

Betrouwbaarheid en validiteit van de POCHA* vragenlijst

*Preferences fOr Child Health Care Assessed



Models of Child Health Appraised

(A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)

Bachelor scriptie Gezondheidswetenschappen
Laura Bosman(s1567322) en Jessie Turksma (s1547569)
Begeleiders: dr. J.A. Van Til, dr. M.M. Boere-Boonekamp
12-06-2018

Samenvatting

In 2015 is het project 'Models of Child Health Appraised' (MOCHA) gestart. Dit is een project waarbij onderzoek wordt gedaan naar de kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in 30 Europese landen. Een onderdeel van het MOCHA project is een inventarisatie van prioriteiten en uitkomsten van eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen vanuit het perspectief van de Europese bevolking. Om meer kennis te vergaren over de prioriteiten en uitkomsten van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar is een vragenlijst ontwikkeld, de POCHA (Preferences fOr Child Health Care Assessed).

De POCHA is een nieuw ontwikkelde vragenlijst, waardoor nog niet onderzocht is of de vragenlijst betrouwbaar en valide is. Daarom is de hoofdvraag van dit onderzoek: 'wat zijn de betrouwbaarheid en de validiteit van de POCHA voor het meten van de ervaringen met de eerstelijnszorg bij ouders van kinderen tussen 0 en 18 jaar in de Nederlandse populatie?

De validiteit is door de construct validiteit, concurrent validiteit, content validiteit en indrukvaliditeit. De betrouwbaarheid is beoordeeld door de interne consistentie en de test-hertest betrouwbaarheid.

De construct validiteit is beoordeeld door middel van een literatuurstudie, waarin de begrippen van de POCHA zijn vergeleken met begrippen uit studies van Donabedian, de Health Services Research Group (HSRG), Maxwell en Kringos et al. De studie van Donabedian, HSRG en Maxwell verschillen sterk van de POCHA, terwijl Kringos et al. redelijk overeenkomt.

Om de concurrent validiteit, content validiteit en indrukvaliditeit te berekenen is er een meting met een online vragenlijst in Qualtrics gedaan. De vragenlijst bestond uit 9 vragen over de achtergrondkenmerken van respondenten, 40 ervaringen vragen van de POCHA en 23 ervaringen vragen van de EUROPEP. De onderzoekspopulatie bestond uit Nederlandse, meerderjarige ouders met kinderen tussen de 0 en 18 jaar. Voor de eerste meting hebben 196 respondenten de vragenlijst ingevuld. Bij de concurrent validiteit is de correlatie (Pearson's, $p=0,05$) tussen de EUROPEP en de POCHA 0,376. Voor de content validiteit is de correlatie (Pearson's, $p=0,05$) tussen het tevredenheidscijfer en de gemiddelde antwoord score van de POCHA 0,404. De indruk validiteit is matig, omdat respondenten de vragenlijst te lang, onduidelijk of moeilijk vonden.

Om de betrouwbaarheid te berekenen is met de data van de eerste meting de interne consistentie berekend. De interne consistentie heeft een Cronbach's alpha van 0,903. Om de test-hertest betrouwbaarheid te berekenen is er een tweede meting gedaan met 42 respondenten. Bij de tweede meting bestond de vragenlijst uit 5 vragen over de achtergrondkenmerken van respondenten en de 40 ervaringen vragen van de POCHA. Het percentage overeenkomst van de test-hertest betrouwbaarheid is 31% voor de totale scores. De correlatie (Pearson's $p=0,05$) tussen de eerste en tweede meting is voor het tevredenheidscijfer 0,328, voor de gemiddelde antwoord score 0,642 en voor de totaalscore 0,635.

De betrouwbaarheid en validiteit van de POCHA zijn voldoende. De limitaties van dit onderzoek zijn dat de onderzoekspopulatie afwijkt van de algemene Nederlandse populatie en dat de gewenste sample size van de tweede meting niet is gehaald.

Inhoud

Samenvatting	1
1. Inleiding	3
2. Begrippenlijst	5
3. Methode	7
3.1 Onderzoeksdesign	7
3.2 Onderzoekspopulatie	7
3.3 Studie procedures	7
3.4 Data-analyse	8
3.5 Analyseren van de POCHA vragenlijst	11
4. Resultaten	14
4.1 Literatuurvergelijking	14
4.2 Achtergrondkenmerken	25
4.3 Ervaringen met eerstelijnszorg	26
5. Discussie	36
5.1 Interpretatie	36
5.2 Sterke en zwakke punten	37
5.3 Aanbevelingen	37
Literatuurlijst	39
Bijlagen	42
Bijlage 1. OECD framework	42
Bijlage 2. POCHA vragenlijst eerste meting	43
Bijlage 3. Vragenlijst EUROPEP en aangepaste vragenlijst EUROPEP	48
Bijlage 4. Feedback indrukvaliditeit	50
Bijlage 5. Gemeten begrippen bij vragen POCHA (interne consistentie)	53
Bijlage 6. Definities van de begrippen per studie	54

1. Inleiding

De gezondheid en de gezondheidszorg van kinderen is belangrijk voor de toekomst van Europa. Een gezonde toekomst voor deze aankomende werknemers, burgers en ouders is in ieders belang. De gezondheid van kinderen is afhankelijk van determinanten van gezondheid (leefstijl, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren) en externe ontwikkelingen. Daarnaast is de gezondheid van kinderen afhankelijk van de kwaliteit van de gezondheidszorg die hen ter beschikking staat (1). De gezondheidszorg is op zeer uiteenlopende manieren georganiseerd binnen Europa. Maar wat is nu de beste manier om alle kinderen in Europa zo goed mogelijke zorg te geven? (2)

In 2015 is het project 'Models of Child Health Appraised' (MOCHA) (2) gestart. De MOCHA is een project waarbij onderzoek wordt gedaan naar de kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in 30 Europese landen. Hiervoor worden de verschillende gezondheidszorg modellen van de verschillende landen geëvalueerd. Het MOCHA project is gestart, omdat in Europa de gezondheidszorg voor kinderen erg verschillend is ingericht en er weinig kennis is over het beste gezondheidszorg model voor het leveren van eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen. Het uiteindelijke doel van het MOCHA project is het optimaliseren van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in Europa, gericht op preventie en welzijn.

Een onderdeel van het MOCHA project is een inventarisatie van prioriteiten en uitkomsten van eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen vanuit het perspectief van de Europese bevolking. Eerstelijnsgezondheidszorg werd voor het eerst gedefinieerd in de Declaratie van Alma-Ata als: "Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process (3)." (4) In Nederland bestaat de eerstelijnsgezondheidszorg onder andere uit consultatiebureaus, huisartsen, tandartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, en fysiotherapeuten (5).

Het meenemen van de meningen en ervaringen van patiënten bij het toetsen van de kwaliteit van zorg is belangrijk. Patiënten zijn een goede bron van informatie over kwaliteit van zorg. Het meenemen van meningen en ervaringen van patiënten leidt tot meer begrip voor de huidige problemen bij het leveren van zorg. Door te onderzoeken welke problemen er in de zorg bestaan, kan er continue verbetering van zorg plaatsvinden. (6)

De Nederlandse overheid vindt dat de kwaliteit van zorg afhankelijk is van de effectiviteit, veiligheid en het op tijd leveren van zorg (7). De definitie voor kwaliteit van zorg die gebruikt wordt in het MOCHA project is het framework van Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (bijlage 1) (8). Het OECD framework geeft aan dat veiligheid, toegankelijkheid, efficiëntie, effectiviteit, de kosten en het centraal stellen van de

patiënt, de belangrijkste factoren zijn voor kwaliteit van zorg (8).

Om inzicht te krijgen in de huidige kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar, is het nodig om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te meten. Het meten van de kwaliteit van gezondheidszorg in Nederland wordt gedaan met meetinstrumenten. Het standaard meetinstrument in Nederland is de Consumer Quality Index (CQ-index) (9). Met de CQ-index wordt de kwaliteit van zorg vanuit het patiënten perspectief in kaart gebracht (10). Er zijn verschillende CQ-indexen ontwikkeld voor verschillende patiëntgroepen en typen zorg. Ook voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een CQ-index ontwikkeld (10). De CQ-index JGZ meet de kwaliteit van de zorg die de JGZ levert.

Daarnaast kunnen de ervaringen over de kwaliteit van zorg gemeten worden met Patient Reported Experience Measures (PREM) (11). Er is een PREM-vragenlijst voor de eerstelijnsgezondheidszorg, specifiek voor de huisartsenzorg (11). Hierbij worden de ervaringen van patiënten met de zorg die door de huisarts geleverd wordt gemeten.

In het MOCHA project is onderzoek gedaan naar de huidige meetinstrumenten voor de kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg in Europa. Uit een onderzoek binnen het MOCHA project komt de EUROPEP-vragenlijst naar voren. De EUROPEP is internationaal gestandaardiseerd en gevalideerd om de ervaringen van patiënten met de huisarts te meten (12). Naast de EUROPEP kwam de Parent Experience Questionnaire (PEQ-CAMHS) naar voren. De PEQ-CAMHS is een vragenlijst waarmee de ervaringen van ouders met de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen wordt gemeten (13).

De huidige meetinstrumenten die in Nederland worden gebruikt om de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen te meten, zijn niet specifiek gericht op de gehele eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar vanuit het perspectief van de Nederlandse ouders. Daarnaast meten de vragenlijsten niet wat ouders/burgers belangrijk vinden voor kwaliteit van zorg. Om meer kennis te vergaren over de prioriteiten en uitkomsten van de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar is een vragenlijst ontwikkeld, de POCHA (Preferences fOr Child Health Care Assessed).

De POCHA vragenlijst meet de prioriteiten en ervaringen die ouders hebben met de kwaliteit van gezondheidszorg voor kinderen. De POCHA bestaat uit drie delen, namelijk vragen over de achtergrondkenmerken van ouder en kind, 10 vragen over de prioriteiten van kwaliteit van zorg en 40 vragen over de ervaringen van de kwaliteit van zorg.

De POCHA is een nieuw ontwikkelde vragenlijst, waardoor nog niet onderzocht is of de vragenlijst betrouwbaar en valide is. In dit onderzoek wordt alleen het ervaringen deel van de POCHA vragenlijst beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit. De betrouwbaarheid is de mate van precisie (14). De validiteit is de mate waarin het meetinstrument meet wat het beoogt te meten (15). Het onderzoeken van de betrouwbaarheid en validiteit is relevant om de kwaliteit van dit nieuw ontwikkelde meetinstrument voor de ervaringen in de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen te kunnen bepalen. Een hoge kwaliteit van een vragenlijst is van belang om meetfouten te minimaliseren en vast te stellen of de vragenlijst meet wat beoogd wordt te meten (14). Om de voorgenoemde redenen is het van belang dat er antwoord komt op de hoofdvraag van dit onderzoek: 'wat zijn de betrouwbaarheid en de validiteit van de POCHA voor het meten van de ervaringen met de eerstelijnszorg bij ouders van kinderen tussen 0 en 18 jaar in de Nederlandse populatie?

2. Begrippenlijst

Voor dit onderzoek zijn een aantal definities belangrijk. In deze begrippenlijst worden de in dit onderzoek gehanteerde definities van de begrippen kwaliteit van zorg, betrouwbaarheid en validiteit weergegeven.

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is in de POCHA geoperationaliseerd door middel van de begrippen accessibility, affordable, appropriate, confidential, continuous, coordinated, empowerment, equable en transparent. De definities van de begrippen zijn hieronder gegeven.

Constructen	Nederlandse definitie
Accessible	Toegankelijke eerstelijnszorg is beschikbaar binnen een redelijk bereik van ouders en kinderen, met ruime openingstijden, goede afsprakensystemen en andere aspecten van organisatie en levering van diensten die kinderen in staat stelt om de diensten te krijgen wanneer ze die nodig hebben. (16)
Affordable	Betaalbare eerstelijnszorg is toegankelijk zonder buitensporige financiële belemmeringen, zoals hoge eigen betalingen of kostendelingsregelingen. (17)
Appropriate	Passende eerstelijnszorg is effectief in het voldoen aan de behoeften van het kind, tijdig en van hoge technische kwaliteit. (18)
Confidential	Vertrouwelijkheid in de eerstelijnszorg is het recht van een kind om persoonlijke, identificeerbare medische informatie te hebben die privé wordt bewaard, zowel van medische professionals als van ouders.
Continuous	Continue eerstelijnszorg is de ervaring van een voortdurende zorgzame relatie met de zorgverlener(s) door een enkel kind en zijn ouders in de loop van de tijd, die inspeelt op de veranderende behoeften van het kind.
Coordinated	Gecoördineerde eerstelijnszorg organiseert opzettelijk kinderopvangactiviteiten en informatiedeling tussen alle betrokkenen voor de zorg van een kind met het doel veiligere en effectievere zorg te bereiken.
Empowering	Empowerment in de eerstelijnszorg is een proces waarbij kinderen en ouders meer controle krijgen over beslissingen en acties die de gezondheid van het kind beïnvloeden. (19)
Equable	Gelijkwaardige eerstelijnszorg is de afwezigheid van systematische en mogelijk herstelbare verschillen in toegang tot eerstelijnszorg en gezondheidsstatus in alle bevolkingsgroepen. (17)
Transparent	Transparante eerstelijnszorg is de mate waarin een zorgverlener of zorgverlener open is naar kinderen en ouders over hun kwaliteit, kostenstructuur, diensten en werkmethode. (18)

Validiteit

Validiteit is de mate is waarin een vragenlijst meet wat de vragenlijst beoogt te meten (15). De verschillende soorten validiteit die in dit onderzoek worden bepaald zijn construct validiteit, concurrent validiteit, content validiteit en indrukvaliditeit.

Construct validiteit	De mate waarin de vragenlijst het construct meet wat het beoogt te meten (15).
Concurrent validiteit	De mate waarin het instrument dat wordt beoordeeld overeenkomt met de gouden standaard (20).
Content validiteit	De mate waarin de verschillende onderdelen van de vragenlijst het geheel representeren (15).
Indrukvaliditeit	De mate waarin een vragenlijst de indruk wekt dat de vragenlijst meet wat het beoogt te meten (20).

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is de mate van precisie van de vragenlijst (14). Met de mate van precisie wordt bedoeld in hoeverre de verschillende metingen hetzelfde meten. De verschillende vormen van betrouwbaarheid die in dit onderzoek worden bepaald zijn de interne consistentie en de test-hertest betrouwbaarheid (21).

Interne consistentie	De mate van homogeniteit tussen de verschillende items of dimensies van de vragenlijst (14).
Test-hertest	De mate van de overeenkomst tussen uitkomsten van de eerste en tweede meting met de vragenlijst (14).

3. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zal er in dit hoofdstuk een geschikte methode worden ontworpen. Allereerst zal het onderzoeksdesign en de onderzoekpopulatie beschreven worden. Ook wordt de inhoud van de vragenlijst, het werven van respondenten en de ethische beschouwing beschreven. Hierna wordt de methode van dataverzameling voor de verschillende soorten validiteit en betrouwbaarheid bepaald. Als laatste is er weergegeven hoe de data geanalyseerd zal worden.

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek valt onder het klinimetrische domein. In het klinimetrische domein wordt onderzoek gedaan naar de kwaliteit van meetinstrumenten. De POCHA is geëvalueerd op betrouwbaarheid en validiteit (14). Dit onderzoek is een zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek.

Het design voor het onderzoeken van de betrouwbaarheid van de POCHA is een vorm van surveyonderzoek (22). Voor het bepalen van de validiteit zijn er twee verschillende vormen van een vergelijkingsonderzoek van toepassing. De construct validiteit van de POCHA is onderzocht middels literatuuronderzoek (22). De andere vormen van validiteit zijn onderzocht door middel van een surveyonderzoek. De concurrent validiteit van de POCHA is hierbij onderzocht door een vergelijking te maken tussen de resultaten van de EUROPEP vragenlijst te vergelijken met die van de POCHA.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor het surveyonderzoek bestond uit Nederlandse, meerderjarige ouders met kinderen tussen de 0 en 18 jaar.

3.3 Studie procedures

Inhoud van de vragenlijst

De inhoud van de online vragenlijst van de eerste meting bestond uit 9 vragen over de achtergrondkenmerken van respondenten, 40 ervaringen vragen van de POCHA (bijlage 2) en 23 ervaringen vragen van de EUROPEP (bijlage 3). De vragen over de achtergrondkenmerken bestonden uit vragen over de leeftijd van de ouder, geslacht van de ouder, opleidingsniveau van de ouder, gezondheid van het kind, het aantal bezoeken aan zorgverleners en welk type zorgverlener(s) bezocht zijn. De 40 ervaringen vragen van de POCHA bestonden uit vragen over de toegankelijkheid van de zorg, of de patiënt centraal staat, de effectiviteit van de zorg en een vraag over de algemene tevredenheid van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen. De 23 ervaringen vragen van de EUROPEP bestonden uit verschillende domeinen met de onderwerpen relatie en communicatie met de huisarts, medische zorg, informatie en ondersteuning, continuïteit en medewerking, en beschikbaarheid en toegankelijkheid. De EUROPEP vragenlijst die in dit onderzoek is afgenomen, is een aangepaste versie. De vragen van de aangepaste versie zijn specifiek toegespitst op de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen (bijlage 3). Het invullen van de vragenlijst van de eerste meting duurde ongeveer 18

minuten.

De inhoud van de online vragenlijst voor de tweede meting bestond uit 5 vragen over de achtergrondkenmerken van respondenten en 40 ervaringsvragen van de POCHA. Het invullen van de vragenlijst van de tweede meting duurde ongeveer 18 minuten.

Voor het afnemen van de vragenlijsten werden de vragenlijsten geprogrammeerd in het programma Qualtrics. De vragenlijsten zijn door respondenten ingevuld op de tablets van de onderzoekers of op de smartphones, laptops of tablets van de respondenten zelf.

Werven van respondenten

De respondenten zijn geworven via het netwerk van de onderzoekers. De respondenten zijn onder andere geworven in een speelhal, een fysiotherapiepraktijk en een ziekenhuis.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaten van dit onderzoek zijn de constructvaliditeit en de test-hertest betrouwbaarheid. De secundaire uitkomstmaten ondersteunen de primaire uitkomstmaat constructvaliditeit in dit onderzoek. De secundaire uitkomstmaten zijn de concurrentvaliditeit, contentvaliditeit, indrukvaliditeit en interne consistentie.

