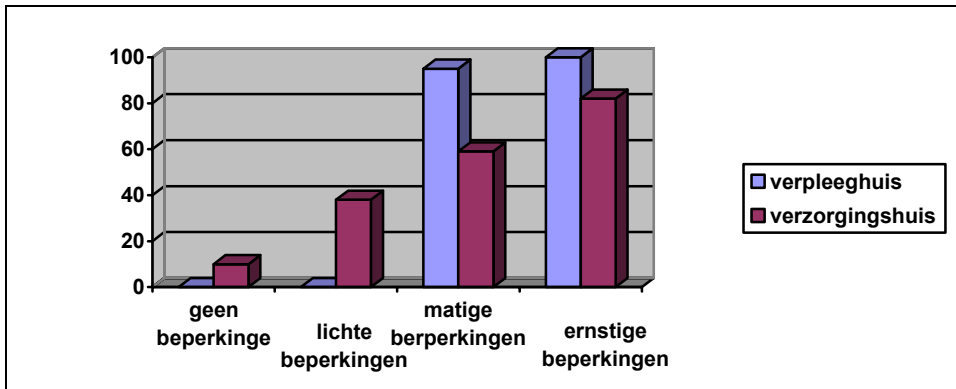
De diensten en producten rondom verpleeg- en verzorgingshuiszorg binnen Trivium worden op tijdelijke en langdurige basis aangeboden aan cliënten. De voorzieningen in deze sector worden met name gebruikt door ouderen en chronisch zieken. De belangrijkste voorzieningen binnen de sector verpleging en verzorging zijn verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. Woonzorg is een indirecte voorziening binnen de sector verpleging en verzorging, aangezien woonzorg wordt gekenmerkt door het gebruik van verpleging en verzorging (bijvoorbeeld thuiszorg) welke wordt geleverd in de eigen woonomgeving van de cliënt (Ruysbroek, 2005a). Een belangrijke doelgroep voor verpleeg- en verzorgingshuizen wordt gevormd door mensen met dementie. Naar schatting is 35% van de dementiepatiënten opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. In 2002 waren er in Nederland ongeveer 175.000 demente ouderen: dat is één op de honderd 65-jarigen, één op de tien mensen boven de negentig, en één op de zestig mensen van de beroepsbevolking (Gezondheidsraad, 2002).

Bijna 100% van de bewoners van de verpleeghuizen maakt gebruik van professionele hulp. In verzorgingshuizen geldt dit voor 71% van de bewoners. Het gaat hierbij om professionele hulp bij persoonlijke verzorging (eten en drinken, in en uit bed stappen, wassen, aankleden e.d.), verpleegkundige handelingen (medicijnen, verzorging wonden, aantrekken elastische kousen), licht huishoudelijk werk (boodschappen opruimen, afstoffen, bed opmaken) en hulp bij mobiliteit. Het gebruik van professionele hulp door bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen hangt samen met de mate van beperkingen van de bewoner en diens leeftijd. De behoefte aan professionele hulp is groter naarmate de ernst van de beperkingen en de leeftijd van de bewoner toenemen (zie figuur 1.1.) Van de verzorgingshuisbewoners met ernstige beperkingen maakt 84% gebruik van professionele zorg. Bij verpleeghuisbewoners is dat 100%. Er blijken geen mensen zonder of met lichte beperkingen in een verpleeghuis te verblijven (De Klerk, 2001).

### *Indicatiestelling zorgvraag*

Verpleging en verzorging (thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuiszorg) worden grotendeels gefinancierd in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Cliënten die bij Trivium voor AWBZ gefinancierde verpleging of verzorging (dat wil zeggen thuiszorg of zorgverlening voor een verpleeg- of verzorgingshuis) in aanmerking willen komen, hebben eerst een indicatiestelling nodig door het CIZ. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is de organisatie die de indicaties uitvoert. Bij een indicatiestelling

beoordeelt het CIZ een zorgvraag, onafhankelijk van de zorgverlenende instanties, en stelt vast hoeveel en welke zorg wenselijk en/of noodzakelijk is (Ruysbroek, 2005a).



Figuur 1.1: Het gebruik van professionele hulp bij minstens één activiteit naar ernst van lichamelijke beperkingen en woonvorm van ouderen in 2000 (in procenten) (De Klerk, 2001).

#### *Intramurale- en extramurale zorg*

De diensten, c.q. producten die Trivium op het gebied van verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg aanbiedt zijn zowel intra- als extramuraal. Deze diensten en producten vallen onder de curatieve zorg. De curatieve zorg wordt onderverdeeld in intramurale- en extramurale zorg. Curatieve zorg richt zich op het behandelen en genezen van acuut en chronisch zieken. Onder extramurale zorg vallen de vrije beroepsoefenaren, zoals huisartsen, verloskundigen, tandartsen, paramedici en ziekenvervoerders (ambulancehulpverlening en zittend ziekenvervoer). De intramurale curatieve zorg omvat de ziekenhuiszorg en de medisch- specialistische zorg. In sommige gevallen wordt medisch- specialistische zorg ook extramuraal aangeboden (bijvoorbeeld een thuisdialyse) (VWS, 1999a).

#### *Eerstelijns- en tweedelijnszorg*

De onderverdeling naar eerstelijns- en tweedelijnszorg is deels overlappend met de verdeling naar generalistische en specialistische zorg. Huisartsenzorg, tandartsen en ziekenvervoerders vallen onder de eerstelijnszorg. Onder de tweedelijnszorg vallen bijvoorbeeld de medisch- specialistische zorg en de ziekenhuiszorg. De verdeling naar eerstelijns- en tweedelijnszorg is gebaseerd op de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten. Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. Zij vervullen de rol van poortwachter. Patiënten met nieuwe gezondheidsklachten kunnen direct naar de huisarts toe, maar zij kunnen niet direct gebruik maken van de tweedelijnszorg. Daarvoor hebben ze een verwijfsbrief van hun huisarts nodig (Ruysbroek, 2005b). Binnen Trivium wordt aan de verzorging- en verpleeghuishuisbewoners eerstelijnszorg geboden. Verpleeghuisartsen en verschillende paramedici zijn aanwezig binnen Trivium.

#### *Overige zorgverlening Trivium zorggroep Twente*

Naast verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg biedt Trivium ook de hieraan gerelateerde diensten, zoals (para)medische behandeling (fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, diëtiëk), revalidatie, palliatieve zorg (zorg voor terminaal zieke cliënten), bijzondere begeleiding, consultatie, diagnostiek en facilitaire diensten. Trivium biedt deze zorg en diensten in Hengelo, Almelo en Borne. De algehele zorg binnen Trivium richt zich op zowel lichamelijke als aan dementie gerelateerde problematiek. Naast de zorg en behandeling van cliënten speelt huisvesting een belangrijke rol binnen Trivium. Het huisvestigingsbeleid is gericht op het zelfstandig laten wonen van de cliënten. Door nieuwbouw- en renovatietrajecten wil Trivium verbeteringen in de woonomgeving verwezenlijken. Zo realiseert Trivium een nieuw multifunctioneel gezondheidszorgcomplex in Borne en een nieuw verpleeghuis met zorgappartementen in Hengelo- Noord (Van Marle & Wensink, 2004).

### *Nieuwe strategische visie & bouwprojecten Trivium*

In 2003 werden binnen Trivium een nieuw strategisch beleid en een nieuwe geïntegreerde organisatiestructuur (zie bijlage 2), die noodzakelijk was geworden als gevolg van de fusie in 2001 tussen de Dokter P.C. Borststichting, de Stichting De Borghstee en de Stichting Huisvesting Ouderen Borne, doorgevoerd. Deze fusie had onder meer tot doel één samenhangende organisatie voor ouderenzorg te kunnen bieden. Binnen de nieuwe strategische visie staat het wooncomfort van de cliënten centraal. Volgens Trivium bepaalt 'wonen' in belangrijke mate het welbevinden van mensen. Om deze reden zijn in het Strategisch Beleidsplan 2004- 2007 verschillende renovatie- en nieuwbouwplannen geformuleerd. Eén van de belangrijkste nieuwbouwplannen die Trivium wil realiseren is de bouw van een gezondheidszorgcentrum in Borne, bestaande uit een verpleeghuis met 94 bedden, 120 zorgappartementen, 25 plaatsen voor dagverzorging, 15 plaatsen voor dagbehandeling, een grote huisartsenpraktijk, een apotheek en restaurant. Voor Trivium was het eerst te realiseren bouwproject een tijdelijke huisvesting voor de verzorgingshuisbewoners van de locatie Borne en aansluitend voor de verpleeghuiscliënten in Hengelo. Dit resulteerde in het project Intermedium, een gebouw dat flexibel aan te passen is voor meerdere doeleinden (Van Marle & Wensink, 2004). Door de bouw van het gezondheidszorgcentrum en de sloop van het verzorgingshuis in Borne, mochten de verzorgingshuisbewoners van de locatie Borne als eerste bewoners in maart 2004 naar het Intermedium in Hengelo verhuizen. Het gezondheidszorgcomplex in Borne is het eerste grote project ter verhoging van het wooncomfort voor de cliënten van Trivium. Dit nieuwe complex zal het huidige verzorgingshuis van de locatie Borne vervangen. Tot de ingebruikname van het nieuwe zorgcomplex in Borne zullen de bewoners van het Bornse verzorgingshuis gehuisvest zijn in het Intermedium. De oplevering van het nieuwe gezondheidszorgcomplex is gepland in het najaar 2006.

## **1.2 Ontwikkelingen op het gebied van verpleging en verzorging**

De bouwprojecten van Trivium gaan gepaard met de recente ontwikkelingen op het gebied van verpleging en verzorging. Net als bij andere zorgsectoren ligt de laatste jaren de nadruk op een meer vraaggericht aanbod van zorg. Het streven naar het leveren van zorg op maat betekent op lokaal niveau een toenemende samenwerking tussen de verschillende zorginstellingen, zowel binnen de sector verpleging en verzorging als met andere zorgsectoren. Er vindt ontschotting tussen de instellingen plaats. Zo zijn er verschillende samenwerkingsinitiatieven gestart tussen de sector verpleging en verzorging en de geestelijke gezondheidszorg (VWS, 2000).

De verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen worden steeds kleiner. Daarnaast werken de instellingen ook steeds vaker samen. Zo stellen verpleeghuizen via verpleegunits hun deskundigheid beschikbaar aan bewoners van verzorgingshuizen. Ook door het substitutiebeleid (verschuiving van dure zorg naar goedkopere alternatieven) vervagen de grenzen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Steeds vaker wordt personeel uit verpleeghuizen ingezet in verzorgingshuizen en wordt er geschoven met budgetten en middelen. Tot slot vinden er op grote schaal fusies plaats in de verpleeg- en verzorgingshuissector. Fusieren betekent in dit verband dat één of enkele verpleeghuizen tezamen met een aantal verzorgingshuizen uit dezelfde regio een rechtspersoon vormen. Een belangrijk doel hiervan is een breder zorgaanbod en een sterkere positie binnen de gezondheidszorg (Prismant/VWS, 2001).

Uit het onderzoek van Van den Berg-Jeths, Timmermans, Hoeymans en Woittiez (2004) blijkt dat de totale potentiële vraag van ouderen naar verpleging en verzorging in twintig jaar naar verwachting met bijna de helft zal stijgen. Deze vraag gaat daarmee vrijwel gelijk op met de groei in de omvang van de bevolking van 65 jaar en ouder. Uit dat zelfde onderzoek blijkt ook dat het totale gebruik van AWBZ- gefinancierde verpleging en verzorging door ouderen naar verwachting in deze twintig jaar met bijna een kwart zal toenemen. De toename in het totale gebruik dat ouderen maken van AWBZ- gefinancierde verpleging en verzorging is maar de helft van die in de potentiële vraag. Dat betekent dat naar verhouding steeds meer oplossingen voor verzorgingsproblemen worden gezocht in de informele en particuliere sfeer en in de aanpassing van de woon- en leefomgeving (Van den Berg- Jeths et al., 2004).

Eén van de gevolgen van deze ontwikkelingen is extramuralisering van de zorg. Sinds enige tijd kunnen zorgaanbieders die van oudsher intramurale zorg leveren ook extramuraal zorg bieden. Het gaat dan om producten als huishoudelijke hulp en verpleging en verzorging bij de patiënt thuis. Sinds de jaren '90 wordt

de intramurale capaciteit van zorginstellingen afgebouwd. Zorginstellingen zijn niet langer concentratiepunten van zorg en dienstverlening (Mathijssen, 2005). Een verschuiving van intra- naar extramurale zorg vindt plaats. De indeling naar intra- en extramurale zorg is ook steeds minder bruikbaar. De vraag naar en het aanbod van zorg verandert. Het belang van samenhang in de zorg neemt toe en de grenzen tussen intramurale en extramurale zorg zijn aan het vervagen. Zorg wordt meer transmuraal geleverd (VWS, 1999). Dit houdt in dat zorg deels binnen zorginstellingen wordt geleverd en deels daarbuiten. De transmurale zorg moet zo het gat opvullen tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg (Schrijvers, 1997).

Met de bouw van het nieuwe gezondheidszorgcomplex in Borne wil Trivium haar cliënten voorzien van zowel verzorging- als verpleeghuiszorg. Met het oog op de toekomst en de vervaging tussen intra- en extramurale zorg, zal het nieuwe zorgcomplex niet alleen bestaan uit een verpleeghuis, maar ook uit zelfstandige zorgappartementen, private appartementen en een algemeen dienstencentrum van waaruit de zorg aan de bewoners van de appartementen geleverd kan worden. In dit algemeen dienstencentrum zal onder andere een huisartsenpost en een praktijkruimte voor fysiotherapie en andere paramedische diensten gevestigd worden. Zowel huisartsen als verpleeghuisartsen zullen de eerstelijns zorg verlenen aan de cliënten van het verzorgingshuis en verpleeghuis.

### 1.3 Aanleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is de verhuizing van de verzorgingshuiscliënten van Borne naar het Intermedium in Hengelo, waarbij een nieuwe situatie is ontstaan met betrekking tot de traditionele eerstelijns huisartsenzorg. Verpleeghuisartsen van Trivium Hengelo werken als waarnemend huisarts en hebben de volledige huisartsenzorg van de bewoners van het verzorgingshuis uit Borne overgenomen. De verzorgingshuiscliënten uit Borne, die eerder de eerstelijns zorg verzorgd kregen door hun eigen huisarts, maken tijdelijk in het Intermedium van Trivium gebruik van de verpleeghuisartsen die de huisartsenzorg verzorgen in het naastliggende verpleeghuis. Ook zijn de eerstelijns erkenningen met betrekking tot de paramedici zoals de fysiotherapie, logopedie en diëtiek toegekend aan Trivium- medewerkers uit het verpleeghuis. Zo stellen de fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten van Trivium hun ervaring op het gebied van ouderenzorg ter beschikking aan de verzorgingshuisbewoners uit Borne (Van Marle, 2004). Deze situatie heeft er toe geleid dat intramurale (para)medici de extramurale zorg hebben overgenomen van de verzorgingshuiscliënten uit Borne. Met het oog op de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de allocatie van de huisartsenzorg in het nieuwe gezondheidszorgcomplex in Borne en de nieuwe situatie waarbij intramurale (para)medici de extramurale zorg hebben overgenomen, wil Trivium graag weten hoe de verzorgingshuiscliënten deze nieuwe situatie tijdens hun verblijf in het Intermedium ervaren hebben. Hierbij dient ook gelet te worden op de ervaringen en meningen van de overige partijen die hierbij een rol spelen, zoals de verpleeghuisartsen, huisartsen uit Borne en de verzorgingsmedewerkers. Deze inzichten hebben als doel de toekomstige allocatie van de huisartsenzorg af te stemmen op de behoeftes van de verzorgingshuisbewoners in het nieuwe zorgcomplex in Borne.

### 1.4 Probleemstelling en onderzoeksdoel

De bovenstaande ontwikkelingen die in de verpleging en verzorging plaats vinden, waarbij verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen steeds kleiner worden, de grenzen tussen intra- en extramurale zorg aan het vervagen zijn en vraaggerichte aanbod van zorg steeds belangrijker worden, spelen mee bij de (nieuwbouw)projecten die Trivium ontwikkeld. Door de nieuwe situatie waarbij de huisartsenzorg aangeboden wordt door verpleeghuisartsen en met de bouw van het nieuwe gezondheidszorgcomplex, ontstaat de vraag hoe de toekomstige huisartsenzorg het beste kan worden afgestemd op de groep verzorgingshuisbewoners. Hierbij is sprake van een allocatieprobleem tussen huisartsen en verpleeghuisartsen. Enerzijds hebben huisartsen veelal een lange geschiedenis met de bewoners waardoor er sprake is van een hechte band. Anderzijds is de ouderenzorg juist de specialisatie van een verpleeghuisarts en ligt het de verwachting van Trivium dat verpleeghuisartsen wellicht betere zorg kunnen verlenen aan verzorgingshuisbewoners. De vrije keuze van de cliënt voor een arts speelt echter ook een belangrijke rol.

Gezien dit allocatieprobleem is, in opdracht van Trivium, gestart met een onderzoek om te kijken hoe de huisartsenzorg het beste kan worden afgestemd voor de verzorginghuisbewoners. Dit onderzoek heeft als uitgangspunt een vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsenzorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen.

Uitgaande van bovenstaande probleemstelling kan de volgende concrete doelstelling worden gesteld: het onderzoeken hoe de cliënten, verzorgingsmedewerkers, verpleeghuisartsen en de voormalige huisartsen van de verzorgingshuiscliënten de kwaliteit van de eerstelijns huisartsenzorg, aangeboden door enerzijds verpleeghuisartsen en anderzijds huisartsen, beoordelen. Naast de kwaliteit zal ook de tevredenheid over de zorgverlening onderzocht worden. Aan de hand van de resultaten zal advies uitgebracht worden over de toekomstige allocatie van de huisartsenzorg voor de verzorginghuisbewoners in het nieuwe gezondheidszorgcomplex van Trivium in Borne.

## **1.5 Vooruitblik**

Om de hierboven geformuleerde doelstelling te realiseren zal de volgende opbouw aangehouden worden: in hoofdstuk twee zal de theoretische achtergrond met betrekking tot kwaliteit en tevredenheid in de zorgverlening behandeld worden. Hierbij zullen de begrippen kwaliteit en tevredenheid beschreven worden aan de hand van het SERVQUAL- en SERVPERF- model. Op basis van deze theoretische inzichten zal het voorlopige onderzoeksmodel, zoals dit uit het literatuuronderzoek naar voren komt, beschreven worden en zullen de onderzoeksvragen geformuleerd worden. Vervolgens zullen in hoofdstuk drie het vooronderzoek en het uiteindelijke onderzoeksmodel, dat zal dienen als theoretische onderbouwing van het hoofdonderzoek, besproken worden. In hoofdstuk vier zullen het hoofdonderzoek en de te bespreken resultaten gepresenteerd worden. Tot slot zullen de conclusies, aanbevelingen en op- en aanmerkingen in hoofdstuk vijf beschreven worden.

## 2 Kwaliteit en tevredenheid in de zorgverlening

In dit hoofdstuk zal een theoretisch kader geschetst worden waarin de begrippen kwaliteit en tevredenheid binnen de zorgverlening worden gedefinieerd. Allereerst zal het begrip ‘kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg’ gedefinieerd worden. Vervolgens zal het begrip ‘tevredenheid van de dienstverlening in de gezondheidszorg’ beschreven worden. In de derde paragraaf zullen twee modellen besproken worden die veel toegepast worden voor het meten van kwaliteit van de dienstverlening, namelijk het Service Quality Model (SERVQUAL- model) en het Service Performance Model (SERVPERF- model). Na het bespreken van deze modellen en de inzichten verkregen uit de beschreven literatuurstudie, zal in de vierde paragraaf het voorlopige onderzoeksmodel gepresenteerd worden. Dit model zal dienen als theoretische onderbouwing van de methode en de te bespreken resultaten. In de laatste paragraaf zal de onderzoeksvraagstelling aan bod komen.

### 2.1 Kwaliteit binnen de zorgverlening

Het begrip ‘kwaliteit’ is lastig te definiëren. Er bestaan veel verschillende definities, waardoor het meten erg complex wordt. In alle definities van ‘kwaliteit’ zitten echter wel gemeenschappelijke kenmerken (Harteloh & Casparie, 2003): het is een abstract en relatief begrip dat sterk contextgebonden is. Juist omdat kwaliteit sterk afhankelijk is van de context (Harteloh & Casparie, 2003), is het belangrijk vanuit welk oogpunt de kwaliteit bekeken wordt (Verbeek, 2002). In dit onderzoek wordt de kwaliteit gedefinieerd aan de hand van de definitie van kwaliteit van zorg.

Harteloh en Casparie (2003) stellen dat het begrip ‘kwaliteit’ in de gezondheidszorg problemen oplevert. Een oordeel met betrekking tot de kwaliteit van zorg is niet absoluut, maar komt vergelijkenderwijs tot stand. Waarden van individuen en samenlevingen spelen een belangrijke rol bij het vaststellen wat kwaliteit is. Kwaliteit is dus subjectief en heeft een gevoelsmatig karakter. Een oordeel over kwaliteit hangt nauw samen met de verwachtingen en ervaringen (persoonlijke waardering). Er kan daarom beter gesproken worden over ‘ervaren’ kwaliteit (Harteloh & Casparie, 2003; Jansen, 2005). Harteloh en Casparie (2003) hebben de volgende definitie opgesteld van kwaliteit: ‘Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg’.

### 2.2 Tevredenheid binnen de zorgverlening

De begrippen ‘kwaliteit’ en ‘tevredenheid’ liggen dicht bij elkaar. Om een tevreden cliënt te krijgen, moet de zorgverlening van goede kwaliteit zijn. Bloemer (1993) definieert tevredenheid als de uitkomst van een subjectieve evaluatie of het gekozen alternatief (product of dienst) overeenkomt met de verwachtingen van een subject over dat alternatief, of deze overtrekt. Tevredenheid wordt beschouwd als een belangrijke indicator van kwaliteit van een product of dienst. Harteloh en Casparie (2003) stellen dat tevredenheid te beschouwen is als de uitkomst van een geslaagd zorgproces. Bij een optimale verhouding tussen ervaringen en verwachtingen van de kwaliteit is er sprake van tevredenheid.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de kwaliteit van een verleende dienst van invloed blijkt te zijn op de tevredenheid van de betrokkenen. Zo blijkt dat kwaliteit een antecedent kan zijn van tevredenheid, waarbij tevredenheid wordt gezien als een evaluatie van de kwaliteit (Anderson en Sullivan, 1993; Anderson, Fornell en Lehmann, 1994; Brady, Cronin en Brand, 2002; Dabholkar, 1995; Gotlieb, Grewal, & Brown, 1994; Rust en Oliver, 1994; Sivadas en Baker-Prewitt, 2000; Spreng en Mackoy, 1996; Woodside, Frey, & Daly, 1989). Bij deze causale benadering wordt tevredenheid beschreven als een “post-consumption evaluation of perceived quality” (Anderson en Fornell, 1994). Rust en Oliver (1994) en Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985, 1988) ondersteunen deze relatie. Zij stellen dat kwaliteit één van de service dimensies is die meespeelt bij de beoordeling van de tevredenheid bij consumenten.



Verschillende onderzoekers stellen dat wanneer de kwaliteit van de dienstverlening verbeterd wordt, dit zal leiden tot een hogere mate van tevredenheid bij consumenten (Anderson, Fornell en Lehman, 1994; Bitner, Booms en Mohr, 1994; Bolton en Drew, 1994). In een onderzoek van Roberts, Varki & Brodie (2003) komt naar voren dat service- kwaliteit van een dienstverlening de tevredenheid van klanten beïnvloedt. In dit onderzoek bleek een positieve relatie te bestaan tussen de ervaren kwaliteit van de service en de mate van de tevredenheid over deze service; wanneer de betrokkenen de kwaliteit als beter ervaren, verhoogde dit de tevredenheid onder de betrokkenen. In een onderzoek van Bejou, Wray & Ingram (1996) wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van een relatie die een instelling heeft met haar cliënten van invloed is op de mate van tevredenheid over de relatie met de instelling.

Brady, Cronin en Brand (2002) beschrijven naast deze eerste relatie, waarbij kwaliteit een antecedent is van tevredenheid, nog twee andere mogelijke relaties tussen tevredenheid en kwaliteit. Bij de tweede relatie is tevredenheid een antecedent van kwaliteit. Kwaliteit is hierbij een evaluatie van tevredenheid. Bitner (1990), die verder gaat op Oliver's (1980) benadering van relaties tussen tevredenheid, kwaliteit en het consumentengedrag naar de organisatie, stelt dat tevredenheid van een service een antecedent is van de kwaliteit van de service. Bolton en Drew (1991) gebruiken een algebraïsche vergelijking voor deze relatie. Deze vergelijking lijkt de tweede mogelijke causale relatie tussen kwaliteit en tevredenheid te ondersteunen. Tot slot stellen Bitner en Hubbert (1994) dat de relatie tevredenheid → kwaliteit gebaseerd is op de veronderstelling dat kwaliteit verwant is aan een algemene attitude en zodoende de beoordeling van tevredenheid beïnvloedt.

De derde relatie die Brady, Cronin en Brand (2002) beschrijven is de mogelijkheid dat noch tevredenheid noch kwaliteit antecedenten zijn van elkaar (Dabholkar, 1995; Mc Alexander, Kaldenberg en Koenig, 1994). Cronin en Taylor (1992) stellen zelfs een structureel model voor dat afwezigheid van een onderlinge relatie tussen tevredenheid en kwaliteit empirisch ondersteund. Helaas zijn de correlaties binnen hun onderzoek bij deze relatie erg hoog (groter dan 1) en negatief.

Hoewel Brady, Cronin en Brand (2002) in hun onderzoek stellen dat er in de huidige literatuur nog geen consensus bestaat over de relatie tussen tevredenheid en kwaliteit, is de meest gebruikte relatie de eerste relatie die zij beschrijven, namelijk dat kwaliteit een antecedent is van tevredenheid. Om de meest plausibele relatie tussen kwaliteit en tevredenheid te testen hebben Brady, Cronin en Brand (2002) met nieuwe data onderzoek gedaan naar de drie beschreven relaties. Uit hun onderzoek bleek er sterk bewijs te zijn voor het ondersteunen van de eerst beschreven relatie. Aan de hand van de bevindingen van Brady, Cronin en Brand (2002) zal in dit onderzoek dan ook met deze benadering verder gewerkt worden, namelijk: tevredenheid is het algemene oordeel over de zorgverlening op basis van de ervaren kwaliteit van de cliënten met de zorgverlening.

Het achterhalen van de tevredenheid over de dienstverlening bij klanten is om verschillende redenen belangrijk. Zo stellen Zeithaml en Bitner (2000) dat het meten van klanttevredenheid en de kwaliteit van de dienstverlening gebruikt kunnen worden om trends te achterhalen en problemen te diagnosticeren. Ley (1990) stelt dat het tevreden stellen van klanten een op zichzelf gewenst doel is. Een andere belangrijke reden is volgens Ley (1990) dat tevredenheid over de zorgverlening van de cliënt een belangrijke determinant is in de mate waarin een cliënt het advies van de arts opvolgt. Volgens Edelmann (2000) zijn cliënten minder trouw aan adviezen wanneer zij minder tevreden zijn over de uitleg van de arts en bereidwilliger om adviezen op te volgen als zij tevreden zijn over het beantwoorden van vragen door de arts.

### **2.3 De relatie tussen patiëntenkenmerken en patiëntenoordelen over de huisartsenzorg**

Studies naar de oordelen van patiënten over de kwaliteit van de zorg worden mede bepaald door kenmerken van patiënten. Uit een Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk door het Nivel (Braspenning, Schellevis & Grol, 2004), blijkt dat verschillen in de oordelen van patiënten over de kwaliteit van huisartsenzorg mede worden bepaald door kenmerken van patiënten, huisartsen en huisartspraktijken. Op patiëntenniveau is een algemene bevinding dat met name leeftijd en de gezondheidssituatie van respondenten een effect hebben op het patiëntenoordeel. In sommige gevallen worden ook verbanden gevonden met het geslacht, het opleidingsniveau, de etnische afkomst en de frequentie van huisartsenbezoek van de beoordelaar. Uit de Eerste Nationale Studie in 1987-1988 (van der Velden, de

Bakker, Claessens & Schellevis, 1991) wordt geconcludeerd dat de leeftijd, het aantal psychosociale problemen en het aantal chronische aandoeningen van de patiënt verband houden met de tevredenheid over de huisarts. Zo oordelen oudere patiënten positiever over de huisarts dan jongere patiënten. Ook uit de Tweede Nationale Studie van het Nivel (Braspenning et al., 2004) blijkt dat ouderen aanmerkelijk milder zijn in hun oordeel over het werk(en) van de huisarts dan jongere patiënten. Onafhankelijk van de factor leeftijd geldt dat mensen met een slechtere gezondheid kritischer zijn in hun oordeel over de werkwijze van huisartsen tijdens de contacten in de spreekkamer dan mensen die hun gezondheid als 'goed' of als 'zeer goed' beoordelen. In lijn met de uitkomsten van veel tevredenheidsonderzoek concludeert het Nivel in de Tweede Nationale Studie dat op patiënteniveau verschillen in oordelen van patiënten over de kwaliteit van de huisartsenzorg voor een klein deel worden verklaard met behulp van sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht), variabelen die gerelateerd zijn aan de gezondheidssituatie van de patiënt en met het psychisch welbevinden van respondenten. In de toekomst zou om deze reden meer onderzoek verricht kunnen worden naar andere variabelen die het patiëntenoordeel beïnvloeden, zoals het feit dat verschillen in kwaliteitsoordelen (mede) te maken hebben dat men het leven door een 'zwarte' bril dan wel een 'roze' bril bekijkt en de toenemende assertiviteit en mondigheid van patiënten (Braspenning et al., 2004).

## 2.4 Het SERVQUAL - en SERVPERF- model voor het meten van kwaliteit

Voor het meten van de kwaliteit binnen de zorgverlening en het bepalen van de tevredenheid zijn verschillende theorieën en modellen beschikbaar. In deze paragraaf worden twee van deze modellen beschreven, namelijk het SERVQUAL - en het SERVPERF- model. Deze modellen zullen gebruikt worden om tot een toepasbaar onderzoeksmodel te komen.

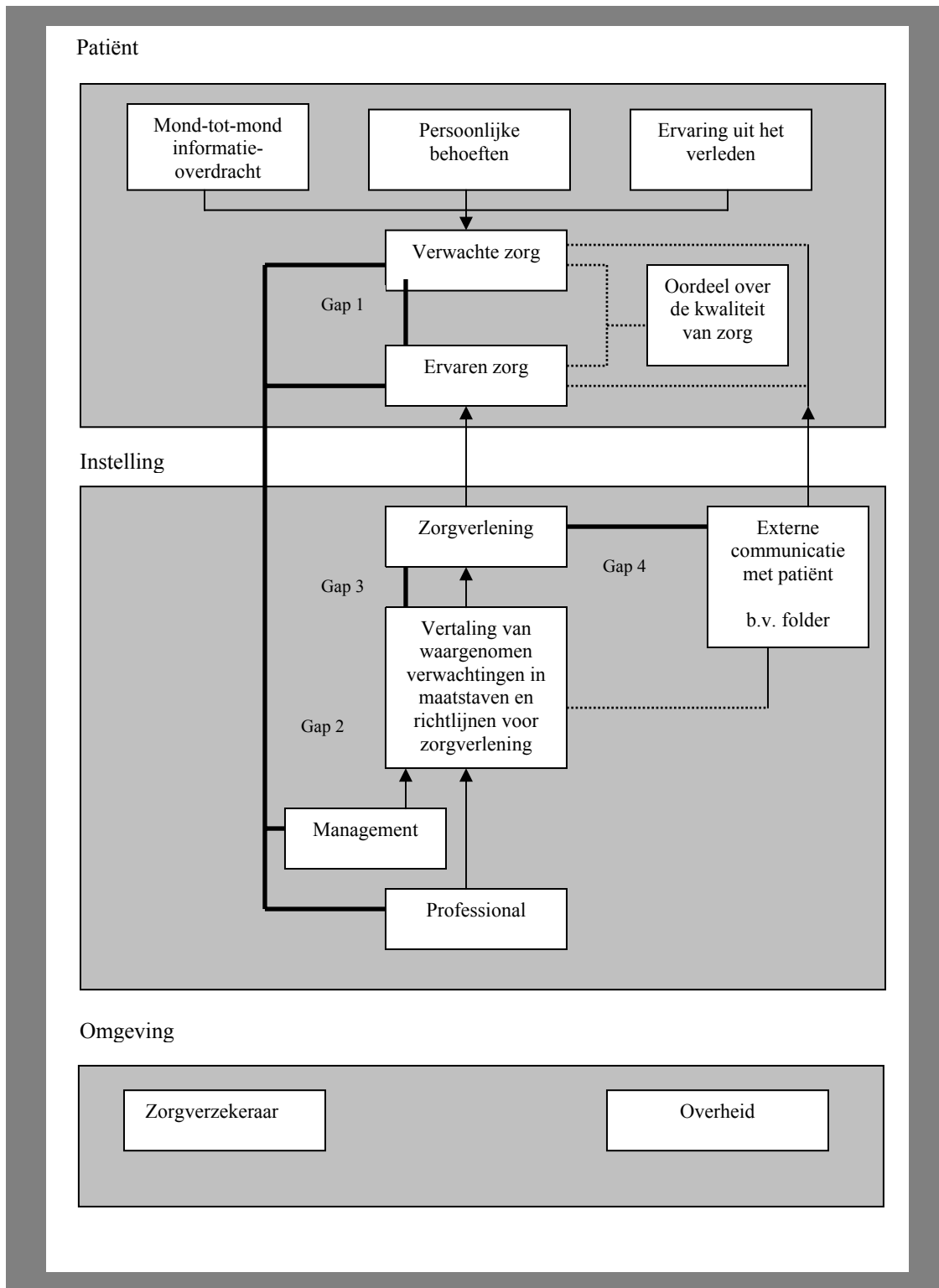
Eén van de bekendste modellen is het SERVQUAL- model. Hoewel in de loop der tijd de empirische validatie van dit model minder sterk is gebleken dan aanvankelijk leek, staat het SERVQUAL- model nog altijd centraal als een belangrijk voorbeeld voor een wetenschappelijk gefundeerde aanpak van kwaliteitszorg (Harteloh & Casparie, 2003; Extercatte, 2004). Het SERVQUAL- model vormt de basis voor de definitie van kwaliteit volgens Harteloh en Casparie (2003). Het SERVQUAL- model is ontwikkeld door Parasuraman, Zeithaml en Berry in 1985. De grondslag van dit model is de set van gaps. Wanneer de dienstverlening niet tegemoet komt aan de verwachting is er sprake van een kwaliteitstekort (een gap) (Smidts, 1994). Oorspronkelijk bestond het model uit tien dimensies en tweeëntwintig items. Later zijn deze tien dimensies samengevoegd tot vijf dimensies (zie bijlage 1).

