

MASTER

De weegschaal van wel en wee

ontwikkeling en afname van een meetinstrument voor cliënttevredenheid bij Valkenhof, centra voor verpleging en verzorging

Pouwels, P.P.B.

Award date:
2005

[Link to publication](#)

Disclaimer

This document contains a student thesis (bachelor's or master's), as authored by a student at Eindhoven University of Technology. Student theses are made available in the TU/e repository upon obtaining the required degree. The grade received is not published on the document as presented in the repository. The required complexity or quality of research of student theses may vary by program, and the required minimum study period may vary in duration.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain

De Weegschaal van Wel en Wee

Ontwikkeling en afname van een meetinstrument
voor cliënttevredenheid bij Valkenhof, centra voor
verpleging en verzorging



Paul Pouwels
Valkenswaard / Eindhoven 2005

NIET
UITLEENBAAR

TBM

De Weegschaal van Wel en Wee

Ontwikkeling en afname van een meetinstrument
voor cliënttevredenheid bij Valkenhof, centra voor
verpleging en verzorging

Eindverslag Afstuderen



Eindhoven/Valkenswaard, Maart 2005

Auteur:

Paul Pouwels (472707)

Technische Universiteit Eindhoven
Faculteit Technologie Management
Opleiding technische bedrijfskunde
capaciteitsgroep Human Performance Management

Begeleiders Technische Universiteit:

dr. ir. P.A.M. Kleingeld

dr. H. v. Mierlo

Begeleiders Valkenhof:

drs. F.H.M. de Boer

G. Cuijpers-Kokx

NIET
UITLEENBAAR

Abstract

This report contains the design and results of a customer satisfaction survey at Valkenhof, which comprises four nursing homes and homes for the elderly. Based on critical incidents interviews a questionnaire is developed to determine the customer satisfaction and its determinants. The validity of the instrument is examined and the results of the survey are presented. Conclusions of the performance of Valkenhof and the instrument are drawn. The report ends with recommendations to improve the performance of Valkenhof.

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag van mijn afstudeerproject bij Valkenhof. Het afstudeerproject kan voor iedere student gezien worden als de kroon op de studie. Na 4,5 jaar studeren mag je tonen hoe je de geleerde theorie zelfstandig in praktijk kunt brengen. Dit verslag is het resultaat van menig uur werken, zweten, zwoegen en vloeken, maar ook van menige glimlach, zelfvoldane gevoelens en euforische stemmingen.

Tijdens het afstudeerproject ben ik mezelf tegengekomen en heb ik mijn kennis, doorzettingsvermogen en sociale vaardigheden in de strijd moeten gooien om dit project succesvol af te ronden voor Valkenhof, de Technische Universiteit, maar zeker voor mezelf.

Dit project was echter nooit tot stand gekomen zonder de hulp van anderen. De volgende mensen wil ik speciaal bedanken:

Ad Kleingeld en Heleen van Mierlo. Ad, voor je kritische begeleiding, de lange intensieve en vruchtbare discussies, maar bovenal voor je grote betrokkenheid gedurende het project. Heleen, voor je kritische noot, je betrokkenheid, maar bovenal ook voor het categoriseren van de grote stapel incidenten.

Geraldine Cuijpers en Frans de Boer voor het geven van de mogelijkheid deze opdracht te doen en voor de vrijheid die ze me hebben geboden in dit project.

Mijn collega's bij Valkenhof voor de fijne sfeer, de gezellige lunches, maar vooral voor het geven van het gevoel een van hun te zijn. Met name wil ik hier Petra Mosterman, Agnes de Sain en Corneille van Hirtum noemen.

De enquêteurs voor het snel en goed afnemen van de enquêtes bij de bewoners.

Mijn huisgenoten van "Oikos" de relativerende opmerkingen, het delen van ervaringen en het geven van adviezen.

Mijn ouders, zussen en schoonbroers voor de onvoorwaardelijke steun, de interesse en de adviezen gedurende mijn hele studie.

En natuurlijk mijn vriendin Climmy voor het opbeuren in moeilijke tijden en voor het temperen van euforische stemmingen.

Paul Pouwels

Eindhoven/Valkenwaard, Maart 2005

Samenvatting

Het afstudeerproject is het laatste onderdeel van de studie Technische bedrijfskunde aan de Technische Universiteit Eindhoven. Deze samenvatting beschrijft de uitvoering van dit project.