Ethische beschouwing

In dit onderzoek zijn een aantal wetten en ethische richtlijnen in acht genomen. De verzamelde persoonsgegevens zijn beschermd door de persoonsgegevens in een beveiligde file op te slaan op een USB-stick. De persoonsgegevens op de USB-stick werden gelinkt aan een respondentnummer. Het respondentnummer werd in een SPSS file gelinkt aan de data. De persoonsgegevens zijn direct na het linken van de data vernietigd.

Het tekenen van een informed consent was niet nodig. De respondenten zijn wel op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek en hun rechten en plichten. Ook zijn de respondenten hier akkoord mee gegaan voor zij aan de vragenlijst konden beginnen.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van BMS van de Universiteit Twente (aanvraagnummer: 18269).

3.4 Data-analyse

Achtergrondkenmerken respondenten

Bij de eerste meting zijn 9 vragen over de achtergrondkenmerken van respondenten gesteld.

Constructvaliditeit

De constructvaliditeit is onderzocht door de begrippen van de POCHA die kwaliteit van zorg meten te vergelijken met begrippen uit vier verschillende studies die kwaliteit van zorg meten.

De constructen van de POCHA zijn vergeleken met de constructen van Donabedian (23), Health Services Research Group (HSRG) (24), Maxwell (25) en Kringos et al. (17). In tabel 1 is aangegeven welke constructen per studie worden gehanteerd.

Tabel 1. Begrippen kwaliteit van zorg per studie

Begrippen	POCHA	Donabedian	HSRG	Maxwell	Kringos et al.
-----------	-------	------------	------	---------	----------------

Acceptability	X	X		X	X
Accessibility	X		X	X	X
Affordable	X				X
Appropriate	X				
Comprehensiveness			X		X
Continuous	X		X		X
Coordinated	X		X		X
Efficacy		X			
Efficiency	X	X	X	X	X
Effectiveness	X	X	X	X	
Empowering	X				
Equality	X				X
Equity	X	X		X	X
Legitimacy		X			
Optimality		X			
Patient Centeredness			X		
Relevance				X	
Transparent	X				

Concurrent validiteit

De benodigde data om de concurrent validiteit te onderzoeken is verzameld in de eerste meting. Tijdens de meting is zowel de POCHA vragenlijst als de EUROPEP vragenlijst afgenomen. Daarnaast geoperationaliseerde begrippen en de vragen van de POCHA en de EUROPEP vergeleken. Verder is in tabel 2 weergegeven welke vragen van de POCHA overeenkomen qua onderwerp met de EUROPEP.

Tabel 2. Gekoppelde vragen POCHA en EUROPEP

Onderwerp	POCHA	EUROPEP
Snel zorg	1. Eerstelijns zorgverleners geven snel zorg aan kinderen, afhankelijk van de ernst van het gezondheidsprobleem	23. De mate waarin eerstelijns zorgverleners onmiddellijk hulp verlenen bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke

		aandacht vragen?
Uitleg zorg	6. Eerstelijns zorgverleners geven goede informatie over de verschillende soorten van zorg die aanwezig zijn voor een kind, en over hoe zijn ouders deze zorg kunnen krijgen	11. De mate waarin eerstelijns zorgverleners hulp aanbieden bij het voorkomen van ziekten en preventieve taken voor uw kind(eren), zoals bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontroles, inentingen? 12. De mate waarin eerstelijns zorgverleners uitleg geven aan u en uw kind(eren) over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?
Genoeg tijd	13. Eerstelijns zorgverleners kunnen genoeg tijd besteden aan een kind	1. De mate waarin eerstelijns zorgverleners u het gevoel geven dat hij/zij tijd voor u en uw kind(eren) tijdens het consult?
Vertrouwelijk	18. Een kind heeft recht op een vertrouwelijke afspraak met de eerstelijns zorgverlener	6. De mate waarin eerstelijns zorgverleners de gegevens en aantekeningen over u en uw kind(eren) vertrouwelijk houden?
Benaderbaar	26. Eerstelijns zorgverleners zijn makkelijk te benaderen, attent en oordelen niet over de ouders en het kind	3. De mate waarin de eerstelijns zorgverleners ervoor zorgen dat uw kind(eren) hem of haar gemakkelijk over hun problemen kon vertellen?
Goede informatie	33. In de eerstelijnszorg krijgt een kind en zijn ouders goede informatie over de zorg voor dat kind	12. De mate waarin eerstelijns zorgverleners uitleg geven aan u en uw kind(eren) over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen? 13. De mate waarin eerstelijns zorgverleners u vertellen wat u wilde weten over uw kind(eren) hun klacht?
Meebeslissen	37. In de eerstelijnszorg kunnen een kind en zijn ouders meebeslissen over de zorg voor dat kind	4. De mate waarin de eerstelijns zorgverlener uw kind(eren) betrekken bij beslissingen over medisch handelen?

Content validiteit

Om de content validiteit te onderzoeken is er aan de respondenten gevraagd een cijfer te geven over de algemene tevredenheid voor eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar.

Indruksvaliditeit

De indruksvaliditeit is bepaald aan de hand van feedback die de respondenten hebben gegeven. Alle opmerkingen en feedback zijn verwerkt en gecodeerd in een tabel (bijlage 4).

Test-hertest

De data voor het onderzoeken van de test-hertest betrouwbaarheid bestond uit twee metingen met de 40 ervaringen vragen van de POCHA. De twee metingen van de vragenlijst voor de test-hertest betrouwbaarheid zijn afgenomen met een tussenpoos van twee weken.

Bij de eerste meting zijn de respondenten gevraagd of zij ook mee wilden werken aan de tweede meting. Als respondenten mee wilden werken aan de tweede meting, konden zij hun e-mailadres invullen. Het e-mailadres werd gelinkt aan een respondentnummer. Voor de tweede meting is een e-mail verstuurd met de link naar de tweede meting en hun respondentnummer. Het respondentnummer is voor aanvang van de tweede meting ingevuld. Hierdoor konden wij de data van de eerst en tweede meting van elke respondent aan elkaar linken.

Interne consistentie

Voor het onderzoeken van de interne consistentie is de data van eerste meting met de 40 ervaringen vragen van de POCHA gebruikt. De interne consistentie is over het gehele begrip kwaliteit van zorg gemeten. Daarnaast is ook voor de verschillende gemeten domeinen de interne consistentie berekend. De gemeten begrippen zijn: accessibility, affordable, appropriate, confidential, continuity, coordinated, empowering, equable en transparent. De gemeten begrippen met de bijpassende vragen staan in bijlage 5.

3.5 Analyseren van de POCHA vragenlijst

Statistische analyse

De gegevens die verzameld zijn in de dataverzameling, zijn geanalyseerd in SPSS. In de eerste meting is data verzameld van 196 respondenten die de 9 vragen over de achtergrondkenmerken, de 40 ervaringen vragen van de POCHA en de 23 ervaringen vragen van de EUROPEP hebben ingevuld. In de tweede meting is er data verzameld van 42 respondenten die de 5 vragen over de achtergrondkenmerken en de 40 ervaringen vragen van de POCHA vragenlijst hebben ingevuld. De ervaringen vragen van de POCHA zijn geschaald volgens de ordinale Likertschaal met vijf antwoordmogelijkheden van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' en een antwoordmogelijkheid 'weet niet'. De ervaringen vragen van de EUROPEP zijn geschaald volgens de ordinale Likertschaal met een range van 1-5 en een antwoordmogelijkheid 'niet van toepassing'.

Sample size

De sample size is vastgesteld op basis van een artikel van Rouquette et al. (26). Hierin staat beschreven dat voor een Cronbach's alpha van 0,7 met een betrouwbaarheidsinterval van 0.09 bij een vragenlijst van 45 items een sample size nodig is van 100 respondenten. Een Cronbach's alpha van 0,7 wordt in dit onderzoek als voldoende betrouwbaar beschouwd.

De verwachting was dat 60% (27) van de respondenten van de eerste meting mee wilden werken aan de tweede meting. Op basis hiervan is de gewenste sample size van de eerste meting gesteld op 180. Voor de tweede meting is de gewenste sample size 100.

Concurrent validiteit

Voor het onderzoeken van de concurrent validiteit is de correlatie (Pearson's, $p=0,05$) tussen de POCHA en de EUROPEP in het geheel berekend. Daarnaast is de correlatie (Pearson's, $p=0,05$) tussen overeenkomstige vragen van de POCHA en de EUROPEP berekend. Hiervoor is de correlatie van de zeven POCHA vragen en de acht EUROPEP vragen berekend en correlatie per gelinkte vraag berekend.

In tabel 2 staan de overeenkomstige vragen van de POCHA en de EUROPEP weergegeven. Om de correlatie tussen een vraag van de POCHA met twee vragen van de EUROPEP te kunnen berekenen zijn de gemiddelde score van de twee vragen van de EUROPEP gebruikt.

De interpretatie van de Pearson correlatiecoëfficiënt is weergegeven in tabel 3 (28).

Tabel 3. Interpretatie correlatiecoëfficiënt (28)

Correlatiecoëfficiënt	Beoordeling correlatie
< 0,3	zeer zwak
0,3 - 0,5	zwak
0,5 - 0,7	matig
0,7 - 0,85	sterk
0,85 - 0,95	zeer sterk
> 0,95	uitzonderlijk sterk

Content validiteit

Voor het onderzoeken van de content validiteit is de correlatie (Pearson's, $p=0,05$) tussen het algemene tevredenheidscijfer en de hoogte van de gemiddelde scores van de POCHA vragenlijst berekend.

De totaalscore op de POCHA zal lager uitvallen als een respondent een vraag niet of met 'ik weet niet' invult. Om deze reden is de totaalscore gedeeld door het aantal beantwoorde vragen, wat resulteert in de gemiddelde antwoord score.

Test-hertest betrouwbaarheid

In de berekening van de test-hertest betrouwbaarheid zijn de gegevens van 42 respondenten meegenomen. Deze 42 respondenten hebben aan beide metingen deelgenomen. De gegevens van de eerste en tweede meting van de respondenten zijn gelinkt door middel van het respondentnummer.

Om de test-hertest betrouwbaarheid te onderzoeken is zijn de percentages overeenkomst en de correlaties van de gehele POCHA en per vraag berekend.

Het percentage overeenkomst van het tevredenheidscijfer is berekend door het aantal respondenten die exact hetzelfde tevredenheidscijfer bij de eerste en tweede meting hebben ingevuld te delen het totale aantal respondenten.

Het percentage overeenkomst van de totaalscore is berekend door het aantal respondenten die een overeenkomstige totaalscore bij de eerste en tweede meting hadden te delen door het aantal respondenten. De totaalscore is berekend door alle scores van de 40 vragen bij elkaar op te tellen in Excel. De totaalscores worden als overeenkomstig beschouwd als de totaalscores van de eerste en tweede meting binnen een range van -5 tot +5 vallen. Voor range van -5 tot +5 is gekozen, omdat de totaalscore een grote reeks met mogelijke scores heeft, waardoor de kans op een exact overeenkomstige totaalscore naar verwachting erg laag is. (29), (30)

Om de test-hertest betrouwbaarheid te onderzoeken is een correlatie (Pearson's $p=0,05$) tussen het tevredenheidscijfer, de gemiddelde antwoord score en de totaalscore van de eerste en tweede meting berekend. (31)

Naast de overeenkomst van de totale vragenlijst is er ook gekeken naar de test-hertest betrouwbaarheid per vraag. Per vraag is het aantal respondenten dat exact dezelfde score bij de eerste en tweede meting heeft ingevuld berekend. Daarna is het aantal respondenten gedeeld door het totale aantal respondenten om het percentage overeenkomst per vraag te berekenen. Ook is per vraag de correlatie (Pearson's $p=0,05$) tussen de eerste en tweede meting berekend.

Interne consistentie

Op basis van de data uit de eerste meting is de interne consistentie berekend. De interne consistentie is berekend door middel een inter-item correlatieanalyse ($p=0,05$) in SPSS. De uitkomstmaat van de inter-item correlatieanalyse is de Cronbach's alpha (32).

De Cronbach's alpha is berekend voor een aantal schalen. De schalen zijn ervaring van kwaliteit van zorg, accessible, affordable, appropriate, confidential, continuous, coordinated, empowering, equable.

In de inter-item correlatieanalyse is ook vastgesteld of de interne consistentie verbeterd kon door het weglaten van een bepaald item.

In tabel 4 is te zien hoe de Cronbach's alpha geïnterpreteerd moet worden (33).

Tabel 4 Interpretatie Cronbach's alpha (33)

Cronbach's alpha	Beoordeling Cronbach's alpha
< 0,50	onvoldoende
0,50 - 0,70	matig
0,70 - 0,80	voldoende
> 0,80	goed

4. Resultaten

In het resultatenhoofdstuk zullen eerst de resultaten van de literatuurvergelijkingen worden beschreven. Daarna zullen de resultaten van de statistische analyse worden weergegeven.

4.1 Literatuurvergelijking

Construct validiteit

De definities van de begrippen die kwaliteit van zorg meten in de POCHA zijn vergeleken met begrippen die kwaliteit van zorg meten uit studies van Donabedian (23), HSRG (24), Maxwell (25) en Kringos et al. (17). In tabel 4 is door middel van verschillende symbolen aangegeven in welke mate de definities van de begrippen van de vier voorgenoemde studies overeenkomen met de definities van de begrippen van de POCHA.

Het symbool - geeft aan dat de definitie van een studie verschilt van de definitie van de POCHA. Een $\pm$ wordt gegeven als een definitie van een studie deels overeenkomt met de definitie van de POCHA. Een + geeft aan dat de definitie van een studie overeenkomt met de definitie van de POCHA, maar anders geformuleerd is. Een = geeft aan dat de definitie van de POCHA overgenomen is uit een van de vergeleken studies. Wanneer een definitie niet in een andere studie staat maar wel in de POCHA dan wordt dit aangeduid met een $\times$.

Onder tabel 5 is uitgewerkt hoe de beoordeling van overeenkomst van de definitie van de begrippen tot stand is gekomen. Ook is uitgewerkt hoe de beoordeling van overeenkomst per begrip en per studie in het geheel tot stand zijn gekomen.

Tabel 5. Vergelijking van de definities van de POCHA met Donabedian (23), HSRG (24), Maxwell (25) en Kringos et al. (17)

Begrip	Donabedian	HSRG	Maxwell	Kringos et al.
Acceptability	±	×	±	±
Accessibility	×	-	±	=
Affordable	×	×	×	=
Appropriate	×	×	×	×
Continuity	×	-	×	±
Coordinated	×	±	×	=
Efficiency	-	-	-	-
Effectiveness	+	±	-	×
Empowering	×	×	×	×
Equality	×	×	×	±
Equity	±	×	+	=
Transparent	×	×	×	×
Geheel	-	-	±	+

Legenda:

- definitie verschilt

± deels overeenkomstige definitie

+ overeenkomstige definitie

= overgenomen definitie

× niet gedefinieerd

Per begrip

Acceptability:

Studie	Definitie
POCHA	People's willingness to seek services, based on their judgement of effectiveness of the service and whether or not they are treated with dignity and respect. (16)
Donabedian	Conformity to patient preferences regarding accessibility, patient-doctor relationship, amenities, effects of care and cost of care.
Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality: - How humanely and considerately is this treatment/service delivered? - What does the patient think of it? - What would/does an observant third party think of it? (how would I feel if it were my nearest or dearest?) - What is the setting like? - Are privacy and confidentiality safeguarded?
Kringos et al.	Gedefinieerd als onderdeel van Access to Care als: Acceptability of PC: Patient satisfaction with the organization of primary care.

Donabedian, Maxwell en Kringos et al. hebben acceptability gedefinieerd. HSRG heeft acceptability niet gedefinieerd.

De definitie van acceptability van Donabedian is als deels overeenkomstig met de definitie van de POKHA beoordeeld. De overeenkomst van de definities is dat er een vergelijking wordt gemaakt tussen de mate van overeenstemming tussen de aanwezige zorg en de persoonlijke voorkeuren van mensen voor de aanwezige zorg. Het verschil tussen de definities van Donabedian en de POKHA is dat in de definitie van Donabedian de wil om gebruik te maken van de aanwezige zorg niet wordt meegenomen.

Maxwell wordt beoordeeld als deels overeenkomstig met de POKHA. De overeenkomst van de definities is dat acceptability beoordeeld moet worden aan de hand van de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Het verschil is dat Maxwell in tegenstelling tot de POKHA in de definitie niet de overeenstemming tussen de aanwezige zorg en de persoonlijke voorkeuren van mensen voor de aanwezige zorg beoordeelt. Daarnaast wordt de wil om gebruik te maken van de aanwezige zorg niet meegenomen in de definitie van Maxwell.

De definitie die Kringos et al. hanteert voor acceptability komt deels overeen met de definitie die de POKHA hanteert. Hierbij is de overeenkomst tussen de definities dat beide studies acceptability beoordelen door middel van de mening van patiënten over de aanwezige zorg. Het verschil is dat de wil om de aanwezige zorg te gebruiken in de definitie van Kringos et al. ontbreekt in vergelijking met de definitie van de POKHA.

De algehele beoordeling van de definities van Donabedian, Maxwell en Kringos et al. van het begrip acceptability is deels overeenkomstig met de definitie van de POKHA.

Accessibility:

Studie	Definitie
POCHA	Availability: The volume and type of primary care services relative to population needs. Geographic accessibility: Remoteness of services in terms of travel distance for patients. Accommodation of accessibility: The manner in which resources are organized to accommodate access (e.g. appointment system, after-hours care arrangements, home visits). (17)
HSRG	Question to be asked: Do barriers exist to the delivery of necessary care?
Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality: - Can people get this treatment/service when they need it? - Are there any identifiable barriers to service?

Kringos et al.	Availability of PC: The volume and type of primary care services relative to population needs. Geographic accessibility of PC: Remoteness of services in terms of travel distance for patients. Affordability of PC: Financial barriers patients experience to receive primary care services, such as co-payments and cost-sharing arrangements. Acceptability of PC: Patient satisfaction with the organization of primary care. Utilization of PC: Actual consumption of primary care services. Accommodation of accessibility: The manner in which resources are organized to accommodate access (e.g. appointment system, after-hours care arrangements, home visits). Equality in access: The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics.
----------------	---

HSRG, Maxwell en Kringos et al. definiëren het begrip accessibility. Donabedian heeft accessibility niet gedefinieerd.