Met behulp van het SERVQUAL- model worden zowel de normatieve verwachtingen als de perceptie van de uitvoering gemeten (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 2001). Het huidige SERVQUAL- model benoemt vijf dimensies die de kwaliteit beïnvloeden. Dit zijn tastbare zaken (tangibles), betrouwbaarheid (reliability), zorgzaamheid (assurance), responsiviteit (responsiveness), en empathie (empathy), zie tabel 2.1.

Tabel 2.1: Dimensies van kwaliteit volgens het SERVQUAL- model (Wieringa, 2004).

<b>Dimensie</b>	<b>Definitie</b>
Tastbare zaken	Tastbare zaken hebben betrekking op de aanwezige faciliteiten (hulpverleners, materieel en gebouwen). De toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn de belangrijkste indicatoren voor de kwaliteit ervan.
Betrouwbaarheid	Betrouwbaarheid is het vermogen van een organisatie om de toegezegde dienst daadwerkelijk en accuraat uit te voeren. Klanten willen dat gemaakte afspraken nagekomen worden. De afwezigheid van fouten en klachten vormt een indicator voor de kwaliteit van deze dimensie van een dienst.
Zorgzaamheid	Zorgzaamheid bestaat uit het vermogen klanten goed te kunnen helpen. De competentie van de dienstverlener en de dienstverlenende organisatie bepalen de kwaliteit van deze dimensie. Daarmee heeft deze een groot raakvlak met de inhoudelijke en professionele kwaliteit, alsmede met de continuïteit en coördinatie van de dienstverlening.
Responsiviteit	De bereidheid om klanten te helpen, zoals het bereikbaar zijn in geval van vragen naar informatie, bepalen de kwaliteit van de responsiviteit.
Empathie	Empathie is de invoelende aandacht die aan de klant als persoon kan worden besteed. Het bepaalt vooral de relationele kwaliteit van de dienst. Het is belangrijk dat de dienstverlener zich inleeft in de klant. Dit doet hij door individuele aandacht aan elke klant te besteden.

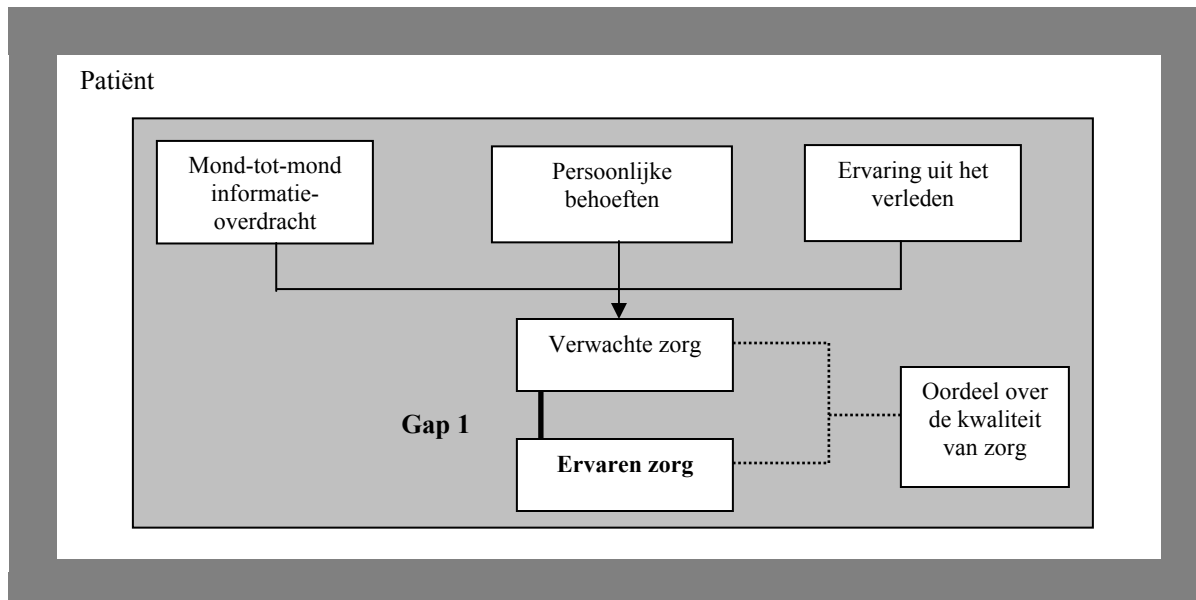
Het SERVQUAL- model dat in dit onderzoek centraal staat is speciaal gericht op de zorgverlening en verschilt daarom van het originele model. Harteloh en Casparie (2003) geven aan hoe het SERVQUAL- model met enige kleine aanpassingen in de zorgverlening kan worden gebruikt (zie figuur 2.1.). Het originele model richt zich op de dienstverlening, het model, weergegeven zoals in figuur 2.1, richt zich op de kwaliteit van de zorgverlening.



Figuur 2.1: SERVQUAL- model voor kwaliteit in de zorgverlening (Harteloh & Casparie, 2003).

Het SERVQUAL- model voor kwaliteit in de zorgverlening, zoals geformuleerd door Harteloh en Casparie (2003), bestaat uit vier gaps die de mogelijke discrepanties aan geven. Binnen dit onderzoek staat gap één centraal: de discrepantie tussen de verwachte zorg en ervaren zorg vanuit patiëntenperspectief. De overige gaps zullen niet mee genomen worden, omdat deze ingaan op de discrepanties vanuit het perspectief van de instelling dan wel de omgeving. De overige gaps zijn daarom niet van toepassing op de

onderzoeksdoelstelling. Figuur 2.2. geeft het deel van het SERVQUAL- model weer dat de kern vormt binnen dit onderzoek (gap één). Hier is te zien hoe vanuit het patiëntenperspectief een oordeel over de kwaliteit van de zorg tot stand komt.



Figuur 2.2: Gap één binnen het SERVQUAL- model voor kwaliteit in de zorgverlening (Harteloh & Casparie, 2003).

In figuur 2.2. is te zien dat een oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de zorg gevormd wordt door de discrepantie tussen de verwachte en ervaren zorg. Er bestaat echter veel kritiek op deze benadering. Verwachtingen zijn niet stabiel en externe omstandigheden hebben invloed op de verwachtingen van individuen. Later in dit hoofdstuk zal verder ingegaan worden op de theoretische en operationele kritieken van de term ‘verwachting’ in het SERVQUAL- model. Naar aanleiding van deze kritieken zal het tweede model geïntroduceerd worden, namelijk het SERVPERF- model. Dit model meet geen verwachtingen meer, maar verricht alleen een prestatie- gebaseerde meting (ervaring). Allereerst zullen nog enkele onderzoeken binnen de zorgverlening besproken worden waarbij gebruik is gemaakt van het SERVQUAL- model.

#### 2.4.1 Eerdere kwaliteitsonderzoeken in de zorgverlening met behulp van het SERVQUAL- model

Binnen de zorgverlening is het SERVQUAL- model bij verschillende onderzoeken naar de kwaliteit en tevredenheid binnen de zorgverlening toegepast. Zo deed Pardoel (2004) met behulp van het SERVQUAL- model onderzoek naar de klanttevredenheid bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Thuiszorg Midden-Limburg. Middels het SERVQUAL- model werd getracht inzicht te krijgen in de tevredenheid van cliënten van de Jeugdgezondheidszorg. Hierbij werd het oorspronkelijke SERVQUAL- model met de tien dimensies, volgens Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985), gebruikt. Uit dit onderzoek bleken zeven van de oorspronkelijke tien dimensies bruikbaar te zijn, namelijk: bejegening, bereikbaarheid, deskundigheid, continuïteit van zorg, communicatie, autonomie van de cliënt en beschikbaarheid. Deze zeven dimensies werden beschouwd als input voor het theoretische concept dat ten grondslag lag aan het onderzoek en de hieruit volgende beoordeling van de ervaren kwaliteit. De tevredenheid werd aan de hand van de dimensies beoordeeld door middel van stellingen en het toekennen van rapportcijfers hieraan. Een factoranalyse is echter niet uitgevoerd. Zodoende konden de dimensies niet bevestigd worden. Een ander vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening en de tevredenheid is uitgevoerd onder de cliënten en medewerkers van Bureau Thuiszorg Oost- Nederland door Jansen (2005). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de versie van het SERVQUAL- model geformuleerd volgens Harteloh en Casparie (2003), waar in dit onderzoek ook gebruik van wordt gemaakt. Hierbij zijn de oorspronkelijke tien dimensies samengevoegd tot vijf dimensies: tastbaarheden, betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit en empathie. Uit dit onderzoek kon

geconcludeerd worden dat alle vijf dimensies bruikbaar waren. De kwaliteitsdimensie zorgzaamheid beïnvloedde de tevredenheid het sterkst. De tevredenheid werd ook hier gemeten met behulp van stellingen en het toekennen van rapportcijfers aan de afzonderlijke dimensies. Echter, ook in dit onderzoek ontbrak een factoranalyse, waardoor de dimensies niet bevestigd konden worden. De Man, Gemmel, Vlerick, Van Rijk en Dierckx deden in 2002 onderzoek naar de percepties van patiënten en personeel over de kwaliteit en tevredenheid in de nucleaire geneeskunde. Binnen dit onderzoek werd geconcludeerd dat alle vijf dimensies (tastbaarheden, betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit en empathie) bruikbaar waren voor het meten van de ervaren kwaliteit. In dit onderzoek werd onderzocht hoe belangrijk de verschillende kwaliteitsdimensies waren door te kijken naar de relatie tussen deze dimensies en de tevredenheid van de patiënten. De resultaten lieten zien dat de ervaren kwaliteit samenhangt met de tevredenheid van patiënten. Dit was vooral het geval bij de dimensies betrouwbaarheid en tastbare- zaken. Factoranalyses bevestigden in dit onderzoek de gebruikte dimensies.

#### **2.4.2 Kritiek op het SERVQUAL- model**

Het SERVQUAL- model wordt veel toegepast en groeit in populariteit. Toch is de toepassing van de SERVQUAL- methode niet zonder problemen. Buttle (1996) geeft in zijn artikel een overzicht van kritieken op het SERVQUAL- model door verschillende onderzoekers. In deze paragraaf zal kort ingegaan worden op de theoretische en operationele kritieken op het SERVQUAL- model.

Volgens Cronin en Taylor (1992, 1994) is er weinig bewijs dat klanten dienstkwaliteit bepalen in termen van ervaring minus verwachtingen (er zijn geen verwachtingen of ze kunnen niet goed geformuleerd worden). Ook meet de SERVQUAL- methode volgens deze kritiek niet zozeer de kwaliteit van de dienstverlening, maar meer de tevredenheid over de dienstverlening. De meetmethode SERVPERF, afkorting van Service Performance, van Cronin en Taylor (1992, 1994) houdt volgens hen rekening met dit kritiekpunt. Operationeel gezien is de term ‘verwachting’ meerduidelijk: welke verwachting wordt er eigenlijk gemeten? Volgens De Vries, Kasper en van Helsdingen (1999) zijn verwachtingen niet stabiel; ze kunnen veranderen. Verwachtingen worden voor een deel bepaald door het individu zelf, maar ook door referentiegroepen, externe omstandigheden, de tijd en de hulpverlener en leveren slechts een zeer beperkte bijdrage aan het uiteindelijke oordeel over de tevredenheid.

Een ander kritiekpunt is dat het SERVQUAL- model zich richt op het proces van een dienstverlening en niet op de resultaten van de service encounter (het moment waarop de dienst wordt afgenomen) (Grönroos, 1984). Daarnaast concludeert Bloemer (1993) uit zijn onderzoek dat er helemaal geen verband bestaat tussen verwachtingen en prestaties enerzijds en tevredenheid anderzijds. Wanneer de prestaties van een product niet overeenkomen met de verwachtingen, voorspelt de theorie van de cognitieve dissonantie dat hierdoor een psychologische spanning zal ontstaan. Deze spanning zal ertoe leiden dat de cliënt het verschil tussen beide zal proberen te verkleinen. Dit kan volgens Bloemer (1993) door de perceptie van de prestatie aan te passen, zodanig dat deze overeenkomt met de verwachtingen of door de verwachtingen aan te passen, zodanig dat deze overeenkomen met de perceptie. Hierdoor wordt de psychologische spanning geminimaliseerd. Een cliënt zorgt er zo ook voor alsnog tevreden met een product te zijn.

#### **2.4.3 Het SERVPERF- model**

Van de kritieken die Buttle (1996) onder andere geeft op het SERVQUAL- model is de belangrijkste dat men het meten van verwachting niet een juiste methode vindt om dienstkwaliteit te meten. Volgens Bloemer (1993) bestaat er helemaal geen verband tussen verwachtingen en prestaties enerzijds en tevredenheid anderzijds, wanneer men rekening houdt met de theorie van de cognitieve dissonantie. Ook het kritiekpunt van De Vries, Kasper en van Helsdingen (1999), dat verwachtingen niet stabiel en dus veranderbaar zijn en ook mede bepaald worden door de omgeving van het individu, dragen bij om ‘verwachting’ niet als methode te gebruiken om dienstkwaliteit te meten.

Cronin en Taylor (1992) hebben om deze reden een alternatief ontwikkeld, te weten het SERVPERF- model. Dit model hebben zij ontwikkeld, omdat ze de conceptualisatie en operationalisering van dienstkwaliteit, SERVQUAL, inadequaat vonden. Volgens hen ondersteunt weinig tot geen theoretisch of empirisch bewijs de relevantie van de kloof tussen verwachtingen en prestaties als basis voor het meten van

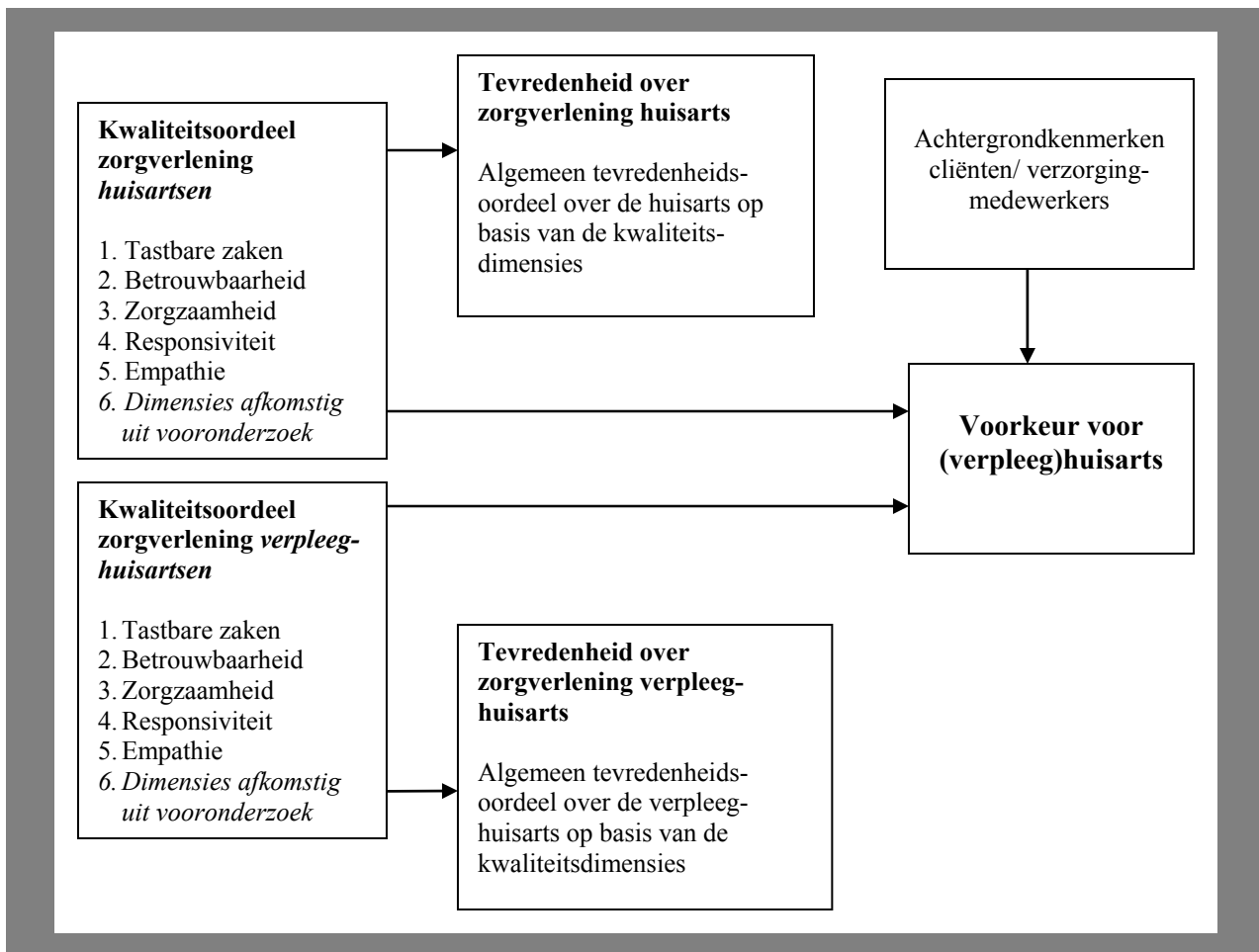
dienstkwaliteit. Het SERVPERF- model is een op prestatie gebaseerd alternatief (Bosch, 2004). Cronin en Taylor (1992) argumenteren dat als “service quality is to be considered ‘similar to an attitude’, as proposed by Parasuraman et al., (1985, 1988) its operationalization could be better represented by an attitude- based conceptualization.” Volgens hen moet de dienstkwaliteit als attitude gemeten worden. Om deze reden meet het SERVPERF- model geen verwachtingen meer. Cronin en Taylor (1992) hebben het SERVPERF- model ontwikkeld en getest en concluderen dan ook dat een ongewogen prestatie- gebaseerde meting van dienstkwaliteit geschikter is dan de SERVQUAL- methode. Het SERVPERF- model is daarnaast efficiënter, er hoeft maar één vragenlijst ingevuld te worden en het heeft een grotere validiteit door zijn grotere inhoudsvaliditeit. Het SERVPERF- model gebruikt dezelfde vijf dimensies (tastbare zaken, betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit en empathie) als de SERVQUAL- methode.

## 2.5 Onderzoeksmodel

Uit het hierboven beschreven literatuuronderzoek blijkt dat, ondanks de vele toepassingen, er in de wetenschappelijke literatuur veel kritiek is op het SERVQUAL- model. Het belangrijkste punt van kritiek is dat het meten van verwachting geen goede methode is; ze zijn variabel en afhankelijk van de context. Op basis hiervan is in dit onderzoek besloten om het SERVPERF- model te gebruiken. De SERVPERF- methode zal gebruikt worden om de kwaliteit van de zorgverlening van de eerstelijns huisartsenzorg te meten, waarna vervolgens op basis van een algemeen oordeel over de kwaliteitsdimensies de tevredenheid bepaald kan worden.

Binnen dit onderzoek zal het begrip tevredenheid gemeten worden aan de hand van een algemeen oordeel over de eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen over de kwaliteitsdimensies, waarbij aangesloten wordt op de causale relatie tussen kwaliteit en tevredenheid volgens Anderson en Sullivan, 1993; Anderson, Fornell en Lehmann, 1994; Bloemer, 1993; Brady, Cronin en Brand, 2002; Dabholkar, 1995; Gotlieb, Grewal, & Brown, 1994; Rust en Oliver, 1994; Sivadas en Baker-Prewitt, 2000; Spreng en Mackoy, 1996; Woodside, Frey, & Daly, 1989. Het begrip tevredenheid zal dan ook als volgt gehanteerd worden: ‘Tevredenheid is het algemene oordeel over de zorgverlening op basis van de ervaren kwaliteit van de zorgverlening’. Het begrip kwaliteit zal binnen dit onderzoek gehanteerd worden zoals deze in het SERVPERF- model geoperationaliseerd is: ‘Kwaliteit is het oordeel op basis van ervaringen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg’.

Voor dit onderzoek is een onderzoeksmodel opgesteld om de kwaliteit van en tevredenheid over de eerstelijns huisartsenzorg te onderzoeken. Op basis van voorgaand literatuuronderzoek zullen de volgende dimensies opgenomen worden: tastbare zaken, betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit en empathie. Harteloh en Casparie (2003) geven aan dat per dimensie- indicatoren, items voor kwaliteit kunnen worden benoemd. Het benoemen en invullen van de dimensies en items gebeurt aan de hand van het verzamelen van empirische gegevens. In dit onderzoek zal dat gebeuren door middel van interviews, waaruit zal blijken of naast de oorspronkelijke dimensies meerdere kwaliteitsdimensies, die specifiek betrekking hebben op de context van dit onderzoek, moeten worden toegevoegd. Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde literatuurbevindingen en de onderzoeksvraagstelling, kan het voorlopige onderzoeksmodel schematisch gepresenteerd worden (zie figuur 2.3). De uitkomsten van het vooronderzoek zullen resulteren in het uiteindelijke onderzoeksmodel gepresenteerd in hoofdstuk 3.



Figuur 2.3: Schematische weergave voorlopig onderzoeksmodel.

## 2.6 Onderzoeksvraagstelling

Op basis van de doelstelling van het onderzoek en de verkregen literatuurinzichten zijn de volgende onderzoeksvragen afgeleid:

1. Hoe beoordelen de cliënten en verzorgingsmedewerkers de kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?
2. Hoe tevreden zijn de cliënten en verzorgingsmedewerkers over de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?
3. Welke kwaliteitsdimensies hangen samen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?
4. Welke achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers hebben invloed op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?
5. Hoe ervaren de huisartsen en verpleeghuisartsen eerstelijns zorg voor verzorginghuisbewoners aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen?

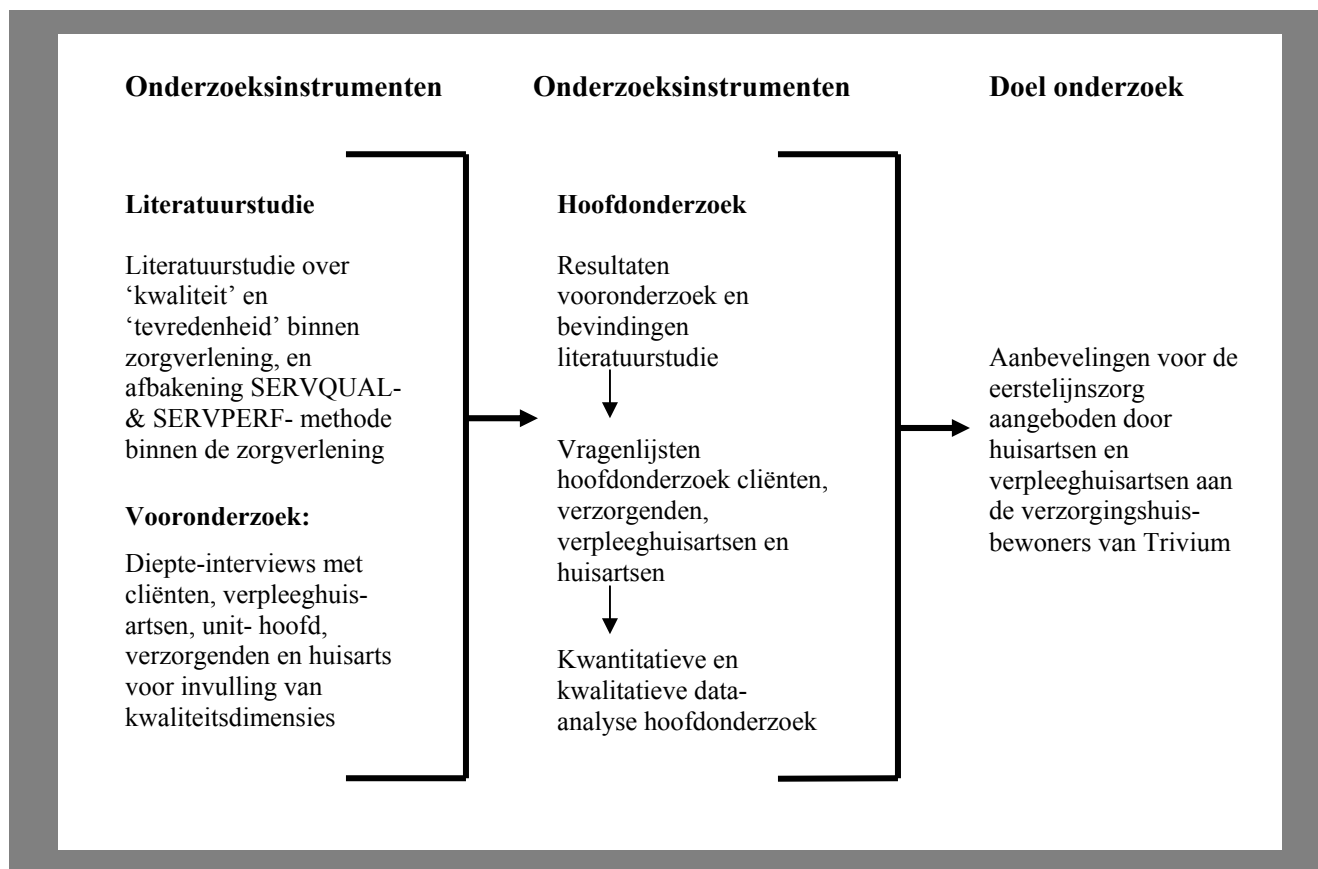


Het onderzoek uitgevoerd ter beantwoording van deze onderzoeksvragen zal Trivium naar verwachting genoeg inzicht geven in de nieuwe ontstane situatie met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg, namelijk: de overname van de extramurale eerstelijns huisartsenzorg door intramurale medici (verpleeghuisartsen) van Trivium. De uit dit onderzoek verkregen informatie zal tevens een bijdrage kunnen leveren aan het vertalen van advies over de toekomstige allocatie van de huisartsenzorg aan de verzorgingshuisbewoners.

### 3 Vooronderzoek

Het in dit rapport beschreven onderzoek is uitgevoerd door middel van een vooronderzoek en hoofdonderzoek. In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het vooronderzoek, dat diende als exploratief onderzoek naar de SERVQUAL- dimensies die de kwaliteit en tevredenheid over de eerstelijns huisartsenzorg binnen Trivium bepalen. Het bestond uit diepte- interviews met cliënten, verzorgenden, verpleeghuisartsen, een unit- hoofd en een huisarts uit Borne. Het vooronderzoek diende om invulling te geven aan de kwaliteitsdimensies en daaruit voortkomende items en resulteerde in het uiteindelijke onderzoeksmodel dat gebruikt wordt voor de vragenlijsten van het hoofdonderzoek. In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens worden ingegaan op de diepte-interviews en de resultaten van deze interviews.

In figuur 3.1. is het doel van het onderzoek en de methode schematisch weergegeven. Uit figuur 3.1. valt af te lezen welke onderzoeksinstrumenten gebruikt zijn om uiteindelijk tot conclusies en aanbevelingen te komen.



Figuur 3.1: Schematische weergave methode van onderzoek.

#### 3.1 Interviews

In deze paragraaf zullen de keuze voor en argumentatie omtrent het gekozen meetinstrument, de respondenten van het vooronderzoek en de procedure en methode van analyse beschreven worden. De resultaten van het vooronderzoek die hebben geleid tot verdere invulling van het onderzoeksmodel worden in paragraaf 3.2 besproken.

### 3.1.1 Meetinstrument

De diepte- interviews zijn afgenomen bij verschillende betrokkenen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de invulling van kwaliteitsdimensies die meespelen bij de eerstelijns huisartsenzorg bij verzorgingshuisbewoners. De verkregen inzichten uit de interviews zijn belangrijk voor het beter toepassen van het onderzoeksmodel binnen de organisatie van Trivium. Voor elke betrokken partij waarbij een interview is afgenomen, zijn verschillende interviewschema's opgesteld. Deze zijn te vinden in de bijlagen (bijlagen 3 t/m 7).

De interviewschema's zijn opgesteld aan de hand van de criteria van Emans (2002) en bestonden uit drie delen. In het eerste deel werd gevraagd naar achtergrondinformatie over de respondent. Dit werd gedaan om latere resultaten beter te kunnen interpreteren. Het tweede gedeelte bestond uit het achterhalen van de kwaliteitsdimensies. Hierbij werden dimensies afkomstig uit het literatuuronderzoek aangedragen en werd er gevraagd naar een toepasbare invulling hiervan. Vervolgens werd gevraagd naar vermeende (ervaren) verschillen tussen huisarts en verpleeghuisarts en konden de respondenten de mate van belang van de verschillende factoren aangeven. In het derde gedeelte kon de respondent zwakke en sterke punten van de eerstelijnszorg verzorgd door verpleeghuisartsen en huisartsen, overige kwaliteitsfactoren die nog niet in het interview aan bod waren gekomen, de tijd die de betreffende respondent wil besteden aan het invullen van een vragenlijst en de mate van tevredenheid over het interview aangeven.

Bij de interviews is, vanwege het exploratieve karakter, gekozen voor een gedeeltelijk gestructureerde aanpak. Ook is gebruik gemaakt van open vragen om de respondent voldoende ruimte te geven voor eigen bewoordingen. Het belangrijkste voordeel van open vragen is dat er minder invloed op de participanten wordt uitgeoefend, zodat ze makkelijker hun meningen, attitudes, gedachten en gevoelens kunnen weergeven (Hargie & Tourish, 2000). Binnen het vooronderzoek is gekozen voor diepte- interviews, omdat de wederzijdse communicatiestroom die het interview karakteriseert drie grote voordelen biedt ten opzichte van andere informatie- verzamelingstrategieën. Ten eerste is het gemakkelijker om onverwachte informatie aan het licht te brengen en dieper op de communicatie- ervaringen in te gaan. De mogelijkheid tot doorvragen maakt het mogelijk om meer informatie te verkrijgen. Ten tweede maken ontmoetingen met individuen het voor de onderzoeker mogelijk een beter beeld te krijgen van de betrokkenen. En tot slot kan het interview ook aan de behoefte van zowel onderzoeker als respondent voldoen door toevoeging van een menselijk en sociaal aspect aan de ontdekking van informatie (Hargie & Tourish, 2000).

### 3.1.2 Respondenten

In totaal zijn tien diepte- interviews gehouden met de volgende betrokkenen: twee verpleeghuisartsen van Trivium, een huisarts uit Borne, een unit- hoofd, twee verzorgingsmedewerkers en vier cliënten van Trivium. De verpleeghuisartsen en de huisarts uit Borne zijn geïnterviewd, omdat zij zorginhoudelijk veel kunnen vertellen, bijvoorbeeld met welke zorg de artsen zich bij verzorgingshuiscliënten bezig houden, hoe verzorgingshuiscliënten benaderd moeten worden en hoe afstemming over de zorg met de verzorgingsmedewerkers en de cliënt tot stand komt. Voor het interviewen van twee verzorgenden is gekozen, omdat zij een belangrijke schakel zijn tussen de (verpleeg)huisarts en de cliënt. Veelal geeft de cliënt gezondheidsklachten door aan de verzorging en neemt de verzorging contact op met de arts. De verzorgers die zijn geïnterviewd waren afkomstig van het voormalige verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne en kenden zodoende de huidige situatie met betrekking tot de huisartsen en verpleeghuisartsen van Trivium. Er zijn vier cliënten geïnterviewd. Zij waren allen afkomstig uit het verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne en hebben zowel de situatie in het oude verzorgingshuis in Borne gekend alsmede de nieuwe situatie in het Intermedium. Tot slot is ervoor gekozen een unit- hoofd te interviewen om inzicht te krijgen in eventuele beleidsaspecten die vanuit het management een belangrijke rol spelen in de zorgverlening.