Valkenhof

Het afstudeerproject is uitgevoerd bij Valkenhof. Valkenhof bestaat uit vier centra voor verpleging en verzorging in Leende en Valkenswaard. In deze centra worden verschillende soorten zorg aangeboden. Te weten: psychogeriatrische verpleeghuiszorg op de locaties Taxandria en Leenderhof, somatische verpleeghuiszorg op de locatie Kempenhof en verzorgingshuiszorg op de locaties De Bogen en Kempenhof. Verdeelt over deze locaties verblijven 374 cliënten bij Valkenhof en zijn er 670 (408fte) mensen werkzaam.

Opdrachtformulering

De initiële opdrachtformulering luidde:

Valkenhof streeft om de twee jaar naar een uitvoering van een cliënttevredenheidsonderzoek om de perceptie van de cliënt te meten. Men wil weten hoe de cliënt over de dienstverlening denkt, om zo de dienstverlening aan te passen aan de wensen van cliënten. In het verleden zijn er bij Valkenhof verschillende cliënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd. Echter, deze waren verouderd of minder goed van kwaliteit. Valkenhof wenst een nieuw instrument op basis van een wetenschappelijke onderbouwing waarmee de cliënttevredenheid gemeten kan worden. Dit instrument dient vervolgens te worden gebruikt en geanalyseerd. Aan de hand van de uitkomsten van dit instrument dienen verbetervoorstellen te worden gegenereerd. Indien de tijd het toelaat kan nog gekeken worden naar de relatie tussen cliënttevredenheid, competentie management en medewerkertevredenheid.

Tijdens de probleemanalyse is de maatschappelijke discussie over de verpleeg- en verzorgingshuiszorg ter sprake gekomen. Verder zijn de standpunten van branchevereniging Arcares en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden meegenomen. Hieruit is geconcludeerd dat er een voedingsbodemp is voor het door Valkenhof geschetste probleem.

Een analyse van de onderzoeken die eerder bij Valkenhof zijn uitgevoerd, leert dat de vraag naar een nieuw onderzoek terecht is. Vervolgens zijn kernbegrippen uit de opdrachtformulering uitgediept en is er een afbakening gemaakt.

Uiteindelijk is met onderstaande definitieve opdrachtformulering aan de slag gegaan:

Ontwerp een wetenschappelijk onderbouwd instrument waarmee de perceptie van de cliënt van de service kwaliteit gemeten kan worden. Het instrument dient vervolgens te worden afgenomen, geanalyseerd en er dienen verbeterpunten voor de zorg van Valkenhof te worden geformuleerd. Het instrument moet gemakkelijk zijn in gebruik daar het over een aantal jaren weer gebruikt dient te worden.

Aan de hand van deze opdrachtformulering is er een onderzoeksdoelstelling geformuleerd. Na een literatuurstudie waarbij is onderzocht hoe de

cliënttevredenheid is gemeten in andere onderzoeken in verschillende sectoren is de methode voor dit onderzoek bepaald.

Methode

Uit de literatuurstudie is gebleken dat het gebruik van meerdere methodes om de cliënttevredenheid te meten beter is dan het gebruik van een enkele methode, omdat iedere methode sterke en zwakke punten heeft. Door meerdere methodes toe te passen kun je zwakke punten van de een compenseren door sterke van de andere en vice versa. Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om de Critical Incidents technique (CIT) te gebruiken in combinatie met een vragenlijstonderzoek.

Critical Incidents Technique

Door middel van de CIT zijn voorbeelden van goede en slechte zorg achterhaald. De CIT is een geschikte procedure om belangrijke feiten (incidenten) te verzamelen die te maken hebben met gedrag in gedefinieerde situaties. Door middel van interviews zijn er in dit onderzoek concrete incidenten verzameld bij cliënten. Deze incidenten zijn voorbeelden van wat de cliënt ervaart als "goede" of "slechte" zorg. Om structuur in de verzamelde data aan te brengen worden de incidenten vervolgens gecategoriseerd.