HSRG hanteert een definitie die als verschillend is beoordeeld in vergelijking met de definitie van de POCHA. De verschillen zijn dat in de definitie van HSRG alleen de barrières voor het leveren van de nodige zorg in het algemeen weergeeft. Terwijl de POCHA accessibility beoordeelt op basis van aanwezigheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

De definitie van Maxwell is als deels overeenkomstig met de POCHA beoordeeld. De overeenkomst tussen beide definities is de beschikbaarheid van zorg. Echter wordt in de definitie van Maxwell gevraagd naar de barrières voor het krijgen zorg, terwijl in de POCHA gevraagd wordt naar de toegankelijkheid van zorg.

De definitie van de POCHA is overgenomen uit de studie van Kringos et al. Hierbij is opvallend dat Kringos et al. zeven sub definities geeft voor accessibility. Hiervan heeft de POCHA er drie overgenomen voor het begrip accessibility. De andere vier sub definities zijn verwerkt of overgenomen in andere begrippen.

Affordable:

Studie	Definitie
POCHA	Financial barriers to receive primary care services, such as co-payments and cost-sharing arrangements (17)
Kringos et al.	Gedefinieerd als onderdeel van Access to Care als: Affordability of PC: Financial barriers patients experience to receive primary care services, such as co-payments and cost-sharing arrangements.

Kringos et al. heeft affordable gedefinieerd, maar Donabedian, HSRG en Maxwell niet.

Kringos et al. is als overgenomen beoordeeld. Echter is in de POCHA de patiëntervaring niet meegenomen in de definitie, omdat de POCHA in het geheel gaat over de patiëntervaring van kinderen en ouders met de eerstelijnszorg.

Appropriate:

Studie	Definitie
POCHA	Appropriateness of service (effective): A service that is expected to do more good than harm for a patient with a given indication or set of indications. Appropriateness of setting (efficient): Whether the patient's clinical characteristics, and the services required for his or her care, match the setting in which the care is provided. (34)

Appropriate is in de studies van Donabedian, de HSRG, Maxwell en Kringos et al. niet gedefinieerd. In de POCHA is de definitie van appropriate overgenomen uit Lavis et al. (34)

Continuous:

Studie	Definitie
POCHA	Longitudinal continuity of care: Having a long-term relationship between primary care providers and their patients in their practice beyond specific episodes of illness or disease (17). Informational continuity of care: The organized collection of each patient's medical information readily available to any health care provider caring for the patient (17). Relational continuity of care: The quality of the longitudinal relationship between primary care providers and patients, in terms of accommodation of patient's needs and preferences, such as communication and respect for patients (17). Provider Connectedness: The sense of knowing and trust between providers who share care of a patient (35). Management continuity: A consistent and coherent approach to the management of a health condition that is responsive to a patient's changing needs (36).
HSRG	Question to be asked: Is there continuity of information and intent through open communication?
Kringos et al.	Longitudinal continuity of care: Having a long-term relationship between primary care providers and their patients in their practice beyond specific episodes of illness or disease. Informational continuity of care: An organized collection of each patient's medical information readily available to any health care provider caring for the patient. Relational continuity of care: The quality of the longitudinal relationship between primary care providers and patients, in terms of accommodation of patient's needs and preferences, such as communication and respect for patients.

HSRG en Kringos et al. hebben het begrip continuous gedefinieerd. Donabedian en Maxwell hebben continuous niet gedefinieerd.

De definitie die HSRG hanteert voor continuous is als verschillend beoordeeld in vergelijking met de definitie die de Pocha hanteert. De definitie van de Pocha voor continuous bestaat uit vijf sub definities. HSRG beschrijft een van de sub definities, over continuïteit van informatie. Echter is de definitie van HSRG ook verschillend van de sub definitie van de Pocha. HSRG beoordeelt continuïteit van informatie, terwijl de Pocha continuïteit van informatie specifiek voor de zorgverleners beoordeelt.

De definitie van Kringos et al. is deels overeenkomstig met de definitie van Pocha. De definitie van Kringos et al. is overgenomen in de Pocha en uitgebreid met twee sub definities. De sub definitie provider connectedness is overgenomen uit Price et al. (35). De sub definitie management continuity is overgenomen uit Haggarty and Reid (36).

Coordinated:

Studie	Definitie
POCHA	Gatekeeping system: The level of direct access for patients to health care providers without a referral from a primary care provider. Primary care practice and team structure: The extent to which practices are shared, team size and tenure. Skill-mix of primary care provider: The extent to which there is diversification and substitution of primary care providers. Integration of primary care-secondary care: The extent to which there are specialist outreach models and clinical protocols facilitating shared care. Integration of primary care and public health: The extent to which primary care providers collaborate with practitioners from the public health sector to provide services that influence health. (17)
HSRG	Question to be asked: Is care coordinated between providers?
Kringos et al.	Reflects the ability of primary care providers to coordinate use of other levels of health care. Gatekeeping system: The level of direct access for patients to health care providers without a referral from a primary care provider. Primary care practice and team structure: Such as shared practices, team premises and team

size and tenure.
Skill-mix of primary care provider: Diversification and substitution of primary care providers.
Integration of primary care-secondary care: Care integration can be achieved through specialist outreach models and clinical protocols facilitating shared care.
Integration of primary care and public health: The extent to which primary care providers collaborate with practitioners from the public health sector to provide services that influence health.

HSRG en Kringos et al. hanteren het begrip coordinated voor het meten van kwaliteit van zorg. Donabedian en Maxwell hanteren coordinated niet.

De definitie van HSRG is als deels overeenkomstig met de definitie van de POCHA beoordeeld. De overeenkomst is dat beide definities de coördinatie tussen zorgverleners beschrijven. Het verschil is dat de POCHA de coördinatie tussen zorgverleners verder verdeeld heeft in sub definities, terwijl HSRG alleen de algemene definitie van coordinated hanteert.

De definitie die Kringos et al. hanteert voor coordinated is overgenomen voor de definitie van de POCHA.

Efficiency:

Studie	Definitie
POCHA	Gedefinieerd als onderdeel van Appropriate: Appropriateness of setting (efficient): Whether the patient's clinical characteristics, and the services required for his or her care, match the setting in which the care is provided. (34)
Donabedian	The ability to obtain the greatest health improvement at the lowest cost.
HSRG	Question to be asked: Is there parsimonious provision of necessary services without corner cutting that puts patients at risk?
Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality: - Is the output maximised for a given input or (conversely) is the input minimised for a given level of output? - How does the unit cost compare with the unit cost elsewhere for the same treatment/service?
Kringos et al.	The balance between the level of resources in the system used to treat patients to come to certain outcomes. Allocative and productive efficiency: Respectively, minimizing patient's opportunity cost of time spent in treatment; maximizing the patient's outcome, minimizing the cost per patient. Technical efficiency: A system is technical efficient if it cannot reduce its resource use without reducing its ability to treat patients or to reach certain outcomes. Efficiency in performance of primary care workforce: Reflected by basic figures relating to the provision of care, such as number of consultations and their duration, frequency of prescription medicines (unnecessary use), and the number of new referrals to medical specialists.

In de POCHA is efficiency een sub definitie van appropriate. Echter hebben Donabedian, HSRG, Maxwell en Kringos et al. efficiency als begrip voor kwaliteit van zorg beschreven.

Het verschil van de definities van Donabedian, HSRG, Maxwell en Kringos et al. in vergelijking met de POCHA is voor elke definitie hetzelfde. Het verschil is dat de andere studies bij efficiency zich op de kosten richten, terwijl in de definitie van de POCHA de kosten niet worden genoemd.

Effectiveness:

Studie	Definitie
POCHA	Gedefinieerd als onderdeel van Appropriate: Appropriateness of service (effective): A service that is expected to do more good than harm for a patient with a given indication or set of indications. (34)

Donabedian	The degree to which attainable health improvements are realized.
HSRG	Question to be asked: Is care delivered in accordance with defined standards of benefits and risks, reflecting the best achievable processes and outcomes in given circumstances?
Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality: - Is the treatment given the best available in a technical sense, according to those best equipped to judge? - What is their evidence? - What is the overall result of the treatment?

Effectiveness is een sub definitie van appropriate in de POCHA. Donabedian, HSRG en Maxwell hebben appropriate apart gedefinieerd. Kringos et al. hanteert geen definitie van effectiveness.

De definitie van Donabedian is als overeenkomstig met de definitie van de POCHA beoordeeld. Beide definities beoordelen effectiveness op basis van het verbeteren van gezondheid, binnen reële haalbaarheid.

De gehanteerde definitie van HSRG is als deels overeenkomstig beoordeeld in vergelijking met de gehanteerde definitie in de POCHA. De overeenkomst is dat beide definities beschrijven dat er indicatoren en omstandigheden zijn waar rekening mee gehouden moet worden bij de beoordeling van de best haalbare zorg. Het verschil tussen de gehanteerde definities van HSRG en de POCHA is dat de definitie van HSRG beschrijft dat de gemeten situatie vergeleken moet worden met de standaard.

De definitie van Maxwell voor effectiveness is verschillend van de definitie die de POCHA hanteert. Het verschil is dat de definitie van Maxwell zich focust op de beste optie van zorg in technische context, terwijl in de definitie van de POCHA de technische context niet beschreven wordt.

Empowering:

Studie	Definitie
POCHA	A process in which patients understand their role, are given the knowledge and skills by their health-care provider to perform a task in an environment that recognizes community and cultural differences and encourages patient participation. (19)

Het begrip empowering is niet gedefinieerd in de studies van Donabedian, HSRG, Maxwell en Kringos et al. De definitie van de POCHA is overgenomen uit de World Health Organization (19).

Empowerment is in de POCHA gedefinieerd, omdat het door de jaren heen steeds belangrijker is geworden dat patiënten meedenken en beslissen in hun zorgproces. (37)

Equality:

Studie	Definitie
POCHA	Equality in access: The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics (17). Equity in Health: The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups (17).
Kringos et al.	Gedefinieerd onder Access to Care als: Equality in access: The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics.

Kringos et al. is de enige studie waarin equality is gedefinieerd. Donabedian, HSRG en Maxwell hanteren equality niet.

De definitie van Kringos et al. komt deels overeen met de definitie van de POCHA. De definitie van equality is in Kringos et al. een onderdeel van access to care. De sub definitie van access to care van Kringos et al. is overgenomen in de POCHA als equality. In de POCHA is equality uitgebreid met de sub definitie voor equity. De sub definitie is overgenomen uit het begrip equity uit Kringos et al.

Equity:

Studie	Definitie
POCHA	Gedefinieerd als onderdeel van Equality: Equity in Health: The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups. (17)
Donabedian	Fairness in the distribution of care and its effects on health.
Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality - Is this patient or group of patients being fairly treated relative to others? - Are there any identifiable failings in equity?
Kringos et al.	The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups.

Equity is in de POCHA een sub definitie van het begrip equable. Donabedian, Maxwell en Kringos et al. hebben equity als apart begrip beschreven. HSRG beschrijft equable niet.

De definitie van Donabedian is als deels overeenkomstig beschouwd met de definitie van de POCHA. De overeenkomst is dat in beide studies de verdeling van zorg beoordelen. Het verschil is dat Donabedian de verdeling van zorg in het geheel beoordeeld, terwijl de POCHA de verdeling van zorg tussen verschillende populatie groepen beoordeeld.

De gehanteerde definitie in Maxwell is als overeenkomstig met de gehanteerde definitie in de POCHA beoordeeld. De overeenkomst tussen de definities is dat beide definities beschrijven dat equity beoordeeld moet worden aan de hand van gelijke verdeling van zorg voor verschillende patiëntengroepen.

De definitie van Kringos et al. is overgenomen als sub definitie van equity van het begrip equable in de POCHA.

Transparent:

Studie	Definitie
POCHA	The degree to which a healthcare service or provider is open about their quality, cost structure, services and work method. (5), (18), (38), (39), (40), (41)

Transparent is niet gedefinieerd in de studies van Donabedian, HSRG, Maxwell en Kringos et al. De definitie van transparent is overgenomen uit een aantal andere studies (5), (18), (38), (39), (40), (41).

Het begrip transparent is opgenomen in de POCHA omdat uit de verschillende studies blijkt dat het van belang is voor patiënten dat zorg transparant is. Het is daarnaast volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht dat zorgaanbieders alle beschikbare informatie over de zorg met hun cliënten delen. (42)

Niet gedefinieerde begrippen in de POCHA:

In de studies van Donabedian (23), HSRG (24), Maxwell (25) en Kringos et al. (17) zijn ook een aantal begrippen gedefinieerd die niet in de POCHA worden beschreven.

Begrip	Studie	Definitie
Comprehensiveness	HSRG	Question to be asked: Is a broad perspective on the health care of the patient taken? Are all appropriate resource integrated into the process of care?
	Kringos et al.	Represents the range of services available in primary care to meet patients' health care needs. Medical equipment available: Range of medical equipment available in primary care practices. First contact for common health problems: Range of health problems for which first contact care in primary care is provided. Treatment and follow-up of diagnoses: Range of diagnoses for which a treatment and follow-up is provided in primary care. Medical technical procedures and preventive care: Range of medical technical procedures and preventive care provided in primary care. Mother and child and reproductive health care: Range of mother and child reproductive health care services provided in primary care. Health promotion: Range of health promotion activities provided in primary care.
Efficacy	Donabedian	The ability of care, at its best, to improve health.
Legitimacy	Donabedian	Conformity to social preferences concerning all of the above.
Optimality	Donabedian	The most advantageous balancing of costs and benefits.
Patient Centeredness	HSRG	Question to be asked: Is care planned for and with individual patients?
Relevance	Maxwell	Questions that help to define and expand the label quality - Is the overall pattern and balance of services the best that could be achieved, taking account of the needs and wants of the population as a whole?

Comprehensiveness is gedefinieerd door de HSRG en Kringos et al. De definitie van HSRG comprehensiveness komt overeen met de definities van accessibility en appropriate in de POCHA. De overeenkomst is dat de drie definities van HSRG, Kringos et al. en de POCHA de aanwezigheid van geschikte middelen voor de nodige zorg van een patiënt beschrijven. Comprehensiveness is in de POCHA niet aanwezig als begrip, maar is gedefinieerd in de begrippen accessibility en appropriate.

Het begrip efficacy wordt in de studie van Donabedian gedefinieerd. In de POCHA wordt de definitie van efficacy in het begrip appropriate meegenomen. Hierbij is de overeenkomst dat de definities beschrijven dat de gezondheid van een patiënt verbeterd moet worden, binnen reële haalbaarheid. Efficacy wordt dus niet gedefinieerd als apart begrip, maar is deel van appropriate.

Legitimacy wordt in de studie van Donabedian gedefinieerd. De definitie van legitimacy is deels overeenkomstig met de definitie van acceptability in de POCHA. De overeenkomst is dat beide definities beoordelen of de aanwezige zorg overeenkomt met de sociale voorkeuren op basis van verschillende begrippen. Echter verschillen de begrippen waarmee de sociale voorkeuren overeen moeten komen. Legitimacy wordt deels gedefinieerd in acceptability van de POCHA.

Optimality wordt gedefinieerd door Donabedian. De definitie van optimality wordt in de POCHA niet in andere begrippen gedefinieerd. De POCHA beschrijft niets over het balanceren

van kosten en baten. De definitie van optimality ontbreekt dus in de POCHA.

Patient centeredness is een begrip dat in de studie van HSRG wordt gedefinieerd. Patient centeredness komt overeen met empowerment in de POCHA. De overeenkomst is het betrekken van patiënten in hun eigen zorg. De definitie van patient centeredness van HSRG komt dus overeen met de definitie van empowering in de POCHA.

In de studie van Maxwell is het begrip relevance gedefinieerd. De definitie van het begrip relevance is overeenkomstig met de definities van accessibility en appropriate in de POCHA. De overeenkomst is de aanwezigheid van de nodige zorg en dat de aanwezige zorg zo efficiënt mogelijk wordt ingezet. Het begrip relevance van Maxwell is in de POCHA gedefinieerd onder de begrippen accessibility en appropriate.

Per studie

Een compleet overzicht van de definities per studie is te vinden in bijlage 6.

Donabedian:

Acht van de twaalf begrippen van de POCHA zijn niet gehanteerd door Donabedian (23) voor het meten van kwaliteit van zorg. De begrippen die beide studies beschrijven zijn acceptability, efficiency, effectiveness en equity. De definities van deze begrippen uit de studie van Donabedian komen in verschillende mate overeen met de definities voor deze begrippen in de POCHA. Effectiveness is als enige begrip als overeenkomstig beoordeeld. Acceptability en equity zijn beide als deels overeenkomstig beoordeeld. De definitie van efficiency is als verschillend beoordeeld.

De begrippen voor het meten van kwaliteit van zorg die Donabedian in zijn studie hanteert zijn op veel vlakken verschillend van de begrippen die de POCHA hanteert voor het meten van kwaliteit van zorg. Dus de studies van Donabedian en de POCHA als verschillend beoordeeld.

HSRG:

De HSRG (24) hanteert zeven van de twaalf begrippen die kwaliteit van zorg meten in de POCHA niet voor het meten van kwaliteit van zorg. De vijf begrippen die beide studies hanteren zijn accessibility, continuous, coordinated, efficiency en effectiveness. De definities van coordinated en effectiveness zijn deels overeenkomstig in vergelijking met de POCHA. Accessibility, continuous en efficiency zijn als verschillend beoordeeld.

De HSRG studie meet kwaliteit van zorg op met andere begrippen dan de POCHA. De HSRG en de POCHA worden dan ook als verschillend beoordeeld.

Maxwell:

Bij de studie van Maxwell (25) zijn er zeven van de twaalf begrippen die de POCHA hanteert voor het meten van kwaliteit van zorg, niet beschreven. Acceptability, accessibility, efficiency, effectiveness en equity zijn de vijf begrippen die beide studies hebben beschreven voor het meten van kwaliteit van zorg. Het begrip equity heeft een definitie die als overeenkomstig is beoordeeld. Acceptability en accessibility zijn beide als deel overeenkomstig beoordeeld. De definities van de begrippen efficiency en effectiveness zijn beoordeeld als verschillend.

Maxwell meet kwaliteit van zorg door een aantal dezelfde begrippen met dezelfde

definities en door een aantal verschillende begrippen. De studie van Maxwell is beoordeeld als deels overeenkomstig met de POCHA.