### 3.1.3 Afnameprocedure

De interviews zijn opgenomen met een voice- recorder en door de onderzoeker zelf afgenomen. Met de respondent is een afspraak gemaakt voor het interview. Voorafgaand aan het interview is kort uitgelegd wie de onderzoeker was, wat het doel van het interview was en dat de gegevens vertrouwelijk werden behandeld. Tot slot werd om toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Naast de voice- recorder heeft de

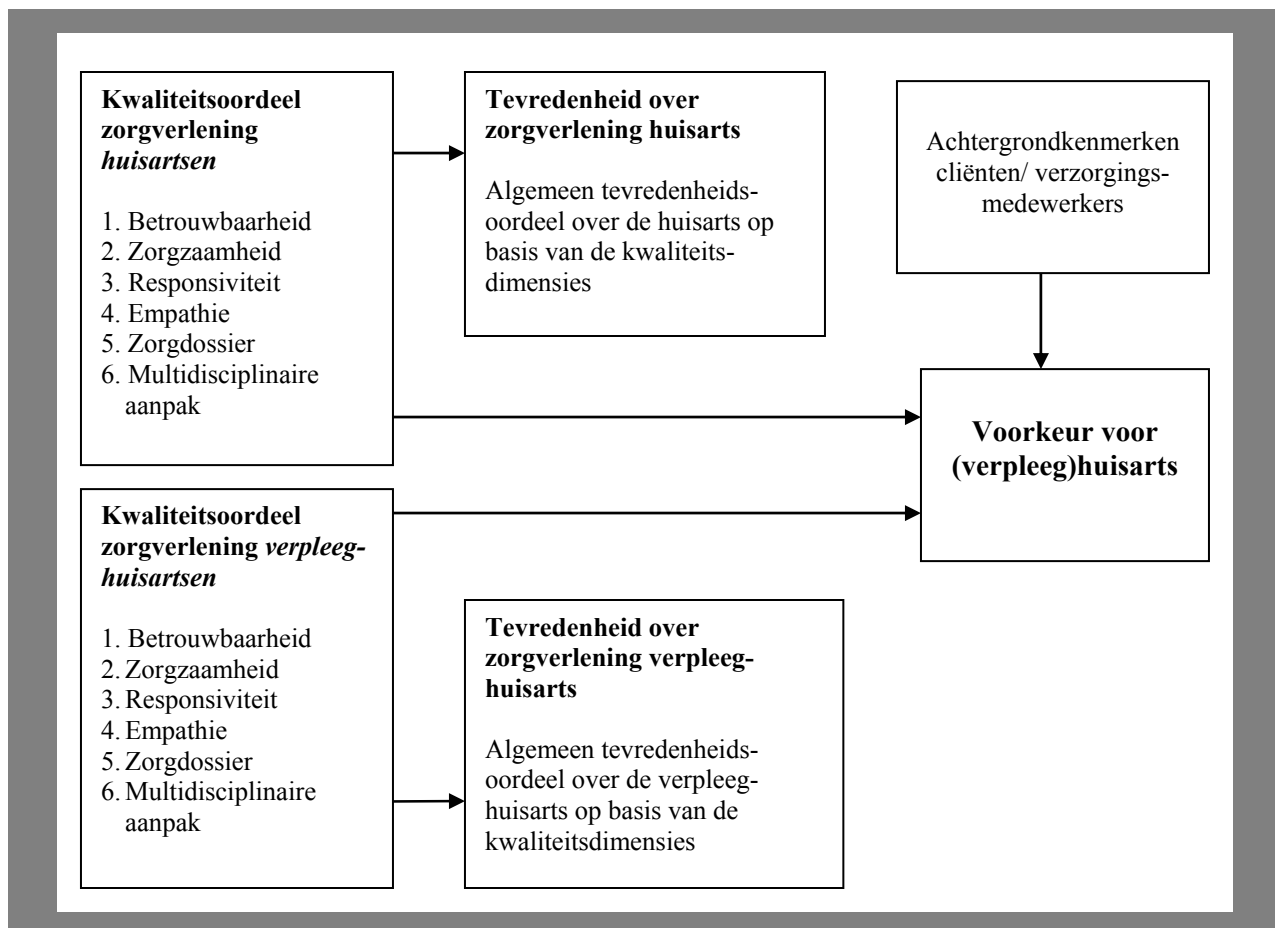
onderzoeker gebruik gemaakt van aantekeningen. Zowel de tapes als aantekeningen zijn gebruikt bij de analyse. De interviews met de verpleeghuisartsen, cliënten, verzorgingsmedewerkers en het unit- hoofd werden afgenomen op de bedrijfslocatie van Trivium. Het gesprek met de huisarts uit Borne vond plaats in de praktijk van de huisarts zelf.

### 3.1.4 Methode van analyse

Door middel van de tapes en aantekeningen zijn de interviews schriftelijk uitgewerkt en zijn schema's opgesteld van de verschillende dimensies en de antwoorden van de respondenten. Deze schema's leverden, samen met de literatuurbewijzen beschreven in hoofdstuk twee, de invulling van de kwaliteitsdimensies en de uiteindelijke vragenlijst voor het hoofdonderzoek.

## 3.2 Resultaten interviews

De resultaten van de interviews hebben geleid tot de toevoeging van de volgende kwaliteitsdimensies: het 'zorgdossier' en de 'multidisciplinaire aanpak'. Deze factoren werden door de (verpleeg)huisartsen, verzorgingsmedewerkers en het unit- hoofd als zeer belangrijk ervaren. Het zorgdossier en de multidisciplinaire aanpak zijn twee belangrijke communicatiemiddelen die dienen om de continuïteit van de zorgverlening te waarborgen. Het belang van deze factoren werd dusdanig groot geacht, dat zij als zelfstandige kwaliteitscriteria kunnen fungeren en dus konden worden toegevoegd aan het uiteindelijke onderzoeksmodel. Aan de dimensie 'tastbare zaken' kon geen juiste invulling gegeven worden, deze dimensie zal daarom verder niet meegenomen worden in het onderzoek. Het uiteindelijke onderzoeksmodel is weergegeven in figuur 3.2. In het restant van deze paragraaf zullen de resultaten van de interviews, die hebben geleid tot verdere uitwerking van het onderzoeksmodel, worden beschreven.



Figuur 3.2: Schematische weergave uiteindelijke onderzoeksmodel.

### **3.2.1 Tastbare zaken**

Bij de invulling van de dimensie tastbare zaken werd een probleem met het beoordelen van het fysieke bewijs van de dienst geconstateerd. De artsen gaven aan dat een goede spreekkamer van belang is, maar dat zij echter, gezien de geringe mobiliteit van de bewoners, zelf op bezoek gaan bij de cliënten. Andere fysieke faciliteiten van de huisartsenpraktijk die gebruikt worden om de dienst te leveren kunnen daarom evenmin meegerekend worden. Het zorgdossier, dat wel als een belangrijk fysiek middel kan worden gezien, wordt later in dit onderzoek besproken en meegenomen als zelfstandige dimensie. Omdat de invulling van de dimensie ‘tastbare zaken’ in de praktijk bij de verzorgingshuisbewoners niet gemeten kan worden, wordt deze dimensie verder niet meegenomen in het onderzoek.

### **3.2.2 Betrouwbaarheid**

Bij de betrouwbaarheid van de dienstverlening vonden alle geïnterviewden het nakomen van afspraken bij cliënten belangrijk. De artsen en verzorgingsmedewerkers gaven aan dat het vertrouwelijk behandelen van het zorgdossier, en daarmee de persoonlijke gegevens van de cliënten, belangrijk is. De cliënten en medewerkers vonden de privacy van de cliënt tijdens een consult erg belangrijk. De artsen, medewerkers en het unit- hoofd gaven aan dat goede bereikbaarheid van de arts belangrijk is om betrouwbaar over te komen. Wanneer een cliënt of verzorgende belt voor een afspraak moet de arts of assistente bereikbaar zijn. De verzorgingsmedewerkers gaven aan dat duidelijke en volledige rapportage in het zorgdossier het goed en betrouwbaar kunnen leveren van de zorg faciliteert.

### **3.2.3 Zorgzaamheid**

Het hebben van kennis, het kunnen afstemmen van de deskundigheid op de vraag van de cliënt en het geven van oplossingen, spelen volgens de ondervraagde artsen een belangrijke rol bij de dimensie zorgzaamheid voor de cliënten. Van belang is dat de arts op een begrijpbaar niveau communiceert met de cliënten. Het ‘raken’ in de communicatie van de arts en de cliënt speelt volgens de verpleeghuisartsen een belangrijke rol bij de zekerheid die cliënten waarnemen. Het zorgdossier werd gezien als een factor die bijdraagt aan de zorgzaamheid van de zorgverlening: het helpt de betrokkenen met het continu volgen van handelingen. De verzorgingsmedewerkers en cliënten gaven aan dat de arts voldoende tijd moet nemen tijdens een consult. De cliënt moet het gevoel hebben dat de arts er is voor hem/haar. Cliënten vinden het belangrijk dat ze goed kunnen praten met de arts en dat ze vertrouwen in de arts kunnen hebben. De verzorging gaf aan dat er gelet moet worden op de cognitieve problematiek bij ouderen. Artsen moeten hierop kunnen inspelen door een goede en duidelijke vertaling van hun kennis naar oplossingen voor de cliënt. Het unit- hoofd en de artsen gaven aan dat door middel van de multidisciplinaire overleggen de zorg beter afgestemd kan worden op de individuele behoeften van de cliënt.

### **3.2.4 Responsiviteit**

Onder responsiviteit gaven de artsen aan dat vraaggerichte zorg bij ouderen erg belangrijk is. Hierbij speelt het contact dat zij hebben met de verzorging een belangrijke rol. Ook het kunnen maken van een afspraak, de controle van medicatie, het continu zorg leveren door middel van het multidisciplinair werken en het met spoed kunnen komen vinden de artsen belangrijk. De verzorgingsmedewerkers vinden de controle van medicatie, het handelen met spoed en het snel kunnen maken van een afspraak met de arts belangrijk. Daarnaast benadrukken zij dat het betrekken van de verzorging bij consulten met arts belangrijk is voor de responsiviteit. Wanneer de zorg goed aangepast dient te worden aan de behoeften van de cliënt is het belangrijk dat zij zo veel mogelijk worden betrokken bij de consulten en het invullen van het zorgdossier. Het verzorgen van verdere (zorg)handelingen kan op deze wijze het beste geschieden. De cliënten vinden het belangrijk dat zij een afspraak met de arts kunnen maken wanneer zij die nodig hebben, dat de arts met spoed kan komen wanneer dat nodig is en dat er persoonlijk contact met de arts is wanneer zij ziek zijn.

### **3.2.5 Empathie**

Betrokkenheid speelt een grote rol bij de invulling van empathie volgens de artsen. Volgens alle geïnterviewden spelen verschillende factoren, zoals het inzicht in de sociale omstandigheden, het luisteren en aandacht geven, het inlevingsvermogen van de arts, het aanvoelen van situaties en het verplaatsen in de zorgsituatie, bij deze

dimensie een rol. Voldoende afstand bewaren tot de cliënt om professioneel te zijn is hierbij belangrijk. Een vriendelijke houding verhoogt de betrokkenheid, evenals goed luisteren, aandacht geven en interesse tonen. Het signaleren van problemen en een goede uitleg door de arts aan de cliënt, waarbij de arts de kennis vertaalt naar hetzelfde zelfde niveau van de cliënt, is belangrijk om empathie te creëren. Over de term ‘empathie’ bestond onder enkele geïnterviewden enige verwarring. In overleg is besloten deze term in de vragenlijsten te vertalen naar ‘inlevingsvermogen’. Deze term bleek geen onduidelijkheden te bevatten voor de geïnterviewden.

### **3.2.6 Zorgdossier**

Het zorgdossier werd door de artsen, verzorgingsmedewerkers en het unit- hoofd als zeer belangrijk beschouwd. Bij alle ondervraagde kwaliteitsdimensies kwam het zorgdossier naar voren als zijnde een belangrijke factor, die de zorgverlening aan de cliënten ondersteund. Het zorgdossier kan gezien worden als een belangrijk communicatiemiddel tussen de artsen, verzorgingsmedewerkers en cliënten. Gezien het terugkerende belang van het zorgdossier bij alle ondervraagde dimensies, is deze factor als aparte kwaliteitsdimensie toegevoegd. Factoren die bij het zorgdossier belangrijk waren zijn: duidelijke en volledige rapportage en een zorgvuldige omgang met het zorgdossier.

### **3.2.7 Multidisciplinaire aanpak**

Naast het zorgdossier bleek ook de multidisciplinaire aanpak belangrijk met betrekking tot de zorgverlening naar de cliënten. Tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) komen specialisten van verschillende disciplines en de verzorgingsmedewerkers bij elkaar om de verzorging van cliënten te evalueren en op elkaar af te stemmen. Deze MDO's worden besproken aan de hand van de zorgdossiers en vinden één keer in de drie maand plaats. Uit de gevoerde gesprekken bleek dat in het oude verzorgingshuis het Dijkhuis geen huisarts aanwezig was tijdens de MDO's. Bij de MDO's binnen Trivium zijn de verpleeghuisartsen wel aanwezig. De MDO's kunnen, net als het zorgdossier, gezien worden als een belangrijk communicatiemiddel bij de vraaggerichte zorg van de verzorgingshuisbewoners. Naast het zorgdossier bleek ook deze factor van terugkerend belang. Om deze reden wordt de multidisciplinaire aanpak als aparte kwaliteitsdimensie meegenomen in het hoofdonderzoek.

## 4 Hoofdonderzoek en resultaten

In dit hoofdstuk zal het hoofdonderzoek besproken worden. Eerst zal ingegaan worden op de onderzoeksmethode, waarbij de afnameprocedure, onderzochte populatie en de constructie van het onderzoeksinstrument besproken worden. Vervolgens zullen de resultaten beschreven worden.

### 4.1 Onderzoeksmethode

#### 4.1.1 Procedure

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de kwaliteit van de zorg, verleend door huisartsen en verpleeghuisartsen, zijn alle cliënten en verzorgingsmedewerkers van het Intermedium benaderd voor het invullen van een vragenlijst. Daarnaast zijn alle (verpleeg)huisartsen, die betrokken waren met de cliënten en de nieuwe situatie rondom de eerstelijns huisartsenzorg in Trivium, benaderd voor enkele vragen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten, omdat de respondenten op deze manier zo min mogelijk belast worden en zelf kunnen bepalen wanneer de vragenlijst wordt ingevuld. Daarnaast speelt de anonimiteit een belangrijke rol bij het gebruik van vragenlijsten, is de respondent vrijer bij het geven van de antwoorden en kan de onderzoeker geen druk uitoefenen op de respondent. Ten slotte zijn schriftelijke vragenlijsten makkelijker te verwerken en met elkaar te vergelijken (Swanborn, 1994).

De vragenlijsten zijn bij de cliënten persoonlijk door de onderzoeker afgenomen, omdat laatstgenoemden aangaven dit prettiger te vinden. De vragenlijsten voor de verzorgingsmedewerkers zijn met een begeleidende brief in de postvakjes van de medewerkers gedeponneerd. Na verloop van tijd is, vanwege de lage respons, nogmaals door het unit- hoofd middels een brief om medewerking gevraagd en zijn de vragenlijsten opnieuw verspreid. De vragenlijsten voor de huisartsen en verpleeghuisartsen zijn met een begeleidende brief en bijgevoegde gefrankeerde retourenvelop naar de huisartspraktijken verstuurd. In eerste instantie was gepland om de interviews met de (verpleeg)huisartsen telefonisch af te nemen, maar vanwege de moeizame planning hiervan en de genoemde voordelen die vragenlijsten bieden, is hier uiteindelijk vanaf gezien. Vanwege een lage respons bij de (verpleeg)huisartsen is enige tijd later ook naar deze groep een herinneringsbrief met nieuwe vragenlijsten en retourenvelop verstuurd. De periode waarin de verzorgingsmedewerkers en (verpleeg)huisartsen de vragenlijsten in konden vullen en retourneren bedroeg in totaal zes weken. De afname van de vragenlijsten bij de cliënten geschiedde gedurende vier weken.

#### 4.1.2 Onderzoekspopulatie

In eerste instantie zijn alle 96 cliënten in het Intermedium benaderd voor het invullen van de vragenlijsten. Vanwege veelal psychische problemen, zoals dementie, kon niet aan alle cliënten om medewerking gevraagd worden. Ook konden enkele cliënten geen medewerking verlenen, omdat zij op het moment van de afname van de vragenlijst nog maar kort in het Intermedium woonden en zodoende nog geen of weinig contact gehad hadden met de verpleeghuisarts. In totaal vielen om deze redenen 30 cliënten af en waren dus 66 vragenlijsten (68.7%) bruikbaar voor verdere statistische verwerking. Er zijn in totaal 56 verzorgingsmedewerkers benaderd voor het invullen van de vragenlijsten. In totaal zijn door deze groep 29 lijsten geretourneerd. Hiervan waren 27 vragenlijsten (48.2%) bruikbaar. Twee vragenlijsten bleken niet bruikbaar, omdat de betreffende respondent aangaf sinds kort werkzaam te zijn in het Intermedium en zodoende geen ervaring te hebben met de eerstelijnszorg aangeboden door huisartsen aan de cliënten. Zij konden daarom niet alle vragen uit de vragenlijst beantwoorden. Naast de cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn 11 huisartsen en 3 verpleeghuisartsen die betrokken zijn rondom de eerstelijns huisartsenzorg aan de cliënten van het Intermedium benaderd. Van de 14 naar de (verpleeg)huisartsen verzonden vragenlijsten zijn in totaal 10 stuks (71.4%) geretourneerd: 7 vragenlijsten van huisartsen en 3 vragenlijsten van verpleeghuisartsen.

### 4.1.3 Constructie van het onderzoeksinstrument

Zoals beschreven in hoofdstuk twee, wordt binnen dit onderzoek voor het meten van de kwaliteit van de zorgverlening gebruik gemaakt van het SERVPERF- model. De dimensies van dit model zijn afkomstig van het SERVQUAL- model. Op basis van de literatuurstudie en de interviews uit het vooronderzoek is invulling gegeven aan deze dimensies. Uit de interviews bleek dat, naast de bestaande dimensies, twee dimensies konden worden toegevoegd, namelijk het ‘zorgdossier’ en de ‘multidisciplinaire aanpak’. Daarnaast bleek dat er geen goede invulling kon worden gegeven aan de dimensie ‘tastbare zaken’. Deze dimensie is daarom niet meegenomen bij het ontwikkelen van het onderzoeksinstrument. De zes hoofddimensies, betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit, inlevingsvermogen, zorgdossier en de multidisciplinaire aanpak, vormen de structuur van de vragenlijsten voor de cliënten en verzorgingsmedewerkers. Bij de lijsten, afgenomen bij de cliënten, is de dimensie ‘zorgdossier’ echter niet opgenomen, omdat zij geen inzicht hebben in dit document. Het zorgdossier dient primair als communicatiemiddel tussen arts en verzorging. Naast een oordeel over de kwaliteit van de zes hoofddimensies met betrekking tot de huisarts en verpleeghuisarts werd bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers ook gevraagd naar algemene demografische- en achtergrondgegevens, een oordeel over de algemene tevredenheid van de kwaliteitsdimensies en werden enkele afsluitende vragen gesteld. Per dimensie zijn tenminste drie items geformuleerd, zodat er voldoende items zijn om de dimensie te meten. Bij de items is gebruik gemaakt van een ordinale schaal: de items konden beantwoord worden met behulp van een vijf- puntsschaal. De antwoordmogelijkheden liepen uiteen van 1 ‘helemaal mee oneens’ tot 5 ‘helemaal mee eens’.

Na het ontwikkelen van de vragenlijsten is een pretest bij zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers uitgevoerd om te achterhalen of de vragenlijsten onduidelijkheden bevatten. De vragenlijst is in totaal gepretest bij twee cliënten en twee verzorgingsmedewerkers. Alle vier de respondenten behoorden tot de uiteindelijke doelgroep voor de vragenlijsten. Het invullen van de vragenlijst door de medewerkers leverde geen moeilijkheden op, slechts enkele tekstuele aanpassingen bleken nodig. Door de persoonlijke begeleiding bij het afnemen van de vragenlijsten bij de cliënten bleek deze vragenlijst ook bij hen geen onduidelijkheden te bevatten, hetgeen leidde tot de beslissing om na een tweetal cliënten te stoppen met de pretest. De vragenlijst is naast de doelgroep ook, ter controle, aan de werkgroep ‘1<sup>e</sup> lijnszorg gezondheidscentrum het Dijkhuis’, bestaande uit verpleeghuisartsen en beleidsmedewerkers, voorgelegd. Naar aanleiding van deze controle zijn nog enkele termen aangepast. De vragenlijsten opgesteld voor de cliënten en verzorgingsmedewerkers en die opgesteld voor de (verpleeg)huisartsen zullen hieronder besproken worden.

#### *Vragenlijst cliënten en verzorgingsmedewerkers*

De volledige vragenlijsten voor de cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn te vinden in bijlagen 8 en 9.

#### 1. Algemene vragen

Bij de algemene vragen werden enkele items opgenomen over demografische- en achtergrondgegevens (zoals geslacht, leeftijd, voormalige woonplaats). Om eventuele verschillen in resultaten te verklaren is bij de cliënten gevraagd hoe lang hij/zij ingeschreven stond bij de huisarts en naar de mate van verkregen huisartsenzorg bij de huisarts en verpleeghuisarts en de tevredenheid over de tijdelijke woonsituatie in het Intermedium. Aan de verzorgingsmedewerkers werd naast de demografische gegevens (geslacht en leeftijd) gevraagd hoe lang de betreffende verzorger werkzaam is bij Trivium, of hij/zij werkzaam is geweest in het voormalige Dijkhuis en met hoeveel huisartsen en verpleeghuisartsen hij/zij contact heeft (gehad). Andere vragen over onderwerpen waar Trivium graag inzicht in wilde hebben bij cliënten en verzorgingsmedewerkers betroffen het gebruik van de paramedische diensten door cliënten, de tevredenheid hierover en het oordeel over de werklocatie van verpleeghuisartsen en paramedici in het Intermedium.

#### 2. Betrouwbaarheid

Volgens Wieringa (2004) is de betrouwbaarheid van de organisatie het vermogen van een organisatie om de toegezegde dienst daadwerkelijk en accuraat uit te voeren. Klanten willen dat gemaakte afspraken nagekomen worden. De afwezigheid van fouten en klachten vormt een indicator voor de kwaliteit van deze dimensie van een dienst. In de dienstverlening rondom de huisartsenzorg komen drie aspecten van betrouwbaarheid naar voren: het nakomen van afspraken door de huisarts en verpleeghuisarts, de privacy van de cliënt en de



---

bereikbaarheid van de artsen. Na het beantwoorden van vragen over deze aspecten werd gevraagd naar de tevredenheid over de betrouwbaarheid van de huisartsen en verpleeghuisartsen.

### 3. Zorgzaamheid

Bij de zorgzaamheid van de dienstverlening gaat het volgens Wieringa (2004) om het vermogen klanten goed te kunnen helpen. De competentie van de dienstverlener en de dienstverlenende organisatie bepalen de kwaliteit van deze dimensie. In de vragenlijst zijn vier aspecten met betrekking tot het aspect zorgzaamheid opgenomen: de deskundigheid van de (verpleeg)huisartsen, de begrijpelijkheid van de (verpleeg)huisartsen, het voldoende tijd nemen tijdens bezoeken en de mate van het vertrouwen dat de (verpleeg)huisartsen goede zorg verlenen aan de cliënten. Na het beantwoorden van vragen over deze aspecten werd gevraagd naar de tevredenheid hierover.

### 4. Responsiviteit

De bereidheid om klanten te helpen, zoals het bereikbaar zijn in geval van behoefte aan informatie, geeft volgens Wieringa (2004) de mate van responsiviteit weer van de dienstverlening. De responsiviteit van de zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen is gemeten ten aanzien van vier aspecten: het snel kunnen handelen bij spoedgevallen door de (verpleeg)huisartsen, de controle van medicatiegebruik, de beschikbaarheid en het direct contact kunnen krijgen met de (verpleeg)huisartsen. Ook hier werd na het beantwoorden van vragen over deze vier aspecten gevraagd naar een beoordeling van de tevredenheid.

### 5. Inlevingsvermogen

Het inlevingsvermogen (empathie) is de invoelende aandacht die aan de klant als persoon kan worden besteed. Het bepaalt vooral de relationele kwaliteit van de dienst. Het is belangrijk dat de dienstverlener zich inleeft in de klant. Dit doet hij door individuele aandacht aan elke klant te schenken (Wieringa, 2004). Er zijn vijf aspecten in de vragenlijst opgenomen om het inlevingsvermogen van de artsen te meten: de aandacht die de (verpleeg)huisarts geeft aan de cliënt, de betrokkenheid van de (verpleeg)huisarts met de zorgverlening, het luisteren naar de cliënt, het serieus nemen van de cliënt en de mate waarin de (verpleeg)huisarts op de hoogte is van de sociale omstandigheden waarin de cliënt zich bevindt. Tot slot werd ook naar de tevredenheid over het inlevingsvermogen gevraagd.

### 6. Zorgdossier

Het construct 'zorgdossier' werd niet meegenomen in de vragenlijst van de cliënten, maar alleen bij de verzorgingsmedewerkers. Het zorgdossier is een belangrijk middel bij de communicatie tussen de verzorging en de artsen. Uit het vooronderzoek bleek dat het zorgdossier bijdraagt aan de continuïteit van de zorgverlening. De communicatie via het zorgdossier vindt echter plaats buiten de cliënt om. Bij het zorgdossier werd gevraagd naar vier aspecten: het gebruik van het dossier als een duidelijk communicatiemiddel, rapportage in het zorgdossier, volledigheid van het zorgdossier en het zorgvuldig omgaan met het dossier. De tevredenheid over deze dimensie kon na deze vier items beoordeeld worden.

### 7. Multidisciplinaire aanpak

Naast het zorgdossier bleek ook de multidisciplinaire aanpak van de zorgverlening belangrijk. De MDO's (multidisciplinaire overleggen) kunnen, net als het zorgdossier, gezien worden als een belangrijk communicatiemiddel bij de vraaggerichte zorg aan de verzorgingshuisbewoners. In de vragenlijst werden drie aspecten van de multidisciplinaire aanpak meegenomen. Vragen over deze aspecten werden zowel aan de cliënten als verzorgingsmedewerkers gevraagd bij het beoordelingsgedeelte over de verpleeghuisarts. Daar huisartsen niet deelnamen aan de overleggen, zijn er bij het op deze groep doelende beoordelingsgedeelte, geen vragen over de MDO's opgenomen. Er werden vragen gesteld over de deelname van de arts aan MDO's, het verkrijgen van een beter totaalbeeld van de cliënt doordat de arts deelneemt aan MDO's en er werd gevraagd of de arts de cliënt betere zorg kan verlenen wanneer deze deelneemt aan MDO's. De tevredenheid over deze dimensie kon tot slot beoordeeld worden.

## 8. Afsluitende vragen

Bij de afsluitende vragen werden aan de cliënten en verzorgingsmedewerkers een aantal voorkeursvragen en belevingsvragen gesteld. De vraag naar eventuele voorkeuren voor het geslacht van de arts werd alleen bij de cliënten gesteld. Antwoordopties waren: een mannelijke of vrouwelijke arts, of geen voorkeur. De tweede voorkeursvraag ging over de voorkeur voor de soort arts en deze werd bij zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers gesteld. Antwoordopties hierbij waren: een huisarts- of verpleeghuisarts, of geen voorkeur. Tevens werd gevraagd of de respondenten een goede band hebben met de (verpleeg)huisartsen. Deze vraag kon beantwoord worden aan de hand van een vijf- puntsschaal van 1 'Heel slecht' tot 5 'Heel goed'. Twee vragen werden gesteld om inzicht te krijgen in een eventuele attitudeverandering bij de overname van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen. De eerste vraag luidde: 'Toen u te horen kreeg dat de verpleeghuisartsen de zorg van de huisartsen zouden overnemen, hoe stond u daar toen op dat moment tegenover?'. De tweede vraag luidde: 'Hoe vindt u het dat de cliënt de zorg nu aangeboden krijgt door de verpleeghuisarts in plaats van de huisarts?'. De vragen konden beantwoord worden op een vijf-puntsschaal. Tot slot konden de cliënten en verzorgingsmedewerkers aangeven in welke mate zij het eens waren met een stelling. Deze stelling luidde: 'De huisarts kan mij/de cliënt betere zorg geven dan de verpleeghuisarts'. Ook deze stelling kon beantwoord worden op basis van een vijf- puntsschaal.

## 9. Opmerkingen

Tot slot konden de cliënten en verzorgingsmedewerkers opmerkingen plaatsen over de vragenlijst of opmerkingen over de huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen binnen Trivium.

### *Vragenlijst (verpleeg)huisartsen*

Aan de (verpleeg)huisartsen zijn aparte vragenlijsten verstuurd. De (verpleeg)huisartsen konden met openvragen hun mening geven over de nieuwe situatie met betrekking tot de eerstelijns zorg. Voor de (verpleeg)huisartsen is, in tegenstelling tot de cliënten en verzorgingsmedewerkers, geen vergelijkende vragenlijst opgesteld, omdat de artsen elkaars zorgverlening niet konden beoordelen. De vragen voor de (verpleeg)huisartsen hadden betrekking op het aangeven van sterke en zwakke punten van de eerstelijnszorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen aan verzorgingshuisbewoners, de vraag of de artsen een samenwerking zien zitten in het nieuwe verzorgingshuis en hoe volgens hen een eventuele samenwerking het beste afgestemd zou kunnen worden. Aan de huisartsen werd tevens gevraagd of zij hun oude cliënten van het verzorgingshuis weer terug zouden willen in hun praktijk. Bij de algemene vragen zijn enkele demografische gegevens opgenomen (geslacht en leeftijd). Om een indicatie te krijgen van het aantal cliënten, die de (verpleeg)huisartsen bezoeken in de verzorgingshuizen, is gevraagd of de een schatting kon worden gegeven van het aantal bezochte cliënten per week. Tot slot is aan de huisartsen gevraagd of zij aan konden geven hoeveel verzorgingshuisbewoners van het oude Dijkhuis behoorden tot de cliënten van hun huisartsenpraktijk (bijlagen 10 en 11).

### **4.1.4 Statistische verwerking**

Ten einde de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de statistische analyses uitgevoerd. De data van de vragenlijsten is ingevoerd in het statistische softwareprogramma SPSS 11.0. Door middel van een factoranalyse is gekeken of de constructen die zijn opgesteld, door SPSS daadwerkelijk werden herkend als zijnde een construct. Vervolgens is met behulp van Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) gekeken of de verschillende vragen naar één onderwerp consistent waren. Wanneer de Cronbach's alpha van een schaal 0.60 of hoger was, werd deze als voldoende betrouwbaar beschouwd (Tabachnick & Fidell, 1996). Als dit het geval was werden de antwoorden op de betreffende stellingen gemiddeld tot één schaalscore.

Om het oordeel van de cliënten en verzorgingsmedewerkers over de kwaliteit van de zorgverlening van de huisarts en verpleeghuisarts te bepalen zijn per kwaliteitsdimensie frequentietabellen opgesteld. In deze frequentietabellen zijn de gemiddelde schaalscores en de scores op de afzonderlijke items per construct van zowel de huisarts als verpleeghuisarts weergegeven. Met behulp van Wilcoxon Signed Ranks- toetsen zijn de gemiddelde scores van huisarts en verpleeghuisarts op de constructen met elkaar vergeleken. Ook is gekeken naar significante verschillen op item- niveau. De Mann- Whitney U toets is uitgevoerd om het verschil in

waardering tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers te onderzoeken. Bij de toetsen is een grens gehanteerd van  $\alpha = .05$ .

Om de tevredenheid van cliënten en verzorgingsmedewerkers over de zorgverlening van de huisarts en verpleeghuisarts te bepalen zijn dezelfde analyses uitgevoerd. De gemiddelden scores van de huisarts en verpleeghuisarts per construct zijn vergeleken met de Wilcoxon Signed Ranks- toets. Verschillen in tevredenheid tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn getoetst met behulp van de Mann-Whitney U toets. Ook hier is bij de toetsen een grens gehanteerd van  $\alpha = .05$ .

De invloed van de kwaliteitsdimensies op de keuze voor een (verpleeg)huisarts zijn onderzocht door middel van een correlatieanalyse. Met de correlatieanalyse is onderzocht of de constructen betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit, inlevingsvermogen en het zorgdossier invloed hebben op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers. Ten slotte zijn de relaties tussen achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts onderzocht door middel van correlatieanalyses en chikwadraattoetsen.

## 4.2 Resultaten

In deze paragraaf zullen de verkregen resultaten uit de vragenlijsten afkomstig van de cliënten, verzorgingsmedewerkers, huisartsen en verpleeghuisartsen besproken worden. In subparagraaf 4.2.1. zal een beschrijving gegeven worden van de respondenten, vervolgens zullen in subparagraaf 4.2.2. de overige kenmerken, zoals er naar deze gevraagd is in de voorkeur- en belevingsvragen, van de cliënten en verzorgingsmedewerkers beschreven worden. In subparagraaf 4.2.3. zullen de betrouwbaarheid en validiteit van de schalen besproken worden. Tot slot komen in subparagraaf 4.2.4 tot en met subparagraaf 4.2.8. de resultaten van de vragenlijst aan bod.