Met behulp van deze techniek zijn bij 44 cliënten in totaal 514 incidenten verzameld. Deze incidenten zijn onderverdeeld in 22 categorieën met daarbinnen weer subcategorieën en groepen incidenten. Deze lijst is voorgelegd aan experts van Valkenhof om te bepalen welke incidenten echt belangrijk waren en meegenomen konden worden in het vervolg van het onderzoek. Er bleven 22 categorieën met daarbinnen subcategorieën en 112 groepen incidenten over.

Vragenlijstonderzoek

Met behulp van de beoordeelde incidenten is vervolgens een vragenlijst opgesteld. De verschillende categorieën vormden schalen en de groepen incidenten werden omgezet in items. Ook zijn er vragen geformuleerd om de algemene tevredenheid te meten. De algemene tevredenheid is als onafhankelijke variabele meegenomen in het onderzoek. Door het relateren van de algemene tevredenheid aan de verschillende schalen is bepaald welke schalen belangrijk zijn voor de tevredenheid en welke in mindere mate. Uiteindelijk is er een vragenlijst bestaande uit 130 items ter beoordeling voorgelegd aan de experts van Valkenhof. Na deze beoordeling is de uiteindelijke vragenlijst opgesteld. Deze bestond uit 126 items. Er is bij de vragenlijst geprobeerd de letterlijke formulering van de incidenten zoveel mogelijk aan te houden.

De vragenlijsten zijn afgenomen bij cliënten. Cliënten zijn bewoners van Valkenhof. Indien bewoners niet meer de cognitieve mogelijkheden hadden om zelf hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek is de eerste contactpersoon gevraagd om de vragenlijst vanuit het perspectief van de cliënt in te vullen. Bij bewoners zijn er enquêteurs langsgegaan om de vragenlijsten af te nemen en contactpersonen hebben schriftelijk hun medewerking verleend.

Uitkomst

In totaal zijn er 254 vragenlijsten geretourneerd. Hiervan zijn er 135 teruggekomen van contactpersonen en 119 van de bewoners. De responspercentages zijn respectievelijk 67% en 73%.

Na de afname van de vragenlijst zijn er verschillende analyses gedaan om te bepalen of de schalen van de vragenlijst betrouwbaar zijn, om de belangrijkste items in relatie met algemene tevredenheid te bepalen en om te onderzoeken hoe Valkenhof scoort en waar verbetermogelijkheden zijn. Na een betrouwbaarheidsanalyse zijn er 17 schalen en 34 losse items meegenomen voor het verdere onderzoek. Van de schalen bleken er, na een factoranalyse, drie

meerdere factoren te meten en een duidelijke structuur te hebben. Er kon duidelijk geconcludeerd worden welke items van deze schalen invloed hadden op welke factoren. Daarom zijn deze schalen opgedeeld in de factoren.

Een correlatietabel heeft vervolgens bepaald welke factoren significant correleerden met de algemene tevredenheid. Dit bleken 37 schalen of items te zijn. Een regressieanalyse heeft bepaald welke schalen of items nu echt een belangrijke bijdrage hebben aan de algemene tevredenheid. Voor de contactpersonen waren dit "Bejegening", "Veilig voelen", "Huis Algemeen (inrichting)", "Beschikbaarheid personeel" en "Paramedische zorg". Voor bewoners waren dit "Bejegening", "Oordeel eten bewoners", "Huis Algemeen Inrichting", "Helpen bij de verzorging" en "Communicatie met bewoners". De scores van valkenhof op deze schalen en items staat weergegeven in tabel 1. De scores kunnen gezien worden op een schaal van één tot vijf, waarbij één de meest negatieve score is en 5 de meest positieve score.

Tabel 1: score van Valkenhof op schalen en items die belangrijk zijn voor algemene tevredenheid.

Belangrijk Schaal/Item	Score Valkenhof
Bejegening 11	4,05
Veilig Voelen	4,52
Huis Algemeen (Inrichting) 7	4,07
Beschikbaarheid Personeel 2	3,64
Paramedische zorg 3	4,13
Oordeel Eten bewoners 11	4,18
Helpen bij de verzorging	4,41
Communicatie met bewoners 3	4,35
Algemene tevredenheid	4,07

Contactpersonen blijken negatievere oordelen te geven dan bewoners. Alleen op de schaal algemene tevredenheid bleek dit niet zo te zijn. Hierdoor kon er ook geen verschil worden gemaakt tussen de locaties, omdat het effect van verschil in oordelen te groot was. Alleen op voor de algemene tevredenheid kan een verschil gezien worden. Op deze schaal presteert Leenderhof verzorging beter dan Kempenhof verpleging, Taxandria en De Bogen.