Kringos et al.:

Kringos et al. (17) heeft acht van de twaalf begrippen van de POCHA beschreven. De begrippen die beide studies hanteren zijn acceptability, accessibility, affordable, continuous, coordinated, efficiency, equality en equity. De begrippen accessibility, affordable, coordinated en equity zijn overgenomen uit de studie van Kringos et al. Acceptability, continuous en equality zijn als deels overeenkomstig beoordeeld. Efficiency is als verschillend beoordeeld in definitie. De POCHA is in ten dele gebaseerd op de studie van Kringos et al. De studie van Kringos et al. is als overeenkomstig met de POCHA beoordeeld.

Vergelijking begrippen van de POCHA en de EUROPEP

De geoperationaliseerde begrippen van de POCHA en de EUROPEP zijn vergeleken op basis van de vragen over de begrippen in de vragenlijsten.

Accessibility:

De POCHA operationaliseert accessibility met vragen over de bereikbaarheid, toegankelijkheid en het makkelijk maken van afspraken. In de EUROPEP wordt het begrip accessibility geoperationaliseerd in de vragen van het begrip beschikbaarheid en toegankelijkheid.

Niet alle onderwerpen van de vragen over accessibility van de POCHA worden in de EUROPEP geoperationaliseerd. De onderwerpen die de vragen van de POCHA uiteenzet en de vragen van de EUROPEP niet, gaan over de invloed van kosten op de toegankelijkheid van zorg en de bereikbaarheid van zorg.

Affordable:

In de POCHA wordt affordable geoperationaliseerd door twee vragen over de betaalbaarheid van de eigen bijdrage en vergoedingen van de gemaakte zorgkosten. Over affordable worden in de EUROPEP geen vragen gesteld.

Appropriate:

In de POCHA wordt appropriate uiteengezet door vragen over de beschikbare voorzieningen, ervaring met de zorgverleners, tijd die een zorgverlener heeft voor een patiënt en omgang met de patiënt. Over de beschikbare voorzieningen en ervaring van zorgverleners staan in de EUROPEP geen vragen. In de EUROPEP worden wel vragen gesteld over de onderwerpen tijd voor de patiënt en omgang met de patiënt, die worden gemeten onder het begrip relatie en communicatie.

Confidential:

De betrouwbaarheid van de zorgverlener en de privacy van de ouder en het kind zijn de onderwerpen van de vragen die in de POCHA het begrip confidential operationaliseren. In de EUROPEP worden de vragen met over vertrouwelijkheid onder het begrip relatie en communicatie gesteld.

Continuous:

De vragen van het begrip continuous gaan over het samenwerken van zorgverleners, de communicatie tussen de zorgverleners, het waardig handelen van zorgverleners, de benaderbaarheid van zorgverleners en de attentheid van zorgverleners in de POCHA. In de EUROPEP worden de onderwerpen samenwerken van zorgverleners en de communicatie tussen zorgverleners uiteengezet onder het begrip continuïteit en samenwerking. In het begrip relatie en communicatie van de EUROPEP worden vragen gesteld met de onderwerpen over het waardig handelen van zorgverleners, de benaderbaarheid van zorgverleners en de attentheid van zorgverleners.

Coordinated:

Vragen over de onderwerpen samenwerking in de zorg, het overnemen van zorg door andere zorgverleners en doorverwijzen van patiënten vallen in de POCHA onder het begrip coordinated. In de EUROPEP worden geen vragen gesteld over samenwerking in de zorg, het overnemen van zorg door andere zorgverleners en doorverwijzen van patiënten.

Empowerment:

Het begrip empowerment wordt in de POCHA geoperationaliseerd aan de hand van vragen over het informeren, ondersteunen en meebeslissen van ouders en kinderen bij hun gezondheidsproblemen. In de EUROPEP worden onder het begrip informatie en ondersteuning vragen gesteld over het informeren en ondersteunen van ouders en kinderen over hun klachten en behandelingen. Het meebeslissen over medische handelingen wordt geoperationaliseerd in het begrip relatie en communicatie.

Equality:

Equable wordt geoperationaliseerd aan de hand van vragen over gelijke toegang en gelijke gezondheid in verschillende sociaaleconomische statussen. In de EUROPEP worden over gelijke toegang en gelijke gezondheid in verschillende sociaaleconomische statussen geen vragen gesteld.

Transparent:

Het begrip transparent wordt in de POCHA geoperationaliseerd als openheid over de kwaliteit van zorg. De EUROPEP bevat geen vragen over de openheid over kwaliteit van zorg.

Begrip dat niet in de POCHA staat:

Het begrip medische zorg wordt in de EUROPEP geoperationaliseerd aan de hand van vragen over de kwaliteit van de ontvangen zorg of behandeling. In de POCHA worden geen vragen gesteld over de kwaliteit van de ontvangen zorg of behandeling.

4.2 Achtergrondkenmerken

De onderzoekspopulatie van de eerste meting van dit onderzoek bestaat uit 196 respondenten.

De respondentengroep van de eerste meting bestaat uit 53 (27,2%) mannen en 142 (72,8%) vrouwen, met een leeftijd tussen de 20 en 64. In deze groep zijn er 179 respondenten met een Nederlandse achtergrond. 15 respondenten hebben een buitenlandse achtergrond.

Van de respondenten is 13,2% laagopgeleid, 35,7% gemiddeld opgeleid en 51,1% hoogopgeleid. Een aantal respondenten hebben in verband met hun privacy bepaalde vragen over hun achtergrondkenmerken niet ingevuld.

De respondentengroep van de tweede meting bestaat uit 42 respondenten, waarvan 10 (23,8%) mannen en 32 (76,2%) vrouwen. De respondenten hebben een leeftijd tussen de 20 en 59 jaar. In de respondentengroep van de tweede meting is 12,5% laag opgeleid, 30,0% gemiddeld opgeleid en 57,5% hoogopgeleid. De 42 respondenten hebben een Nederlandse achtergrond.

De vragenlijst duurde ongeveer 18,5 minuten (mediaan). Voor de tweede meting bestaat de onderzoekspopulatie uit 42 respondenten. De vragenlijst van de tweede meting duurde ongeveer 18 minuten (mediaan) minuten

4.3 Ervaringen met eerstelijnszorg

Beschrijving van de data van de eerste meting van de POCHA vragenlijst

In tabel 6 is de beschrijvende data van de eerste meting weergegeven. In tabel 6 is het opvallend dat de antwoordmogelijkheid 'mee eens' erg vaak gescoord wordt. Op 34 vragen van de 40 vragen boven de 40% van de respondenten 'mee eens' geantwoord. De vragen over de openingstijden, andere tweedelijnszorg en toegang ouders zijn opvallend in de kolom 'mee eens', doordat zij een beduidend lager percentage 'mee eens' hebben dan de andere vragen, respectievelijk 27,6%, 16,8% en 19,4%.

Ook is uit tabel 6 op te maken dat respondenten weinig (0,0%-3,6%) 'zeer mee oneens' hebben geantwoord. Het percentage 'zeer mee oneens' is opvallend hoog voor de vraag over andere tweedelijnszorg (9,2%) en de vraag over toegang ouders (8,7%). Voor dezelfde vragen is ook het percentage 'oneens' opvallend hoog, respectievelijk 44,4% en 35,2%.

Daarnaast valt in tabel 6 op dat bij 7 van de 40 vragen het percentage respondenten dat 'weet niet' heeft geantwoord hoger is dan 15 (15,8%-30,6%).

Tabel 6. Beschrijvende data van de eerste meting van de POCHA vragenlijst (n=196). In deze tabel is per vraag het aantal respondenten en het percentage van de respondenten weergegeven dat een bepaald antwoord heeft gegeven (Likertschaal 0-5)

nr.	onderwerp	zeer mee oneens (1) n (%)	mee oneens (2) n (%)	neutraal (3) n (%)	mee eens (4) n (%)	zeer mee eens (5) n (%)	weet niet (0) n (%)
1	snel zorg	1 (0,5%)	17 (8,7%)	38 (19,4%)	94 (48,0%)	40 (20,4%)	6 (3,0%)
2	makkelijk afspraken	3 (1,5%)	15 (7,7%)	44 (22,4%)	109 (55,6%)	22 (11,2%)	3 (1,5%)
3	openingstijden	7 (3,6%)	53 (27,0%)	59 (30,1%)	54 (27,6%)	7 (3,6%)	16 (8,1%)
4	andere 1e lijns	4 (2,0%)	20 (10,2%)	32 (16,3%)	103 (52,6%)	16 (8,2%)	21 (10,7%)
5	andere 2e lijns	18 (9,2%)	87 (44,4%)	32 (16,3%)	33 (16,8%)	2 (1,0%)	24 (12,2%)
6	uitleg zorg	0 (0,0%)	22 (11,2%)	58 (29,6%)	83 (42,3%)	13 (6,6%)	20 (10,2%)
7	afstand	2 (1,0%)	10 (5,1%)	25 (12,8%)	111 (56,6%)	42 (21,4%)	6 (3,0%)
8	bereikbaarheid	0 (0,0%)	4 (2,0%)	38 (19,4%)	97 (49,5%)	33 (16,8%)	24 (12,2%)
9	medische gegevens	3 (1,5%)	31 (15,8%)	44 (22,4%)	69 (35,2%)	16 (8,2%)	33 (16,8%)
10	haalbaar vergoeding	2 (1,0%)	25 (12,8%)	42 (21,4%)	84 (42,9%)	12 (6,1%)	31 (15,8%)

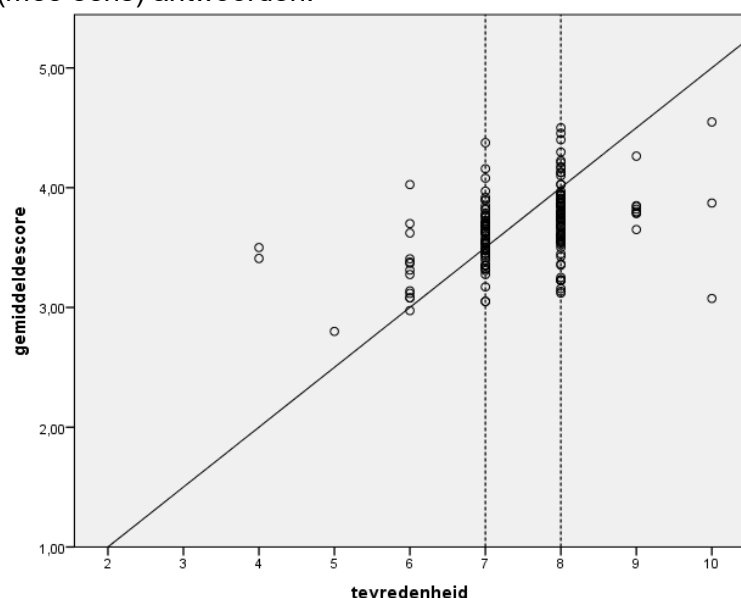
11	eigen bijdrage	1 (0,5%)	19 (9,7%)	43 (21,9%)	106 (54,1%)	14 (7,1%)	13 (6,6%)
12	belangrijke voorzieningen	1 (0,5%)	5 (2,6%)	30 (15,3%)	129 (65,8%)	17 (8,7%)	14 (7,1%)
13	genoeg tijd	1 (0,5%)	27 (13,8%)	52 (26,5%)	103 (52,6%)	8 (4,1%)	5 (2,5%)
14	omgeving	1 (0,5%)	9 (4,6%)	30 (15,3%)	133 (67,9%)	19 (9,7%)	4 (2,0%)
15	mogelijk bij 1e lijns	0 (0,0%)	5 (2,6%)	28 (14,3%)	124 (63,3%)	17 (8,7%)	22 (11,2%)
16	omgang	1 (0,5%)	10 (5,1%)	37 (18,9%)	127 (64,8%)	12 (6,1%)	9 (4,6%)
17	ervaring	1 (0,5%)	6 (3,1%)	50 (25,5%)	117 (59,7%)	14 (7,1%)	8 (4,1%)
18	vertrouwelijk	2 (1,0%)	4 (2,0%)	18 (9,2%)	104 (53,1%)	51 (26,0%)	17 (8,7%)
19	toegang ouders	17 (8,7%)	69 (35,2%)	31 (15,8%)	38 (19,4%)	7 (3,6%)	34 (17,3%)
20	toestemming zorg	1 (0,5%)	12 (6,1%)	25 (12,8%)	106 (54,1%)	36 (18,4%)	16 (8,2%)
21	compleet overzicht	5 (2,6%)	35 (17,9%)	32 (16,3%)	88 (44,9%)	16 (8,2%)	20 (10,2%)
22	langere relatie	0 (0,0%)	12 (6,1%)	30 (15,3%)	124 (63,3%)	21 (10,7%)	9 (4,6%)
23	samenhang beleid	1 (0,5)	17 (8,7%)	49 (25,0%)	93 (47,4%)	12 (6,1%)	24 (12,2%)
24	samenwerken	2 (1,0%)	42 (21,4%)	45 (23,0)	70 (35,7%)	11 (5,5%)	26 (13,2%)
25	waardig behandelen	1 (0,5%)	4 (2,0%)	27 (13,8%)	117 (59,7%)	40 (20,4%)	7 (3,6%)
26	benaderbaar	1 (0,5%)	12 (6,1%)	42 (21,4%)	99 (50,5%)	27 (13,8%)	15 (7,6%)
27	ziekenhuis 1e lijns	1 (0,5%)	7 (3,6%)	37 (18,9%)	75 (38,3%)	16 (8,2%)	60 (30,6%)
28	overname ziekte	0 (0,0%)	5 (2,6%)	32 (16,3%)	112 (57,1%)	15 (7,7%)	33 (16,3%)
29	gespecialiseerde zorg	1 (0,5%)	5 (2,6%)	20 (10,2%)	129 (65,8%)	16 (8,2%)	25 (12,7%)
30	binnen praktijk	1 (0,5%)	8 (4,1%)	42 (21,4%)	83 (42,3%)	12 (6,1%)	50 (25,6%)
31	doorsturen	0 (0,0%)	19 (9,7%)	39 (19,9%)	100 (51,0%)	13 (6,6%)	25 (12,7%)
32	onafhankelijk ouder	3 (1,5%)	13 (6,6%)	43 (21,9%)	82 (41,8%)	11 (5,6%)	44 (22,4%)
33	goede info	1 (0,5%)	5 (2,6%)	32 (16,3%)	128 (65,3%)	18 (9,2%)	12 (6,1%)
34	info begrijpen	0 (0,0%)	4 (2,0%)	32 (16,3%)	127 (64,8%)	24 (12,2%)	9 (4,6%)
35	steunen	1 (0,5%)	6 (3,1%)	41 (20,9%)	104 (53,1%)	19 (9,7%)	25 (12,7%)
36	mening kind	0 (0,0%)	14 (7,1%)	53 (27,0%)	85 (43,4%)	12 (6,1%)	32 (16,3%)
37	meebeslissen	0 (0,0%)	6 (3,1%)	29 (14,8%)	125 (63,8%)	19 (9,7%)	17 (8,7%)
38	gelijkheid achtergrond	3 (1,5%)	35 (17,9%)	37 (18,9%)	68 (34,7%)	22 (11,2%)	31 (15,8%)
39	zelfde toegang kwaliteit	0 (0,0%)	13 (6,6%)	25 (12,8%)	109 (55,6%)	25 (12,8%)	24 (12,2%)
40	open kwaliteit	1 (0,5%)	9 (4,6%)	37 (18,9%)	104 (53,1%)	22 (11,2%)	23 (11,7%)

Content validiteit

De correlatie (Pearson correlatieanalyse, $p=0,05$) tussen de gemiddelde score die respondenten geven als antwoord op de vragen en het tevredenheidscijfer van de eerste meting van de POCHA is zwak met $r=0,404$ ($p=0,000$).

In grafiek 1 is de gemiddelde score van de antwoorden die de respondenten geven op de vragen van de POCHA uitgezet tegen het tevredenheidscijfer dat de respondenten hebben gegeven. In de grafiek is veel spreiding van de punten te zien. De punten liggen over het algemeen ver van de lineaire lijn, wat duidt op een zwakke correlatie. Opvallend is dat de meeste punten (74,5%) bij een tevredenheidscijfer van 7 of 8 liggen (horizontale stippellijnen). Daarnaast valt in deze grafiek op dat de veel respondenten gemiddeld tussen 3 (neutraal) en 4

(mee eens) antwoorden.



Grafiek 1. Correlatie tussen gemiddelde score van de antwoorden op de POCHA en het tevredenheidscijfer.

Interne consistentie

In tabel 7 is te zien dat de interne consistentie van de gehele POCHA, die ervaringen van kwaliteit van zorg meet, heeft een Cronbach's alpha van 0,903 en is dus zeer goed. Dit houdt in dat de POCHA de geoperationaliseerde begrippen over kwaliteit van zorg goed meet.

In tabel 7 is te zien dat de Cronbach's Alpha per schaal berekend is en dat de afzonderlijke begrippen een wisselende interne consistentie hebben. Affordable is de enige schaal die onvoldoende ($\alpha < 0,5$). Accessibility, confidential en equable zijn matig ($\alpha = 0,5-0,7$). Appropriate, continuous, coordinated en empowering worden als voldoende beschouwd ($\alpha = 0,7-0,8$).

De interne consistentie van de schaal die ervaring kwaliteit van zorg meet zou bij het excluseren van andere tweedelijns stijgen naar 0,905. Een verhoging van de interne consistentie is bij accessible, appropriate, continuous en coordinated mogelijk door een vraag te excluseren. De interne consistentie van accessible zou stijgen van $\alpha = 0,595$ naar $\alpha = 0,605$ door het excluseren van de vraag over afstand. Door het excluseren van de vraag over belangrijke voorzieningen zou de interne consistentie van appropriate van $\alpha = 0,678$ naar $\alpha = 0,682$ stijgen. Voor de schaal continuous zou de interne consistentie van $\alpha = 0,730$ naar $\alpha = 0,734$ stijgen bij het excluseren van de vraag over toegang van ouders. Ook voor coordinated zou de interne consistentie van $\alpha = 0,730$ naar $\alpha = 0,734$ stijgen bij het excluseren van de vraag over compleet overzicht.