### 4.2.1 Beschrijving van de respondenten

Uit tabel 4.1. blijkt dat er zich meer vrouwen (72.7%) dan mannen (27.3%) onder de cliënten bevinden. De leeftijd van de cliënten varieert tussen de 60 en 95 jaar en is gemiddeld 83 jaar. Veruit de meeste respondenten zijn langer dan 10 jaar cliënt geweest bij hun huisarts (77.3%).

Tabel 4.1. Demografische kenmerken van de cliënten (n=66)

		n	%
Geslacht	Man	18	27.3%
	Vrouw	48	72.7%
Leeftijd	60- 70	3	4.5%
	71- 80	19	28.7%
	81- 90	34	51.5%
	> 90	10	15.1%
Voormalige woonsituatie	Dijkhuis Borne	30	45.5%
	Eigen woning	36	54.5%
Aantal jaar cliënt geweest bij eigen huisarts	< 5 jaar	8	12.1%
	5 t/m 10 jaar	7	10.6%
	> 10 jaar	51	77.3%

Uit tabel 4.2. (volgende pagina) blijkt dat de populatie van de verzorgingsmedewerkers geheel uit vrouwen bestaat (n= 27). De gemiddelde leeftijd van deze groep is 40 jaar en varieert tussen de 21 en 59 jaar. Veruit de meeste verzorgers zijn werkzaam geweest op het oude Dijkhuis in Borne (85.1%).

Tabel 4.2. Demografische kenmerken van de verzorgingsmedewerkers (n=27)

		n	%
Geslacht	Man	-	-
	Vrouw	27	100%
Leeftijd	20- 30	9	33.3%
	31- 40	4	14.8%
	41- 50	8	29.6%
	>50	6	22.3%
Aantal jaren werkzaam als verzorgende	0-5	12	44.4%
	6-10	6	22.3%
	Langer als 10 jaar	9	33.3%
Werkzaam geweest in oude Dijkhuis	Ja	23	85.1%
	Nee	4	14.9%

Bij de kenmerken van de (verpleeg)huisartsen (tabel 4.3.) valt het op dat er een groot verschil bestaat tussen het gemiddelde aantal bezoeken door verpleeghuisartsen aan cliënten in het Intermedium en het gemiddelde aantal bezoeken in het oude Dijkhuis door huisartsen. Dit verschil is te verklaren doordat de 96 cliënten van het Intermedium de huisartsenzorg aangeboden krijgen door 3 verpleeghuisartsen. In het oude Dijkhuis hadden de bewoners hun eigen huisarts. Het aantal cliënten was toen verdeeld onder 11 huisartsen. Het lage gemiddelde aantal bezoeken aan cliënten door huisartsen ten opzichte van het hoge gemiddelde van verpleeghuisartsen is zodoende te verklaren.

Tabel 4.3. Demografische kenmerken van de (verpleeg)huisartsen (n=10)

		Huisarts (n=7)		Verpleeghuisarts (n=3)	
		n	%	n	%
Geslacht	Man	5	71.4%	1	33.3%
	Vrouw	2	28.6%	2	66.6%
Leeftijd	30- 40	-	-	1	33.3%
	41- 50	3	42.8%	2	66.6%
	51-60	3	42.8%	-	-
	>60	1	14.4%	-	-
Gemiddeld aantal bezoeken aan cliënten Intermedium door de verpleeghuisarts per week		-		10.8	
Gemiddeld aantal bezoeken aan cliënten in het oude Dijkhuis door de huisarts per week		2.1		-	
Gemiddeld aantal cliënten van het Dijkhuis die behoorden tot de huisartsenpraktijken		9.4		-	

#### 4.2.2 Overige kenmerken cliënten en verzorgingsmedewerkers

##### *Tevredenheid cliënten over woonsituatie Intermedium*

Ondanks dat een groot deel van de cliënten aangeeft terug te willen naar Borne, blijken zij toch erg tevreden te zijn met de tijdelijke woonsituatie in het Intermedium. Het gemiddelde oordeel is 4.12 (SD= 0.75) op een schaal van 1 'Zeer ontevreden' tot 5 'Zeervredend'.

##### *Mate van zorggebruik door cliënten bij huisarts en verpleeghuisarts*

De mate van zorggebruik van de cliënten bij de huisarts lag hoger dan bij de verpleeghuisarts. Op een schaal van 1 'Nooit' tot 5 'Heel vaak' lag het gemiddelde van de zorgvraag bij de huisarts op 3.21 (SD= 1.00). Het gemiddelde van de zorgvraag bij de verpleeghuisarts is lager: 2.56 (SD= 0.73). De cliënten hebben dus vaker een beroep op de huisarts gedaan dan op de verpleeghuisarts. De gemiddelde scores van de zorgvraag van de cliënten bij de huisarts en verpleeghuisarts zijn vergeleken met de Wilcoxon Signed Ranks- toets. Hieruit

bleek dat de mate van zorggebruik door de cliënten bij de huisarts en verpleeghuisarts significant verschilt ( $p < .001$ ). Oftewel, de cliënten hebben significant meer gebruik gemaakt van de zorg aangeboden door de huisarts dan de zorg aangeboden door de verpleeghuisarts. Deze conclusie spreekt grotendeels voor zich, daar de respondenten veelal langer cliënt zijn geweest bij de huisarts en pas sinds enige tijd in het Intermedium een beroep kunnen doen op de verpleeghuisarts.

#### *Gebruik paramedische diensten*

Van de ondervraagde cliënten maken 21 personen gebruik van de paramedische diensten binnen Trivium: 20 personen maken gebruik van de fysiotherapeut en 1 persoon van de logopedist. Met een gemiddelde score van 4.10 (SD= 0.71) op een schaal van 1 'Zeer ontevreden' tot 5 'Zeer tevreden', zijn de cliënten tevreden over het gebruik van de paramedische diensten. Opvallend is dat de aanwezigheid van paramedici in hetzelfde gebouw door cliënten die gebruik maken van paramedische zorg als prettiger wordt beoordeeld (Gemiddelde: 4.12, SD= 0.69), dan dat aanwezigheid van artsen door alle cliënten wordt beoordeeld (Gemiddelde: 3.83, SD = 0.68). Uit de Wilcoxon- toets blijkt dat er geen significant verschil bestaat in de waardering van de locatie van de paramedici en de artsen ( $p = .366$ ).

Net als de cliënten, geven ook de verzorgingsmedewerkers aan het prettig te vinden dat de paramedici (Gemiddelde: 3.91, SD= 0.65) en artsen in hetzelfde gebouw aanwezig zijn (Gemiddelde: 3.83, SD= 0.48). Deze waarderingen bleken niet significant te zijn ( $p = .414$ ). Tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers bleek geen verschil te bestaan in de waardering van de locatie van de artsen (Mann- Whitney  $U = 786.50$ ,  $Z = -.05$ ,  $p = .95$ ) en in de waardering van de locatie van de paramedici (Mann- Whitney  $U = 246.00$ ,  $Z = -.97$ ,  $p = .32$ ). Oftewel, er is geen reden om aan te nemen dat de waarderingen omtrent de locatie van de artsen en paramedici tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers sterk van elkaar afwijken.

#### *Voorkeur arts*

Aan het einde van de vragenlijst konden de cliënten aangeven welke voorkeuren zij hebben voor een arts. Hieruit bleek dat 56 cliënten geen voorkeur had voor een mannelijke of vrouwelijke arts. Slechts 3 cliënten gaven voorkeur aan een vrouwelijke arts en 7 cliënten aan een mannelijke arts. Een grote meerderheid van de cliënten gaf echter wel de voorkeur aan de huisarts ( $n = 41$ ) boven de verpleeghuisarts ( $n = 7$ ). Van de ondervraagde cliënten geven 18 personen aan geen voorkeur te hebben. Bij de verzorgingsmedewerkers liggen de voorkeuren dicht bij elkaar. 9 Medewerkers geven de voorkeur aan een huisarts en 10 aan een verpleeghuisarts. 8 Medewerkers gaven aan geen voorkeur te hebben (tabel 4.4.). Eventuele verschillen tussen de voorkeuren voor een huisarts of verpleeghuisarts bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn onderzocht door middel van de chikwadraattoets. Er bleek sprake van een significant verschil ( $\chi^2 = 9.862$   $df = 2$ ,  $p < .01$ ). Oftewel, significant meer cliënten dan verzorgingsmedewerkers kiezen voor een huisarts en significant meer verzorgingsmedewerkers dan cliënten kiezen voor een verpleeghuisarts.

Tabel 4.4. Voorkeur arts bij cliënten en verzorgingsmedewerkers

Voorkeur		Cliënten (n=66)		Verzorgings- medewerkers (n=27)	
		n	%	n	%
Voorkeur arts	Huisarts	41	62.1%	9	33.3%
	Verpleeghuisarts	7	10.6%	10	37.0%
	Geen voorkeur	18	27.3%	8	29.7%

$\chi^2 = 9.862$ ,  $df = 2$ ,  $p < .01$

#### *Oordeel relatie (verpleeg)huisartsen*

Uit tabel 4.5. blijkt dat cliënten hun relatie met de huisarts positiever beoordelen dan de relatie met de verpleeghuisarts. De gemiddelde score voor de huisarts is 4.44 (SD= 0.74) op een schaal van 1 'Heel slecht' tot 5 'Heel goed'. De gemiddelde score voor de verpleeghuisarts ligt een stuk lager, namelijk 3.62 (SD= 0.83). De waardering van de cliënten over de huisarts en verpleeghuisarts bleek significant te zijn ( $Z = -5.13$ ,  $p < .001$ ). De cliënten beoordelen de relatie met de huisarts significant positiever dan de relatie met de verpleeghuisarts. De verzorgingsmedewerkers beoordelen hun relatie met de verpleeghuisarts en huisarts beiden even positief: het gemiddelde oordeel voor zowel de huisarts als verpleeghuisarts is 3.8.

Met behulp van de Mann-Whitney U test is gekeken of er een significant verschil bestaat tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers en de oordelen over de relaties met beide artsen. Bij de relatie met de huisarts bleek er een significant verschil te zijn tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers ( $p < .001$ ). Oftewel, significant meer cliënten geven een positief oordeel over de relatie met de huisarts dan de verzorgingsmedewerkers. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers over de relatie met de verpleeghuisarts (Mann-Whitney  $U = 750.00$ ,  $Z = -.41$ ,  $p = n.s.$ ).

Tabel 4.5. Oordeel relaties tussen cliënt/verzorgingsmedewerkers en arts

Oordeel		Cliënten (n=66)				Verzorgingsmedewerkers (n=27)			
		n	%	Gem.	SD	n	%	Gem.	SD
Oordeel relatie met huisarts	Negatief	2	3.0%	4.44*#	0.74	2	7.4%	3.80	0.80
	Neutraal	4	6.1%			6	22.2%		
	Positief	60	90.9%			19	70.3%		
Oordeel relatie met verpleeghuisarts	Negatief	5	7.6%	3.62	0.83	1	3.7%	3.80	0.69
	Neutraal	22	33.3%			8	29.6%		
	Positief	39	59.1%			18	66.7%		

\*  $p < .001$  voor het verschil tussen de huisarts en verpleeghuisarts

#  $p < .001$  voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

### Verandering van attitude

Twee vragen zijn opgenomen waarbij achterhaald kon worden hoe de cliënten en medewerkers ten tijde van de berichtgeving tegenover een (tijdelijke) nieuwe verpleeghuisarts stonden en hoe zij hier nu tegenover staan. De vragen konden beantwoord worden op een vijf-puntsschaal van 1 'Zeer negatief' tot 5 'Zeer positief'. Het aantal cliënten dat nu positiever tegenover de situatie staat is toegenomen (Gemiddeld: 3.48,  $SD = 0.78$ ) vergeleken met de houding ten tijde van de berichtgeving (Gemiddeld: 2.72,  $SD = 0.90$ ). Bij de verzorgingsmedewerkers was het gemiddelde ten tijde van de berichtgeving 3.25 ( $SD = 0.67$ ) en het huidige gemiddelde oordeel is 3.66 ( $SD = 0.70$ ). Daarmee is ook de attitude van de medewerkers positief veranderd in vergelijking met het verleden. Zowel de cliënten ( $Z = -5.42$ ,  $p < .001$ ) als verzorgingsmedewerkers ( $Z = -2.322$ ,  $p < .05$ ) geven, in vergelijking met het verleden, in de huidige situatie een significant positiever oordeel over de zorgverlening aangeboden door de verpleeghuisarts.

De verschillen tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers bleken significant te zijn (Mann-Whitney  $U = 534.00$ ,  $Z = -2.48$ ,  $p < .05$ ). Dit betekent dat de verzorgingsmedewerkers ten tijde van de berichtgeving een positievere attitude hadden dan de cliënten. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen de huidige attitude van cliënten en verzorgingsmedewerkers over de aanbieding van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen.

### Het verlenen van de beste zorg

Tot slot konden de cliënten en verzorgingsmedewerkers nog antwoord geven op de stelling 'De huisarts kan mij/de cliënt betere zorg verlenen dan de verpleeghuisarts'. Tabel 4.6. laat zien dat deze stelling bij de cliënten over het algemeen een neutrale gemiddelde score behaalde. Cliënten die het eens waren met deze stelling gaven veelal het argument dat de huisarts hen al jaren kent en veel met hen heeft meegemaakt. Een cliënt hierover: "Mijn huisarts kan mij betere zorg geven, omdat ik meer vertrouwen in hem heb. Hij kent mij al veel langer. Hij weet wat al mijn kwaaltjes zijn en wat ik vroeger allemaal heb meegemaakt." [respondent 23].

Tabel 4.6. Uitkomsten stelling bij cliënten en verzorgingsmedewerkers

Oordeel		Cliënten (n=66)				Verzorgingsmedewerkers (n=27)			
		n	%	Gem.	SD	n	%	Gem.	SD
De huisarts kan mij betere zorg verlenen dan de verpleeghuisarts	Negatief	11	16.7%	3.44*#	0.97	7	25.9%	2.75	0.84
	Neutraal	24	36.4%			17	62.9%		
	Positief	31	47.0%			3	11.2%		

#  $p < .01$  voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

De verzorgingsmedewerkers behalen op dezelfde stelling een lagere score dan de cliënten (tabel 4.6.). Zij zijn minder van mening dat de huisarts de cliënt betere hulp kan geven dan de verpleeghuisarts. Het hoge percentage bij de antwoordcategorie ‘neutraal’ geeft aan dat de verzorgingsmedewerkers hier geen uitgesproken voorkeur hebben. Uit de Mann- Whitney U test bleek dat de verschillen op deze stelling tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers significant zijn (Mann- Whitney U=501.000, Z=-2.80,  $p<.01$ ). Oftewel, significant meer cliënten zijn het eens met de stelling dat de huisarts hen betere zorg kan geven dan de verpleeghuisarts.

#### 4.2.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoeksinstrument

Alvorens in te gaan op de resultaten van de vragenlijsten, is het belangrijk om te meten hoe betrouwbaar de constructen van deze lijsten zijn. Hiertoe is met behulp van een factoranalyse vastgesteld welke items dezelfde waarde meten. Vervolgens is met een betrouwbaarheidsanalyse gekeken hoe betrouwbaar de constructen van de vragenlijst zijn.

##### *Factoranalyse*

De kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen wordt gemeten door vijf constructen bij de cliënten en zes constructen bij de verzorgingsmedewerkers. Met een factoranalyse is gekeken hoeveel constructen er ontstaan als alle items van de constructen samen worden genomen. De constructen gemeten bij de huisarts en de constructen gemeten bij de verpleeghuisarts zijn in aparte factoranalyses onderzocht, omdat de constructen de kwaliteit van de zorg van twee verschillende artsen meten. De factoranalyse is uitgevoerd met een principale componentenanalyse met varimax- rotatie. Als criterium voor het aantal factoren is een eigenwaarde groter dan 1 gehanteerd en als criterium voor het toeschrijven van een item aan een factor is een lading van  $>.40$  gebruikt.

Na de analyse bij constructen van de huisarts bleek dat er met SPSS 7 factoren konden worden onderscheiden, die 84.1% van de totale variantie konden verklaren. Deze zeven factoren kwamen voor een groot deel overeen met de constructen van de vragenlijst. De constructen zorgdossier, multidisciplinaire aanpak en zorgzaamheid werden herkend als zelfstandige factoren. Het construct inlevingsvermogen werd ook als één factor gezien, al laadde een item bij dit construct zich hoger in een andere factor. Bij de factor betrouwbaarheid en responsiviteit laadde een item het hoogst in de zevende factor. Hierdoor resulteerde de factoranalyse in zeven factoren. Na de factoranalyse bij de verpleeghuisarts bleek dat SPSS zes factoren onderscheidde, die 77.0% van de totale variantie konden verklaren. De toeschrijving van de verschillende items aan factoren kwam grotendeels overeen met de factoranalyse van de huisarts. Het zorgdossier, de multidisciplinaire aanpak en de zorgzaamheid werden gezien als zelfstandige factoren. Het construct inlevingsvermogen laadde ook voor het grootste deel in één factor. Echter, van dit construct laadden twee items zich hoger in een andere factor. De factoren betrouwbaarheid en responsiviteit laadden ook voor het grootste deel in één factor, al laadde van beide constructen een item zich hoger bij een andere factor.

##### *Betrouwbaarheidsanalyse*

Door middel van een betrouwbaarheidsanalyse is gekeken in hoeverre de schalen in de vragenlijst betrouwbaar zijn. Bij de betrouwbaarheidsanalyse is, net als bij de factoranalyse, onderscheid gemaakt tussen de betrouwbaarheid van de constructen gemeten bij de huisarts en de constructen gemeten bij de verpleeghuisarts. Wanneer de Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) van een schaal van 0.60 of hoger was, werd deze schaal als voldoende betrouwbaar beschouwd (Tabachnick & Fidell, 1996).

Uit tabel 4.7. blijkt dat alle schalen een Cronbach's alpha van boven de  $\alpha = 0.60$  hebben, hetgeen wil zeggen dat de constructvaliditeit voldoende is. De constructen die gemiddeld een lagere betrouwbaarheid behaalden, laadden in de factoranalyse ook enkele items hoger in een andere factor. Bij het construct ‘Inlevingsvermogen verpleeghuisarts’ is één item verwijderd, namelijk ‘De verpleeghuisarts is goed op de hoogte van de sociale omstandigheden van de cliënt’. Aanvankelijk was de alpha van dit construct  $\alpha = 0.64$ . Na het verwijderen van dit item kon de alpha verhoogd worden naar  $\alpha = 0.87$ . Dit item is ook verwijderd bij het construct ‘Inlevingsvermogen huisarts’, omdat bij dit item geen vergelijking meer gemaakt kon worden tussen beide artsen. Bij het construct ‘Inlevingsvermogen huisarts’ was de alpha voor verwijdering van dit item  $\alpha = 0.83$  en na verwijdering  $\alpha = 0.85$ . Bij het construct ‘Betrouwbaarheid huisarts’ kon het item ‘De huisarts houdt rekening met de privacy van de cliënt’ verwijderd worden voor een hogere alpha ( $\alpha = 0.71$ ). Er

blijven dan echter niet genoeg items binnen dit construct over om het nog valide te laten zijn. Daarom is besloten met een alpha van  $\alpha=0.65$  en alle items van dit construct verder te werken. Uit tabel 4.7. blijkt dat de opgestelde constructen in de vragenlijst voor het grootste gedeelte gehandhaafd kunnen blijven.

Tabel 4.7. Interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) van de constructen

Constructen	n	Aantal items voor analyse	Aantal items na analyse	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )
Betrouwbaarheid huisarts	90	3	3	0.65
Zorgzaamheid huisarts	90	4	4	0.82
Responsiviteit huisarts	90	4	4	0.63
Inlevingsvermogen huisarts	90	5	4	0.85
Zorgdossier huisarts	27	4	4	0.91
Betrouwbaarheid verpleeghuisarts	90	3	3	0.65
Zorgzaamheid verpleeghuisarts	90	4	4	0.84
Responsiviteit verpleeghuisarts	90	4	4	0.67
Inlevingsvermogen verpleeghuisarts	90	5	4	0.87
Zorgdossier verpleeghuisarts	27	4	4	0.84
Multidisciplinaire aanpak	90	3	3	0.71

#### 4.2.4 Kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen

Hieronder zullen de opvattingen over de kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen, volgens de cliënten en verzorgingsmedewerkers, per construct besproken worden. De antwoordmogelijkheden binnen de constructen varieerden van 1 'Zeer mee oneens' tot 5 'Zeer mee eens'. In de tabellen hieronder zijn de antwoordcategorieën gegroepeerd naar 'Negatief' (1= zeer mee oneens en 2= mee oneens), 'Neutraal' (3= niet mee oneens, niet mee eens) en 'Positief' (4= mee eens en 5= zeer mee eens). De antwoorden op de betreffende items van de huisarts en verpleeghuisarts zijn gemiddeld tot één schaalscore. De gemiddelde schaalscores zijn met behulp van de Wilcoxon Signed Ranks- toets onderzocht. Ook op item- niveau is met behulp van deze toets gekeken naar significante verschillen. De Mann- Whitney U toets is gebruikt om eventuele significante verschillen tussen de cliënten en verzorgingsmedewerkers te onderzoeken. De hoogste behaalde scores op de items zijn dikgedrukt.

##### *Betrouwbaarheid*

Uit tabel 4.8. (volgende pagina) valt af te lezen dat de cliënten een hoger gemiddelde schaalscore bij de huisarts hebben (4.24, SD= 0.47) dan bij de verpleeghuisarts (3.55, SD= 0.61). De gemiddelde schaalscores van de cliënten bleken significant te verschillen ( $Z=-5.80$ ,  $p<.001$ ). Ook op item- niveau zijn de cliënten op alle items positiever over de huisarts dan over de verpleeghuisarts. Op item- niveau bleken scores op alle stellingen significant te verschillen: Item 1 ( $Z=-4.74$ ,  $p<.001$ ), Item 2 ( $Z=-3.88$ ,  $p<.001$ ) en Item 3 ( $Z=-5.17$ ,  $p<.001$ ). Oftewel, de cliënten geven op alle stellingen omtrent de betrouwbaarheid significant hogere scores aan de huisarts dan aan de verpleeghuisarts.



Tabel 4.8. Betrouwbaarheid (verpleeg)huisartsen volgens cliënten (n=66)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg-huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts komt gemaakte afspraken na	Negatief	0.0%	<b>4.30*#</b>	0.58	13.6%	3.63	0.87
	Neutraal	6.0%			21.2%		
	Positief	94.0%			65.2%		
2. De arts houdt rekening met mijn privacy	Negatief	0.0%	<b>4.01*</b>	0.51	0.0%	3.65	0.51
	Neutraal	12.2%			36.4%		
	Positief	87.8%			63.6%		
3. De arts is goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig heb	Negatief	3.0%	<b>4.42*#</b>	0.72	18.2%	3.37	0.95
	Neutraal	0.0%			36.4%		
	Positief	97.0%			45.4%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>4.24*#</b>	<b>0.47</b>		<b>3.55</b>	<b>0.61</b>

\* p<.001 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

# p<.001 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.9)

De scores van de verzorgingsmedewerkers resulteren ook in een hogere gemiddelde schaalscore bij de huisarts (tabel 4.9). De gemiddelde schaalscores zijn echter niet significant ( $Z = -1.28$ ,  $p = .198$ ). Op item-niveau geven de verzorgingsmedewerkers, net als de cliënten, de hoogste scores aan de huisarts. Er zijn op item-niveau geen significante verschillen gevonden.

Tabel 4.9. Betrouwbaarheid (verpleeg)huisartsen volgens verzorgingsmedewerkers (n=27)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg-huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts komt gemaakte afspraken na	Negatief	0.0%	<b>3.82</b>	0.49	8.3%	3.45	0.83
	Neutraal	25.0%			37.5%		
	Positief	75.0%			54.2%		
2. De arts houdt rekening met mijn privacy	Negatief	0.0%	<b>4.00</b>	0.42	0.0%	3.87	0.44
	Neutraal	12.5%			16.6%		
	Positief	87.5%			83.4%		
3. De arts is goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig heb	Negatief	4.1%	<b>3.43</b>	0.58	16.6%	3.16	0.70
	Neutraal	50.0%			50.0%		
	Positief	45.9%			33.4%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.72</b>	<b>0.40</b>		<b>3.50</b>	<b>0.55</b>

Uit de Mann-Whitney U test bleek dat er een significant verschil bestaat tussen de gemiddelde schaalscores bij de huisarts, gemeten bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers (Mann-Whitney  $U = 318.50$ ,  $Z = -4.41$ ,  $p < .001$ ). Er bleek geen significant verschil te zijn tussen de gemiddelde schaalscores bij de verpleeghuisarts (Mann-Whitney  $U = 749.00$ ,  $Z = -.40$ ,  $p = .68$ ). Bij verdere bestudering van de stellingen bij de huisarts zijn significante verschillen gevonden bij stelling 1 (Mann-Whitney  $U = 457.00$ ,  $Z = -3.53$ ,  $p < .001$ ) en stelling 3 (Mann-Whitney  $U = 218.00$ ,  $Z = -5.69$ ,  $p < .001$ ). De cliënten beoordeelden de betrouwbaarheid en in het bijzonder het nakomen van afspraken en de bereikbaarheid van de huisarts significant positiever dan de verzorgingsmedewerkers.

### Zorgzaamheid

De cliënten behaalden voor wat betreft de zorgzaamheid een hogere gemiddelde schaalscore bij de huisarts en deze bleek tevens significant te zijn ( $Z = -3.61$ ,  $p < .001$ ) (tabel 4.10). Op item-niveau gaven de cliënten op alle stellingen gemiddeld een hogere score aan de huisarts. Bij verdere bestudering op item-niveau blijkt dat op stelling 1 ( $Z = -4.18$ ,  $p < .001$ ), stelling 2 ( $Z = -2.43$ ,  $p < .05$ ) en stelling 4 ( $Z = -3.59$ ,  $p < .001$ ) de verschillen tussen huisarts en verpleeghuisarts significant zijn. Oftewel, de cliënten gaven omtrent de deskundigheid van

de arts, de begrijpbaarheid van de arts en het vertrouwen in de arts dat hij/zij goede zorg verleent significant hogere scores aan de huisarts.

Tabel 4.10. Zorgzaamheid (verpleeg)huisartsen volgens cliënten (n=66)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts is voldoende deskundig	Negatief	1.5%	<b>4.13**</b>	0.62	1.5%	3.71	0.67
	Neutraal	9.1%			36.4%		
	Positief	89.4%			62.1%		
2. De arts begrijp ik altijd goed: hij/zij is duidelijk in de uitleg	Negatief	3.0%	<b>4.16*#</b>	0.69	6.1%	3.89	0.74
	Neutraal	7.6%			15.2%		
	Positief	89.4%			78.7%		
3. De arts neemt voldoende tijd voor mij tijdens bezoeken	Negatief	4.5%	<b>4.16#</b>	0.77	7.6%	4.04	0.75
	Neutraal	9.1%			3.0%		
	Positief	86.4%			89.4%		
4. De arts geeft mij vertrouwen goede zorg te verlenen	Negatief	0.0%	<b>4.25***#</b>	0.58	6.1%	3.86	0.72
	Neutraal	7.6%			15.2%		
	Positief	92.4%			78.7%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>4.18***#</b>	<b>0.54</b>		<b>3.87</b>	<b>0.59</b>

\*p<.05 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\* p<.001 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

# p<.001 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.11)

De verzorgingsmedewerkers behaalden voor wat betreft de zorgzaamheid, in tegenstelling tot de cliënten, een hogere gemiddelde schaalscore bij de verpleeghuisarts (tabel 4.11) en deze blijkt significant hoger te zijn ( $Z = -2.04$   $p < .05$ ). Op item- niveau blijkt dat bij de verzorgingsmedewerkers de scores op stelling 2 ( $Z = -2.16$ ,  $p < .05$ ) en stelling 3 ( $Z = -2.15$ ,  $p < .05$ ) significant zijn. Oftewel, de verzorgingsmedewerkers beoordeelden de begrijpbaarheid en het voldoende tijd nemen door de verpleeghuisarts significant positiever.

Bij de gemiddelde schaalscores van cliënten en verzorgingsmedewerkers is een significant verschil gevonden bij de beoordeling van de huisarts (Mann- Whitney  $U = 417.00$ ,  $Z = -3.49$ ,  $p < .001$ ). Er is geen significant verschil gevonden bij de verpleeghuisarts (Mann- Whitney  $U = 726.00$ ,  $Z = -.62$ ,  $p = .53$ ). Op item-niveau zijn bij de huisarts significante verschillen gevonden bij stelling 2 (Mann- Whitney  $U = 501.00$   $Z = -3.05$ ,  $p < .01$ ), stelling 3 (Mann- Whitney  $U = 427.50$   $Z = -3.59$ ,  $p < .001$ ) en stelling 4 (Mann- Whitney  $U = 506.00$   $Z = -3.05$ ,  $p < .01$ ). Oftewel, de cliënten beoordeelden de zorgzaamheid van de huisarts en in het bijzonder de begrijpbaarheid van de huisarts, het voldoende tijd nemen door de huisarts en dat de huisarts voldoende vertrouwen geeft goede zorg te verlenen significant positiever dan de verzorgingsmedewerkers.

Tabel 4.11. Zorgzaamheid (verpleeg)huisartsen volgens verzorgingsmedewerkers (n=27)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts is voldoende deskundig	Negatief	4.2%	3.91	0.65	0.0%	<b>3.95</b>	0.55
	Neutraal	12.5%			16.7%		
	Positief	83.3%			83.3%		
2. De arts begrijp ik altijd goed: hij/zij is duidelijk in de uitleg	Negatief	12.5%	3.62	0.76	0.0%	<b>4.00*</b>	0.51
	Neutraal	16.7%			12.5%		
	Positief	70.8%			87.5%		
3. De arts neemt voldoende tijd voor de cliënt tijdens de bezoeken	Negatief	12.5%	3.45	0.83	4.2%	<b>3.87*</b>	0.67
	Neutraal	37.5%			16.7%		
	Positief	50.0%			79.1%		
4. De arts geeft mij vertrouwen goede zorg te verlenen aan de cliënt	Negatief	4.2%	3.79	0.58	0.0%	<b>3.87</b>	0.44
	Neutraal	16.7%			16.7%		
	Positief	79.1%			83.3%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.69</b>	<b>0.55</b>		<b>3.91*</b>	<b>0.47</b>

\* p<.05 voor het verschil tussen de huisarts en verpleeghuisarts

### Responsiviteit

Voor wat betreft de responsiviteit behaalden de cliënten de hoogste gemiddelde schaalscore bij de huisarts (tabel 4.12). De verschillen tussen de gemiddelde schaalscores van de huisarts en verpleeghuisarts bleken significant te zijn ( $Z = -6.70$ ,  $p < .001$ ). Bij verdere bestudering op item- niveau blijken de scores op alle stellingen tussen huisarts en verpleeghuisarts significant te zijn: stelling 1 ( $Z = -5.72$ ,  $p < .001$ ), stelling 2 ( $Z = -2.43$ ,  $p < .05$ ), stelling 3 ( $Z = -5.54$ ,  $p < .001$ ) en stelling 4 ( $Z = -6.32$ ,  $p < .001$ ). Oftewel, de cliënten zijn omtrent alle aspecten van de responsiviteit significant positiever over de huisarts.

Tabel 4.12. Responsiviteit (verpleeg)huisartsen volgens cliënten (n=66)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts kan met spoed-gevallen snel bij mij zijn	Negatief	1.5%	<b>3.98**</b>	0.77	1.5%	3.12	0.37
	Neutraal	25.8%			87.8%		
	Positief	72.7%			13.7%		
2. De arts controleert mijn medicatiegebruik goed	Negatief	3.0%	<b>3.74*</b>	0.70	6.1%	3.45	0.72
	Neutraal	31.8%			50.0%		
	Positief	65.2%			43.9%		
3. De arts is goed beschikbaar: ik kan altijd snel een afspraak maken	Negatief	1.5%	<b>4.21***##</b>	0.62	27.3%	3.18	0.89
	Neutraal	6.1%			31.8%		
	Positief	92.4%			40.9%		
4. Met de arts kan ik direct contact krijgen als ik dat wil	Negatief	4.5%	<b>3.95**</b>	0.75	62.1%	2.53	0.76
	Neutraal	16.7%			24.2%		
	Positief	78.8%			13.7%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.97*#</b>	<b>0.56</b>		<b>3.07</b>	<b>0.49</b>

\* p<.05 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\* p<.001 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

# p<.01 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.13)

## p<.001 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.13)

De verzorgingsmedewerkers behaalden, in tegenstelling tot de cliënten, de hoogste gemiddelde schaalscore bij de verpleeghuisarts (tabel 4.13). Het verschil tussen de gemiddelde schaalscores is echter niet significant. Op item- niveau blijkt er alleen stelling bij 4 een significant verschil te hebben ( $Z = -1.99$ ,  $p < .05$ ). De

verzorgingsmedewerkers oordelen het contact tussen de verpleeghuisarts en de verzorging significant positiever.