Tabel 7. Resultaten en beoordeling van de interne consistentie per schaal en Cronbach's Alpha

Schaal	Cronbach's Alpha	Beoordeling interne consistentie	Aantal vragen
Ervaring kwaliteit van zorg	0,903	goed	40
Accessibility	0,596	matig	9

Affordable	0,382	onvoldoende	2
Appropriate	0,678	matig	6
Confidential	0,575	matig	3
Continuity	0,730	voldoende	6
Coordinated	0,730	voldoende	5
Empowering	0,745	voldoende	6
Equable	0,544	matig	2

Beschrijving van de data van de EUROPEP vragenlijst

In tabel 8 is de beschrijvende data van de EUROPEP vragenlijst weergegeven. In tabel 8 is het opvallend dat ook voor de EUROPEP het percentage respondenten dat '4' heeft geantwoord op een 5 puntsschaal hoog is (39,3%-56,1%). In de kolom 4 hebben vraag 4 (31,1%), 14 (31,6%) en 22 (26,5%) een opvallend laag percentage.

Daarnaast is het voor de EUROPEP net als bij de POCHA opvallend dat er weinig (0,0%-2,0%) '1' op de 5 puntsschaal wordt geantwoord. Vraag 22 valt op in kolom 1 met een percentage van 6,1.

Verder is in tabel 8 opvallend dat in 6 van de 23 vragen het percentage 'niet van toepassing' hoger is dan 15 (15,5%-22,5%).

Tabel 8. Beschrijvende data van EUROPEP vragenlijst (n=196) In deze tabel is per vraag het aantal respondenten en het percentage van de respondenten weergegeven dat een bepaald antwoord heeft gegeven (Likertschaal 0-5).

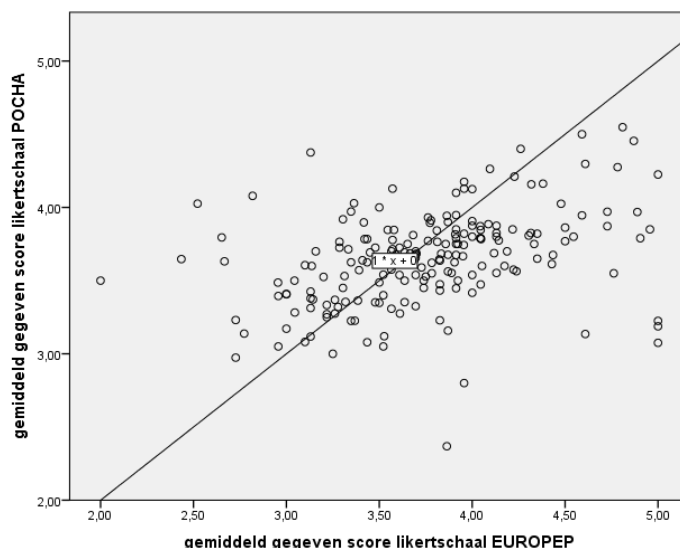
nr.	onderwerp	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	N.v.t. (0) n (%)
1	tijd consulten	0 (0,0%)	5 (2,6%)	36 (18,4%)	110 (56,1%)	39 (19,9%)	6 (3,0%)
2	belangstelling situatie	1 (0,5%)	9 (4,6%)	56 (28,6%)	91 (46,4%)	29 (14,8%)	10 (5,2%)
3	gemak stellen	1 (0,5%)	13 (6,6%)	54 (27,6%)	83 (42,3%)	23 (11,7%)	22 (11,3%)
4	beslissing handelen	2 (1,0%)	17 (8,7%)	59 (30,1%)	61 (31,1%)	18 (9,2%)	39 (19,9%)
5	luisteren	0 (0,0%)	5 (2,6%)	40 (20,4%)	100 (51,0%)	30 (15,3%)	21 (10,7%)
6	vertrouwelijk	0 (0,0%)	3 (1,5%)	38 (19,4%)	86 (43,9%)	46 (23,5%)	23 (11,7%)
7	klachten verlichten	0 (0,0%)	4 (2,0%)	42 (21,4%)	101 (51,5%)	30 (15,3%)	19 (9,9%)
8	hulp dagelijkse bezigheden	0 (0,0%)	1 (0,5%)	38 (19,4%)	101 (51,5%)	26 (13,3%)	30 (15,5%)
9	degelijke aanpak	0 (0,0%)	3 (1,5%)	50 (25,5%)	103 (52,6%)	29 (14,8%)	11 (5,7%)
10	lichamelijk onderzoek	0 (0,0%)	3 (1,5%)	37 (18,9%)	103 (52,6%)	32 (16,3%)	21 (10,7%)
11	preventie	0 (0,0%)	10 (5,1%)	38 (19,4%)	81 (41,3%)	34 (17,3%)	33 (16,9%)
12	uitleg bedoeling	0 (0,0%)	8 (4,1%)	34 (17,3%)	102 (52,0%)	31 (15,8%)	21 (10,8%)
13	relevantie info	0 (0,0%)	8 (4,1%)	40 (20,4%)	100 (51,0%)	34 (17,3%)	14 (7,1%)
14	omgaan emoties	1 (0,5%)	9 (4,6%)	50 (25,5%)	62 (31,6%)	16 (8,2%)	58 (20,6%)
15	belang advies	0 (0,0%)	5 (2,6%)	49 (25,0%)	99 (50,5%)	23 (11,7%)	20 (10,2%)

16	vorig bezoek	2 (1,0%)	10 (5,1%)	48 (24,5%)	89 (45,4%)	21 (10,7%)	26 (13,3%)
17	voorbereiden specialist	2 (1,0%)	17 (8,7%)	42 (21,4%)	77 (39,3%)	14 (7,1%)	44 (22,5%)
18	behulpzaamheid	0 (0,0%)	4 (2,0%)	40 (20,4%)	104 (53,1%)	27 (13,8%)	21 (10,7%)
19	afspraak schikt	4 (2,0%)	19 (9,7%)	49 (25,0%)	81 (41,3%)	31 (15,8%)	12 (6,2%)
20	telefonische bereikbaarheid	2 (1,0%)	20 (10,2%)	44 (22,4%)	90 (45,9%)	32 (16,3%)	8 (4,0%)
21	mogelijkheid telefoon	4 (2,0%)	19 (9,7%)	52 (26,5%)	84 (42,9%)	26 (13,3%)	11 (5,6%)
22	wachttijd	12 (6,1%)	29 (14,8%)	75 (38,3%)	52 (26,5%)	20 (10,2%)	8 (4,0%)
23	hulp ernstig	2 (1,0%)	7 (3,6%)	37 (18,9%)	82 (41,8%)	34 (17,3%)	34 (17,4%)

Concurrent validiteit

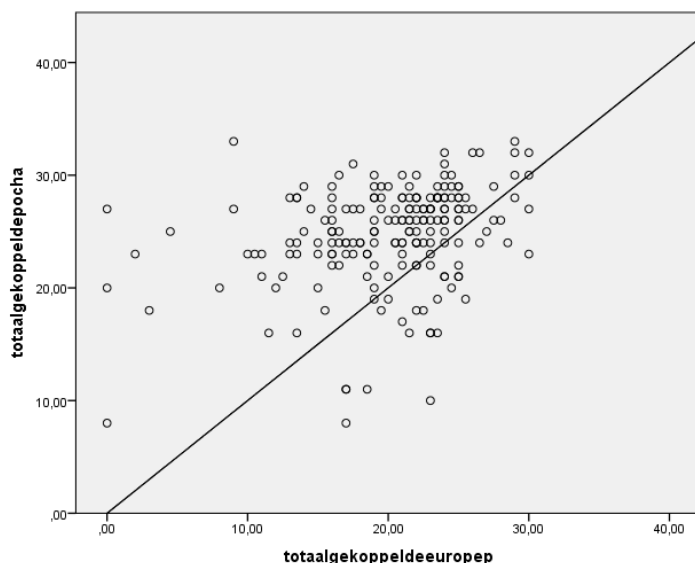
De gemiddelde score van de antwoorden op de vragen van de POCHA is 3,65 op een schaal van 1-5. Voor de EUROPEP is de gemiddelde score van de antwoorden op de vragen 3,75 op een schaal van 1-5. De correlatie (Pearson correlatieanalyse, $p=0,05$) tussen de antwoorden over ervaring van kwaliteit van zorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar van de POCHA en de EUROPEP is 0,376 met een significantie van $p=0,000$. Een correlatie van 0,376 betekent dat de correlatie tussen de POCHA en de EUROPEP zwak is.

De correlatie van de POCHA en de EUROPEP is in grafiek 2 weergegeven. In deze grafiek is te zien dat de meeste punten in het midden van de grafiek in de buurt van de lijn liggen. Een punt op de lijn betekent een correlatie van 1,00. Een aantal punten wijken af van de lijn. De respondenten die boven de lijn zitten hebben een hogere gemiddelde score van de antwoorden op de vragen van de POCHA dan op de vragen van de EUROPEP. De respondenten die onder de lijn zitten hebben een hogere gemiddelde score van de antwoorden op de POCHA dan op de EUROPEP.



Grafiek 2. Correlatie tussen de gemiddelde score van de POCHA en de EUROPEP.

7 van de 40 vragen in de POCHA komen overeen met 8 van de 23 van de vragen in de EUROPEP. Van de gekoppelde vragen is de correlatie berekend door middel van een Pearson correlatieanalyse met $p=0,05$. De correlatie tussen de gekoppelde vragen van de POCHA en de EUROPEP is zwak ($r=0,309$ en $p=0,000$). In grafiek 3 is te zien dat de meeste punten boven de lijn liggen. Dit houdt in dat meeste respondenten de vragen van de POCHA positiever hebben beantwoord dan de vragen van de EUROPEP. Bij de punten die onder de lijn liggen hebben de respondenten lagere scores gegeven op de vragen van op de POCHA dan op de vragen van EUROPEP.



Grafiek 3. Correlatie tussen de gekoppelde vragen van de POCHA en de EUROPEP

Uit tabel 9 blijkt dat de correlaties tussen de gekoppelde vragen over snel zorg, uitleg zorg, vertrouwelijk, benaderbaar, goede informatie en meebeslissen zijn zeer zwak (range van $r=0,046$ tot $r=0,264$). De correlatie van genoeg tijd is zwak ($r=0,412$).

In tabel 9 is te zien dat 2 van de 7 correlaties significant zijn, namelijk de vragen 'genoeg tijd' ($r=0,412$) en 'benaderbaar' ($r=0,264$). De correlaties van genoeg tijd en benaderbaar zijn opvallend hoger dan de correlaties van de gekoppelde vragen die niet significant zijn.

Tabel 9. Correlaties tussen overeenkomstige vragen van de POCHA en de EUROPEP

Onderwerp	Correlatie	Beoordeling correlatie	Significantie
Snel zorg	0,070	zeer zwak	0,341
Uitleg zorg	0,126	zeer zwak	0,082
Genoeg tijd	0,412	zwak	0,000
Vertrouwelijk	0,076	zeer zwak	0,298
Benaderbaar	0,264	zeer zwak	0,000
Goede informatie	0,130	zeer zwak	0,072
Meebeslissen	0,046	zeer zwak	0,527

Beschrijvende data van de tweede meting met de POCHA vragenlijst

In tabel 10 is de beschrijvende data van de tweede meting met de POCHA vragenlijst weergegeven. In tabel 10 is het opvallend dat bij 36 van de 40 vragen het percentage van de

respondenten dat 'mee eens' heeft geantwoord hoog is (38,1% tot 78,6%). De vragen over de openingstijden (26,2%), andere tweedelijnszorg (14,3%), toegang van de ouders (16,7%) en compleet overzicht (28,6%) vallen in de kolom 'mee eens' op met een laag percentage respondenten dat 'mee eens' heeft geantwoord.

Ook valt in tabel 10 op dat respondenten weinig 'zeer mee oneens' (0,0%-2,4%) hebben geantwoord. De vragen over andere tweedelijnszorg en toegang van ouders vallen in de kolom 'zeer mee oneens' op met een hoog percentage (7,1%). Voor de vraag over andere tweedelijnszorg is ook het percentage 'oneens' opvallend hoog (59,5%).

Daarnaast is het opvallend in tabel 10 dat bij 6 van de 40 vragen 'weet niet' beantwoord is door een percentage respondenten hoger dan 15 (16,7%-31,0%).

Tabel 10. Beschrijvende data van de tweede meting van de POCHA vragenlijst (n=42) In deze tabel is per vraag het aantal respondenten en percentage van de respondenten weergegeven dat een bepaald antwoord heeft gegeven (Likertschaal 0-5).

nr.	onderwerp	zeer mee oneens (1) n (%)	mee oneens (2) n (%)	neutraal (3) n (%)	mee eens (4) n (%)	zeer mee eens (5) n (%)	weet niet (0) n (%)
1	snel zorg	0 (0,0%)	3 (7,1%)	5 (11,9%)	21 (50,0%)	13 (31,0%)	0 (0,0%)
2	makkelijk afspraken	0 (0,0%)	5 (11,9%)	5 (11,9%)	24 (57,1)	8 (19,0%)	0 (0,0%)
3	openingstijden	0 (0,0%)	11 (26,2%)	12 (28,6%)	11 (26,2%)	3 (7,1%)	5 (11,9%)
4	andere 1e lijns	0 (0,0%)	3 (7,1%)	6 (14,2%)	25 (59,5%)	3 (7,1%)	5 (11,9%)
5	andere 2e lijns	3 (7,1%)	25 (59,5%)	4 (9,5%)	6 (14,3%)	0 (0,0%)	4 (9,5%)
6	uitleg zorg	0 (0,0%)	2 (4,8%)	10 (23,8%)	18 (42,9%)	5 (11,9%)	6 (14,3%)
7	afstand	1 (2,4%)	1 (2,4%)	0 (0,0%)	30 (71,4%)	9 (21,4%)	1 (2,4%)
8	bereikbaarheid	0 (0,0%)	4 (9,5%)	9 (21,4%)	18 (42,9%)	7 (16,7%)	4 (9,5%)
9	medische gegevens	0 (0,0%)	4 (9,5%)	9 (21,4%)	24 (57,1%)	0 (0,0%)	5 (11,9%)
10	haalbaar vergoeding	0 (0,0%)	4 (9,5%)	6 (14,3%)	24 (57,1%)	5 (11,9%)	3 (7,1%)
11	eigen bijdrage	0 (0,0%)	6 (14,3%)	4 (9,5%)	26 (61,9%)	5 (11,9%)	1 (2,4%)
12	belangrijke voorzieningen	0 (0,0%)	1 (2,4%)	4 (9,5%)	32 (76,2%)	5 (11,9%)	0 (0,0%)
13	genoeg tijd	0 (0,0%)	3 (7,1%)	7 (16,7%)	23 (54,8%)	7 (16,7%)	2 (4,8%)
14	omgeving	0 (0,0%)	3 (7,1%)	2 (4,8%)	28 (66,7%)	8 (19,0%)	1 (2,4%)
15	mogelijk bij 1e lijns	0 (0,0%)	1 (2,4%)	4 (9,5%)	29 (69,0%)	7 (16,7%)	1 (2,4%)
16	omgang	0 (0,0%)	1 (2,4%)	5 (11,9%)	30 (71,4%)	5 (11,9%)	1 (2,4%)
17	ervaring	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (9,5%)	29 (69,0%)	7 (16,7%)	2 (4,8%)
18	vertrouwelijk	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (7,1%)	25 (59,5%)	11 (26,2%)	3 (7,1%)
19	toegang ouders	3 (7,1%)	9 (21,4%)	8 (19,0%)	7 (16,7%)	1 (2,4%)	13 (31,0%)
20	toestemming zorg	0 (0,0%)	2 (4,8%)	3 (7,1%)	28 (66,7%)	7 (16,7%)	2 (4,8%)
21	compleet overzicht	1 (2,4%)	9 (21,4%)	10 (23,8%)	12 (28,6%)	3 (7,1%)	7 (16,7%)
22	langere relatie	0 (0,0%)	3 (7,1%)	7 (16,7%)	23 (54,8%)	9 (21,4%)	0 (0,0%)
23	samenhang beleid	0 (0,0%)	1 (2,4%)	9 (21,4%)	21 (50,0%)	6 (14,3%)	5 (11,9%)
24	samenwerken	1 (2,4%)	5 (11,9%)	12 (28,6%)	12 (28,6%)	4 (9,5%)	7 (16,7%)
25	waardig behandelen	0 (0,0%)	1 (2,4%)	3 (7,1%)	29 (69,0%)	9 (21,4%)	0 (0,0%)
26	benaderbaar	0 (0,0%)	1 (2,4%)	10 (23,8%)	24 (57,1%)	5 (11,9%)	1 (2,4%)
27	ziekenhuis 1e lijns	0 (0,0%)	1 (2,4%)	7 (16,7%)	17 (40,5%)	4 (9,5%)	13 (31,0%)
28	overname ziekte	0 (0,0%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)	29 (69,0%)	5 (11,9%)	5 (11,9%)
29	gespecialiseerde zorg	0 (0,0%)	1 (2,4%)	3 (7,1%)	31 (73,8%)	5 (11,9%)	2 (4,8%)

30	binnen praktijk	0 (0,0%)	4 (9,5%)	10 (23,8%)	20 (47,6%)	4 (9,5%)	4 (9,5%)
31	doorsturen	0 (0,0%)	3 (7,1%)	8 (19,0%)	21 (50,0%)	5 (11,9%)	5 (11,9%)
32	onafhankelijk ouder	0 (0,0%)	2 (4,8%)	8 (19,0%)	22 (52,4%)	3 (7,1%)	7 (16,7%)
33	goede info	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,8%)	33 (78,6%)	6 (14,3%)	1 (2,4%)
34	info begrijpen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (19,0%)	26 (61,9%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)
35	steunen	0 (0,0%)	1 (2,4%)	5 (11,9%)	29 (69,0%)	3 (7,1%)	3 (7,1%)
36	mening kind	0 (0,0%)	1 (2,4%)	6 (14,3%)	26 (61,9%)	3 (7,1%)	5 (11,9%)
37	meebeslissen	0 (0,0%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)	31 (73,8%)	5 (11,9%)	2 (4,8%)
38	gelijkheid achtergrond	1 (2,4%)	3 (7,1%)	10 (23,8%)	16 (38,1%)	3 (7,1%)	8 (19,0%)
39	dezelfde toegang kwaliteit	0 (0,0%)	1 (2,4%)	9 (21,4%)	22 (52,4%)	6 (14,3%)	4 (9,5%)
40	open kwaliteit	0 (0,0%)	1 (2,4%)	8 (19,0%)	23 (54,8%)	5 (11,9%)	5 (11,9%)

In de beschrijvende data van de eerste meting (tabel 6) en tweede meting (tabel 10) van de POCHA vragenlijst en van de EUROPEP vragenlijst (tabel 8) valt op dat het percentage van de respondenten dat 'mee eens' of '4' heeft geantwoord hoog is. In beide metingen van de POCHA is 'mee eens' de meest voorkomende antwoordmogelijkheid en in de EUROPEP is '4' de meest voorkomende antwoordmogelijkheid.