Bij de gemiddelde schaalscores tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn significante verschillen gevonden bij zowel de huisarts (Mann-Whitney U= 514.00, Z= -2.57, p<.01) als verpleeghuisarts (Mann-Whitney U= 281.50, Z= -4.70, p<.001). De cliënten beoordeelden de huisarts significant positiever voor wat betreft de responsiviteit, terwijl de verzorgingsmedewerkers hier de verpleeghuisarts significant positiever beoordeelden. In het bijzonder beoordeelden de cliënten de beschikbaarheid van de huisarts significant positiever (Mann-Whitney U= 413.00 Z= -3.88, p<.001) en de verzorgingsmedewerkers het handelen met betrekking tot spoedgevallen (Mann-Whitney U= 388.00 Z= -4.51, p<.001) en de controle van medicatiegebruik door de verpleeghuisarts (Mann-Whitney U= 478.50 Z= -3.13, p<.01) en het contact tussen de verpleeghuisarts en de verzorging (Mann-Whitney U= 142.50 Z= -6.34, p<.001).

Tabel 4.13. Responsiviteit (verpleeg)huisartsen volgens verzorgingsmedewerkers (n=27)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeghuisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts kan met spoedgevallen snel bij de cliënt zijn	Negatief	4.2%	<b>3.75</b>	0.53	8.3%	3.66##	0.70
	Neutraal	16.7%			20.8%		
	Positief	79.1%			70.9%		
2. De arts controleert het medicatiegebruik van de cliënt goed	Negatief	4.2%	3.66	0.76	0.0%	<b>3.95#</b>	0.55
	Neutraal	37.5%			16.7%		
	Positief	58.3%			83.3%		
3. De arts is goed beschikbaar: ik kan altijd snel een afspraak maken voor de cliënt	Negatief	20.8%	<b>3.41</b>	0.92	20.8%	3.12	0.79
	Neutraal	25.0%			50.0%		
	Positief	54.2%			29.2%		
4. De arts betreft de verzorging goed bij de zorgverlening van de cliënt (contact)	Negatief	12.5%	3.58	0.82	0.0%	<b>4.00*##</b>	0.51
	Neutraal	25.0%			12.5%		
	Positief	62.5%			87.5%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.60</b>	<b>0.55</b>		<b>3.68##</b>	<b>0.44</b>

\* p<.05 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

# p<.01 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

## p<.001 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

### *Inlevingsvermogen*

De cliënten behaalden betreffende het inlevingsvermogen een hogere gemiddelde schaalscore bij de huisarts. De gemiddelde schaalscores zijn significant (Z= -3.90, p<.001) (tabel 4.14). Op item-niveau geven de cliënten op alle stellingen een hogere score aan de huisarts en blijken de scores behaald op de items significant te zijn: stelling 1 (Z= -3.58, p<.001), stelling 2 (Z= -2.93, p<.01), stelling 3 (Z= -3.65, p<.001) en stelling 4 (Z= -3.64, p<.001). Oftewel, de cliënten beoordeelden alle aspecten omtrent het inlevingsvermogen bij de huisarts positiever.

Tabel 4.14. Inlevingsvermogen (verpleeg)huisartsen volgens cliënten (n=66)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts geeft mij altijd genoeg aandacht	Negatief	1.5%	<b>4.28***##</b>	0.65	6.1%	3.92	0.68
	Neutraal	6.1%			9.1%		
	Positief	92.4%			84.8%		
2. De arts is altijd betrokken met mijn zorgverlening	Negatief	0.0%	<b>4.21*##</b>	0.64	6.1%	3.90	0.69
	Neutraal	12.1%			10.6%		
	Positief	87.9%			83.3%		
3. De arts luistert altijd goed naar mij	Negatief	0.0%	<b>4.31***##</b>	0.61	4.5%	4.00	0.63
	Neutraal	7.6%			6.1%		
	Positief	92.4%			89.4%		
4. De arts neemt mij altijd serieus	Negatief	0.0%	<b>4.28***##</b>	0.57	4.5%	3.96	0.60
	Neutraal	6.1%			6.1%		
	Positief	93.9%			89.4%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>4.27***##</b>	<b>0.56</b>		<b>3.95</b>	<b>0.60</b>

\* p<.01 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\* p<.001 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

# p<.01 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.15)

## p<.001 voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers (scores verzorgingsmedewerkers zie tabel 4.15)

Uit tabel 4.15 blijkt dat de verzorgingsmedewerkers, in tegenstelling tot de cliënten, een hogere gemiddelde schaalscore halen bij de verpleeghuisarts. De gemiddelde schaalscores zijn echter niet significant ( $Z = -1.05$ ,  $p = .29$ ). Ook op item- niveau zijn geen significante verschillen gevonden omtrent de beoordelingen tussen de huisarts en verpleeghuisarts. Oftewel, de gemiddelde scores bij de verzorgingsmedewerkers wijken niet sterk genoeg van elkaar af om van een significant verschil te kunnen spreken omtrent de beoordeling tussen de huisarts en verpleeghuisarts.

Tabel 4.15. Inlevingsvermogen (verpleeg)huisartsen volgens verzorgingsmedewerkers (n=27)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts geeft de cliënt altijd genoeg aandacht	Negatief	4.2%	3.54	0.72	4.2%	<b>3.79</b>	0.65
	Neutraal	45.8%			20.8%		
	Positief	49.7%			75.0%		
2. De arts is altijd betrokken met de zorgverlening van de cliënt	Negatief	4.2%	3.58	0.65	0.0%	<b>3.79</b>	0.50
	Neutraal	37.5%			25.0%		
	Positief	58.3%			75.0%		
3. De arts luistert altijd goed naar de cliënt	Negatief	0.0%	3.87	0.53	0.0%	<b>3.91</b>	0.50
	Neutraal	20.8%			16.7%		
	Positief	79.2%			83.3%		
4. De arts neemt de cliënt serieus	Negatief	0.0%	3.83	0.63	4.2%	3.83	0.63
	Neutraal	29.2%			16.7%		
	Positief	70.8%			79.1%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.70</b>	<b>0.53</b>		<b>3.83</b>	<b>0.47</b>

Bij de gemiddelde schaalscores van cliënten en verzorgingsmedewerkers is een significant verschil gevonden bij de huisarts (Mann-Whitney  $U = 351.00$ ,  $Z = -4.16$ ,  $p < .001$ ). Bij de verpleeghuisarts is geen significant verschil gevonden (Mann-Whitney  $U = 681.00$ ,  $Z = -1.12$ ,  $p = .25$ ). Op item- niveau zijn bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers significante verschillen gevonden tussen alle items bij de beoordeling van de huisarts: stelling 1 (Mann-Whitney  $U: 370.50$ ,  $Z = -4.20$ ,  $p < .001$ ), stelling 2 (Mann-Whitney  $U: 429.00$ ,  $Z = -$

3.66,  $p < .001$ ), stelling 3 (Mann-Whitney U: 501.00,  $Z = -3.01$ ,  $p < .01$ ) en stelling 4 (Mann-Whitney U: 506.50,  $Z = -2.96$ ,  $p < .01$ ). Oftewel, de cliënten zijn significant positiever over alle aspecten van het inlevingsvermogen van de huisarts dan de verzorgingsmedewerkers. Bij de verpleeghuisarts zijn geen significante verschillen gevonden. De gemiddelde scores van de cliënten en verzorgingsmedewerkers over de beoordeling van de verpleeghuisarts wijken dus niet sterk genoeg van elkaar af.

### Multidisciplinaire aanpak

Voor wat betreft de multidisciplinaire aanpak behaalden de verzorgingsmedewerkers de hoogste gemiddelde schaalscore (tabel 4.16). De cliënten behaalden op de tweede en derde stelling hoge percentages bij de neutrale antwoordcategorie. Dit is wellicht, omdat zij, in tegenstelling tot de verzorgingsmedewerkers, niet goed in kunnen schatten wat deze overleggen inhouden en hoe deze organisatorisch bij kunnen dragen aan een betere zorgverlening.

Tussen de gemiddelde schaalscores van de cliënten en verzorgingsmedewerkers bestaat een significant verschil (Mann-Whitney U = 352.50,  $Z = -4.22$ ,  $p < .001$ ). Bij verdere bestudering op item-niveau blijkt dat er significante verschillen bestaan bij stelling 2 (Mann-Whitney U: 340.00,  $Z = -4.76$ ,  $p < .001$ ) en stelling 3 (Mann-Whitney U: 430.50,  $Z = -3.77$ ,  $p < .001$ ). De verzorgingsmedewerkers beoordeelden deze stellingen significant positiever dan de cliënten.

Tabel 4.16. Multidisciplinaire aanpak door artsen in het algemeen volgens cliënten en verzorgingsmedewerkers

Stelling	Antwoordcategorie	Cliënten (n=66)			Verzorgingsmedewerkers (n=27)		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. Het is goed dat de arts deelneemt in deze gesprekken	Negatief	1.5%	3.89	0.55	0.0%	4.04	0.35
	Neutraal	16.7%			4.2%		
	Positief	81.8%			95.8%		
2. De arts krijgt een beter totaalbeeld van mij/de cliënt wanneer de verschillende betrokkenen bij elkaar komen om mijn persoonlijke zorg te bespreken	Negatief	4.5%	3.46	0.58	0.0%	4.16#	0.38
	Neutraal	43.9%			0.0%		
	Positief	51.6%			100.0%		
3. De arts kan mij/de cliënt betere zorg geven wanneer hij/zij deelneemt in deze overleggen	Negatief	10.6%	3.46	0.72	0.0%	4.08#	0.40
	Neutraal	34.8%			4.2%		
	Positief	54.6%			95.8%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.61</b>	<b>0.48</b>		<b>4.09#</b>	<b>0.31</b>

#  $p < .001$  voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

### Gebruik zorgdossier

Tabel 4.17 laat zien dat de verzorgingsmedewerkers over het gebruik van het zorgdossier de hoogste gemiddelde schaalscore behaalden bij de verpleeghuisarts. Uit de Wilcoxon Signed Ranks-toets blijkt dat de gemiddelde schaalscores significant zijn ( $Z = -2.75$ ,  $p < .01$ ). De verzorgingsmedewerkers zijn significant positiever over het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts. Ook op item-niveau blijken alle stellingen significant te zijn: stelling 1 ( $Z = -2.33$ ,  $p < .05$ ), stelling 2 ( $Z = -2.69$ ,  $p < .01$ ), stelling 3 ( $Z = -2.80$ ,  $p < .01$ ) en stelling 4 ( $Z = -2.35$ ,  $p < .05$ ).

Tabel 4.17. Gebruik zorgdossier door (verpleeg)huisartsen volgens de verzorgingsmedewerkers (n=27)

Stelling	Antwoordcategorie	Huisarts			Verpleeg- huisarts		
		%	Gem.	SD	%	Gem.	SD
1. De arts gebruikt het zorgdossier als een duidelijk communicatiemiddel naar de verzorging toe	Negatief	25.0%	3.29	1.04	0.0%	<b>3.95*</b>	0.55
	Neutraal	20.8%			16.7%		
	Positief	54.2%			83.3%		
2. De arts rapporteert duidelijk in het zorgdossier	Negatief	41.7%	2.95	1.04	8.3%	<b>3.75**</b>	0.79
	Neutraal	20.8%			20.8%		
	Positief	37.5%			70.9%		
3. De arts rapporteert volledig in het zorgdossier	Negatief	33.4%	3.16	1.04	0.0%	<b>4.00**</b>	0.51
	Neutraal	16.7%			12.5%		
	Positief	49.9%			87.5%		
4. De arts gaat zorgvuldig om met het zorgdossier	Negatief	20.9%	3.45	0.97	0.0%	<b>4.08*</b>	0.50
	Neutraal	12.5%			8.3%		
	Positief	66.6%			91.7%		
<b>Gemiddelde schaalscore (SD)</b>			<b>3.21</b>	<b>0.92</b>		<b>3.94**</b>	<b>0.49</b>

\* p<.05 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\* p<.01 voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

Er zijn enkele opmerkelijke verschillen tussen de percepties, omtrent de beoordeling van de kwaliteitsdimensies over de huisartsen en verpleeghuisartsen gevonden, van cliënten en verzorgingsmedewerkers. De opmerkelijkste verschillen tussen de huisarts en verpleeghuisarts staan in tabel 4.18 weergegeven.

Tabel 4.18. Opmerkelijkste verschillen tussen huisartsen en verpleeghuisartsen volgens cliënten en verzorgingsmedewerkers

Dimensie	Huisarts	Verpleeghuisarts
Betrouwbaarheid	De huisarts krijgt de hoogste waardering in betrouwbaarheid volgens de cliënten en verzorgingsmedewerkers. Bij de cliënten is dit verschil significant. Ook op item- niveau geven de cliënten significant de hoogste scores aan de huisarts.	De verpleeghuisarts scoort op item- niveau omtrent alle stellingen de laagste scores, zowel bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers.
Zorgzaamheid	De huisarts krijgt door de cliënten een significant hogere waardering in zorgzaamheid. Ook op item- niveau geven zij de hoogste score aan de huisarts.	De verpleeghuisarts krijgt door de verzorgingsmedewerkers een significant hogere waardering in zorgzaamheid. Ook op item- niveau geven zij de hoogste scores aan de verpleeghuisarts.
Responsiviteit	De huisarts krijgt een significant hogere waardering omtrent de responsiviteit door de cliënten. Ook op item- niveau geven zij significant de hoogste score aan de huisarts.	De verpleeghuisarts krijgt omtrent de responsiviteit de hoogste score van de verzorgingsmedewerkers. Dit verschil is echter niet significant. Ook op item- niveau scoort de verpleeghuisarts niet altijd het hoogst.
Inlevingsvermogen	De huisarts krijgt een significant hogere waardering door de cliënten omtrent het inlevingsvermogen. Ook op item- niveau geven zij significant de hoogste score aan de huisarts	De verpleeghuisarts krijgt de hoogste gemiddelde schaalscore door de verzorgingsmedewerkers. Deze is echter niet significant. Ook op item- niveau zijn de oordelen van de verzorgingsmedewerkers niet significant.
Zorgdossier	Naast de lage gemiddelde schaalscore (3.21) scoort de huisarts op item- niveau ook de laagste scores voor wat betreft het gebruik van het zorgdossier.	De verpleeghuisarts behaalt de hoogste gemiddelde schaalscore. Deze is significant. Ook op item- niveau behaalt de verpleeghuisarts de hoogste scores. Deze zijn allemaal significant.

## 4.2.5 Tevredenheid over de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen

Na het beantwoorden van de stellingen over de kwaliteitsdimensies kon de respondent per construct de mate van tevredenheid aangeven. De antwoordmogelijkheden varieerden van 1 ‘Zeer ontevreden’ tot 5 ‘Zeer tevreden’. De hoogst behaalde gemiddelde score op elk construct bij de huisarts en verpleeghuisarts is dikgedrukt. Met behulp van de Wilcoxon Signed Ranks- toets is gekeken of de verschillen tussen de waarderingen van de huisarts en verpleeghuisarts significant waren. Middels Mann- Whitney U toetsen is bepaald of er significante verschillen zijn tussen de gemiddelde scores van cliënten en verzorgingsmedewerkers.

Uit tabel 4.19 blijkt dat de cliënten de hoogste gemiddelde scores over de tevredenheid aan de huisarts toekennen. Deze scores over de tevredenheid zijn allemaal significant: Betrouwbaarheid ( $p < .001$ ), zorgzaamheid ( $p < .01$ ), responsiviteit ( $p < .001$ ) en inlevingsvermogen ( $p < .001$ ). Bij de verzorgingsmedewerkers worden op de constructen betrouwbaarheid, zorgzaamheid, responsiviteit en inlevingsvermogen ook de hoogste scores toegekend aan de huisarts. Deze zijn echter niet significant. Bij de verzorgingsmedewerkers is daarom geen bewijs dat de gemiddelde scores tussen huisarts en verpleeghuisarts sterk van elkaar afwijken. Het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts beoordelen de verzorgingsmedewerkers wel positiever. Dit verschil is tevens significant ( $p < .05$ ). Uit de Mann- Whitney U toets bleek dat bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers de waarderingen over de huisarts significant zijn. De cliënten zijn, in vergelijking met de verzorgingsmedewerkers, significant tevredener over de betrouwbaarheid ( $p < .001$ ), zorgzaamheid ( $p < .001$ ), responsiviteit ( $p < .01$ ) en het inlevingsvermogen ( $p < .001$ ) van de huisarts. Bij de verpleeghuisarts is een significant verschil gevonden bij de responsiviteit. De verzorgingsmedewerkers zijn, in vergelijking met de cliënten, significant tevredener over de responsiviteit van de verpleeghuisarts ( $p < .001$ ).

Tabel 4. 19. Tevredenheid over de (verpleeg)huisartsen volgens de cliënten en verzorgingsmedewerkers

Construct	Arts	Cliënten (n=66)		Verzorgingsmedewerkers (n=27)	
		Gem.	SD	Gem.	SD
Betrouwbaarheid	Huisarts	<b>4.33***##</b>	0.64	<b>3.83</b>	0.38
	Verpleeghuisarts	3.84	0.72	3.79	0.50
Zorgzaamheid	Huisarts	<b>4.19***##</b>	0.72	<b>3.91</b>	0.50
	Verpleeghuisarts	3.86	0.69	3.87	0.53
Responsiviteit	Huisarts	<b>4.21***#</b>	0.06	<b>3.87</b>	0.61
	Verpleeghuisarts	3.57	0.74	3.79##	0.50
Inlevingsvermogen	Huisarts	<b>4.33***##</b>	0.64	<b>3.87</b>	0.53
	Verpleeghuisarts	3.87	0.66	3.75	0.60
Multidisciplinaire aanpak	(verpleeg)huisarts	3.46	0.53	3.83#	0.63
Zorgdossier	Huisarts	-	-	3.33	0.91
	Verpleeghuisarts	-	-	<b>3.87*</b>	0.44

\*  $p < .05$  voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\*  $p < .01$  voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

\*\*\*  $p < .001$  voor het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts

#  $p < .01$  voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

##  $p < .001$  voor het verschil tussen cliënten en verzorgingsmedewerkers

## 4.2.6 De relatie tussen de kwaliteitsdimensies en de keuze voor een (verpleeg)huisarts

Om te onderzoeken welke kwaliteitsdimensies bij de cliënten en verzorgingsmedewerkers invloed hebben op de keuze voor een huisarts of verpleeghuisarts, is een correlatieanalyse uitgevoerd. Met de correlatieanalyse is onderzocht of de constructen ‘betrouwbaarheid’, ‘zorgzaamheid’, ‘responsiviteit’, ‘inlevingsvermogen’ en ‘zorgdossier’ invloed hebben op de voorkeur voor een huisarts of verpleeghuisarts. Het construct ‘multidisciplinaire aanpak’ is niet meegenomen in de analyse, omdat dit construct geen vergelijkende waarde



kon meten tussen de huisarts en verpleeghuisarts. Om de correlatieanalyse uit te voeren is van de variabele ‘voorkeur voor arts’ een dichotome variabele gemaakt en is deze herleid tot de twee categorieën: huisarts en verpleeghuisarts. Aan de huisarts werd de score 1 toegekend, aan de verpleeghuisarts de score 2. De categorie ‘geen voorkeur’ is op deze manier buiten beschouwing gelaten. Bij de correlatieanalyse is onderscheid gemaakt tussen de beoordelingen van de kwaliteitsdimensies gemeten bij de cliënten en de beoordelingen van de kwaliteitsdimensies gemeten bij de verzorgingsmedewerkers. De kwaliteitsdimensies zijn als onafhankelijke variabelen opgenomen en de dichotome variabele met voorkeur voor een (verpleeg)huisarts als afhankelijke variabele. In tabel 4.20. en 4.21. staan de resultaten van de correlatieanalyse die de samenhang bepaalt tussen de keuze voor een (verpleeg)huisarts en de kwaliteitsdimensies.

Tabel 4.20. Spearman correlatieanalyse tussen de beoordelingen van de kwaliteitsdimensies volgens cliënten en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts (n=48)

Variabele	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Voorkeur (verpleeg)huisarts	-								
2. Betrouwbaarheid huisarts	-.32*	-							
3. Betrouwbaarheid verpleeghuisarts	.06	.13	-						
4. Zorgzaamheid huisarts	-.31*	.71**	.20	-					
5. Zorgzaamheid verpleeghuisarts	.22	.28**	.42**	.37**	-				
6. Responsiviteit huisarts	-.35*	.74**	.01	.70**	.29*	-			
7. Responsiviteit verpleeghuisarts	-.06	.09	.43**	.16	.45**	.08	-		
8. Inlevingsvermogen huisarts	-.28	.79**	.21	.82**	.37**	.75**	.13	-	
9. Inlevingsvermogen verpleeghuisarts	.22	.35**	.34**	.45**	.07**	.27*	.27*	.47**	-

\* p<.05: \*\* p<.01: Andere correlaties hebben een p- waarde >.05

Uit de Spearman correlatieanalyse (tabel 4.20) blijkt dat er (negatieve) significante correlaties bestaan tussen de constructen betrouwbaarheid huisarts, zorgzaamheid huisarts, responsiviteit huisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. De sterkste samenhang is te vinden bij de responsiviteit van de huisarts ( $r = -.35$ ,  $p<.01$ ). Bij de constructen gemeten bij de verpleeghuisarts zijn geen significante correlaties gevonden. De cliënten zijn dus van mening dat de betrouwbaarheid, zorgzaamheid en responsiviteit van de huisarts sterk samenhangen met de voorkeur die zij hebben voor een arts. Tussen de overige constructen bestaat geen verband met de voorkeur voor een arts.

Tabel 4.21. Spearman correlatieanalyse tussen de beoordelingen van de kwaliteitsdimensies volgens de verzorgingsmedewerkers en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts (n=19)

Variabele	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Voorkeur (verpleeg)huisarts	-										
2. Betrouwbaarheid huisarts	-.20	-									
3. Betrouwbaarheid verpleeghuisarts	.33	-.00	-								
4. Zorgzaamheid huisarts	-.23	.22	.22	-							
5. Zorgzaamheid verpleeghuisarts	.33	-.04	.31	.44*	-						
6. Responsiviteit huisarts	-.75**	.53**	-.09	.53**	-.04	-					
7. Responsiviteit verpleeghuisarts	.25	.10	.31	.58**	.79**	.12	-				
8. Inlevingsvermogen huisarts	-.52**	.38	.16	.55**	.14	.64**	.35	-			
9. Inlevingsvermogen verpleeghuisarts	.43	.02	.28	.61**	.80**	.05	.82**	.24	-		
10. Zorgdossier huisarts	-.53*	.09	.11	.22	.02	.53**	.02	.31	.00	-	
11. Zorgdossier verpleeghuisarts	.52*	.04	.38	.47*	.49*	-.01	.55**	.28	.62**	-.33	-

\* p<.05: \*\* p<.01: Andere correlaties hebben een p- waarde >.05

Uit tabel 4.21. blijkt dat er (negatieve) significante correlaties bestaan tussen de responsiviteit van de huisarts, het inlevingsvermogen van de huisarts, gebruik van het zorgdossier door de huisarts, het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. De sterkste samenhang is te vinden bij de responsiviteit van de huisarts ( $r = -.75$ ,  $p<.01$ ). Het construct inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts heeft ook een hoge correlatie, maar dit verband is niet significant. De

verzorgingsmedewerkers zijn dus van mening dat de responsiviteit van, het inlevingsvermogen van en het gebruik van het zorgdossier door de huisarts en het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts samenhangen met de voorkeur die zij hebben voor een arts.

#### 4.2.7 De relatie tussen achtergrondkenmerken en voorkeur voor een (verpleeg)huisarts

Om te onderzoeken of de achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers invloed hebben op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts zijn correlatieanalyses en chikwadraattoetsen uitgevoerd. Hierbij is telkens de dichotome variabele met voorkeur voor een (verpleeg)huisarts als afhankelijke variabele gebruikt, waarbij aan de huisarts de score 1 werd toegekend en aan de verpleeghuisarts de score 2.

De leeftijd ( $r = -.02$ ,  $p=n.s.$ ) en het geslacht van de cliënt ( $\chi^2=.216$ ,  $p=n.s.$ ) hangen niet significant samen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Bij het aantal jaren dat een cliënt ingeschreven is geweest bij een huisartsenpraktijk is wel een significant verband gevonden met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts ( $r = -.33$ ,  $p<.01$ ). De mate waarin de cliënt zorg heeft ontvangen van de huisarts hangt significant samen met de voorkeur voor de (verpleeg)huisarts ( $r = -.38$ ,  $p=.001$ ). Bij de mate waarin de cliënt zorg heeft ontvangen van de verpleeghuisarts is geen significant verband gevonden met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. De mate van tevredenheid van de cliënt over het tijdelijk wonen in het Intermedium heeft ook geen significant verband met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. De band die de cliënt met de huisarts heeft hangt significant samen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts ( $r = -.53$ ,  $p<0.001$ ). Er is geen significant verband gevonden tussen band van de cliënt met de verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts ( $r = .07$ ,  $p=n.s.$ ).

Bij de verzorgingsmedewerkers is bij geen enkel achtergrondkenmerk een significant verband gevonden met de voorkeur voor een huisarts of verpleeghuisarts. Er is geen verband onderzocht met betrekking tot het geslacht van de verzorgingsmedewerkers en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts, omdat deze steekproef uitsluitend uit vrouwen bestond.

#### 4.2.8 Ervaringen van (verpleeg)huisartsen

De huisartsen en verpleeghuisartsen is gevraagd naar de sterke en zwakke punten van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Deze punten zijn weergegeven in tabel 2.24 en 2.25.

Tabel 2.24. Aantal malen genoemde sterke punten eerstelijns zorg aangeboden door (verpleeg)huisartsen aan verzorginghuisbewoners

Sterke punten huisarts	Sterke punten verpleeghuisarts
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer kennis van levensloop patiënt</li> <li>• Directe toegankelijkheid</li> <li>• Langdurige relatie: meer bekendheid met sociale context, meer vertrouwen opgebouwd</li> <li>• Meer oog voor patiënt i.p.v. mogelijkheden van zorgsysteem</li> <li>• Elektronisch zorgdossier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eenduidig beleid naar verzorging toe</li> <li>• Meer geprotocolleerde zorg gericht op verpleeghuis geïndiceerde ouderen</li> <li>• Veel kennis van geriatrie</li> <li>• Ervaringen met ouderen met complexe problematiek</li> <li>• Dagelijkse omgang met ouderen</li> <li>• Meer gevoel voor werken binnen instituut</li> <li>• Meer oog voor multidisciplinaire opties</li> <li>• Continuïteit door gezamenlijke dossiervoering</li> </ul>

Tabel 2.25. Aantal malen genoemde zwakke punten eerstelijns zorg aangeboden door (verpleeg)huisartsen aan verzorginghuisbewoners

Zwakke punten huisarts	Zwakke punten verpleeghuisarts
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer ad- hoc beleid</li> <li>• Minder preventief gericht</li> <li>• Minder eenduidig naar verzorging toe</li> <li>• Minder kennis van geriatrie</li> <li>• Coördinatie ontbreekt doordat zorg wordt verleend door meerdere huisartsen</li> <li>• Soms te weinig tijd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder kennis van levensloop patiënt</li> <li>• Zorg verloopt veelal via verzorging</li> <li>• Verzorging zit als 'buffer' tussen arts en cliënt</li> <li>• Verzorginghuisbewoners zijn meestal niet verpleegbehoefstig</li> <li>• Protocollaire zaken worden niet gedelegeerd</li> <li>• Ontbreken van praktijkondersteuning (hypertensie, monitoring)</li> <li>• Minder gestructureerd spreekuur</li> <li>• (Nu) te weinig mogelijkheden om volgens NHG- standaarden te werken (in kader van chronische preventieve zorg)</li> <li>• Geen elektronisch zorgdossier</li> </ul>

#### *Terugname cliënten Intermedium in oude huisartsenpraktijk*

Naast het aangeven van sterke en zwakke punten voor de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen, is gevraagd of de huisartsen de cliënten van hun praktijk, die tijdelijk in het Intermedium zorg ontvangen van de verpleeghuisarts, weer terug zouden willen wanneer zij terugverhuizen naar Borne. Alle huisartsen gaven aan dit te willen. Als reden hiervoor werd veelal aangegeven dat de meeste huisartsen met de cliënten een goede band hebben. Daarnaast is het zowel voor de arts als cliënt vertrouwd door de langdurige relatie die zij hebben opgebouwd. De huisartsen geven veelal wel als kanttekening dat wanneer de cliënten verpleegbehoefstig zijn geworden, zij betere zorg kunnen ontvangen van de verpleeghuisarts.

#### *Samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen*

Van de 10 artsen geven 8 artsen aan dat ze in de toekomst een samenwerking met de (verpleeg)huisarts wel zien zitten voor wat betreft de eerstelijns zorg aan de bewoners van het nieuwe Dijkhuis in Borne. 2 Artsen geven aan hier geen mening over te hebben. De artsen die voor een samenwerking zijn gaven aan dat deze vooral goed kan zijn voor patiënten met complexe geriatrische klachten waarover de verpleeghuisarts meer kennis heeft. De 'gezondere' ouderen kunnen bij de huisarts blijven. De aanvulling en afstemming van elkaars kennis staat centraal bij de samenwerking. Deze samenwerking zou volgens sommige artsen het beste tot stand kunnen komen door structurele overleggen.

#### *Invulling samenwerking*

De artsen die aangaven voor een samenwerking te zijn, konden ook invullen hoe deze samenwerking het beste afgestemd kan worden in het nieuwe Dijkhuis. Genoemde ideeën zijn:

- Consultmogelijkheden voor de verpleeghuisarts.
- Korte lijnen hanteren die de mogelijkheid geven voor snellere consultatie.
- Eén vaste verpleeghuisarts.
- Multidisciplinaire overleggen met betrokken artsen.
- Dagelijkse zorg terugbrengen naar twee huisartsen die ook in hetzelfde gebouw aanwezig zijn voor alle verzorginghuisbewoners.
- Terugbrengen van aantal huisartsen voor meer overeenstemming van behandelvoorstellen.

---

## 5 Conclusies, aanbevelingen en discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies, aanbevelingen en discussie beschreven. In paragraaf 5.1 zullen aan de hand van de gestelde onderzoeksvragen de getrokken conclusies beschreven worden. Vervolgens worden in paragraaf 5.2. zowel praktische aanbevelingen als aanbevelingen met betrekking tot mogelijk vervolgonderzoek gegeven. Tot slot zullen in de laatste paragraaf enkele kanttekeningen bij zowel de gebruikte onderzoeksmethode als de beschreven conclusies geplaatst worden.

### 5.1 Conclusies

#### 5.1.1 Hoe beoordelen de cliënten en verzorgingsmedewerkers de kwaliteit van de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?

Aan de hand van de resultaten met betrekking tot de verschillende kwaliteitsdimensies kan geconcludeerd worden dat de cliënten een grote voorkeur hebben voor de huisarts. Voor wat betreft alle aspecten met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening zijn de cliënten het positiefst over de huisarts. Bovendien zijn de meeste waarderungen van de cliënten significant. De verzorgingsmedewerkers hebben een minder uitgesproken voorkeur. Bij deze groep zijn geen grote verschillen gevonden in de waarderungen van de kwaliteiten van de verschillende artsen. Zij kennen aan zowel de huisarts als de verpleeghuisarts veelal scores toe die dicht bij elkaar liggen.

Voor wat betreft de betrouwbaarheid van de artsen werd de huisarts door zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers het positiefst beoordeeld. Bij de cliënten is er sprake van een significant verschil; bij de verzorgingsmedewerkers wijken de oordelen over beide artsen echter niet veel van elkaar af. De cliënten zijn met betrekking tot de huisarts het positiefst over de bereikbaarheid en het nakomen van afspraken. De verzorgingsmedewerkers zijn het meest tevreden over de mate waarin de huisarts rekening houdt met de privacy van de cliënt. Vooral de bereikbaarheid van de verpleeghuisarts wordt zowel door de cliënten als verzorgingsmedewerkers erg slecht beoordeeld.

Met betrekking tot de zorgzaamheid van de artsen bestaat er een discrepantie tussen de beoordelingen van de cliënten en verzorgingsmedewerkers. De zorgzaamheid van de arts wordt door de cliënten in het geval van de huisarts significant hoger beoordeeld dan bij de verpleeghuisarts. Vooral de deskundigheid en de begrijpbaarheid van de huisarts en het vertrouwen dat zij in de huisarts hebben beoordelen de cliënten significant positiever. Daarentegen beoordelen de verzorgingsmedewerkers de zorgzaamheid van de verpleeghuisarts beter dan in het geval van de huisarts. De duidelijkheid in uitleg van en het voldoende tijd nemen tijdens bezoeken door de verpleeghuisarts beoordelen de verzorgingsmedewerkers significant positiever.