De opvallende data van de eerste meting (tabel 6) en de tweede meting (tabel 10) van de POCHA komen grotendeels overeen. De opvallende vragen voor beide metingen zijn over openingstijden, andere tweedelijnszorg en toegang van ouders. Bij de vraag over de openingstijden zijn de antwoorden verspreid over de antwoordmogelijkheden. Bij de vraag over andere tweedelijnszorg heeft een hoog percentage van de respondenten (44,4% en 59,5%) 'oneens' ingevuld. Bij de vraag over de toegang van ouders is opvallend vanwege een hoog percentage van de respondenten dat 'zeer mee oneens' heeft ingevuld (8,7% en 7,1%).

Verder valt bij beide metingen van de POCHA op dat het percentage 'weet niet' over het algemeen bij dezelfde vragen hoog is. De percentages 'weet niet' zijn hoog bij de vragen over toegang van ouders (17,3% en 31,6%), ziekenhuis eerstelijns (30,6% en 31,0%) en onafhankelijke ouder (22,4% en 16,7%). Bij de vraag over onafhankelijke ouders is het opvallend dat het percentage 'weet niet' bij de eerste meting hoog (25,6%) en bij de tweede meting normaal (9,5%) is.

Test-hertest betrouwbaarheid

Van de 42 respondenten hebben 23 (55%) respondenten exact hetzelfde tevredenheidscijfer over de ervaring van kwaliteit van zorg gegeven. Daarnaast hebben 13 (31%) van de 42 respondenten dezelfde totaalscore (0-200), met een marge van -5 tot +5.

Uit tabel 11 blijkt dat de correlatie van het tevredenheidscijfer zwak is ($r=0,328$). Bij de gemiddelde score en de totaalscore correleert de eerste en tweede meting matig, respectievelijk $r=0,642$ en $r=0,635$.

Tabel 11. Correlaties (Pearson's correlatieanalyse, $p=0,05$) tussen de eerste en tweede meting van het tevredenheidscijfer, de gemiddelde score en de totaalscore.

	Correlatie	Beoordeling correlatie	Significantie
Tevredenheidscijfer	0,328	zwak	0,039
Gemiddelde score	0,642	matig	0,000
Totaalscore	0,635	matig	0,000

In tabel 12 staan de resultaten de test-hertest betrouwbaarheid per vraag. In deze tabel is het aantal respondenten en het percentage van de respondenten dat een overeenkomstig antwoord heeft gegeven op de eerste en tweede meting weergegeven. Daarnaast is in tabel 12 de correlatie, beoordeling van de correlatie en de significantie van de correlatie (Pearson, $p=0,05$) per vraag weergegeven.

Opvallend in tabel 12 is de correlaties die als zwak en matig beoordeeld zijn, significant zijn. De correlaties die als zeer zwak zijn beoordeeld, zijn niet significant. Echter is dit niet terug te zien in het percentage overeenkomst per vraag.

Tabel 12. De overeenkomst, percentage overeenkomst en correlatie (Pearson's $p=0,05$) van de eerste en tweede meting per vraag

Nr.	Onderwerp	Aantal overeenkomstig (n=42)	Percentage overeenkomst	Correlatie	Beoordeling correlatie	Significantie van de correlatie
1	snel zorg	20	47,6%	0,397	zwak	0,009*
2	makkelijk afspraken	20	47,6%	0,122	zeer zwak	0,441
3	openingstijden	20	47,6%	0,307	zwak	0,048*
4	andere 1 ^e lijns	27	64,3%	0,475	zwak	0,001*
5	andere 2 ^e lijn	17	40,5%	0,04	zeer zwak	0,978
6	uitleg zorg	14	33,3%	0,570	matig	0,000*
7	afstand	23	54,8%	0,037	zeer zwak	0,818
8	bereikbaarheid	18	42,9%	0,225	zeer zwak	0,152
9	medische gegevens	22	52,4%	0,665	matig	0,000*
10	haalbaar vergoeding	24	57,1%	0,444	zwak	0,003*
11	eigen bijdrage	25	59,5%	0,555	matig	0,000*
12	belangrijke voorzieningen	24	57,1%	0,092	zeer zwak	0,564
13	genoeg tijd	23	54,8%	0,620	matig	0,000*
14	omgeving	23	54,8%	0,215	zeer zwak	0,172
15	mogelijk bij eerstelijns	20	47,6%	0,088	zeer zwak	0,581
16	omgang	27	64,3%	0,130	zeer zwak	0,414
17	ervaring	26	61,9%	0,585	matig	0,000
18	vertrouwelijk	22	52,4%	0,167	zeer zwak	0,291
19	toegang ouders	19	45,2%	0,437	zwak	0,004*
20	toestemming zorg	21	50,0%	0,384	zwak	0,012*
21	compleet overzicht	12	28,6%	0,087	zeer zwak	0,585
22	langere relatie	22	52,4%	0,320	zwak	0,039*
23	samenhang beleid	15	35,7%	0,290	zeer zwak	0,062
24	samenwerken	20	47,6%	0,496	zwak	0,001*
25	waardig	28	66,7%	0,595	matig	0,000*

	behandelen					
26	benaderen en oordelen	22	52,4%	0,262	zeer zwak	0,094*
27	ziekenhuis 1 ^e lijns	23	54,8%	0,403	zwak	0,008*
28	overname ziekte	29	69,0%	0,385	zwak	0,012*
29	gespecialiseerde zorg	27	64,3%	0,087	zeer zwak	0,583
30	binnen praktijk	22	52,4%	0,186	zeer zwak	0,236
31	doorsturen	21	50,0%	0,494	zwak	0,001*
32	onafhankelijke ouder	22	52,4%	0,195	zeer zwak	0,216
33	goede info	21	50,0%	0,128	zeer zwak	0,418
34	info begrijpen	21	50,0%	0,396	zwak	0,010*
35	steunen	19	45,2%	0,069	zeer zwak	0,662
36	mening kind	24	57,1%	0,202	zeer zwak	0,202
37	meebeslissen	23	54,8%	0,043	zeer zwak	0,789
38	gelijkheid achtergrond	13	31,0%	0,293	zeer zwak	0,060
39	dezelfde toegang kwaliteit	15	35,7%	0,384	zwak	0,012*
40	open kwaliteit	21	50,0%	0,254	zeer zwak	0,104

*Significant: $P < 0,05$

Indruksvaliditeit

De respondenten hebben een erg wisselende indruk van de eerste meting van de POCHA vragenlijst. Er zijn van de 196 ingevulde vragenlijsten 75 (38,3%) respondenten die feedback hebben gegeven op de vragenlijst. Er zijn 45 van de 196 (23%) respondenten die vinden dat de vragenlijst lang is. 18 (9,2%) respondenten vinden de vragenlijst onduidelijk en 11 (5,6%) respondenten vinden de vragenlijst moeilijk te begrijpen, tegenover 1 (0,5%) respondent die gereageerd heeft dat de vragenlijst goed begrijpelijk taalgebruik bevat. Daarnaast zijn er 3 (1,5%) respondenten die noemen dat er overlap in de vragen zit. Verder zijn er 9 (4,6%) respondenten die de POCHA te breed vinden en 1 (0,5%) respondent die noemt dat de vragenlijst oppervlakkig is. Er zijn 6 (3,1%) respondenten die vinden dat ze te weinig ervaring hebben met de zorg om de POCHA goed in te kunnen vullen. Door 7 (3,6%) respondenten wordt genoemd dat de leeftijd van de kinderen gevraagd zou moeten worden, aangezien de leeftijd van de kinderen invloed kan hebben op de manier waarop de POCHA geïnterpreteerd en ingevuld wordt door de ouders. 2 (1%) respondenten vinden de vragen die te maken hebben met declaratie en vergoeding van de zorg in Nederland irrelevant, met als reden dat de vergoeding automatisch gaat en ze nooit een rekening zien. Als laatst is er nog 1 (0,5%) respondent die vindt dat de vragen erg gericht zijn op de sociaaleconomische status.

Bij de tweede meting zijn er 42 respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld. Hiervan hebben er 3 (7,1%) feedback gegeven op de POCHA vragenlijst. Er is 1 (2,4%) respondent die vindt dat de vragenlijst onduidelijk is en 1 (2,4%) respondent vindt de vragenlijst moeilijk. Daarnaast vindt 1 (2,4%) dat hij te weinig ervaring heeft met de zorg om de vragenlijst goed te kunnen invullen.

5. Discussie

In dit onderzoek is onderzoek gedaan naar de vraag: 'wat zijn de betrouwbaarheid en de validiteit van de POCHA voor het meten van de ervaringen met de eerstelijnszorg bij ouders van kinderen tussen 0 en 18 jaar in de Nederlandse populatie?'

De construct validiteit wordt als voldoende beschouwd. De construct validiteit wordt onderbouwd door de matige concurrent validiteit, een zwakke content validiteit en goede interne consistentie. De betrouwbaarheid van de POCHA heeft een goede interne consistentie en een matige test-hertest betrouwbaarheid.

5.1 Interpretatie

Construct validiteit

In de vergeleken literatuur zijn er een aantal begrippen niet gedefinieerd, die in de POCHA gehanteerd worden als begrip voor het meten van kwaliteit van zorg. De meest opvallende begrippen die niet voorkomen in de vergeleken literatuur zijn empowerment en transparant. Een verklaring hiervoor is dat de gedachte over kwaliteit van zorg door de jaren heen veranderd is (43). Sinds 2 jaar is het verplicht voor zorgverleners om transparant te zijn naar hun patiënten (42). Ook empowerment is de laatste jaren steeds belangrijker geworden in de huidige zorg (37). Het is dus belangrijk om deze begrippen te meten bij de beoordeling van kwaliteit van zorg.

Er zijn ook begrippen die niet gedefinieerd zijn in de POCHA, maar in de andere studies wel het begrip kwaliteit van zorg meten. Deze begrippen zijn echter deels op basis van hun definitie uitgevraagd bij andere begrippen van de POCHA. Volgens dit onderzoek zijn er geen essentiële begrippen voor het meten van kwaliteit van zorg, die ontbreken in de POCHA.

Concurrent validiteit

De correlatie tussen de POCHA en de EUROPEP is zwak. Een mogelijke verklaring voor de zwakke correlatie is dat de vragen op een uiteenlopende manier gesteld zijn. Ook wordt er in de EUROPEP gevraagd naar de kwaliteit van de geleverde zorg, in tegenstelling tot bij de POCHA.

De correlatie tussen de gekoppelde vragen, die hetzelfde meten met een andere vraagstelling, is zeer zwak tot zwak. De lage correlatie komt mogelijk doordat de vragen een andere vraagstelling hebben, waardoor wellicht de interpretatie anders is. Opvallend hierbij is dat de vragen van de EUROPEP meer gespecificeerd zijn dan de vragen van de POCHA.

Content validiteit

De correlatie tussen het tevredenheidscijfer en de uitkomst van de POCHA is zwak. Hierbij is het opvallend dat een zeer groot deel van de respondenten, namelijk 74,5% een cijfer tussen de 7 en de 8 geeft. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat als respondenten een cijfer geven, zij een cijfer geven op basis van een algemeen beeld dat zij van de zorg hebben. De POCHA wordt gemeten op een Likertschaal van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' (1-5). Het is opvallend dat de respondenten voornamelijk antwoorden 'neutraal' en 'mee eens' (3-4) geven. Een verklaring hiervoor is dat respondenten niet snel een uiterste kiezen (44).

Interne consistentie

Bij de interne consistentie zijn een aantal opvallende resultaten. Zo is het opvallend dat de interne consistentie voor het geheel zeer goed is terwijl een aantal aparte begrippen, die samen ervaring van kwaliteit van zorg meten, een lage interne consistentie hebben. Een verklaring hiervoor is dat de meeste van deze begrippen maar twee of drie vragen per begrip hebben. Daarnaast is opvallend dat accessibility met negen vragen ook een matige interne consistentie heeft. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat accessibility veel verschillende onderwerpen heeft die uitgevraagd worden (45).

De begrippen met onvoldoende of matige interne consistentie hebben niet opvallend minder overeenkomst met de vier studies die vergeleken zijn in de construct validiteit. Een verschil in definities is in dit onderzoek geen mogelijke verklaring voor een lagere interne consistentie.

5.2 Sterke en zwakke punten

Dit onderzoek heeft een aantal sterke en zwakke punten. Een sterk punt van dit onderzoek is de populatieomvang van de eerste meting. De gewenste sample size van de eerste meting was 180. Echter hebben er 196 respondenten meegewerkt aan dit onderzoek.

Ook zijn er een aantal punten die minder sterk zijn aan dit onderzoek. De man-vrouw verhouding in dit onderzoek wijkt af van de gemiddelde populatie in Nederland. In dit onderzoek is het percentage mannelijke respondenten 27,2 en het percentage vrouwelijke respondenten 72,8. Tijdens het uitdelen van de vragenlijsten is meermaals benoemd door de man dat hij hier niets vanaf wist en dat zijn vrouw de POCHA vragenlijst dus beter kon invullen. Een verklaring hiervoor is dat de vrouwen over het algemeen meer de zorg voor kinderen op zich nemen, zeker als de kinderen ziek zijn (46).

Een ander minder sterk punt aan dit onderzoek is dat het hoge percentage hoogopgeleiden (51,1%). Het percentage hoogopgeleiden in dit onderzoek wijkt af van het percentage hoogopgeleiden in de Nederlandse populatie (30,6%) (47). Een verklaring hiervoor is dat de vragenlijst voor een groot deel via het netwerk van de onderzoekers is verspreid.

Daarnaast is de gewenste sample size van de tweede meting ($n=100$) niet gehaald. Aan de tweede meting hebben 42 respondenten meegewerkt. Door de kleine groep respondenten zijn veel resultaten van de test-hertest betrouwbaarheid per vraag niet significant. De reden voor een tegenvallend respondenten aantal dat wilde meewerken aan de tweede meting is dat de respondenten de vragenlijst te lang, moeilijk of onduidelijk vonden bleek uit de feedback.

Verder is het berekenen van de concurrent validiteit, content validiteit en test-hertest betrouwbaarheid is gebruik gemaakt van de gemiddelde antwoord score van de respondenten. De POCHA is een vragenlijst met antwoordmogelijkheden volgens de Likertschaal. De Likertschaal is een ordinale schaal. Bij een ordinale schaal stapgrootte tussen de antwoordmogelijkheden geen vast gegeven en kan er beter een mediaan of modus worden weergegeven. Hierdoor is het berekenen met de gemiddelde antwoord score een zwak punt.

5.3 Aanbevelingen

Voordat er verder onderzoek wordt gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de POCHA vragenlijst worden er een aantal aanbevelingen gedaan over mogelijke aanpassingen voor de vragenlijst. De belangrijkste aanbeveling is het taalgebruik vereenvoudigen. Daarnaast

is de vragenlijst inkorten ook een belangrijke aanbeveling om het gebruikersgemak van de vragenlijst te verhogen.

Voor verder onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid wordt aanbevolen om een kwalitatief onderzoek te doen. Kwalitatief onderzoek kan ervoor zorgen dat er meer en uitgebreidere feedback vanuit de respondenten kan worden verzameld.

Daarnaast wordt aanbevolen om de POCHA vragenlijst nogmaals via een onderzoeksbureau af te nemen. Hierdoor zal het onderzoek een grotere sample size hebben, waardoor de sample size van tweede meting ook groter zal zijn. Als gevolg zal de onderzoekspopulatie meer overeenkomst hebben met de gemiddelde Nederlandse populatie en heeft het onderzoek een betere generaliseerbaarheid.

Literatuurlijst

1. Wagemakers A, Vaandrager L. Modellen voor de sociale en fysieke determinanten van gezondheid 2007.
2. Models of Child Healthcare Appraised [05-02-2018]. Available from: <http://www.childhealthservicemodels.eu/>.
3. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. 1978.
4. Organization WH. Main terminology [05-03-2018]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>.
5. Schafer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W, et al. The Netherlands: health system review. Health systems in transition. 2010;12(1):v-xxvii, 1-228. PubMed PMID: 21132996. Epub 2010/12/08. eng.
6. Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. The Point of Care Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. The Kings Fund. 2009.
7. Rijksoverheid. Kwaliteit van zorg [01-03-2018]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg>.
8. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project. 2006.
9. Kessel Pv, Triemstra M, Boer Dd. Handreiking voor het meten van kwaliteit van zorg met Patient Reported Outcome Measures. NIVEL, 2014.
10. Rooijen MR-v, Damman OC, Sixma HJ, Spreeuwenberg P, Rademakers J. CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. NIVEL, 2009.
11. Hendriks M, Krol M, Zuizewind C. PREM Eerstelijnszorg en PREM Chronische zorg Cognitieve validatie van twee vragenlijsten over patiëntervaringen met de zorg in de eerste lijn. NIVEL, 2016.
12. Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument. Mediagroep KUN/UMC, 2000.
13. Garratt AM, Bjertnaes OA, Holmboe O, Hanssen-Bauer K. Parent experiences questionnaire for outpatient child and adolescent mental health services (PEQ-CAMHS Outpatients): reliability and validity following a national survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2011 May 21;5(1):18.
14. Bouter LM, Dongen MCJMv, Zielhuis GA. Epidemiologisch onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p. 110-63.
15. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. American Journal of Health-System Pharmacy. 2008;65(23):2276-84.
16. B Evans D, Hsu J, Ties B. Universal health coverage and universal access 2013. 546-A p.
17. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC family practice. 2010 Oct 27;11:81. PubMed PMID: 20979612. Pubmed Central PMCID: PMC2975652. Epub 2010/10/29. eng.
18. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health. 2013 March 11;12(1):18.
19. Organization WH. Patient involvement in hand hygiene promotion: 2. Patient empowerment and health care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO Press; 2009. p. 190.
20. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, de Vet HCW, Terwee CB. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2016 Mar-Apr 01/19

11/13/received

11/16/revised

11/24/accepted;20(2):105-13. PubMed PMID: PMC4900032.