De responsiviteit van de artsen wordt op alle aspecten door de cliënten significant beter beoordeeld in het geval van de huisarts. Vooral het door cliënten persoonlijk en direct contact kunnen krijgen met, het met spoedgevallen snel bij de cliënt kunnen zijn en de beschikbaarheid om snel een afspraak te kunnen maken van de verpleeghuisarts worden slecht beoordeeld. Veel cliënten gaven aan dat zij in het Intermedium zelf geen afspraak kunnen maken met de verpleeghuisarts, omdat dit door de verzorging wordt gedaan. Ook het ontbreken van een (telefonisch) spreekuur, dat de mogelijkheid biedt persoonlijk de verpleeghuisarts te bereiken, betreuren de cliënten. Deze mogelijkheden tot persoonlijke communicatie werden juist erg gewaardeerd bij de eigen huisarts. In het algemeen beoordelen de verzorgingsmedewerkers de responsiviteit van de verpleeghuisarts als zijnde beter. Inhoudelijk, echter, geven ook zij een hogere waardering aan de beschikbaarheid en het kunnen komen bij spoedgevallen van de huisarts. De controle van medicatie en het contact met de verzorging wordt echter hoger gewaardeerd in het geval van de verpleeghuisarts.

Voor wat betreft het inlevingsvermogen van de artsen bestaat er ook een discrepantie tussen de beoordelingen van de cliënten en die van de verzorgingsmedewerkers. De cliënten beoordelen het inlevingsvermogen van de huisarts als zijnde beter; de verzorgingsmedewerkers het inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts. De oordelen van de cliënten zijn significant. Vooral het luisteren naar de cliënt door de huisarts scoort hoog. De oordelen van de verzorgingsmedewerkers zijn niet significant. Tussen de oordelen

van de cliënten en verzorgingsmedewerkers zijn met betrekking tot alle aspecten over de huisarts significante verschillen gevonden. De scores die de cliënten toekennen aan de huisarts liggen veel hoger dan die van de verzorgingsmedewerkers.

Met betrekking tot de multidisciplinaire aanpak bestaat er een groot verschil tussen de oordelen van de verzorgingsmedewerkers en cliënten. De verzorgingsmedewerkers beoordelen de multidisciplinaire aanpak significant positiever dan de cliënten. Dit kan wellicht te maken hebben met het feit dat de cliënten inhoudelijk niet goed genoeg op de hoogte zijn van de inhoud van deze overleggen en hoe deze organisatorisch bij kunnen dragen aan een betere zorgverlening. Vooral de stelling dat de arts een beter beeld krijgt van de patiënt door deel te nemen aan multidisciplinaire overleggen krijgt een hoge waardering van de verzorgingsmedewerkers.

Het gebruik van het zorgdossier kon alleen beoordeeld worden door de verzorgingsmedewerkers. Zij beoordelen het gebruik door de verpleeghuisarts op alle aspecten significant positiever dan het gebruik van het zorgdossier door de huisarts. Vooral een duidelijke rapportage in het zorgdossier door de huisarts wordt negatief beoordeeld. Het zorgvuldig omgaan met het zorgdossier door de verpleeghuisarts wordt het beste beoordeeld.

### **5.1.2 Hoe tevreden zijn de cliënten en verzorgingsmedewerkers over de eerstelijns zorg aangeboden door enerzijds huisartsen en anderzijds verpleeghuisartsen?**

Cliënten zijn met betrekking tot alle kwaliteitsdimensies het meest tevreden over de huisarts. De waarderingen betreffende de tevredenheid over de huisarts wijken significant af van de waarderingen met betrekking tot de tevredenheid over de verpleeghuisarts. Deze resultaten zijn, echter, waarschijnlijk een logisch gevolg van de oordelen van de cliënten met betrekking tot de kwaliteitsdimensies. Het ligt immers voor de hand dat een hoge waardering bij de kwaliteitsdimensies met betrekking tot de huisarts samenhangt met een hoge mate van tevredenheid over deze kwaliteitsdimensies. Deze relatie wordt ook ondersteund door verschillende onderzoeken van Anderson, Fornell en Lehman, (1994), Bitner, Booms en Mohr (1994) en Bolton en Drew (1994).

De verzorgingsmedewerkers zijn over alle aspecten, met uitzondering van het gebruik van het zorgdossier, ook het meest tevreden over de huisarts. De tevredenheid over het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts is groter. In tegenstelling tot het geval bij de cliënten, zijn de waarderingen over tevredenheid bij de verzorgingsmedewerkers niet significant verschillend. De waarderingen van de verzorgingsmedewerkers over de huisarts en verpleeghuisarts wijken dus niet sterk van elkaar af. Bij de verzorgingsmedewerkers zou, gezien de uitkomsten, bij de waarderingen over de kwaliteitsdimensies, een hogere mate van tevredenheid verwacht worden met betrekking tot de verpleeghuisarts. Dit is echter niet het geval, hetgeen grotendeels te verklaren is aan de hand van het feit dat de waarderingen bij de kwaliteitsdimensies niet significant afwijkend zijn.

### **5.1.3 Welke kwaliteitsdimensies hangen samen met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?**

Uit een correlatieanalyse bleek dat bij de cliënten de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts negatief correleerde met de betrouwbaarheid, de zorgzaamheid en de responsiviteit van de huisarts, hetgeen aangeeft dat deze aspecten invloed hebben op de voorkeur voor een arts. Opvallend is dat bij de cliënten geen samenhang blijkt te bestaan tussen de kwaliteitsdimensies gemeten bij de verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Dit geeft aan dat de kwaliteiten van de verpleeghuisarts in de ogen van de cliënten weinig invloed hebben op de voorkeur die zij hebben voor een arts. Bij de verzorgingsmedewerkers bleken de responsiviteit, het inlevingsvermogen van de huisarts, het gebruik van het zorgdossier door de huisarts en verpleeghuisarts en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts (negatief) significant samen te hangen. Vooral de responsiviteit van de huisarts bleek bij de verzorgingsmedewerkers sterk te correleren met de voorkeur voor een arts.

### **5.1.4 Welke achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers hebben invloed op de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts?**

Studies naar de oordelen van patiënten over de kwaliteit van de zorg worden mede bepaald door kenmerken van patiënten (Braspenning, Schellevis & Grol, 2004). Om deze reden zijn enkele achtergrondkenmerken van de cliënten en verzorgingsmedewerkers meegenomen in dit onderzoek. Uit het onderzoek van Braspenning et al (2004) bleek dat op patiëntenniveau in sommige gevallen ook verbanden worden gevonden tussen de frequentie van het huisartsenbezoek en het patiëntenoordeel. Door dit onderzoek wordt deze uitkomst ondersteund. Geconcludeerd kan worden dat de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts bij cliënten binnen dit onderzoek negatief samenhangt met drie factoren:

- Het aantal jaren dat de cliënt ingeschreven is geweest bij de huisarts.
- De mate waarin de cliënt zorg heeft ontvangen van de huisarts.
- De band die de cliënt heeft met de huisarts.

Er zijn geen verbanden tussen achtergrondkenmerken, zoals de mate van zorgvraag of de band met de cliënt, gevonden in het geval van de verpleeghuisarts. Bij de verzorgingsmedewerkers zijn geen verbanden gevonden tussen de achtergrondkenmerken en de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts.

### **5.1.5 Hoe ervaren de huisartsen en verpleeghuisartsen de eerstelijns zorg voor verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen?**

In het toekomstige gezondheidszorgcomplex het Dijkhuis in Borne, waar naar verwachting alle cliënten van het Intermedium naar terug zullen keren, zal onder andere de allocatie van de cliënten aan de (verpleeg)huisartsen centraal staan. De betrokken huisartsen geven aan hun oude cliënten (graag) terug te willen. Vooral de goede band die zij in de loop der jaren hebben opgebouwd, zowel met de cliënt als met de familie van de cliënt en het vertrouwen dat daardoor is gecreëerd, spelen hierbij een belangrijke rol. De huisartsen geven wel aan dat, wanneer de cliënt verpleegbehoefstig is geworden, betere zorg kan worden verleend door de verpleeghuisarts.

Veruit de meeste (verpleeg)huisartsen zien een toekomstige samenwerking voor wat betreft de eerstelijns zorg aan de bewoners van het nieuwe Dijkhuis in Borne zitten. Dit geldt vooral met betrekking tot cliënten met complexe geriatrische klachten. Volgens de artsen staan de aanvulling en afstemming van wederzijdse kennis centraal bij de samenwerking en zal dit het beste tot stand komen door structurele overleggen. Verdere invullingen met betrekking tot de samenwerking zijn volgens de artsen:

- Consultmogelijkheden bij de verpleeghuisarts voor cliënten die de zorg ontvangen van de huisarts.
- Korte lijnen hanteren, hetgeen de mogelijkheid biedt tot snellere consultatie.
- Eén vaste verpleeghuisarts.
- Multidisciplinaire overleggen met betrokken artsen.
- Aanwezigheid van huisartsen in het woongebouw van de cliënten.
- Het terugbrengen van het aantal huisartsen voor meer overeenstemming van behandelvoorstellen.
- Structureel overleg tussen huisarts en verpleeghuisarts.

## **5.2 Aanbevelingen**

Naar aanleiding van het in dit rapport beschreven onderzoek kunnen er twee soorten aanbevelingen worden gedaan. Ten eerste worden er praktische aanbevelingen gegeven omtrent verbeterpunten rondom de eerstelijns huisartsenzorg, aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen aan de verzorgingshuisbewoners van Trivium. Deze aanbevelingen zijn er mede op gericht de verschillen tussen de dienstverlening van huisartsen en verpleeghuisartsen, zoals deze ervaren worden door de cliënten en verzorgingsmedewerkers, te minimaliseren. Vervolgens worden er ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek beschreven.

### **5.2.1 Praktische aanbevelingen**

Wanneer in de toekomst de allocatie van de cliënten aan de (verpleeg)huisartsen besproken wordt, kunnen op basis van dit onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan worden. Punten waar de zorgverlening van de

verpleeghuisarts, in vergelijking tot die van de huisarts, verbeterd kan worden zijn volgens de cliënten en verzorgingsmedewerkers vooral gerelateerd aan de responsiviteit van de verpleeghuisarts. In het bijzonder kunnen de volgende aanbevelingen hieromtrent gedaan worden:

- De bereikbaarheid van de verpleeghuisarts kan verbeterd worden. Cliënten geven aan zelf geen afspraak te kunnen maken; dit gebeurt via de verzorging. Cliënten weten zodoende zelf niet hoe ze de verpleeghuisarts kunnen bereiken. Cliënten zouden hierover meer duidelijkheid willen, graag zelf afspraken willen maken en de verpleeghuisarts kunnen bereiken wanneer zij dat wenselijk achten. Wellicht dat dit in de toekomst verbeterd kan worden in onderlinge afstemming met de verzorgenden.
- De beschikbaarheid van de verpleeghuisarts voor het maken van een afspraak kan verbeterd worden. Zowel cliënten als verzorgingsmedewerkers geven aan dat het maken van een afspraak bij de verpleeghuisarts niet makkelijk gaat. Cliënten vinden het vooral lang duren voordat zij een dokter te zien krijgen. Volgens de verzorgingsmedewerkers kan het soms enkele dagen duren voordat de verpleeghuisartsen bij een cliënt kan zijn, omdat zij de cliënten van het Intermedium moeten verdelen over drie verpleeghuisartsen. Een aanbeveling is daarom om de ‘wachttijd’ op een afspraak te verkorten. Wellicht dat in de toekomst meerdere (verpleeg)huisartsen ingezet kunnen worden.
- De cliënt mist het directe contact met de verpleeghuisarts. Veel cliënten hebben het gevoel dat hun zorg verloopt via de verzorging en het zorgdossier en dat zij daar zelf buiten staan. Veelal ontbreekt het contact en de interactie met de cliënt. Een aanbeveling zou kunnen zijn om cliënten meer in de gelegenheid te stellen zelf contact op te nemen met de verpleeghuisarts, zoals door het kunnen maken van een afspraak of door gebruik te kunnen maken van een telefonisch spreekuur en om de cliënt, in samenwerking met de verzorgenden, beter te betrekken bij zijn/haar zorgverlening.

Uit de conclusies bleek dat de responsiviteit van de huisarts een negatieve sterke samenhang vertoonde met de voorkeur voor een (verpleeg)huisarts. Zowel de cliënten als verzorgingsmedewerkers zijn van mening dat de responsiviteit van de huisarts veel invloed heeft op de keuze voor een arts. Juist de aspecten rondom de responsiviteit van de verpleeghuisarts dienen verbeterd te worden.

Omtrent het zorgdossier kunnen ook enkele aanbevelingen gedaan worden. De verzorgingsmedewerkers geven aan dat de verpleeghuisarts hier significant beter gebruik van maakt dan de huisarts. De volgende aanbevelingen gelden dan ook voor het gebruik van het zorgdossier door de huisarts:

- De huisarts kan duidelijker rapporteren in het zorgdossier. Door onduidelijke rapportage, vaak door een slordig handschrift, geven verzorgingsmedewerkers aan dat zij moeten ‘gokken’ naar wat er staat. Dit kan tot fouten leiden met betrekking tot de zorgverlening.
- De huisarts kan vollediger rapporteren in het zorgdossier.
- De huisarts kan het zorgdossier als een beter communicatiemiddel gebruiken naar de verzorging toe.

Een andere aanbeveling omtrent de zorgverlening in het algemeen betreft de multidisciplinaire aanpak. Aangegeven is dat de cliënten waarschijnlijk niet goed kunnen inschatten wat deze gesprekken inhouden en hoe deze organisatorisch bij kunnen dragen aan een betere zorgverlening. De verzorgingsmedewerkers zijn daarentegen erg positief over deze aanpak. Een aanbeveling hieromtrent is:

- Het in de toekomst handhaven van multidisciplinaire overleggen. Dit ook in samenwerking met de betrokken huisartsen. Volgens de verzorgingsmedewerkers dragen deze overleggen bij aan een beter totaalbeeld dat de arts krijgt van de cliënt.

Indien in de toekomst huisartsen en verpleeghuisartsen de zorg aan verzorgingshuisbewoners samen willen aanbieden, kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden:

- Consultmogelijkheden voor cliënten, die de zorg ontvangen van de huisarts, bij de verpleeghuisarts.
- Korte lijnen, die de mogelijkheid geven voor snellere consultatie, hanteren.
- Eén vaste verpleeghuisarts.
- Aanwezigheid van huisartsen in het woongebouw van cliënten.
- Structurele overleggen tussen huisarts en verpleeghuisarts.

Bij de keuze voor een arts dient in ogenschouw genomen te worden dat bij de cliënt enkele kenmerken meespelen. Cliënten moeten met een nieuwe (verpleeg)huisarts een vertrouwensband opbouwen die zij met

hun (oude) huisarts al hadden. Daarbij speelt mee dat het aantal jaren dat de cliënt ingeschreven is geweest bij de huisarts, de mate waarin de cliënt zorg heeft ontvangen van de huisarts en de band die de cliënt heeft met de huisarts van invloed zijn op de keuze voor een arts.

Ondanks bovenstaande aanbevelingen, is het belangrijkste dat cliënten, zo lang zij dit zelf kunnen, altijd vrij zijn in de keuze van een huisarts. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de meeste cliënten een grote voorkeur hebben voor hun eigen huisarts. Mocht in de toekomst gestreefd worden naar een samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen, dan kunnen bovenstaande aanbevelingen dienen als handreiking hoe volgens cliënten en verzorgingsmedewerkers de kwaliteit van de zorgverlening ervaren wordt en verbeterd kan worden.

## 5.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

### *Procedure*

De lage respons van de verzorgingsmedewerkers kan in toekomstig onderzoek wellicht verhoogd worden door de vragenlijsten niet in de postvakjes op de werkplek te deponeren, maar door de verzorgingsmedewerkers per post te benaderen en de mogelijkheid de vragenlijst per portvrije envelop te retourneren te bieden. Deze procedure zou misschien minder belastend voor de medewerkers kunnen zijn, omdat ze de lijst niet op hun werk hoeven in te vullen. Daarnaast verdient het een aanbeveling de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, omdat het ethisch niet juist is om kwaliteits- en tevredenheidsonderzoeken te gebruiken voor de beoordeling van personeel. In dit onderzoek zijn de vragenlijst anoniem verwerkt. Het persoonlijk afnemen van de vragenlijsten bij de cliënten was gewenst gezien de cognitieve problematiek en de daaruit voortkomende begripsproblemen, taalproblemen en andere onduidelijkheden. Deze procedure kan echter het sociaal wenselijk antwoorden bevorderen en brengt de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten in gevaar. Het belang van de eigen mening, positief dan wel negatief, en de anonimiteit dient benadrukt te worden. Het zelfstandig laten invullen van vragenlijsten door een soortgelijke doelgroep zal de validiteit van de vragenlijst niet verhogen.

### *Onderzoeksmodel*

Het onderzoeksmodel SERVPERF, dat in dit onderzoek is gebruikt om de kwaliteit van de zorgverlening te bepalen, lijkt erg op het SERVQUAL- model. Echter, bij het SERVPERF- model worden geen verwachtingen meer gemeten. In de literatuur worden veel tegenstrijdigheden vermeld over het gebruik van deze twee modellen. Ook de meningen over het gebruik van deze modellen in de gezondheidszorg zijn tegenstrijdig. Het SERVPERF- model heeft binnen dit onderzoek gefunctioneerd als een basismodel. Het model geeft een kader voor standaard kwaliteitsdimensies. Het benoemen en invullen van de dimensies en items gebeurt volgens Harteloh en Casparie (2003) aan de hand van het verzamelen van empirische gegevens. In dit onderzoek kwam daaruit naar voren dat naast de gegeven dimensies uit het SERVPERF- model ook andere dimensies konden worden toegevoegd en dat zelfs een dimensie uit het model kon worden weggelaten. Door deze wijzigingen bleek dat het SERVPERF- model in dit onderzoek sterk afhankelijk lijkt te zijn van de context en slechts een basis geeft voor kwaliteitsonderzoek. De waarde van soortgelijke kwaliteitsonderzoeken, uitgevoerd aan de hand van deze modellen, binnen de gezondheidszorg zou sterk kunnen toenemen door herhaaldelijk vervolgonderzoek bij verschillende organisaties. Hieruit zou kunnen blijken hoe toepasbaar het SERVPERF- model is als meetinstrument voor andere onderzoeken en in welke mate het model voorziet in kwaliteitsonderzoek waarbij sprake is van duidelijke en vergelijkbare indicatoren om kwaliteit te meten. Onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening in het algemeen zou daarnaast, door het aandragen van een onderzoeksmodel, ook belangrijk kunnen zijn voor de wetenschap. Een dergelijk onderzoeksmodel kan een referentiekader bieden en efficiënter toe worden gepast.

### *Vragenlijst*

De vragenlijsten voor de cliënten en verzorgingsmedewerkers kunnen korter gemaakt worden om een hogere respons te generen. De vragenlijsten bestonden in totaal uit negen bladzijden. Dit kan bij de verzorgingsmedewerkers weerstand bieden om de lijst daadwerkelijk in te vullen. Bij de cliënten kan de lengte van de vragenlijst bij hebben gedragen aan concentratieproblemen. Een kortere vragenlijst voor respondenten met een hoge gemiddelde leeftijd en cognitieve problematiek verdient daarom de voorkeur. Het



meenemen van ‘gezondheids- factoren’ en ‘attitude- factoren’ in de vragenlijst zou het inzicht kunnen vergroten in variabelen die de kwaliteitsoordelen beïnvloeden. Tot slot kan het halo- effect wellicht verminderd worden door contra- indicatieve vragen op te nemen in de vragenlijst. Deze zouden de ‘vanzelfsprekendheid’ kunnen verlagen.

### *Respondenten*

De steekproef onder de cliënten bestond grotendeels uit vrouwen. De steekproef van de verzorgingsmedewerkers bestond in zijn geheel uit vrouwen. Vooral in het geval van de cliënten kunnen vraagtekens geplaatst worden bij het feit dat deze respondenten een accurate weerspiegeling geven van de populatie van overige verzorgingshuizen. Uit statistieken van het CBS bleek dat de verzorgingsberoepen voor een zeer groot deel worden ingevuld door vrouwen (CBS, 2005). Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of de verdeling van geslacht bij de respondenten in dit onderzoek een accurate weerspiegeling is en of de externe validiteit niet in gevaar komt. Daarnaast kan rekening gehouden worden met de periode waarin de respondenten benaderd worden voor een onderzoek. Ten tijde van het onderzoek brak de zomervakantie aan en bleken veel verzorgingsmedewerkers op vakantie te zijn.

## **5.3 Discussie**

### **5.3.1 De onderzoeksmethode**

De resultaten met betrekking tot de kwaliteit van en tevredenheid over de zorgverlening door (verpleeg)huisartsen zijn gebaseerd op de vragenlijsten, die persoonlijk zijn afgenomen bij de cliënten en door de verzorgingsmedewerkers zelf zijn ingevuld. Bij de doelgroep cliënten kunnen echter een aantal factoren meespelen die invloed hebben op de resultaten. Ten eerste hebben de cliënten een hoge gemiddelde leeftijd (83 jaar) en meer last van cognitieve problematiek dan een gemiddelde andere doelgroep. Hierdoor kunnen problemen meespelen zoals geheugenbias, concentratieproblemen, begripsproblemen en taalvaardigheid. Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten. Het vaststellen van de constructvaliditeit bij de cliënten geeft in het bijzonder aanleiding tot discussie. Ten tweede kunnen bij het persoonlijk afnemen van de vragenlijsten bij de cliënten validiteitsbedreigers, zoals vriendelijkheid en sociale wenselijkheid, een rol spelen. Ook deze factoren kunnen invloed hebben op de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten. Tot slot kan het ‘halo effect’ ook een rol spelen bij de invulling van de vragenlijsten: De cliënten kunnen een algemeen (positief) beeld geven van de huisarts in plaats van alle vragen goed te beoordelen. De aanwezigheid van een bepaalde kwaliteit of positieve gebeurtenis geeft de cliënt het idee dat andere kwaliteiten ook aanwezig zijn. Dit ‘halo effect’ kan ook van invloed zijn op de oordelen van de verzorgingsmedewerkers.

De respons op de vragenlijst van de verzorgingsmedewerkers is aan de lage kant. Hoewel 48.2% niet erg ongebruikelijk is (Swanborn, 1994), betekent het toch dat een groot aantal medewerkers niet bereid is geweest de vragenlijst in te vullen. Aan de medewerkers is twee keer schriftelijk het verzoek gedaan om de vragenlijsten in te vullen. Tevens is hier bij verschillende team- overleggen door de unit- hoofden op aangedrongen. Een mogelijke verklaring voor de lage respons is de periode waarin de vragenlijsten verspreid zijn. Ten tijde van het onderzoek brak de vakantieperiode aan. Doordat de vragenlijsten anoniem verstuurd zijn is niet exact te achterhalen welke teams niet (volledig) meegewerkt hebben. Daarnaast kan de lengte van de vragenlijst ook een rol hebben gespeeld in de lage respons, aangezien deze bestond uit in totaal negen pagina’s. Dit kan de medewerkers hebben afgeschrikt om daadwerkelijk de lijst ook in te vullen.

Uit de data- analyse kwam naar voren dat alle verzorgingsmedewerkers die hadden gereageerd van het vrouwelijke geslacht waren. Ook onder de cliënten bleek het vrouwelijke geslacht te domineren (72.7%). Geconcludeerd kan worden dat de steekproeven weinig heterogeen zijn. Enerzijds kan dit de externe validiteit in gevaar brengen, omdat het de vraag is in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn. Anderzijds is bekend dat de verzorgingsberoepen voor een zeer groot deel worden ingevuld door vrouwen (CBS, 2005). De resultaten zouden daarom, zowel met betrekking tot de verzorgingsmedewerkers als de cliënten, wel gegeneraliseerd kunnen worden. In het geval van de cliënten dient dan echter als kanttekening geplaatst te worden dat het oordeel voornamelijk betrekking heeft op het vrouwelijke geslacht.

Tot slot kunnen nog enkele kanttekeningen geplaatst worden bij het onderzoeksmodel. Volgens Harteloh en Casparie (2003) kan het SERVQUAL- model met enige kleine aanpassingen in de zorgverlening worden gebruikt. Het originele model richt zich op de dienstverlening. Harteloh en Casparie (2003) geven echter niet aan welke aanpassingen precies zijn gemaakt voor toepassing in de zorgverlening. Daarnaast bestond het originele SERVQUAL- model uit tien dimensies (Parasuraman et al., 1985). Deze zijn later samengevoegd tot vijf dimensies. In de literatuur is niet te achterhalen waarom deze dimensies zijn samengevoegd. Tevens is al eerder aangetekend dat het SERVPERF- model binnen dit onderzoek gefunctioneerd heeft als een basismodel en dat uit vooronderzoek bleek dat meerdere dimensies konden worden toegevoegd. De dimensie ‘tastbare zaken’ uit het model bleek niet van belang te zijn in dit onderzoek. Het SERVPERF- model bleek met betrekking tot dit onderzoek dus sterk afhankelijk te zijn van de context. In het licht van deze aantekeningen zal uit toekomstige, vergelijkbare, kwaliteitsonderzoeken moeten blijken hoe toepasbaar het SERVPERF- model is voor het meten van kwaliteit binnen de gezondheidszorg en zal de positie ten opzichte van andere kwaliteitsmodellen moeten worden bepaald.

### 5.3.2 Kanttekeningen bij de resultaten

Naast de beschreven conclusies met betrekking tot de waarderingen van de kwaliteiten van en tevredenheid over de artsen, kan, aan de hand van dit onderzoek, ook geconcludeerd worden dat een vergelijkend objectief waardeoordeel tussen huisarts en verpleeghuisarts bij de cliënten moeilijk te genereren is. Veel affectieve factoren met betrekking tot de huisarts, die in de loop der jaren bij de cliënt zijn ontstaan, zoals een goede vertrouwensband, het gedeeld hebben van emotionele ervaringen en familiariteit, hebben invloed op de voorkeuren van de cliënten voor de huisarts. Door de huidige, vaak kortstondige band, die cliënten met de verpleeghuisarts hebben, is bij deze relatie nog geen sprake van invloed van dergelijke affectieve factoren. Er zou dus tevens geconcludeerd kunnen worden dat, door het ontbreken van affectieve factoren met betrekking tot de verpleeghuisarts, er geen objectief vergelijkend waardeoordeel tot stand kan komen.

Tevens speelt bij dit onderzoek het feit mee dat de ondervraagde cliënten voor een groot deel uit Borne afkomstig zijn. Borne wordt gekenmerkt als zijnde een kleine woongemeente, waar gesproken kan worden van een sterk ‘dorpsgevoel’ bij de inwoners: Het ‘ons kent ons’ principe. Dit draagt bij aan de familiariteit met de huisarts. Vaak is ook nog eens familie van de cliënt ingeschreven bij dezelfde huisarts. Ook deze factoren kunnen er toe bijdragen dat er geen objectief vergelijkend waardeoordeel verkregen kan worden bij de ondervraagde cliënten.

Bij een aantal cliënten zijn in het verleden verrichte handelingen door de huisarts tekenend voor het algemene beeld dat zij van de huisarts hebben (halo- effect). Wanneer een huisarts in het verleden goed gehandeld heeft in de ogen van de cliënt, wordt de arts ook in alle andere opzichten gezien als zijnde een goede arts. Deze ervaringen vertekenen het beeld en dus de beoordeling van de kwaliteiten van de huisarts in het algemeen.

Volgens de Tweede Nationale Studie van het NIVEL (2004) speelt de factor ‘gezondheid’ ook een rol als verklarende variabele bij het beoordelen van de kwaliteit van de arts. Zo zijn mensen met een slechtere gezondheid kritischer in hun oordeel over de werkwijze van huisartsen dan mensen die hun gezondheid als ‘goed’ of als ‘zeer goed’ beoordelen. Deze factor is in dit onderzoek niet meegenomen. Toekomstig onderzoek bij andere zorgorganisaties zou moeten uitwijzen in hoeverre deze toevoeging waardevol is.

Tot slot is in dit onderzoek niet gekeken naar zogenaamde ‘attitude- variabelen’, die het patiëntoordeel zouden kunnen beïnvloeden. Braspenning et al (2004) geven aan dat verschillen in kwaliteitsoordelen (mede) beïnvloed worden doordat mensen kwaliteit beoordelen door een ‘zwarte’ bril en een ‘roze’ bril. Het bovengenoemde ‘halo- effect’ kan hiermee samenhangen. Ook toenemende assertiviteit en mondigheid van de patiënten spelen een rol. Deze attitude factoren zijn binnen dit onderzoek echter niet meegenomen. Toekomstig onderzoek in de zorgverlening zou kunnen uitwijzen in hoeverre deze variabelen een rol spelen.

## Literatuur

- Anderson, E.W. & Sullivan, M. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
- Anderson, E.W., Fornell, C. & Lehmann, D.R. (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58, 53-66.
- Bejou, D., Wray, B., & Ingram, T. (1996). Determinants of Relationship Quality: An Artificial Neural Network Analysis. *Journal of Business Research*, 36(2), 137-143.
- Berg Jeths, A. van den., Timmermans, J.M., Hoeymans, N. Woittiez, I.B. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 – 2020*. Houten: RIVM.
- Bloemer, J.J.M. (1993). *Loyaliteit en tevredenheid: een studie naar de tevredenheid tussen merktrouw en consumententevredenheid*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings ad employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Bitner, M.J., Booms, B.H. & Mohr, L.A. (1994). Critical Service Encounters: The Employee Viewpoint. *Journal of Marketing*, 58(40), 95-106.
- Bitner, M.J. & Hubbert, A.R. (1994). *Encounter satisfaction versus overall service satisfaction versus quality. Services quality: new directions in theory and practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Bolton, R.N. & Drew, J.H. (1991). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 55(1), 1-9.
- Bolton, R.N. & Drew, J.H. (1994). Linking Customer Satisfaction to Service Operations and Outcomes. In: *R.T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 173-200.
- Bosch, K. (2004). *Kwaliteit van advies. Hoe te beoordelen?* Enschede: Universitaire Pers Enschede.
- Brady, M.K., Cronin, J.J. & Brand, R.R. (2002). Performance-Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension. *Journal of Business Research*, 55, 17-31.
- Braspenning, J.C.C., Schellevis, F.G. & Grol, R.P.T.M. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.
- CBS (2005). *Een toptien van mannen- en vrouwenberoepen*. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-inkomen-sociale-zekerheid/arbeidsmarkt/publicaties/artikelen/2005-1825-wm.htm>. Geraadpleegd op 2 augustus 2006.
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

- 
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Dabholkar, P.A. (1995). A Contingency Framework for Predicting Causality Between Customer Satisfaction and Service Quality. *Advances in Consumer Research*, 22, 101-8.
- Edelmann, R.J. (2000). *Psychosocial aspects of the health care process*. Harlow: Prentice Hall Europe.
- Extercatte, K. (2004). *De familie als klant? Onderzoek naar het ontwikkelen en valideren van een instrument om de tevredenheid van naastbetrokkenen over de communicatie met hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg te meten*. Enschede: Universitaire Pers Enschede.
- Gezondheidsraad (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr. 2002/04.
- Goossens, C. & Bourgraaf, K. (1995). Kwaliteitsmetingen in de vrije sector: een kwestie van productprestaties en het wegen van belangen. *Vrijetijd en samenleving, Nederlands-Vlaams tijdschrift voor vrijetijdskunde*, 13(1), 29-50.
- Gotlieb, J.B., Grewal, D. & Brown, S.W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: contemplary or divergent constructs? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 875-885.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (2001). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Haterd, J. van de., Liefhebber, S., Leistra, E. & Hens, H. (2000). *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Maarssen/Utrecht: Elsevier.
- Jansen, I.H.A.M. (2005). *Oost, West: Thuiszorg Oost- Nederland best? Een onderzoek naar de kwaliteit en tevredenheid bij Bureau Thuiszorg Oost-Nederland*. Enschede: Universitaire Pers Enschede.
- Klerk, M.M.Y, de (red.). (2001). *Rapportage ouderen 2001*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koenraadt, M. (2003). *The True Sound of Brabant Pop. Een kwalitatief onderzoek naar de dienstverlening van de Brabantse Popkoepel*. Tilburg: Universitaire Pers Tilburg.
- Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M. & Hens, H. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen/Utrecht: Elsevier.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients: improving communication, satisfaction and compliance*. Londen: Chapman and Hall.
- Man, S. de., Gemmel, P., Vlerick, P., Rijk, P. van, & Dierckx, R. (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European journal of Nuclear Medicine*, 29 (9), 1109-1117.
- Marle, G.A.J.S. van, & Wensink, M.W. (2004). *Jaarverslag 2003 Trivium zorggroep Twente*. Hengelo: Trivium.
- Marle, G.A.J.S. van. (2005). *Jaardocument 2004 Trivium zorggroep Twente*. Hengelo: Trivium.

- 
- Mathijssen, S.W. (2005). Hoe zijn de vraag en aanbod georganiseerd? In: *Brancherapporten VWS*. Den Haag. <http://www.brancherapporten.minvws.nl>. Geraadpleegd op 29 maart 2006.
- McAlexander, J.H., Kaldenberg, D.O. & Koenig, H.F. (1994). Service quality measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34-9.
- Oliver, R.A. (1980). A cognitive model of the antecedents and outcomes of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-9.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, Fall, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-37.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (2001). Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Retailing*, 70(3), pp.201-.
- Pardoel, K. (2004). *Klanttevredenheidsonderzoek divisie JGZ. Thuiszorg Midden-Limburg*. Tilburg: IVA.
- Roberts, K., Varki, S. & Brodie, R. (2003). Measuring the Quality of Relationships in Consumer Services: An Empirical Study. *European Journal of Marketing*, 37(1/2), 169-196.
- Prismant/VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2001). *Brancherapport Volksgezondheid*. Den Haag/Utrecht: VWS/Prismant.
- Rust, R.T. & Oliver, R.L. (1994). *Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. Service Quality: New Dimensions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Ruysbroek, J.M.H. (2005a). Wat is verpleging en verzorging? *Volksgezondheid Toekomst en Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1056n20327.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1056n20327.html). Geraadpleegd op 4 juni 2006.
- Ruysbroek, J.M.H. (2005b). Wat is curatieve zorg? *Volksgezondheid Toekomst en Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1033n20326.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1033n20326.html). Geraadpleegd op 4 juni 2006.
- Schrijvers, A.J.P. (1997). *Health and Health Care in the Netherlands. A critical Self-assessment by Dutch Experts in the Medical and Health Sciences*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sivadas, E. & Baker-Prewitt, J. (2000). An Examination of the Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Store Loyalty. *International Journal of Retail and Distribution Management*, 28(2), 46- 61.
- Smidts, A. (1994). De kwaliteit van SERVQUAL: een toepassing bij zeven dienstverlenende organisaties. *Jaarboek 1993-1994 van de Nederlandse Vereniging van Marktonderzoekers*, 165-185.
- Spreng, R.A. & Mackoy, R.D. (1996). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 201-14.
- Swanborn, P.G. (1994). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.

- 
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. Third Edition. New York: Harper Collins Publishers.
- Velden, J. van der., Bakker, D.H. de., Claessens, A.A.M.C. & Schellevis, F.G. (1991) *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport. Morbiditeit in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- Verbeek, G. (2002). *De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vries jr., W. de., Kasper, J.D.P. & Helsdingen, P.J.C. van. (1999). *Dienstenmarketing*. Houten: Stenfert Kroese.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999). *Zorgnota 2000*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2000). *Zorgnota, 2001. Bijlagen*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Wieringa, R. (2004). Verwachtingen en ervaringen van klant vormen basis voor meting kwaliteit. SERVQUAL-model: methode om kwaliteit van dienstverlening meetbaar te maken. *Specifiek*, 4-7.
- Woodside, A.G., Frey, L.L. & Daly, R.T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction, and behavioural intention: from general to applied frameworks of the service encounter. *Journal of Health Care Marketing*, 9(4), 5-17.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (2000). *Service marketing. Integrating customer focus across the firm*. Boston etc.: McGraw-Hill.

## **Bijlagen**

## **Bijlage 1 SERVQUAL- dimensies**

De vijf SERVQUAL- dimensies van Parasuraman, Zeithaml & Berry, 2001.

---

### **Tangibles**

1. Modern equipment
2. Visually appealing facilities
3. Employees who have a neat, professional appearance
4. Visually appealing materials associated with the service

### **Reliability**

5. Providing services as promised
6. Dependability in handling customers' service problems
7. Performing services right the first time
8. Providing service at the promised time
9. Maintaining error-free records

### **Assurance**

10. Employees who instil confidence in customers'
11. Making customers feel safe in their transactions
12. Employees who are consistently courteous
13. Employees who have the knowledge to answer customers' questions

### **Responsiveness**

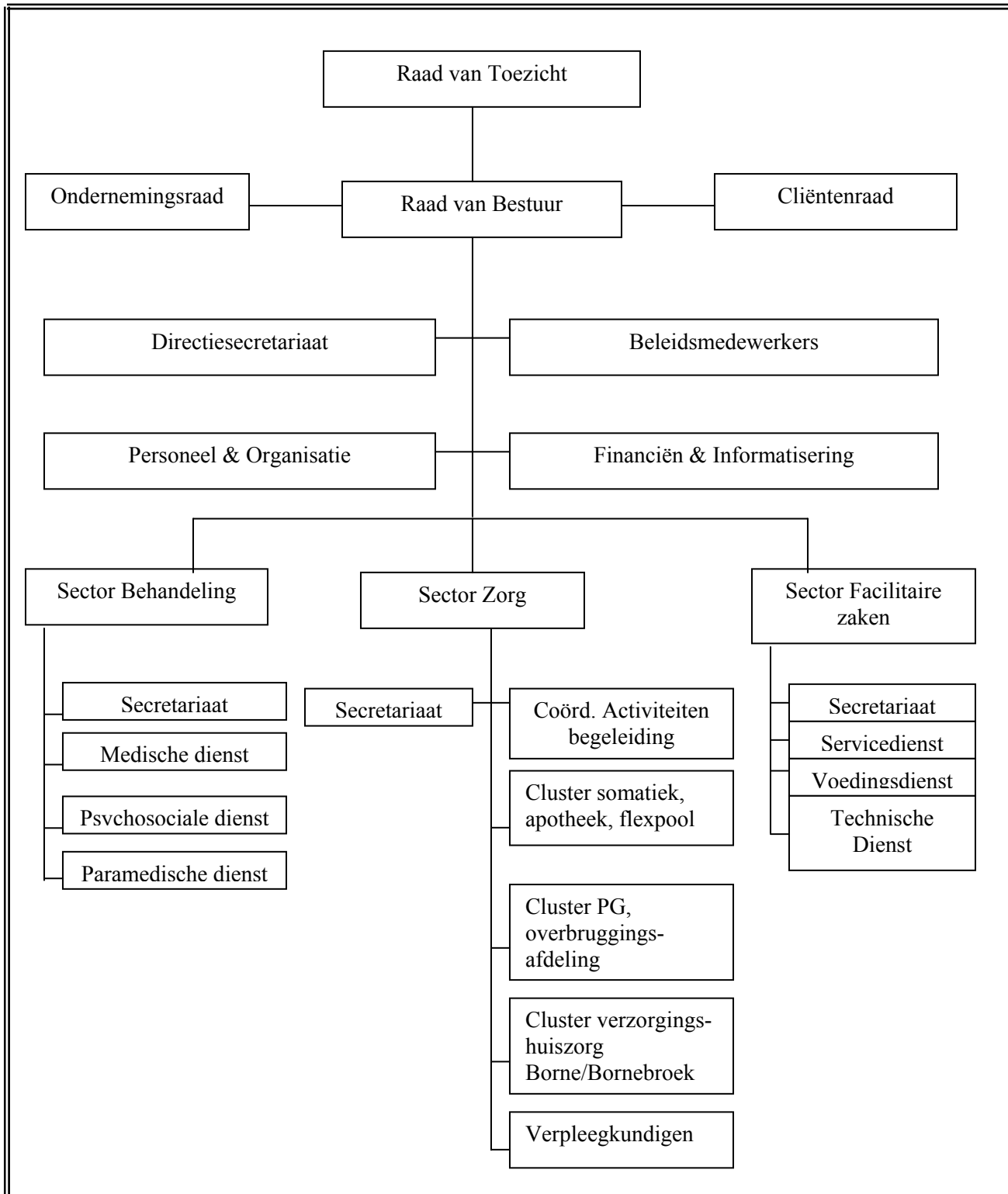
14. Keeping customers informed about when services will be performed
15. Prompt service to customers
16. Willingness to help customers
17. Readiness to respond to customers' requests

### **Empathy**

18. Giving customers individual attention
  19. Employees who deal with customers in a caring fashion
  20. Having the customers best interest at heart
  21. Employees who understand the needs of their customers
  22. Convenient business hours
-



## Bijlage 2 Organogram Trivium zorggroep Twente (van Marle, 2005)



---

## Bijlage 3 Interviewschema cliënten

---

Naam interviewer: Miriam van Wijk

Nummer respondent: .....

Datum interview:.....Tijdstip aanvang:.....

Plaats:.....

Met de cliënt is persoonlijk een afspraak gemaakt voor bovenstaande plaats en tijdstip.

### **Inleiding**

Hallo, ik ben Miriam van Wijk. Ik zal U eerst kort uitleggen waarom ik U benaderd heb en hoe U mij kunt helpen. Ik ben momenteel met mijn afstudeeronderzoek bezig van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Mijn afstudeeronderzoek houdt zich bezig met de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen binnen Trivium. Zoals U weet ontvangt U nu tijdelijk de huisartsenzorg van de verpleeghuisartsen in plaats van Uw eigen huisarts. Trivium zou graag willen weten wat U als cliënt vindt van de kwaliteit van de huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen. Graag zou ik hierover Uw mening en bevindingen willen horen.

De vragen die ik U zo ga stellen behoren bij het vooronderzoek. Dat wil zeggen dat de informatie die U mij geeft dient als input voor het hoofdonderzoek dat ik ga afnemen medio juli 2006. Het resultaat van dit onderzoek moet leiden tot een advies over het al dan niet continueren van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen binnen Trivium. Ik waardeer het erg dat U mee wilt werken aan dit interview.

### **De onderstaande punten doornemen met de cliënt:**

- Het doel van dit interview en onderzoek is wetenschappelijk en zal als eindresultaat mijn afstudeerscriptie zijn.
- Ik ga U vragen stellen over de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen.
- De verantwoordelijke instantie voor dit interview en onderzoek is de Universiteit Twente.
- De publicatie van de resultaten zullen naar verwachting eind september, begin oktober klaar zijn.
- Dit interview zal opgenomen worden, maar anoniem verwerkt worden. Deze opname is uitsluitend voor mij als onderzoeker bedoeld om eventueel later in het onderzoek op terug te komen.
- Het interview zal bestaan uit twee delen: in het eerste deel zal ik U vragen naar persoonlijke gegevens, dit om de verwerking makkelijker te maken. Het tweede deel zal betrekking hebben op het achterhalen van aspecten omtrent de kwaliteit en tevredenheid van huisartsenzorg die in dit onderzoek meegenomen worden.
- Wanneer U tussendoor vragen heeft, kunt U die altijd stellen.
- Heeft U nu vragen?
- *Klaar: start de tape- recorder.*

## Deel A: Algemeen

- A.1. Geslacht noteren.
- A.2. Wat is Uw leeftijd?
- A.3. Bent U afkomstig uit het verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne of uit Uw eigen woning in Borne?
- A.4. Hoelang verblijft U al in het Intermedium?
- A.5. Hoelang bent U patiënt geweest bij Uw huisarts in Borne?
- A.6. Heeft U in het verleden veel gebruik gemaakt van de huisartsenzorg in Borne?
- A.7. Hoe vaak heeft U inmiddels al gebruik gemaakt van de huisartsenzorg binnen het Intermedium?
- A.8. Heeft U gebruik gemaakt van de paramedische zorgverlening die Trivium biedt?
- A.9. Bent U op de hoogte van de paramedische diensten die binnen Trivium worden aangeboden?
- A.10. Heeft U een vaste verpleeghuisarts binnen Trivium?
- A.11. Bent U tevreden met Uw tijdelijke woonsituatie in Trivium Intermedium?

## Deel B: SERVQUAL- dimensies<sup>1</sup>

De komende vragen hebben betrekking op aspecten die een rol kunnen spelen bij de beoordeling van de kwaliteit en tevredenheid van de huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Van belang is dat U bedenkt wat U verstaat onder goede huisartsenzorg zoals U die zou willen krijgen. Uw eigen inbreng bij de invulling van deze dimensies is belangrijk voor het uiteindelijke hoofdonderzoek. Per aspect zal ik kort uitleg geven wat deze inhoudt.

### Tastbare zaken

*Uitleg: Tastbare zaken bevatten het fysieke bewijs van de zorgverlening. Ze hebben betrekking op de aanwezige faciliteiten van Trivium. Bijvoorbeeld het gebouw, apparatuur en de verschijning van (verpleeg)huisartsen.*

- B.1. Wat zijn naar Uw mening belangrijke factoren die de tastbare zaken omtrent de huisartsenzorg bepalen zoals U die graag zou willen zien?  
Eventueel zelf aandragen:
  - Fysieke verschijning van (verpleeg)huisartsen
  - Faciliteiten van gebouw (sprekkamer, logistiek)
  - Communicatie middelen
  - Zorgdossier
- B.2. Heeft U bij de zojuist genoemde factoren verschil ervaren tussen Uw huisarts uit Borne en Uw verpleeghuisarts van Trivium?  
-> Indien ja; waarin verschillen de tastbare zaken?
- B.3. Kunt U aangeven op een schaal van 1 t/m 5 hoe belangrijk U de tastbare zaken vindt als kwaliteitsdimensie van de huisartsenzorg?

*[Uitleg: 1= helemaal niet belangrijk, 2= niet echt belangrijk, 3= gemiddeld, 4= belangrijk, 5= heel erg belangrijk]*

### Betrouwbaarheid

*Uitleg: Betrouwbaarheid heeft betrekking op de consistentie van de zorgverlening. Het betekent dat Trivium het vermogen heeft om de toegezegde zorgverlening daadwerkelijk en accuraat uit te voeren, zonder dat deze resulteert in fouten en klachten bij de verzorgingshuiscliënten.*

---

<sup>1</sup> Deel B (SERVQUAL- dimensies) en deel C (Afsluitende vragen) worden bij elk interview herhaald.

- B.4. *Wat zijn naar Uw mening belangrijke factoren die de betrouwbaarheid omtrent de huisartsenzorg bepalen zoals U die graag zou willen zien?*  
Eventueel zelf aandragen:           - Evaluatie van de zorg  
  - Houding  
  - Nakomen van afspraken  
  - Voldoende tijd nemen tijdens consulten  
  - Vertrouwelijk behandelen van zorgdossier
- B.5. *Heeft U bij de zojuist genoemde factoren verschil ervaren tussen Uw huisarts uit Borne en Uw verpleeghuisarts van Trivium?*  
-> *Indien ja; waarin verschillen de factoren van betrouwbaarheid in?*
- B.6. *Kunt U aangeven op een schaal van 1 t/m 5 hoe belangrijk U de betrouwbaarheid vindt als kwaliteitsdimensie van de huisartsenzorg?*

### **Zekerheid- en zorgzaamheid**

*Uitleg: Zekerheid- en zorgzaamheid heeft betrekking op de competentie van de (verpleeg)huisartsen en Trivium. Hierbij spelen de professionele kwaliteit alsmede de continuïteit en coördinatie van de zorgverlening een rol, waarbij vertrouwen en zekerheid gecreëerd wordt bij de verzorgingshuiscliënten.*

- B.7. *Wat zijn naar Uw mening belangrijke factoren die de zekerheid- en zorgzaamheid omtrent de huisartsenzorg bepalen zoals U die graag zou willen zien?*  
Eventueel zelf aandragen:           - Deskundigheid  
  - Beschikbaarheid  
  - Kennis  
  - Zorgvuldigheid  
  - Continuïteit  
  - Gebruik van zorgdossier
- B.8. *Heeft U bij de zojuist genoemde factoren verschil ervaren tussen Uw huisarts uit Borne en Uw verpleeghuisarts van Trivium?*  
-> *Indien ja; waarin verschillen de factoren van zekerheid- en zorgzaamheid in?*
- B.9. *Kunt U aangeven op een schaal van 1 t/m 5 hoe belangrijk U de zekerheid- en zorgzaamheid vindt als kwaliteitsdimensie van de huisartsenzorg?*

### **Responsiviteit**

*Uitleg: De bereidheid van de (verpleeg)huisartsen om de cliënten te helpen, klaar te staan en aandacht te geven.*

- B.10. *Wat zijn naar Uw mening belangrijke factoren die de responsiviteit omtrent de huisartsenzorg bepalen zoals U die graag zou willen zien?*  
Eventueel zelf aandragen:           - Maken van een afspraak  
  - Controles van medicatie  
  - Bereikbaarheid  
  - Continuïteit van de zorgverlening  
  - Adequaaf kunnen handelen (snel)
- B.11. *Heeft U bij de zojuist genoemde factoren verschil ervaren tussen Uw huisarts uit Borne en Uw verpleeghuisarts van Trivium?*  
-> *Indien ja; waarin verschillen de factoren van responsiviteit in?*

---

B.12. Kunt U aangeven op een schaal van 1 t/m 5 hoe belangrijk U de responsiviteit vindt als kwaliteitsdimensie van de huisartsenzorg?

### **Empathie**

*Uitleg: Empathie is de invoelende aandacht die aan de cliënt als persoon kan worden besteed. Het is belangrijk dat de (verpleeg)huisarts zich inleeft in de cliënt, door individuele aandacht aan elke cliënt te besteden.*

B.13. Wat zijn naar Uw mening belangrijke factoren die de empathie omtrent de huisartsenzorg bij bepalen zoals U die graag zou willen zien?

Eventueel zelf aandragen:           - Betrokkenheid  
  - Inlevingsvermogen  
  - Luisteren  
  - Aandacht

B.14. Heeft U bij de zojuist genoemde factoren verschil ervaren tussen Uw huisarts uit Borne en Uw verpleeghuisarts van Trivium?

-> Indien ja; waarin verschillen de factoren van empathie in?

B.15. Kunt U aangeven op een schaal van 1 t/m 5 hoe belangrijk U de empathie vindt als kwaliteitsdimensie van de huisartsenzorg?

### **Deel C: Afsluitende vragen**

*Zojuist zijn alle vragen behandeld die bedoeld zijn om inzicht te krijgen in dimensies die betrekking hebben op de kwaliteit van de huisartsenzorg. Als afsluiting zou ik U nog een aantal afsluitende vragen willen stellen.*

C.1. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijnszorg verzorgd door verpleeghuisartsen binnen Trivium?

C.2. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijnszorg verzorgd door verpleeghuisartsen binnen Trivium?

C.3. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijnszorg verzorgd door huisartsen?

C.4. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijnszorg verzorgd door huisartsen?

C.5. Zijn er in dit interview andere factoren niet behandeld, maar waarvan U denkt dat ze wel belangrijk zijn?

C.6. Hoeveel tijd zou U kunnen en willen besteden aan het invullen van een vragenlijst?

C.7. Zijn er nog andere vragen die U heeft?

C.8. Bent U tevreden over het verloop van dit interview?

---

### **Afsluiting**

Ik wil U bedanken voor het meewerken aan dit vooronderzoek. In juli zal ik U opnieuw benaderen voor het uiteindelijke hoofdonderzoek. Dit zal een vragenlijst zijn die ingevuld zal worden door verschillende personen binnen Trivium. Heeft U bezwaar tegen het invullen van deze vragenlijst?

---

## Bijlage 4 Interviewschema verzorgingsmedewerkers

---

Naam interviewer: Miriam van Wijk

Nummer respondent: .....

Datum interview:.....Tijdstip aanvang:.....

Plaats:.....

Met de verzorgingsmedewerker is persoonlijk een afspraak gemaakt voor bovenstaande plaats en tijdstip.

### **Inleiding**

Hallo, ik ben Miriam van Wijk. Ik zal U eerst kort uitleggen waarom ik U benaderd heb en wat ik graag van U wil weten. Ik ben momenteel met mijn afstudeeronderzoek bezig van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Vanuit Trivium is mij gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Zoals U weet krijgen de cliënten tijdelijk de huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen. Dit is een geheel nieuwe situatie die is ontstaan binnen Trivium. Trivium zou graag willen weten hoe de verschillende betrokkenen, zoals de cliënten, verpleeghuisartsen, huisartsen uit Borne en de verzorgenden de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen beoordelen.

Dit interview dient als exploratief vooronderzoek. Dat wil zeggen dat de informatie die U mij geeft dient als input voor het hoofdonderzoek dat ik ga afnemen medio juli 2006. Het resultaat van dit onderzoek moet leiden tot een advies over het al dan niet continueren van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen binnen Trivium. Ik waardeer het erg dat U mee wilt werken aan dit interview.

### **De onderstaande punten doornemen met de verzorgingsmedewerker:**

- Het doel van dit interview en onderzoek is wetenschappelijk en zal als eindresultaat mijn afstudeerscriptie zijn.
- Ik ga U vragen stellen over de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen.
- De verantwoordelijke instantie voor dit interview en onderzoek is de Universiteit Twente.
- De publicatie van de resultaten zullen naar verwachting eind september, begin oktober klaar zijn.
- Dit interview zal opgenomen worden, maar anoniem verwerkt worden. Deze opname is uitsluitend voor mij als onderzoeker bedoeld om eventueel later in het onderzoek op terug te komen.
- Het interview zal bestaan uit twee delen: in het eerste deel zal ik U vragen naar persoonlijke gegevens, dit om de verwerking makkelijker te maken. Het tweede deel zal betrekking hebben op het achterhalen van de kwaliteit en tevredenheid van dimensies die in dit onderzoek meegenomen worden.
- Wanneer U tussendoor vragen heeft, kunt U die altijd stellen.
- Heeft U nu vragen?
- *Klaar: start de tape- recorder.*

---

**Deel A: Algemeen**

- A.1. *Geslacht noteren.*
- A.2. *Wat is Uw leeftijd?*
- A.3. *Hoelang werkt U binnen Trivium als verzorgende?*
- A.4. *Wat zijn de belangrijkste taken van een verzorgende binnen Trivium?*
- A.5. *Verzorgd U vaste cliënten?*
- A.6. *Heeft U veel contact met de verpleeghuisarts over de gezondheid van Uw cliënten?*
- A.7. *Had U in het oude Dijkhuis veel contact met de huisarts over de gezondheid van Uw cliënten?*

**Deel B: SERVQUAL- dimensies**

.....

**Deel C: Afsluitende vragen<sup>2</sup>**

.....

---

<sup>2</sup> Voor invulling deel B en deel C zie ‘interviewschema cliënten’

---

## Bijlage 5 Interviewschema unit- hoofden Trivium

---

Naam interviewer: Miriam van Wijk

Nummer respondent: .....

Datum interview:.....Tijdstip aanvang:.....

Plaats:.....

Met de unit- hoofd is persoonlijk een afspraak gemaakt voor bovenstaande plaats en tijdstip.

### **Inleiding**

Hallo, ik ben Miriam van Wijk. Ik zal U eerst kort uitleggen waarom ik U benaderd heb en wat ik graag van U wil weten. Ik ben momenteel met mijn afstudeeronderzoek bezig van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Vanuit Trivium is mij gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Zoals U weet krijgen de cliënten tijdelijk de huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen. Dit is een geheel nieuwe situatie die is ontstaan binnen Trivium. Trivium zou graag willen weten hoe de verschillende betrokkenen, zoals de cliënten, verpleeghuisartsen, huisartsen uit Borne en de verzorgenden de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen beoordelen.

Dit interview dient als exploratief vooronderzoek. Dat wil zeggen dat de informatie die U mij geeft dient als input voor het hoofdonderzoek dat ik ga afnemen medio juli 2006. Het resultaat van dit onderzoek moet leiden tot een advies over het al dan niet continueren van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen binnen Trivium. Ik waardeer het erg dat U mee wilt werken aan dit interview.

### **De onderstaande punten doornemen met de verzorging- medewerker:**

- Het doel van dit interview en onderzoek is wetenschappelijk en zal als eindresultaat mijn afstudeerscriptie zijn.
- Ik ga U vragen stellen over de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen.
- De verantwoordelijke instantie voor dit interview en onderzoek is de Universiteit Twente.
- De publicatie van de resultaten zullen naar verwachting eind september, begin oktober klaar zijn.
- Dit interview zal opgenomen worden, maar anoniem verwerkt worden. Deze opname is uitsluitend voor mij als onderzoeker bedoeld om eventueel later in het onderzoek op terug te komen.
- Het interview zal bestaan uit twee delen: in het eerste deel zal ik U vragen naar persoonlijke gegevens, dit om de verwerking makkelijker te maken. Het tweede deel zal betrekking hebben op het achterhalen van de kwaliteit en tevredenheid van dimensies die in dit onderzoek meegenomen worden.
- Wanneer U tussendoor vragen heeft, kunt U die altijd stellen.
- Heeft U nu vragen?
- *Klaar: start de tape- recorder.*



---

**Deel A: Algemeen**

- A.1. *Geslacht noteren.*
- A.2. *Hoelang werkt U binnen Trivium als unit- hoofd?*
- A.3. *Wat zijn de belangrijkste taken van een unit- hoofd binnen Trivium?*
- A.4. *Heeft U veel contact met de cliënten?*
- A.5. *Heeft U veel contact met de verzorgingsmedewerkers?*
- A.6. *Heeft U veel contact met de huisartsen en/of verpleeghuisartsen?*
- A.7. *Voor zover U de volgende vraag kunt beoordelen: Ervaart U een groot verschil in werkwijze tussen huisartsen en verpleeghuisartsen?*

**Deel B: SERVQUAL- dimensies**

.....

**Deel C: Afsluitende vragen<sup>3</sup>**

.....

---

<sup>3</sup> Voor invulling deel B en deel C zie 'interviewschema cliënten'

---

## Bijlage 6 Interviewschema verpleeghuisartsen

---

Naam interviewer: Miriam van Wijk

Nummer respondent: .....

Datum interview:.....Tijdstip aanvang:.....

Plaats:.....

Met de verpleeghuisarts is persoonlijk een afspraak gemaakt voor bovenstaande plaats en tijdstip.

### **Inleiding**

Hallo, ik ben Miriam van Wijk. Ik zal U eerst kort uitleggen waarom ik U benaderd heb en wat ik graag van U wil weten. Ik ben momenteel met mijn afstudeeronderzoek bezig van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Vanuit Trivium is mij gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Zoals U weet krijgen de cliënten tijdelijk de huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen. Dit is een geheel nieuwe situatie die is ontstaan binnen Trivium. Trivium zou graag willen weten hoe de verschillende betrokkenen, zoals de cliënten, verpleeghuisartsen, huisartsen uit Borne en de verzorgenden de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen beoordelen.

Dit interview dient als exploratief vooronderzoek. Dat wil zeggen dat de informatie die U mij geeft dient als input voor het hoofdonderzoek dat ik ga afnemen medio juli 2006. Het resultaat van dit onderzoek moet leiden tot een advies over het al dan niet continueren van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen binnen Trivium. Ik waardeer het erg dat U mee wilt werken aan dit interview.

### **De onderstaande punten doornemen met de verzorging- medewerker:**

- Het doel van dit interview en onderzoek is wetenschappelijk en zal als eindresultaat mijn afstudeerscriptie zijn.
- Ik ga U vragen stellen over de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen.
- De verantwoordelijke instantie voor dit interview en onderzoek is de Universiteit Twente.
- De publicatie van de resultaten zullen naar verwachting eind september, begin oktober klaar zijn.
- Dit interview zal opgenomen worden, maar anoniem verwerkt worden. Deze opname is uitsluitend voor mij als onderzoeker bedoeld om eventueel later in het onderzoek op terug te komen.
- Het interview zal bestaan uit twee delen: in het eerste deel zal ik U vragen naar persoonlijke gegevens, dit om de verwerking makkelijker te maken. Het tweede deel zal betrekking hebben op het achterhalen van de kwaliteit en tevredenheid van dimensies die in dit onderzoek meegenomen worden.
- Wanneer U tussendoor vragen heeft, kunt U die altijd stellen.
- Heeft U nu vragen?
- *Klaar: start de tape- recorder.*

---

**Deel A: Algemeen**

- A.1. *Wat is Uw leeftijd?*
- A.2. *Hoelang werkt U binnen Trivium als verpleeghuisarts?*
- A.3. *Hoeveel uur in de week werkt U als verpleeghuisarts?*
- A.4. *Wat zijn de belangrijkste taken van een verpleeghuisarts?*
- A.5. *Hoeveel cliënten behandelt U gemiddeld per week?*
- A.6. *Heeft U veel contact met de verzorgingsmedewerkers?*

**Deel B: SERVQUAL- dimensies**

.....

**Deel C: Afsluitende vragen<sup>4</sup>**

.....

---

<sup>4</sup> Voor invulling deel B en deel C zie 'interviewschema cliënten'

---

## Bijlage 7 Interviewschema huisartsen

---

Naam interviewer: Miriam van Wijk

Nummer respondent: .....

Datum interview:.....Tijdstip aanvang:.....

Plaats:.....

Met de huisarts is persoonlijk een afspraak gemaakt voor bovenstaande plaats en tijdstip.

### **Inleiding**

Hallo, ik ben Miriam van Wijk. Ik zal U eerst kort uitleggen waarom ik U benaderd heb en wat ik graag van U wil weten. Ik ben momenteel met mijn afstudeeronderzoek bezig van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Vanuit Trivium is mij gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen. Zoals U weet krijgen de cliënten tijdelijk de huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen. Dit is een geheel nieuwe situatie die is ontstaan binnen Trivium. Trivium zou graag willen weten hoe de verschillende betrokkenen, zoals de cliënten, verpleeghuisartsen, huisartsen uit Borne en de verzorgenden de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen beoordelen.

Dit interview dient als exploratief vooronderzoek. Dat wil zeggen dat de informatie die U mij geeft dient als input voor het hoofdonderzoek dat ik ga afnemen medio juli 2006. Het resultaat van dit onderzoek moet leiden tot een advies over het al dan niet continueren van de eerstelijns huisartsenzorg door verpleeghuisartsen binnen Trivium. Ik waardeer het erg dat U mee wilt werken aan dit interview.

### **De onderstaande punten doornemen met de verzorging- medewerker:**

- Het doel van dit interview en onderzoek is wetenschappelijk en zal als eindresultaat mijn afstudeerscriptie zijn.
- Ik ga U vragen stellen over de kwaliteit en tevredenheid van de eerstelijns zorg aangeboden door huisartsen en verpleeghuisartsen.
- De verantwoordelijke instantie voor dit interview en onderzoek is de Universiteit Twente.
- De publicatie van de resultaten zullen naar verwachting eind september, begin oktober klaar zijn.
- Dit interview zal opgenomen worden, maar anoniem verwerkt worden. Deze opname is uitsluitend voor mij als onderzoeker bedoeld om eventueel later in het onderzoek op terug te komen.
- Het interview zal bestaan uit twee delen: in het eerste deel zal ik U vragen naar persoonlijke gegevens, dit om de verwerking makkelijker te maken. Het tweede deel zal betrekking hebben op het achterhalen van de kwaliteit en tevredenheid van dimensies die in dit onderzoek meegenomen worden.
- Wanneer U tussendoor vragen heeft, kunt U die altijd stellen.
- Heeft U nu vragen?
- *Klaar: start de tape- recorder.*

---

**Deel A: Algemeen**

- A.1. *Wat is Uw leeftijd?*
- A.2. *Hoelang werkt U als huisarts?*
- A.3. *Hoeveel uur in de week werkt U als huisarts?*
- A.4. *Wat zijn de belangrijkste taken van een huisarts?*
- A.5. *Hoeveel bejaarde cliënten behandelt U gemiddeld per week?*
- A.6. *Gaat U voor een consult vaak bij de verzorgingshuisbewoners langs*
- A.7. *Wat zijn de voornaamste taken die U uitvoert bij verzorgingshuiscliënten?*
- A.8. *Wordt Uw praktijk ondersteund door praktijkverpleegkundigen?*
- A.9. *Heeft U veel contact met de verzorgingsmedewerkers van Uw cliënten?*

**Deel B: SERVQUAL- dimensies**

.....

**Deel C: Afsluitende vragen<sup>5</sup>**

.....

---

<sup>5</sup> Voor invulling deel B en deel C zie ‘interviewschema cliënten’

## Bijlage 8 Vragenlijst cliënten

---

### Introductie

Geachte cliënt,

Sinds enige tijd bent U woonachtig in het Intermedium Trivium te Hengelo. Deze tijdelijke woonsituatie is noodzakelijk voor de nieuwbouw van het gezondheidszorgcomplex het Dijkhuis in Borne. Tijdens Uw verblijf in het Intermedium van Trivium zijn er dingen voor U veranderd met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg. De huisartsenzorg krijgt U nu aangeboden door de verpleeghuisartsen van Trivium in plaats van door Uw eigen huisarts.

Gezien de nieuwe situatie die door de verhuizing is ontstaan, is Trivium erg benieuwd naar de ervaringen van de verzorgingshuisbewoners over de huisartsenzorg. Op dit moment loopt er een onderzoek naar de kwaliteit van de geboden eerstelijns zorg door huisartsen en verpleeghuisartsen.

Om bovenstaande reden zou Trivium graag Uw mening willen weten en U verzoeken Uw medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Alle antwoorden die U geeft zullen vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de onderzoeker kan de vragenlijst inzien en de gegevens van de vragenlijsten zullen anoniem verwerkt worden.

### Informatie over de vragenlijst:

- Deze vragenlijst bestaat uit vier onderdelen. Bij elk onderdeel zal eerst uitgelegd worden wat de bedoeling is.
- De onderzoeker zal samen met de U de vragenlijst doornemen.
- Per vraag mag U maar één antwoord geven, tenzij anders is vermeld.
- Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.
- Indien U vragen heeft kunnen die tussendoor altijd stellen.
- Bedankt voor Uw medewerking.

---

### Algemene vragen

Hieronder zullen eerst enkele algemene vragen volgen. Deze zijn bedoeld om een beeld te krijgen van achtergrond gegevens en de context. Kruis het antwoord aan dat overeenkomt met Uw gegevens en Uw mening.

1. Wat is Uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is Uw leeftijd?

.....jaar

3. Komt U uit het verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne of uit Uw voormalige woning?

- Verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne
- Voormalige woning
- Anders, namelijk.....