21. Baarda B. Verzamelt de onderzoeker op de juiste manier zijn gegevens? Dit is onderzoek! Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2014. p. 87-92, 176.
22. Baarda B. Kiest de onderzoeker een opzet waarmee hij zijn onderzoeksvraag kan beantwoorden? Dit is onderzoek! Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2014. p. 43-63.
23. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank quarterly. 2005;83(4):691-729. PubMed PMID: PMC2690293.
24. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? HSRG. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 1992;146(12):2153-8. PubMed PMID: PMC1492299.
25. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality in Health Care. 1992;1(3):171-7. PubMed PMID: PMC1055007.
26. Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. International journal of methods in psychiatric research. 2011 Dec;20(4):235-49. PubMed PMID: 22020761. Epub 2011/10/25. eng.
27. Boshuizen HC, Chorus AMJ, Deeg DJH. Test-hertest betrouwbaarheid van de OECD vragenlijst voor lichamelijke beperkingen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2000 (3):172-9.
28. Statistiek voor historici: Universiteit Leiden; [08-06-2016]. Available from: <http://www.let.leidenuniv.nl/history/RES/stat/html/les10.html>.
29. Field A. Everything you never wanted to know about statistics. Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: Sage Londen; 2013.
30. Houwelingen JCv, Stijnen TH, Strik Rv. Inleiding tot medische statistiek. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004.
31. Verhagen A, Alessie J. Reproduceerbaarheid. Evidence based diagnostiek van het bewegingsapparaat. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
32. Henson RK. Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2001;34(3):177-89.
33. University T. Interne consistentie - Cronbach's alpha [21-06-2018]. Available from: <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/cronbach/>.
34. Lavis JN, Anderson GM. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 1996 Feb 1;154(3):321-8. PubMed PMID: 8564901. Pubmed Central PMCID: PMC1487507. Epub 1996/02/01. eng.
35. Price M, Lau FY. Provider connectedness and communication patterns: extending continuity of care in the context of the circle of care. BMC health services research. 2013 Aug 14;13:309. PubMed PMID: 23941179. Pubmed Central PMCID: PMC3751828. Epub 2013/08/15. eng.
36. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ (Clinical research ed). 2003 Nov 22;327(7425):1219-21. PubMed PMID: 14630762. Pubmed Central PMCID: PMC274066. Epub 2003/11/25. eng.
37. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. Patient education and counseling. 2013 Jan;90(1):4-11. PubMed PMID: 23063359. Epub 2012/10/16. eng.
38. Brabers A, Rooijen MvR-v. Patiënten over telefonische bereikbaarheid. . Huisarts en wetenschap. 2011;54(5):265.
39. Hanson K, Yip WC, Hsiao W. The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus. Health economics. 2004 Dec;13(12):1167-80. PubMed PMID: 15386672. Epub 2004/09/24. eng.

40. Zorgautoriteit N. Visiedocument Richting geven aan keuzes. Nederlandse Zorgautoriteit, 2007.
41. Berg Mvd, Heijink R, Zwakhals L, Verkleij H, Westert G. Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. Eurohealth. 2011;16(4):27-9.
42. Hoofdstuk 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, (2016).
43. Ministerie van volksgezondheid wes. De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee? Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, 2014.
44. Buuren Mv. De invloed van etniciteit op de sociaal wenselijkheidscore van de Hoe Ik Denk vragenlijst. Utrecht: Univeriteit Utrecht; 2008.
45. Sijtsma K. Over misverstanden rond Cronbachs alfa en de wenselijkheid van alternatieven. De Psycholoog. 2009;44:561-7.
46. Statistiek CBvd. Moeder doet meer aan opvoeding, ook als ze werkt 2015 [updated 06-10-201514-06-2018]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/41/moeder-doet-meer-aan-opvoeding-ook-als-ze-werkt>.
47. Rijksoverheid. Hoogst behaald onderwijsniveau [14-06-2018]. Available from: <https://www.onderwijsinijfers.nl/kengetallen/sectoroverstijgend/nederlands-onderwijsstelsel/hogst-behaalde-onderwijsniveau>.

Bijlagen

Bijlage 1. OECD framework

Figure 1: the OECD framework for HSPA

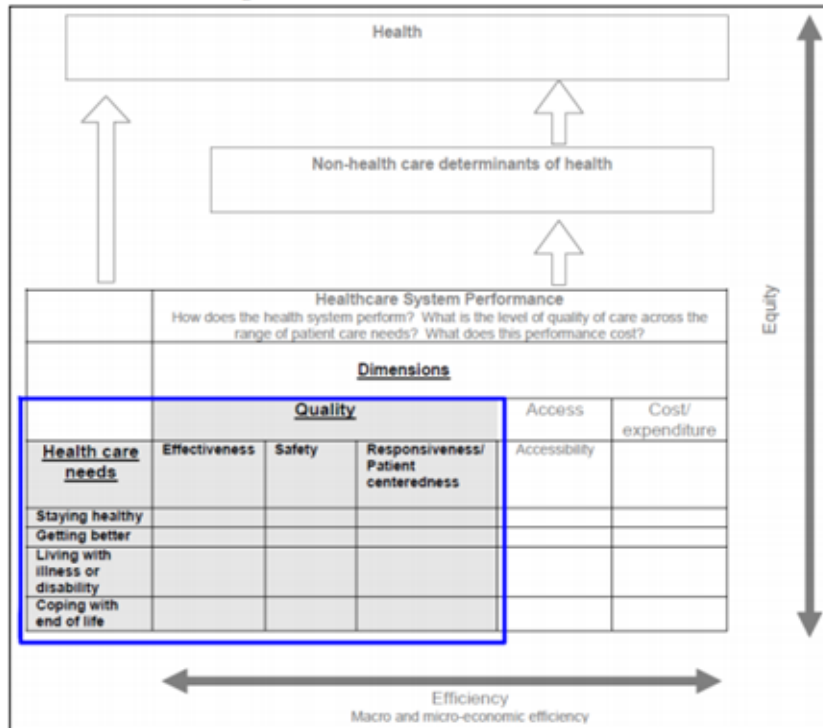
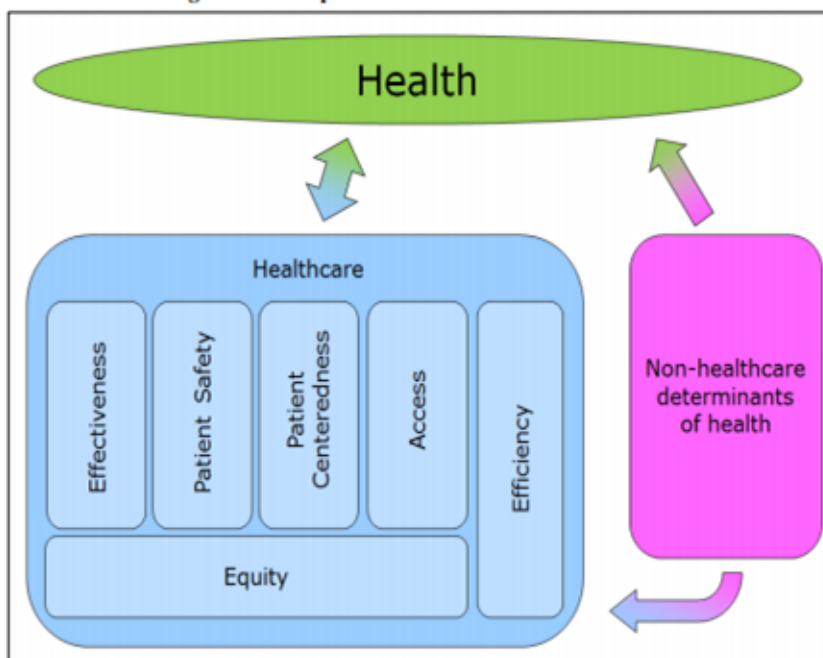


Figure 2: A simplified version of OECD framework



Bijlage 2. POCHA vragenlijst eerste meting

De eerste meting bestaat uit de achtergrond informatie vragen, de ervaringen vragen van de POCHA en de aangepaste ervaringen vragen van de EUROPEP (bijlage 3). De tweede meting bestaat uit de

Achtergrondkenmerken

Heeft u een of meer kinderen die jonger zijn dan 18 jaar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Wat is uw Leeftijd?

Ik ben ...

- ☐ tussen de 20 en 24 jaar
- ☐ tussen de 25 en 29 jaar
- ☐ tussen de 30 en 34 jaar
- ☐ tussen de 35 en 39 jaar
- ☐ tussen de 40 en 44 jaar
- ☐ tussen de 45 en 49 jaar
- ☐ tussen de 50 en 54 jaar
- ☐ tussen de 55 en 59 jaar
- ☐ tussen de 60 en 64 jaar
- ☐ tussen de 65 en 69 jaar
- ☐ 70 jaar of ouder

Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Waar bent u op het moment dat u deze vragenlijst invult?

- ☐ Thuis
- ☐ Bij een eerstelijnsgezondheidszorg instelling
- ☐ Bij een tweedelijns gezondheidszorg instelling
- ☐ Anders, namelijk

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Vmbo, onderbouw havo of vwo, mbo niveau 1
- ☐ Havo, vwo, mbo niveau 2-4
- ☐ Hbo of wo bachelor
- ☐ Hbo of wo master, doctor
- ☐ anders

In welk land bent u geboren?

- ☐ Nederland

- Indonesië/ voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk.....

Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar, voor (een van) uw kind(eren) contact gehad met de volgende eerstelijns zorgverleners?

	Niet	1	2	3	Meer dan 3 keer
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Tandarts	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐	☐	☐	☐
Maatschappelijk werker	☐	☐	☐	☐	☐
Wijkverpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐

Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar, voor (een van) uw kind(eren) contact gehad met de volgende andere zorgverleners?

	Niet	1	2	3	Meer dan 3 keer
Consultatiebureau verpleegkundige en/ of arts	☐	☐	☐	☐	☐
JGZ verpleegkundige en/of arts	☐	☐	☐	☐	☐
Specialist in het ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐

Met welke eerstelijns zorgverlener had u het laatste contact?

- Huisarts
- Tandarts
- Fysiotherapeut
- Consultatiebureau
- Maatschappelijk werker
- Wijkverpleegkundige
- Jeugdzorg op school

Wanneer was dit laatste contact?

- 1-7 dagen geleden

- 7-30 dagen geleden
- 1-3 maanden geleden
- 4-6 maanden geleden
- 7-12 maanden geleden
- >13 maanden geleden

Ervaringen vragen van de POCHA

Nu willen wij u iets vragen over uw ervaringen met eerstelijns zorgverleners (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, consultatiebureau, jeugdgezondheidszorg op school, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige), de eerstelijns zorginstellingen en het eerstelijns zorgsysteem.

Als u terugdenkt aan uw contact met de eerstelijns zorg en eerstelijns zorgverleners voor uw kinderen in het laatste jaar, in welke mate bent u het dan eens met de volgende stellingen?

	Ze er mee oneens	Mee eens	Neu traal	Mee eens	Ze er mee eens	Weet niet
1. Eerstelijns zorgverleners geven snel zorg aan kinderen, afhankelijk van de ernst van het gezondheidsprobleem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eerstelijnszorg voor een kind heeft een makkelijk systeem voor het maken van afspraken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eerstelijnszorg voor een kind heeft ruime openingstijden, mogelijkheden tot zorg buiten openingstijden en huisbezoeken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Een kind en/of zijn ouders kunnen een afspraak maken met andere eerstelijns zorgverleners zonder verwijzing van hun eerstelijns zorgverlener	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Een kind en/of zijn ouders kunnen een afspraak maken met tweedelijns zorgverleners zonder verwijzing van een eerstelijns zorgverlener	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eerstelijns zorgverleners geven goede informatie over de verschillende soorten van zorg die aanwezig zijn voor een kind, en over hoe zijn ouders deze zorg kunnen krijgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eerstelijnszorg voor een kind is op korte afstand beschikbaar en makkelijk bereikbaar te voet, op de fiets, met de auto of met het openbaar vervoer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eerstelijnszorg voor een kind is makkelijk bereikbaar met een kindervagen, rolstoel of andere hulpmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Een kind en/of zijn ouders hebben toegang tot de medische gegevens van het kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. De inzet om vergoeding en/of terugbetaling van gemaakte kosten voor eerstelijnszorg voor een kind te krijgen is redelijk en haalbaar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. De verzekering vergoedt of betaalt eerstelijnszorg voor een kind, of eerstelijns zorg heeft een acceptabele eigen bijdrage	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. In de eerstelijnszorg zijn de belangrijke voorzieningen en materialen aanwezig om de zorg die nodig is voor een kind te geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eerstelijns zorgverleners kunnen genoeg tijd besteden aan een kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eerstelijns zorgverleners geven zorg voor een kind zoveel mogelijk in een schone en aantrekkelijke omgeving	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Zorgverleners geven gezondheidszorg voor een kind waar mogelijk in de eerste lijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eerstelijns zorgverleners gaan goed om met gezondheidsproblemen van een kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eerstelijns zorgverleners hebben genoeg ervaring en zijn bekwaam om zorg te geven aan een kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Een kind heeft recht op een vertrouwelijke afspraak met de eerstelijns zorgverlener	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. In de eerstelijnszorg heeft een kind de mogelijkheid om toegang tot zijn medische gegevens voor zijn ouders te beperken, en zo zijn privacy te beschermen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. In de eerstelijnszorg moeten het kind en/of de ouders toestemming geven, om het voor andere zorgverleners mogelijk te maken toegang tot de medische gegevens van dat kind te krijgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Alle eerstelijns zorgverleners die zorg geven aan een kind hebben toegang tot een compleet overzicht van de medische gegevens van dat kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Een kind en zijn ouders hebben voor langere tijd een relatie met dezelfde eerstelijns zorgverlener	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Eerstelijns zorgverleners hebben een logisch en samenhangend beleid, en de zorgverlener past het beleid aan als dat nodig is	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Alle zorgverleners die zorg geven aan een kind weten van elkaar betrokkenheid, vertrouwen elkaar en werken goed samen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eerstelijns zorgverleners behandelen een kind en zijn ouders waardig en met respect	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Eerstelijns zorgverleners zijn makkelijk te benaderen, attent en oordelen niet over de ouder en het kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Als een kind bijzondere en/of voor lange tijd zorg nodig heeft, werken zorgverleners in het ziekenhuis en de eerste lijn samen om de zorg dicht bij huis te geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Als de eerstelijns zorgverlener van een kind ziek of afwezig is, dan neemt een andere zorgverlener de zorg over	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Gespecialiseerde zorg voor een kind is aanwezig in de eerste lijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Als de belangrijkste eerstelijns zorgverlener van een kind de zorg die dat kind nodig heeft niet kan geven, dan kunnen andere zorgverleners binnen die eerstelijns praktijk deze zorg geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Eerstelijns zorgverleners sturen een kind snel door naar andere zorgverleners als dit voor hun zorg belangrijk is	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. In de eerstelijnszorg kan een kind onafhankelijk van zijn ouders zijn mening geven over zijn zorg en gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. In de eerstelijnszorg krijgen een kind en zijn ouders goede informatie over de zorg voor dat kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Eerstelijns zorgverleners doen hun best om ervoor te zorgen dat een kind en zijn ouders die informatie die ze geven begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Eerstelijns zorgverleners steunen een kind en zijn ouders in het zelfstandig dragen voor en verbeteren van de gezondheidszorg van het kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Eerstelijns zorgverleners houden in hun manier van omgang met de gezondheid van een kind rekening met de mening van dat kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. In de eerstelijnszorg kunnen een kind en zijn ouders meebeslissen over de zorg van dat kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. De gezondheid van een bepaald kind is niet anders dan die van kinderen van ouders met een andere sociale situatie, inkomen, migratie of culturele achtergrond, en/of uit een andere regio of plaats	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Alle kinderen hebben dezelfde toegang tot eerstelijnszorg en krijgen dezelfde kwaliteit van eerstelijnszorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Eerstelijns zorgverleners zijn open naar een kind en zijn ouders over de kwaliteit van de aanwezige zorg voor kinderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 3. Vragenlijst EUROPEP en aangepaste vragenlijst EUROPEP

Aan de EUROPEP zijn een aantal kleine aanpassingen gemaakt. De aanpassing bestaat uit het toevoegen van uw kind in de vragen. Hiervoor is gekozen omdat er zo geen verwarring ontstaat of het over de ouders of specifiek over het kind gaat.

Vraag	Domein	EUROPEP	Aangepaste EUROPEP
		Als u terugkijkt naar de afgelopen maanden wat vindt u dan van de huisarts en praktijk als het gaat om:	Als u terugkijkt naar uw contact met eerstelijns zorgverleners (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, consultatiebureau, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige) wat vindt u dan van de volgende onderdelen van zorg die u heeft ontvangen? Beoordeel de uitkomst op een schaal van 1 (slecht) tot 5 (uitstekend). De mate waarin eerstelijns zorgverleners...
1	Relatie en communicatie	U het gevoel geven dat hij/zij tijd voor u had tijdens de consulten?	U het gevoel geven dat hij/zij tijd voor uw kind(eren) had tijdens de consulten?
2	Relatie en communicatie	De belangstelling voor uw persoonlijke situatie?	Belangstelling heeft voor de persoonlijke situatie van uw kind(eren)?
3	Relatie en communicatie	Ervoor zorgen dat u hem of haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?	Ervoor zorgen dat uw kind(eren) hem of haar gemakkelijk over hun problemen kon vertellen?
4	Relatie en communicatie	U betrekken bij de beslissing over het medisch handelen?	Uw kind(eren) betrekken bij de beslissing over het medisch handelen?
5	Relatie en communicatie	Naar u luisterde?	Naar uw kind(eren) luisterde?
6	Relatie en communicatie	Het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?	Uw gegevens en de aantekeningen over uw kind(eren) vertrouwelijk houden?
7	Medische zorg	Het snel verlichten van uw klachten?	De klachten van uw kind(eren) snel verlichten?
8	Medische zorg	Het bieden van hulp zodat u zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?	Hulp bieden zodat uw kind(eren) zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?
9	Medische zorg	Een zorgvuldige en degelijke aanpak?	Een zorgvuldige en degelijke aanpak hebben?
10	Medische zorg	Lichamelijk onderzoek doen bij u?	Lichamelijk onderzoek doen bij uw kind(eren)?
11	Medische zorg	Het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten en preventieve taken zoals bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontroles, inentingen?	Hulp aanbieden bij het voorkomen van ziekten en preventieve taken voor uw kind(eren), zoals bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontroles, inentingen?
12	Informatie en ondersteuning	Uitleg geven over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?	Uitleg geven aan u en uw kind(eren) over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?
13	Informatie en ondersteuning	U vertellen over wat u wilde weten over uw klacht?	U vertellen over wat u wilde weten over uw kind(eren) hun klacht?
14	Informatie en ondersteuning	Hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	Hulp aanbieden/geven bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw kind(eren)

			zijn/haar gezondheidstoestand?
15	Informatie en ondersteuning	Het duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?	Het duidelijk maken aan u en uw kind(eren) waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?
16	Continuïteit en behulpzaamheid	Weten wat hij/zij gedaan of u verteld heeft tijdens voorgaande bezoeken?	Weten wat hij/zij gedaan of u en uw kind(eren) verteld heeft tijdens voorgaande bezoeken?
17	Continuïteit en behulpzaamheid	U voorbereiden op wat u kon verwachten bij de specialist of onderzoek in het ziekenhuis?	U voorbereiden op wat uw kind(eren) kon/konden verwachten bij de specialist of onderzoek in het ziekenhuis?
18	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	De behulpzaamheid van de medewerkers? (anderen dan de arts)	De mate waarin de medewerkers van de praktijk van de eerstelijns zorgverleners behulpzaam zijn? (anderen dan de arts)
19	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	Het krijgen van een afspraak op het moment dat het u schikte?	Een afspraak kunnen maken op het moment dat het u en uw kind(eren) schikte?
20	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	De telefonische bereikbaarheid van de praktijk?	De mate waarin de praktijk van de eerstelijns zorgverleners: Telefonische bereikbaar is?
21	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	De mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?	Het mogelijk is om de eerstelijns zorgverlener te bereiken via de telefoon?
22	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	De wachttijd in de wachtkamer?	De wachttijd in de wachtkamer?
23	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	Het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?	Hulp verlenen bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?

Bijlage 4. Feedback indrukvaliditeit

Feedback eerste meting

Opmerking	Codering
Te veel dezelfde soort vragen, waardoor onnodig lang wordt	Overlap Lang
Te lang, te vaak gevraagd naar hetzelfde	Overlap Lang
Te veel vakterminologie	Te moeilijk
Wat wordt er bedoeld met de declaratie vraag zorgverzekeraars	Declaratie in NL irrelevant Onduidelijk
Wat een slechte vragenlijst. De stellingen lijken zoveel op elkaar en zijn moeilijk omschreven. Ben vrij hooggeschoold, voor mij was het niet meer mogelijk om onderscheid in de vragen aan te brengen. De laatste vragen heb ik dan ook neutraal ingevuld. Je weet als lezer eigenlijk helemaal niet meer wat jullie vragen. Veel te veel vakterminologie. Zoals eerder aangegeven. Ik ben bij de stellingen afgehaakt. Op bepaald moment weet ik niet meer wat jullie nu precies bedoelen. Stellingen veel te ingewikkeld en geformuleerd. Eerst is eerstelijns louter huisarts tandarts en fysio. Later volgt een vraag over specialisten. En daarna wordt die weer niet bij 1e lijns genoemd. Totaal onduidelijk wat er nu wordt bedoeld. De rest van de vragenlijst heb ik niet meer bekeken en heb ik overal nvt ingevuld. Toch opgestuurd om jullie een signaal te geven dat zelf voor een WO geschoolde het onderdeel met de stellingen niet te doen is.	Overlap Moeilijk Onduidelijk
Hele lange vragenlijst	Lang
Openingstijden vraag onduidelijk Hoe moet je deze vragenlijst interpreteren? Wat is nu ergaaf of wat ik graag zou willen	Onduidelijk
Specificeer de vragenlijsten per leeftijd van het kind en per instelling Te breed nu bijvoorbeeld huisarts heel goed, consultatiebureau heel slecht is gemiddeld.	Breed Leeftijd kinderen
Het is heel erg gericht op Sociaal economische status	Gericht op SES
Te breed, negatieve dingen blijven hangen	Breed
Te lange vragenlijst	Lang
Te lang, weinig ervaring met zorg dus dan is het moeilijk te beoordelen	Lang Weinig ervaring
Gaat dit om ervaring of wat ik zou willen, saaie vragenlijst die te lang is	Onduidelijk Lang
Vragen over declaratie: er komt nooit een rekening → vraag irrelevant Moeilijk te lezen	Declaratie in NL Irrelevant Moeilijk
Lange zinnen, snel de draad kwijt, lastig leesbaar	Moeilijk
Te lang, eerste deel van de vragenlijst erg onduidelijk	Lang Onduidelijk
Te lang	Lang
Te lang, gaat dit over ervaringen of wat ik zou willen	Lang Onduidelijk
Veel vakterminologie, te lang en ingewikkeld	Moeilijk Lang
Te lang	Lang
Te lang en moeilijk leesbaar	Lang Moeilijk
Lang	Lang
Erg lang	Lang
Te lang	Lang
Te lang	Lang
Te lang, oersaai	Lang
Te lang	Lang
Lang	Lang

Veel te lang	Lang
Lang en saai	Lang
Lang en onleesbaar	Lang Moeilijk
Te lang, onbegrijpelijk voor gemiddeld denkniveau	Moeilijk Lang
Te ingewikkeld voor MBO-ers. Denk na dat je de algemene populatie wilt en niet alleen hooggeschoolde.	Moeilijk
Erg lang	Lang
Ik zou de duur van de vragenlijst toevoegen sommige vragen waren niet duidelijk (bijvoorbeeld afgelopen jaar vanaf wanneer is dit?)	Onduidelijk Lang
Ja, de vragenlijst is te lang	Lang
Lengte vd vragenlijst was mij vooraf niet duidelijk. Ook het doel van de vragenlijst vind ik niet duidelijk	Onduidelijk Lang
Zeer irritante vragenlijst. Vragen veel te ruim gesteld, gaat om meerdere 1e-lijnshulpverleners in 1 vraag	Breed
Naar mijn mening zijn er teveel vragen. Sommige vragen zijn niet duidelijk (wat wil je nu van mij weten). De groep 'eerstelijnszorgverlener' is te groot. Je kan tevreden zijn over de ene zorgverlener, maar ontevreden over de andere. Dit kan je antwoord kleuren	Onduidelijk Lang Breed
Lastig in te vullen als je alleen bij de tandarts bent geweest met je kind afgelopen periode. Uitkomst is daardoor niet echt betrouwbaar denk ik.	Weinig ervaring
Ik zou de leeftijd van de kinderen vragen. Zo creëer je een duidelijker beeld wanneer het vragen rondom privacy en dergelijke	Leeftijd kinderen
Veel vragen zijn afhankelijk van de leeftijd terwijl niet naar de leeftijd van de kinderen wordt gevraagd. Ook veel zogenaamde open deur vragen.	Leeftijd kinderen
Moeilijke, te lange en onduidelijke vragen. Vaak is onduidelijk wat wordt bedoeld. Dat is dan tussen de regels door te lezen. Dat zou interpretatie zijn en lijkt me niet de bedoeling	Moeilijk Lang Onduidelijk
Maak het taalgebruik toegankelijker en haal de spellingsfouten er uit	Moeilijk
Aantal vragen wat lastig in te vullen, omdat kind 5 jaar oud is	Leeftijd kinderen
Leeftijd is bepalend voor antwoorden. Kan me voorstellen dat de antwoorden anders zijn kind 6 of 16 is.	Leeftijd kinderen
Goed begrijpelijk taalgebruik, complimenten. Is vaak het manco bij dit soort onderzoeken.	Goed taalgebruik
Ik vind de vragen oppervlakkig. Je weet nu niet waarom iemand met iets eens of oneens is	Oppervlakkig
Ik zou huisarts en consultatiebureau splitsen. Groot verschil ervaring	Breed
Enorme vragenlijst. Niet elke vraag is even duidelijk gesteld	Lang Onduidelijk
Vind de vragenlijst erg algemeen, terwijl de eerstelijns zorgvragers zo specifiek kunnen verschillen	Breed
Het zou prettig zijn als je terug kunt naar de vorige vraag. Vragenlijst is erg lang	Lang
De stellingen mogen krachtiger neergezet kunnen worden. Zodat je een duidelijke eens of oneens kunt aangeven	Onduidelijk
Lange enquête, te veel vragen voor een betrouwbaar beeld lijkt mij. Leeftijd kids wordt niet gevraagd, wel van belang bij sommige vragen	Lang Leeftijd kinderen
Erg veel vragen	Lang
Twee weken veel te snel, kom alleen bij de huisarts met de kinderen Soms niet duidelijk wat ik vind of wat vind ik gewenst	Lang Weinig ervaring Onduidelijk
Heel veel niet kunnen invullen ivm geen klachten en gezondheidsproblemen	Weinig ervaring
Veel vragen	Lang
Veel vragen	Lang
Onderscheid in ervaring: HA en fysio meer tevreden dan hoe de JGZ was 14 jaar terug (0-4), hopelijk is het nu verbeterd.	Breed

Wel heel veel vragen. Niet duidelijk is wat bedoeld wordt met de stellingen. Mening hoe het moet zijn of ervaring	Lang Onduidelijk
Te lang	Lang
Qua interpretatie lijkt het me handig als jullie ook naar leeftijd van kind vragen	Leeftijd kinderen
Vragenlijst korter maken	Lang
Ik vond het lastig om een antwoord in te vullen op de lute schaal, ik ben bijvoorbeeld meer tevreden over de tandarts, fysio dan over de zorg die wordt verleend door de huisarts.	Breed Onduidelijk
Erg lang en vaak niet duidelijk hoe de vraag beantwoord moet worden	Lang Onduidelijk
Onze kinderen komen eigenlijk nooit bij een huisarts en hebben geen klachten. Alleen periodiek bij de tandarts. De vragenlijst is dan lastig in te vullen	Weinig ervaring
De vragenlijst is te lang	Lang
Veel te veel vragen	Lang
Vage lange enquête. Heb weinig te maken met eerstelijnszorg en helemaal niet met tweedelijns	Lang Onduidelijk Weinig ervaring
Te lange lijst	Lang
Ik vond het niet een hele duidelijke vragenlijst (niet heel specifiek) en erg veel	Lang Onduidelijk Breed

Feedback tweede meting

Kortere vragenlijsten hanteren	Lang
Ik vind sommige vragen subjectief, ik vraag me af wat kun je hier concreet mee.	Onduidelijk
Lastig in te vullen als je kind alleen bij een tandarts en podotherapeut komt. Sommige antwoorden zijn ervaring, andere, de meeste, zijn hoe je denkt dat het is/ gaat.	Weinig ervaring Moeilijk
Contact met huidige huisarts op dit moment niet optimaal daardoor deze antwoorden	Reden anders

Bijlage 5. Gemeten begrippen bij vragen POCHA (interne consistentie)

Per begrip is aangegeven met welke vragen het begrip is gemeten.

Begrippen	Vragen
Accessibility	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Affordable	10, 11
Appropriate	12, 13, 14, 15, 16, 17
Confidential	18, 19, 20
Continuous	21, 22, 23, 24, 25, 26
Coordinated	27, 28, 29, 30, 31
Empowering	32, 33, 34, 35, 36, 37
Equable	38, 39
Transparent	40

Bijlage 6. Definities van de begrippen per studie

In deze bijlage staat per studie aangegeven welke begrippen er zijn gedefinieerd.

POCHA

Begrip	Definitie
Acceptability	People's willingness to seek services, based on their judgement of effectiveness of the service and whether or not they are treated with dignity and respect.
Accessibility	Availability The volume and type of primary care services relative to population needs.
	Geographic accessibility Remoteness of services in terms of travel distance for patients.
	Accommodation of accessibility The manner in which resources are organized to accommodate access (e.g. appointment system, after-hours care arrangements, home visits).
Affordable	Financial barriers to receive primary care services, such as co-payments and cost-sharing arrangements.
Appropriate	Appropriateness of service (effective) A service that is expected to do more good than harm for a patient with a given indication or set of indications.
	Appropriateness of setting (efficient) Whether the patient's clinical characteristics, and the services required for his or her care, match the setting in which the care is provided.
Continuous	Longitudinal continuity of care Having a long-term relationship between primary care providers and their patients in their practice beyond specific episodes of illness or disease.
	Informational continuity of care The organized collection of each patient's medical information readily available to any health care provider caring for the patient.
	Relational continuity of care The quality of the longitudinal relationship between primary care providers and patients, in terms of accommodation of patient's needs and preferences, such as communication and respect for patients.
	Provider Connectedness The sense of knowing and trust between providers who share care of a patient.
	Management continuity A consistent and coherent approach to the management of a health condition that is responsive to a patient's changing needs.
Coordinated	Gatekeeping system The level of direct access for patients to health care providers without a referral from a primary care provider.
	Primary care practice and team structure The extent to which practices are shared, team size and tenure.
	Skill-mix of primary care provider The extent to which there is diversification and substitution of primary care providers.
	Integration of primary care-secondary care The extent to which there are specialist outreach models and clinical protocols facilitating shared care.
	Integration of primary care and public health The extent to which primary care providers collaborate with practitioners from the public health sector to provide services that influence health.
Empowering	A process in which patients understand their role, are given the knowledge and skills by their health-care provider to perform a task in an environment that recognizes community and cultural differences and encourages patient participation.
Equality	Equality in access The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics.
	Equity in health The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups.
Transparent	The degree to which a healthcare service or provider is open about their quality, cost structure, services and work method.

Donabedian

Begrip	Definitie
Acceptable	Conformity to patient preferences regarding accessibility, patient-doctor relationship, amenities, effects of care and cost of care
Efficacy	The ability of care, at its best, to improve health
Efficiency	The ability to obtain the greatest health improvement at the lowest cost
Effectiveness	The degree to which attainable health improvements are realized
Equity	Fairness in the distribution of care and its effects on health
Legitimacy	Conformity to social preferences concerning all of the above
Optimality	The most advantageous balancing of costs and benefits

HSRG

Begrip	Definitie
Accessible	Question to be asked: Do barriers exist to the delivery of necessary care?
Comprehensiveness	Question to be asked: Is a broad perspective on the health care of the patient taken? Are all appropriate resource integrated into the process of care?
Continuous	Question to be asked: Is there continuity of information and intent through open communication?
Coordinated	Question to be asked: Is care coordinated between providers?
Efficiency	Question to be asked: Is there parsimonious provision of necessary services without corner cutting that puts patients at risk?
Effectiveness	Question to be asked: Is care delivered in accordance with defined standards of benefits and risks, reflecting the best achievable processes and outcomes in given circumstances?
Patient Centeredness	Question to be asked: Is care planned for and with individual patients?

Maxwell

Begrip	Definitie
Acceptability	Questions that help to define and expand the label quality: - How humanely and considerately is this treatment/service delivered? - What does the patient think of it? - What would/does an observant third party think of it? (how would I feel if it were my nearest or dearest?) - What is the setting like? - Are privacy and confidentiality safeguarded?
Accessibility	Questions that help to define and expand the label quality: - Can people get this treatment/service when they need it? - Are there any identifiable barriers to service?
Efficiency	Questions that help to define and expand the label quality: - Is the output maximised for a given input or (conversely) is the input minimised for a given level of output? - How does the unit cost compare with the unit cost elsewhere for the same treatment/service?
Effectiveness	Questions that help to define and expand the label quality: - Is the treatment given the best available in a technical sense, according to those best equipped to judge? - What is their evidence? - What is the overall result of the treatment?
Equity	Questions that help to define and expand the label quality: - Is this patient or group of patients being fairly treated relative to others? - Are there any identifiable failings in equity?
Relevance	Questions that help to define and expand the label quality: - Is the overall pattern and balance of services the best that could be achieved, taking account of the needs and wants of the population as a whole?

Begrip	Definitie	
Access to Care	Availability of PC	The volume and type of primary care services relative to population needs.
	Geographic accessibility of PC	Remoteness of services in terms of travel distance for patients.
	Affordability of PC	Financial barriers patients experience to receive primary care services, such as co-payments and cost-sharing arrangements.
	Acceptability of PC	Patient satisfaction with the organization of primary care.
	Utilization of PC	Actual consumption of primary care services.
	Accommodation of accessibility	The manner in which resources are organized to accommodate access (e.g. appointment system, after-hours care arrangements, home visits).
	Equality in access	The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics.
Continuity of Care	Longitudinal continuity of care	Having a long-term relationship between primary care providers and their patients in their practice beyond specific episodes of illness or disease.
	Informational continuity of care	The organized collection of each patient's medical information readily available to any health care provider caring for the patient.
	Relational continuity of care	The quality of the longitudinal relationship between primary care providers and patients, in terms of accommodation of patient's needs and preferences, such as communication and respect for patients.
Coordination of Care	Reflects the ability of primary care providers to coordinate use of other levels of health care.	
	Gatekeeping system	The level of direct access for patients to health care providers without a referral from a primary care provider.
	Primary care practice and team structure	The extent to which practices are shared, team size and tenure.
	Skill-mix of primary care provider	The extent to which there is diversification and substitution of primary care providers.
	Integration of primary care-secondary care	The extent to which there are specialist outreach models and clinical protocols facilitating shared care.
	Integration of primary care and public health	The extent to which primary care providers collaborate with practitioners from the public health sector to provide services that influence health.
Comprehensiveness of Care	Represents the range of services available in primary care to meet patients' health care needs.	
	Medical equipment available	Range of medical equipment available in primary care practices.
	First contact for common health problems	The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups.
	Treatment and follow-up of diagnoses	Range of diagnoses for which treatment and follow-up is provided in primary care.
	Medical technical procedures and preventive care	Range of medical technical procedures and preventive care provided in primary care.
	Mother and child and reproductive health care	Range of mother and child reproductive health care services provided in primary care.
	Health promotion	Range of health promotion activities provided in primary care
Efficiency of Care	The balance between the level of resources in the system used to treat patients to come to certain outcomes.	

	Allocative and productive efficiency	Respectively, minimizing patient's opportunity cost of time spent in treatment; maximizing the patient's outcome, minimizing the cost per patient.
	Technical efficiency	A system is technical efficient if it cannot reduce its resource use without reducing its ability to treat patients or to reach certain outcomes.
	Efficiency in performance of primary care workforce	Reflected by basic figures relating to the provision of care, such as number of consultations and their duration, frequency of prescription medicines (unnecessary use), and the number of new referrals to medical specialists
Equity in Health	The absence of systematic and potentially remediable differences in health status across population groups.	