4. Hoelang bent U cliënt geweest bij Uw vorige huisarts?

- Korter dan 5 jaar
- Van 5 tot en met 10 jaar
- Langer dan 10 jaar

5. Heeft U in het verleden vaak gebruik gemaakt van de huisartsenzorg van Uw eigen huisarts?

- Nooit
- Soms
- Regelmatig
- Vaak
- Heel vaak

6. Hoe vaak heeft U tot nu toe gebruik gemaakt van de huisartsenzorg verzorgd door verpleeghuisartsen binnen Trivium?

- Nooit
- Soms
- Regelmatig
- Vaak
- Heel vaak

7. Heeft U tijdens het verblijf in het Intermedium gebruik gemaakt van paramedische diensten?

*(Onder paramedici worden verstaan: fysiotherapeut, logopedist, diëtist, ergotherapeut)*

- Nee (ga door naar vraag 10)
- Ja , namelijk:
  - fysiotherapeut
  - logopedist
  - diëtist
  - ergotherapeut

8. Hoe tevreden bent U over de paramedische dienst(en) waar U gebruik van hebt gemaakt?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet ontevreden, niet tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

9. Vindt U het prettig dat de paramedici in hetzelfde gebouw aanwezig zijn als waar U woont?

- Helemaal niet prettig
- Niet prettig
- Niet prettig, niet onprettig
- Prettig
- Heel erg prettig

10. Vindt U het prettig dat de artsen in hetzelfde gebouw aanwezig zijn als waar U woont?

- Helemaal niet prettig
- Niet prettig
- Niet prettig, niet onprettig
- Prettig
- Heel erg prettig

11. Hoe tevreden bent U over Uw woonsituatie in het Intermedium van Trivium?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

*Hieronder vindt U een aantal stellingen en vragen over de kwaliteit van de eerstelijnszorg verzorgd door huisartsen en verpleeghuisartsen. Eerst zullen vragen gesteld worden over de huisarts, daarna over de verpleeghuisarts. Kruis het hokje aan dat het meest overeenkomt met Uw mening. Per vraag kunt U maximaal één antwoord geven.*

### **Kwaliteit van de zorg door de huisartsen uit Borne**

*Bij de volgende vragen kunt U Uw mening geven over Uw huisarts.*

#### **Betrouwbaarheid**

*Onderstaande vragen gaan over de **betrouwbaarheid van de geleverde zorg**.*

	<b>Zeer mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Zeer mee eens</b>
12. De huisarts kwam gemaakte afspraken na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. De huisarts hield rekening met mijn privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De huisarts was goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de betrouwbaarheid van de geleverde zorg. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de betrouwbaarheid van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden



### Zorgzaamheid

Onderstaande vragen gaan over de **zorgzaamheid** van de huisarts: dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de huisarts U geeft.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
16. De huisarts was voldoende deskundig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De huisarts begreep ik altijd goed: hij/zij was duidelijk in de uitleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. De huisarts nam altijd voldoende tijd voor mij tijdens de bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. De huisarts gaf mij vertrouwen goede zorg te verlenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de zorgzaamheid van de geleverde zorg van de huisarts. Dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de huisarts U geeft. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de zorgzaamheid van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Responsiviteit

Onderstaande vragen gaan over de **responsiviteit** van de huisarts: dat wil zeggen de bereidheid van de huisarts om U te helpen en klaar te staan.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
21. De huisarts kon bij spoedgevallen snel bij mij zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. De huisarts controleerde mijn medicatiegebruik goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. De huisarts was goed beschikbaar: ik kon altijd snel een afspraak maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Met de huisarts kon ik direct contact krijgen als ik dat wilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de responsiviteit van de geleverde zorg. Dat wil zeggen de bereidheid van de huisarts om U te helpen en klaar te staan. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de responsiviteit van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### **Inlevingsvermogen**

Onderstaande vragen gaan over het **inlevingsvermogen** van de huisarts: dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de huisarts aan U besteedt.

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
26.De huisarts gaf mij altijd genoeg aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.De huisarts was altijd betrokken met mijn zorgverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.De huisarts luisterde altijd goed naar mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.De huisarts nam mij altijd serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.De huisarts was goed op de hoogte van mijn sociale omstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het inlevingsvermogen van de huisarts. Dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de huisarts aan U kan besteden. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het inlevingsvermogen van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### **Kwaliteit van de zorg door de verpleeghuisartsen**

Bij de volgende vragen kunt U Uw mening geven over Uw verpleeghuisarts.

#### **Betrouwbaarheid**

Onderstaande vragen gaan over de **betrouwbaarheid van de geleverde zorg**.

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
32.De verpleeghuisarts komt gemaakte afspraken na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.De verpleeghuisarts houdt rekening met mijn privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.De verpleeghuisarts is goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de betrouwbaarheid van de geleverde zorg. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de betrouwbaarheid van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Zorgzaamheid

Onderstaande vragen gaan over de **zorgzaamheid** van de huisarts: dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de huisarts U geeft.

	<b>Zeer mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Zeer mee eens</b>
36. De verpleeghuisarts heeft voldoende deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. De verpleeghuisarts begrijp ik altijd goed: hij/zij is duidelijk in de uitleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. De verpleeghuisarts neemt altijd voldoende tijd voor mij tijdens de bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. De verpleeghuisarts geeft mij vertrouwen goede zorg te verlenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de zorgzaamheid van de geleverde zorg van de verpleeghuisarts. Dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de verpleeghuisarts U geeft. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de zorgzaamheid van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Responsiviteit

Onderstaande vragen gaan over de **responsiviteit** van de huisarts: dat wil zeggen de bereidheid van de huisarts om U te helpen en klaar te staan.

	<b>Zeer mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Zeer mee eens</b>
41. De verpleeghuisarts kan met spoedgevallen snel bij mij zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. De verpleeghuisarts controleert mijn medicatiegebruik goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. De verpleeghuisarts is goed beschikbaar: ik kan altijd snel een afspraak maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Met de verpleeghuisarts kan ik direct contact krijgen als ik dat wil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de responsiviteit van de geleverde zorg. Dat wil zeggen de bereidheid van de verpleeghuisarts om U te helpen en klaar te staan. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de responsiviteit van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Inlevingsvermogen

Onderstaande vragen gaan over het **inlevingsvermogen** van de huisarts: dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de huisarts aan U besteedt.

	<b>Ze er mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze er mee eens</b>
46. De verpleeghuisarts geeft mij altijd genoeg aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. De verpleeghuisarts is altijd betrokken met mijn zorgverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. De verpleeghuisarts luistert altijd goed naar mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. De verpleeghuisarts neemt mij altijd serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. De verpleeghuisarts is goed op de hoogte van mijn sociale omstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts. Dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de verpleeghuisarts aan U kan besteden. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Multidisciplinaire aanpak van de zorg

Binnen Trivium wordt gewerkt met de multidisciplinaire aanpak van de zorgverlening. Dat wil zeggen dat specialisten van verschillende (para)medische- diensten samenwerken, zoals de fysiotherapeut, logopedist, psycholoog, diëtist en de verzorging. Deze samenwerking is bedoeld om Uw zorg beter op elkaar te laten afstemmen doordat Uw zorg tijdens deze overleggen besproken wordt met alle betrokkenen. Tijdens Uw verblijf in het Intermedium van Trivium heeft ook de verpleeghuisarts deelgenomen in deze overleggen. Hieronder staan een aantal stellingen over deze overleggen:

	<b>Ze er mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze er mee eens</b>
52. Het is goed dat de arts deelneemt in deze gesprekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. De arts krijgt een beter totaalbeeld van mij wanneer de verschillende betrokkenen bij elkaar komen om mijn persoonlijke zorg te bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. De arts kan mij betere zorg geven wanneer hij/zij deelneemt in deze overleggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de multidisciplinaire aanpak. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de multidisciplinaire aanpak waarin artsen ook deelnemen?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

---

## Afsluiting

*Ter afsluiting van deze vragenlijst zijn er nog enkele vragen waar wij Uw mening over willen weten. Kruis het antwoord aan dat het meest overeenkomt met Uw mening.*

56. Wanneer U mag kiezen, heeft U dan voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke arts, of heeft U geen voorkeur?

- Mannelijke arts
- Vrouwelijke arts
- Geen voorkeur

57. Wanneer U mag kiezen: heeft U dan voorkeur voor Uw huisarts of Uw verpleeghuisarts, of heeft U geen voorkeur?

- Huisarts
- Verpleeghuisarts
- Geen voorkeur

58. Had U een goede band met de huisarts?

- Heel slecht
- Slecht
- Niet slecht, niet goed
- Goed
- Heel goed

59. Heeft U een goede band met de verpleeghuisarts?

- Heel slecht
- Slecht
- Niet slecht, niet goed
- Goed
- Heel goed

60. Toen U te horen kreeg dat de verpleeghuisarts de zorg van Uw huisarts zou overnemen. Hoe stond U daar op dat moment tegenover?

- Zeer negatief
- Negatief
- Niet negatief, niet positief
- Positief
- Zeer positief

61. Hoe vindt U het dat U nu zorg aangeboden krijgt door de verpleeghuisarts in plaats van door Uw huisarts?

- Zeer slecht
- Slecht
- Niet slecht, niet goed
- Goed
- Zeer goed

62. De huisarts kan mij betere zorg verlenen dan de verpleeghuisarts.

- Zeer mee oneens
- Mee oneens
- Niet mee oneens, niet mee eens
- Mee eens
- Zeer mee eens

63. Zijn er nog zaken met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg die U belangrijk vindt, maar niet aan de orde zijn gekomen in deze vragenlijst?

.....  
.....  
.....  
.....

64. Heeft U verder nog op- en/of aanmerkingen over de vragenlijst of andere zaken die U nog kwijt wilt?

.....  
.....  
.....  
.....

Hartelijk dank voor Uw medewerking.

## Bijlage 9 Vragenlijst verzorgingsmedewerkers

---

Geachte heer / mevrouw,

Sinds maart 2004 zijn de bewoners van het voormalige verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne tijdelijk woonachtig in het Intermedium van Trivium te Hengelo. Deze woonsituatie is een tijdelijke oplossing totdat begin 2007 het nieuwe gezondheidscentrum het Dijkhuis geopend wordt. Met de verhuizing van de bewoners van het verzorgingshuis is een nieuwe situatie ontstaan met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg: de eerstelijns huisartsenzorg aan de bewoners van het Intermedium wordt aangeboden door verpleeghuisartsen van Trivium.

Gezien de nieuwe situatie die door bovengenoemde verhuizing is ontstaan, is het voor Trivium wenselijk de ervaringen van de verzorgingsmedewerkers bij de aangeboden zorg te onderzoeken. In het kader van een lopend onderzoek, uitgevoerd door de Universiteit Twente in opdracht van Trivium, naar de kwaliteit van de geboden huisartsenzorg van de betrokkenen zou ik U willen verzoeken Uw medewerking te verlenen aan dit onderzoek.

Bijgaand treft U een vragenlijst die U kunt invullen. Alle antwoorden die U geeft zullen vertrouwelijk worden behandeld. Persoonlijke gegevens worden niet meegenomen in het onderzoek. Naar verwachting zullen de onderzoeksresultaten eind september 2006 bekend zijn. Voor eventuele vragen kunt U mij telefonisch bereiken op het nummer 06 45536678.

Wij hopen op Uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Namens Trivium zorggroep Twente,

Miriam van Wijk (student- onderzoeker Universiteit Twente)

---

## Het invullen van de vragenlijst

- Deze vragenlijst bestaat uit 4 onderdelen. Bij elk onderdeel zal eerst uitgelegd worden wat de bedoeling is.
- U kunt de vragenlijst invullen door het aankruisen van het hokje dat overeenkomt met Uw antwoord:
- Heeft U het verkeerde hokje aangekruist? Maak het hele hokje dan zwart en kruis vervolgens het juiste antwoord aan.
- Per vraag mag maar één antwoord worden gegeven, tenzij anders is vermeld.
- Begint U vooraan en werk de vragen één voor één door. Sla geen vragen over, het is erg belangrijk dat U alle vragen invult, tenzij U het antwoord op de vraag echt niet weet.
- Vul de vragenlijst op Uw gemak in.
- Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.
- Indien U vragen heeft, kunt U contact opnemen met Miriam van Wijk, onderzoeker bij Trivium, telefoon 06 455 36678 of [m.vanwijk@student.utwente.nl](mailto:m.vanwijk@student.utwente.nl)
- De ingevulde vragenlijst kunt U inleveren bij het secretariaat van het Intermedium bij Marian de Lange. Graag zouden wij U verzoeken deze vragenlijst **zo spoedig mogelijk** in te leveren.

**Alvast hartelijk dank voor Uw medewerking.**

---

### Algemene vragen

*Hieronder volgen eerst enkele algemene vragen.. Deze zijn bedoeld om een beeld te krijgen van achtergrondgegevens en de context. Kruis het antwoord aan dat overeenkomt met Uw gegevens en Uw mening.*

1. Wat is Uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is Uw leeftijd?

.....jaar

3. Hoeveel jaar bent U werkzaam bij Trivium als verzorgende?

- 1-5 jaar
- 6-10 jaar
- Langer dan 10 jaar

4. Bent U werkzaam geweest in het oude verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne?

- Ja
- Nee

*Indien U 'ja' heeft geantwoord, ga door naar vraag 5. Indien U 'nee' heeft ingevuld, ga door naar vraag 6.*

5. Met hoeveel verschillende huisartsen heeft U te maken gehad tijdens de verzorging van Uw cliënten in het oude verzorgingshuis het Dijkhuis in Borne?

- 1 - 4 huisartsen
- Meer dan 4 huisartsen

6. Heeft U gedurende Uw werkzaamheden in het Intermedium contact gehad met alle vier de verpleeghuisartsen?

- Ja
- Nee, namelijk met .....verpleeghuisartsen



7. Heeft U het als een voordeel ervaren dat de paramedische dienst in hetzelfde gebouw aanwezig is als waar de verzorgingshuisbewoners verblijven?

- Helemaal niet prettig
- Niet prettig
- Niet prettig, niet onprettig
- Prettig
- Heel erg prettig

8. Heeft U het als een voordeel ervaren dat de artsen in hetzelfde gebouw aanwezig zijn als waar de verzorgingshuisbewoners verblijven?

- Helemaal niet prettig
- Niet prettig
- Niet prettig, niet onprettig
- Prettig
- Heel erg prettig

*Hieronder vindt U een aantal stellingen en vragen over de kwaliteit van de eerstelijnszorg verzorgd door de huisartsen en verpleeghuisartsen van de verzorgingshuisbewoners. Kruis het hokje aan dat het meest overeenkomt met Uw mening. Per vraag kunt U maximaal één antwoord geven.*

### **Kwaliteit van de zorg door de huisartsen uit Borne**

*Bij de volgende vragen kunt U, voorzover U ervaring heeft gehad, Uw mening geven over de huisartsen.*

#### **Betrouwbaarheid**

*Onderstaande vragen gaan over de betrouwbaarheid van de geleverde zorg.*

	<b>Ze er mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze er mee eens</b>
9. De huisarts kwam gemaakte afspraken na met de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. De huisarts hield rekening met de privacy van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. De huisarts was goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de betrouwbaarheid van de geleverde zorg. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de betrouwbaarheid van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Zorgzaamheid

Onderstaande vragen hebben betrekking op de **zorgzaamheid** van de huisarts: dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de huisarts de cliënt geeft.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Ze er mee eens
13. De huisarts had voldoende deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De huisarts begreep ik altijd goed: hij/zij was duidelijk in de uitleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. De huisarts nam altijd voldoende tijd voor de cliënt tijdens de bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De huisarts gaf mij vertrouwen goede zorg te verlenen aan de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de zorgzaamheid van de geleverde zorg van de huisarts. Dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de huisarts de cliënt geeft. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de zorgzaamheid van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Responsiviteit

Onderstaande vragen gaan over de **responsiviteit** van de huisarts: dat wil zeggen de bereidheid van de huisarts om de cliënt te helpen en klaar te staan.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Ze er mee eens
18. De huisarts kon met spoedgevallen snel bij de cliënt zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. De huisarts controleerde het medicatiegebruik van de cliënt goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De huisarts was goed beschikbaar: ik kon altijd snel een afspraak maken voor de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De huisarts betrok de verzorging goed bij de zorgverlening van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de responsiviteit van de geleverde zorg. Dat wil zeggen de bereidheid van de huisarts om de cliënt te helpen en klaar te staan. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de responsiviteit van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Inlevingsvermogen

Onderstaande vragen gaan over het **inlevingsvermogen** van de huisarts: dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de huisarts aan de cliënt besteedt.

	<b>Ze</b> er mee <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> er mee <b>eens</b>
23. De huisarts gaf de cliënt altijd genoeg aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. De huisarts was altijd betrokken met de zorgverlening van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. De huisarts luisterde goed naar de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. De huisarts nam de cliënt serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. De huisarts was goed op de hoogte van de sociale omstandigheden van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het inlevingsvermogen van de huisarts. Dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de huisarts aan de cliënt kan besteden. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het inlevingsvermogen van de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Zorgdossier

Onderstaande vragen gaan over het **gebruik van het zorgdossier** door de huisarts.

	<b>Ze</b> er mee <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> er mee <b>eens</b>
29. De huisarts gebruikte het zorgdossier als een duidelijk communicatiemiddel naar de verzorging toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. De huisarts rapporteerde duidelijk in het zorgdossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. De huisarts rapporteerde volledig in het zorgdossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. De huisarts ging zorgvuldig met het zorgdossier om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het gebruik van het zorgdossier door de huisarts. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het gebruik van het zorgdossier door de huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

## Kwaliteit van de zorg door de verpleeghuisartsen

Bij de volgende vragen kunt U Uw mening geven over de verpleeghuisarts.

### Betrouwbaarheid

Onderstaande vragen gaan over de **betrouwbaarheid van de geleverde zorg**.

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
34. De verpleeghuisarts komt gemaakte afspraken na met de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. De verpleeghuisarts houdt rekening met de privacy van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. De verpleeghuisarts is goed bereikbaar wanneer ik hem/haar nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de betrouwbaarheid van de geleverde zorg. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de betrouwbaarheid van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Zorgzaamheid

Onderstaande vragen hebben betrekking op de **zorgzaamheid** van de verpleeghuisarts: dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de verpleeghuisarts de cliënt geeft.

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
38. De verpleeghuisarts heeft voldoende deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. De verpleeghuisarts begrijp ik altijd goed: hij/zij is duidelijk in de uitleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. De verpleeghuisarts neemt altijd voldoende tijd voor de cliënt tijdens de bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. De verpleeghuisarts geeft mij vertrouwen goede zorg te verlenen aan de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de zorgzaamheid van de geleverde zorg van de verpleeghuisarts. Dat wil zeggen het vertrouwen en de zekerheid die de verpleeghuisarts de cliënt geeft. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de zorgzaamheid van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Responsiviteit

Onderstaande vragen gaan over de **responsiviteit** van de verpleeghuisarts: dat wil zeggen de bereidheid van de verpleeghuisarts om de cliënt te helpen en klaar te staan.

	<b>Ze er mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze er mee eens</b>
43. De verpleeghuisarts kan met spoedgevallen snel bij de cliënt zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. De verpleeghuisarts controleert het medicatiegebruik van de cliënt goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. De verpleeghuisarts is goed beschikbaar: ik kan altijd snel een afspraak maken voor de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. De verpleeghuisarts betreft de verzorging goed bij de zorgverlening van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de responsiviteit van de geleverde zorg. Dat wil zeggen de bereidheid van de verpleeghuisarts om de cliënt te helpen en klaar te staan. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de responsiviteit van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

### Inlevingsvermogen

Onderstaande vragen gaan over het **inlevingsvermogen** van de verpleeghuisarts: dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de verpleeghuisarts aan de cliënt besteedt.

	<b>Ze er mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze er mee eens</b>
48. De verpleeghuisarts geeft de cliënt altijd genoeg aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. De verpleeghuisarts is altijd betrokken met de zorgverlening van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. De verpleeghuisarts luistert goed naar de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. De verpleeghuisarts neemt de cliënt serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. De verpleeghuisarts is goed op de hoogte van de sociale omstandigheden van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts. Dat wil zeggen de persoonlijke aandacht die de verpleeghuisarts aan de cliënt kan besteden. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het inlevingsvermogen van de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

## Zorgdossier

Onderstaande vragen gaan over het **gebruik van het zorgdossier** door de verpleeghuisarts.

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
54. De verpleeghuisarts gebruikt het zorgdossier als een duidelijk communicatiemiddel naar de verzorging toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. De verpleeghuisarts rapporteert duidelijk in het zorgdossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. De verpleeghuisarts rapporteert volledig in het zorgdossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. De verpleeghuisarts gaat zorgvuldig met het zorgdossier om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over het gebruik van het zorgdossier door de verpleeghuisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

## Multidisciplinaire aanpak van de zorg

Binnen Trivium wordt gewerkt met de multidisciplinaire aanpak van de zorgverlening. Dat wil zeggen dat specialisten van verschillende (para)medische- diensten samenwerken, zoals de fysiotherapeut, logopedist, psycholoog, diëtist en de verzorging. Deze samenwerking is bedoeld om de zorg van de cliënt beter op elkaar af te stemmen. Tijdens het verblijf van de verzorgingshuisbewoners in het Intermedium van Trivium heeft ook de verpleeghuisarts deelgenomen in deze overleggen. Voorheen nam de huisarts niet deel aan deze overleggen. Hieronder staan een aantal stellingen over de multidisciplinaire overleggen:

	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Ze</b> <b>er mee</b> <b>eens</b>
59. Het is goed dat de arts deelneemt in deze gesprekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. De arts krijgt een beter totaalbeeld van de cliënt wanneer de verschillende betrokkenen bij elkaar komen om de persoonlijke zorg van de cliënt te bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. De arts kan de cliënt betere zorg geven wanneer hij/zij deelneemt in deze overleggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. De zojuist gestelde vragen hebben betrekking op de multidisciplinaire aanpak. Kunt U op onderstaande schaal aangeven hoe *tevreden* U bent over de multidisciplinaire aanpak waarin artsen ook deelnemen?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet tevreden, niet ontevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

---

**Afsluiting**

*Ter afsluiting van deze vragenlijst zijn er nog enkele vragen waar wij Uw mening over willen weten. Kruis het antwoord aan dat het meest overeenkomt met Uw mening.*

63. Wanneer U mag kiezen, geeft U dan voor de samenwerking en zorgverlening voorkeur aan een huisarts of aan een verpleeghuisarts, of heeft U geen voorkeur?

- Huisarts
- Verpleeghuisarts
- Geen voorkeur

64. Had U een goede band met de huisartsen?

- Heel slecht
- Slecht
- Niet slecht, niet goed
- Goed
- Heel goed

65. Heeft U een goede band met de verpleeghuisartsen?

- Heel slecht
- Slecht
- Niet slecht, niet goed
- Goed
- Heel goed

66. Toen U te horen kreeg dat de verpleeghuisartsen de zorg van de huisartsen zouden overnemen, hoe stond U daar toen op dat moment tegenover?

- Zeer negatief
- Negatief
- Niet negatief, niet positief
- Positief
- Zeer positief

67. Hoe vindt U het dat de cliënt de zorg nu aangeboden krijgt door de verpleeghuisarts in plaats van de huisarts?

- Zeer negatief
- Negatief
- Niet negatief, niet positief
- Positief
- Zeer positief

68. De huisarts kan de cliënt betere zorg verlenen dan de verpleeghuisarts.

- Zeer mee oneens
- Mee oneens
- Niet mee oneens, niet mee eens
- Mee eens
- Zeer mee eens

69. Zijn er nog zaken met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg die U belangrijk vindt, maar niet aan de orde zijn gekomen in deze vragenlijst?

.....  
.....

---

70. Heeft U verder nog op- en/of aanmerkingen over de vragenlijst of andere zaken die U nog kwijt wilt?

.....  
.....  
.....  
.....

Hartelijk dank voor Uw medewerking.



## Bijlage 10 Vragenlijst verpleeghuisartsen

---

Geachte verpleeghuisarts,

Sinds maart 2004 zijn de voormalige bewoners van verzorgingshuis Het Dijkhuis woonachtig in het Intermedium van Trivium. Deze tijdelijke situatie, die naar verwachting tot de opening van het vernieuwde gezondheidscentrum Het Dijkhuis begin 2007 in stand zal worden gehouden, resulteert in een nieuwe situatie met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg, geboden door verpleeghuisartsen van het Intermedium.

Gezien het vernieuwende karakter van de hierboven beschreven situatie is het voor Trivium wenselijk de ervaringen van de betrokkenen bij de aangeboden zorg te onderzoeken. In het kader van een lopend onderzoek, uitgevoerd door de Universiteit Twente in opdracht van Trivium, naar de kwaliteit van de geboden huisartsenzorg van de betrokkenen verzoek ik U middels deze brief en bijgaande vragenlijst medewerking te verlenen. Het onderzoek richt zich op vragen als:

- Hoe ervaren de betrokkenen de kwaliteit van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen en hoe tevreden zijn ze daarover?
- Op welke punten draagt de aanbieder van huisartsenzorg door verpleeghuisartsen bij aan de kwaliteit van de gezondheidszorg bij cliënten van Trivium, en waar niet?
- Hoe ervaren de (verpleeg)huisartsen de nieuwe situatie en hoe kan volgens hen de toekomstige huisartsenzorg aan de verzorgingshuisbewoners het beste worden afgestemd?

Om een zo volledig en objectief mogelijk onderzoek uit te voeren is medewerking van de verpleeghuisartsen, die de eerstelijns zorg aanbieden aan de verzorgingshuisbewoners van het Intermedium, zeer gewenst. Om deze reden zou ik U willen verzoeken Uw mening te geven a.d.h.v. een aantal open vragen in bijgaande vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Persoonlijke gegevens worden niet meegenomen in het onderzoek.

Naar verwachting zullen de onderzoeksresultaten eind september 2006 bekend zijn. Voor eventuele vragen kunt U mij telefonisch bereiken op het nummer 06 45536678. Tevens kunt U contact opnemen met René Loman, hoofd medische dienst a.i. Trivium, op het nummer 074-2453453.

Wij hopen op Uw medewerking.

Met vriendelijke groet,  
Namens Trivium zorggroep Twente,  
Miriam van Wijk (student- onderzoeker Universiteit Twente)

---

## Het invullen van de vragenlijst

- Begint U vooraan en werk de vragen één voor één uit. Sla geen vragen over, het is erg belangrijk dat U alle vragen invult, tenzij U het antwoord op een vraag echt niet weet.
- Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.
- De ingevulde vragenlijst kunt U in de bijgevoegde retourenvelop terug sturen. Graag zouden wij U verzoeken deze vragenlijst **zo spoedig mogelijk** in te leveren.

**Alvast hartelijk dank voor Uw medewerking.**

---

### Algemene vragen

*Hieronder volgen eerst enkele algemene vragen volgen. Deze zijn bedoeld om een beeld te krijgen van achtergrondgegevens en de context. Vul het antwoord in dat het meest overeenkomt met Uw gegevens..*

1. Wat is Uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is Uw leeftijd?

.....jaar

3. Hoe vaak bezoekt U verzorgingshuisbewoners van het Intermedium per week voor een consult?

Gemiddeld ongeveer.....cliënten per week.

### Open vragen

*Hieronder volgen een aantal open vragen. Geef Uw mening zo beknopt mogelijk weer op onderstaande regels.*

4. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door verpleeghuisartsen?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door verpleeghuisartsen?

.....

.....

.....

---

6. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen?

---

---

---

---

---

7. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen?

---

---

---

---

---

8. Zou U in de toekomst willen samenwerken met de huisartsen voor wat betreft de eerstelijnszorg aan de bewoners van het nieuwe Dijkhuis in Borne?

- Ja
- Nee
- Geen mening

*Waarom zou U wel of niet willen samenwerken met huisartsen in het nieuwe Dijkhuis?*

---

---

---

---

---

9. Hoe zou volgens U een eventuele samenwerking in het nieuwe gezondheidscomplex het Dijkhuis het beste afgestemd kunnen worden?

---

---

---

---

---

---

10. Heeft U verder nog vragen/ opmerkingen n.a.v. deze vragenlijst?

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor Uw medewerking.**

---

## Bijlage 11 Vragenlijst huisartsen

---

Geachte huisarts,

U bent wellicht op de hoogte van het feit dat de voormalige bewoners van verzorgingshuis Het Dijkhuis sinds maart 2004 woonachtig zijn in het Intermedium van Trivium. Deze tijdelijke situatie, die naar verwachting tot de opening van het vernieuwde gezondheidscentrum Het Dijkhuis begin 2007 in stand zal worden gehouden, resulteert in een nieuwe situatie met betrekking tot de eerstelijns huisartsenzorg, geboden door verpleeghuisartsen van het Intermedium.

Gezien het vernieuwende karakter van de hierboven beschreven situatie is het voor Trivium wenselijk de ervaringen van de betrokkenen bij de aangeboden zorg te onderzoeken. In het kader van een lopend onderzoek, uitgevoerd door de Universiteit Twente in opdracht van Trivium, naar de kwaliteit van de geboden huisartsenzorg van de betrokkenen verzoek ik U middels deze brief en bijgaande vragenlijst medewerking te verlenen. Het onderzoek richt zich op vragen als:

- Hoe ervaren de betrokkenen de kwaliteit van de eerstelijns huisartsenzorg aangeboden door verpleeghuisartsen en hoe tevreden zijn ze daarover?
- Op welke punten draagt de aanbieder van huisartsenzorg door verpleeghuisartsen bij aan de kwaliteit van de gezondheidszorg bij cliënten van Trivium, en waar niet?
- Hoe ervaren de (verpleeg)huisartsen de nieuwe situatie en hoe kan volgens hen de toekomstige huisartsenzorg aan de verzorgingshuisbewoners het beste worden afgestemd?

Om een zo volledig en objectief mogelijk onderzoek uit te voeren is medewerking van de huisartsen in Borne, die vóór de tijdelijke woonsituatie in het Intermedium de eerstelijns zorg aanboden aan de verzorgingshuisbewoners, zeer gewenst. Om deze reden zou ik U willen verzoeken Uw mening te geven a.d.h.v. een aantal open vragen in bijgaande vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Persoonlijke gegevens worden niet meegenomen in het onderzoek.

Naar verwachting zullen de onderzoeksresultaten eind september 2006 bekend zijn. Voor eventuele vragen kunt U mij telefonisch bereiken op het nummer 06 45536678. Tevens kunt U contact opnemen met René Loman, hoofd medische dienst a.i. Trivium, op het nummer 074-2453453.

Wij hopen op Uw medewerking.

Met vriendelijke groet,  
Namens Trivium zorggroep Twente,  
Miriam van Wijk (student- onderzoeker Universiteit Twente)

---

## Het invullen van de vragenlijst

- Begint U vooraan en werk de vragen één voor één uit. Sla geen vragen over, het is erg belangrijk dat U alle vragen invult, tenzij U het antwoord op een vraag echt niet weet.
- Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.
- De ingevulde vragenlijst kunt U in de bijgevoegde retourenvelop terug sturen. Graag zouden wij U verzoeken deze vragenlijst **zo spoedig mogelijk** in te leveren.

**Alvast hartelijk dank voor Uw medewerking.**

---

### Algemene vragen

*Hieronder volgen eerst enkele algemene vragen volgen. Deze zijn bedoeld om een beeld te krijgen van achtergrondgegevens en de context. Vul het antwoord in dat het meest overeenkomt met Uw gegevens..*

1. Wat is Uw geslacht?

- Man  
 Vrouw

2. Wat is Uw leeftijd?

.....jaar

3. Hoeveel verzorgingshuisbewoners van het voormalige Dijkhuis in Borne behoorden tot cliënten van Uw huisartsenpraktijk?

.....cliënten.

4. Hoe vaak bezocht U verzorgingshuisbewoners van het voormalige Dijkhuis in Borne per week voor een consult?

Gemiddeld ongeveer.....cliënten per week.

### Open vragen

*Hieronder volgen een aantal open vragen. Geef Uw mening zo beknopt mogelijk weer op onderstaande regels.*

5. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door verpleeghuisartsen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door verpleeghuisartsen?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wat zijn naar Uw mening sterke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Wat zijn naar Uw mening zwakke punten van de eerstelijns zorg aan de verzorgingshuisbewoners aangeboden door huisartsen?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Begin 2007 zullen de meeste verzorgingshuisbewoners van het Intermedium terug verhuizen naar het Dijkhuis in Borne. Zou U de eerstelijns huisartsenzorg voor deze cliënten weer willen overnemen?

- Ja
- Nee
- Geen mening

*Waarom zou U de cliënten van het Dijkhuis wel of niet terug willen in uw praktijk?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Zou U in de toekomst willen samenwerken met de verpleeghuisartsen voor wat betreft de eerstelijnszorg aan de bewoners van het nieuwe Dijkhuis in Borne?

- Ja
- Nee
- Geen mening

*Waarom zou U wel of niet willen samenwerken met verpleeghuisartsen in het nieuwe Dijkhuis?*

.....

.....

.....

.....

.....

11. Hoe zou volgens U een eventuele samenwerking in het nieuwe gezondheidscomplex het Dijkhuis het beste afgestemd kunnen worden?

.....

.....

.....

.....

.....

12. Heeft U verder nog vragen/ opmerkingen n.a.v. deze vragenlijst?

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor Uw medewerking.**