Conclusies

De belangrijkste conclusie die getrokken kunnen worden aan de hand van dit onderzoek zijn:

- De Critical Incidents Technique is een geschikte methode om voorbeelden van goede en slechte zorg te achterhalen bij cliënten. De methode sluit aan bij de belevingswereld van de cliënt.
- De uitkomsten van de CIT zijn goed om te zetten naar een bruikbare vragenlijst die daardoor ook aansluit bij de belevingswereld van de cliënt.
- De methode biedt door de toevoeging van de schaal algemene tevredenheid concrete verbetermogelijkheden.
- Het is goed gesteld met de cliënttevredenheid bij Valkenhof, er moet alleen voor gezorgd worden dat dit ook zo blijft.

Aanbevelingen Valkenhof

Het onderzoek heeft een aantal aanbevelingen voor Valkenhof.

- Indien de zusters hun werk minder gehaast zouden doen en ze zouden meer tijd hebben om een praatje te maken, dan zal dit een positief effect hebben op de tevredenheid.
- Het vinden van een manier waarop de cliënten de huiskamer graag gezelliger willen maken zorgt voor een positievere score op de schaal Huis Algemeen (Inrichting)

- De score op eten en daarmee in zekere mate ook de algemene tevredenheid kan verhoogd worden door bij speciale gelegenheden consequent iets extra's toe te voegen.
- Valkenhof zou de afspraken die tijdens de intake worden gemaakt wat consequenter na moeten komen. Er wordt relatief lage gescoord op dit item, wat betekent dat de afspraken volgens de cliënten niet altijd nagekomen worden.
- Contactpersonen zouden beter op de hoogte moeten worden gehouden wat betreft organisatorische ontwikkelingen binnen Valkenhof.
- Familieleden zouden beter begeleidt kunnen worden bij het zorgproces van hun familielid.
- Contactpersonen vinden dat er te weinig zusters zijn die een praatje kunnen maken, of de gewoon in de buurt zijn. Men zou de tevredenheid dus kunnen verbeteren door mogelijkheden te zoeken waardoor er meer handen aan het bed kunnen zijn.
- Leenderhof verpleging scoort verder laag (3,29) op Huis Algemeen (inrichting). Dit heeft te maken met een huiskamer die door cliënten als te klein beschouwd wordt. Een vergroting van deze kamer zou hier sterk bijdragen aan een verhoging van de score.
- Het oordeel voor Algemeen (Inrichting) is voor Taxandria en De Bogen ook aan de lage kant, respectievelijk 3,94 en 3,95. De reden hiervoor is de veroudering van de meubels. Valkenhof zou op deze locaties nieuwe meubels kunnen plaatsen om de score op Huis Algemeen (Inrichting) hoger te scoren.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het onderzoek biedt een aantal mogelijkheden tot verder onderzoek:

- De algemene tevredenheid. Het formuleren van de items om de algemene tevredenheid te meten kan gestructureerder gebeuren.
- Bredere afname. Het instrument is afgenomen bij één instelling. Een gebruik en afname van het instrument bij meerdere soortgelijke instellingen is nodig om aan te tonen of het instrument ook elders werkt.
- Onderzoek bij Valkenhof. Aan de hand van dit onderzoek zijn er zaken naar voren gekomen waarvoor Valkenhof mogelijkheden ter verbetering heeft. Er is door hun nader onderzoek nodig om te bekijken hoe deze zaken nu daadwerkelijk aangepakt kunnen worden.

Inhoudsopgave

Abstract	iii
Voorwoord	iv
Samenvatting	v
Inhoudsopgave	ix
Inleiding	1
1. Projectoriëntatie	2
1.1 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	2
1.2 Valkenhof	3
1.3 Initiële opdrachtformulering	4
1.4 Voedingsbodem voor het probleem	4
1.4.1 Maatschappelijke discussie in de verpleeg- en verzorgingshuissector	4
1.4.3 Landelijk Organisatie Cliëntenraden	5
1.5 Kritische kanttekeningen eerdere onderzoeken	6
1.5.1 Onderzoek stichting Cliënt en Kwaliteit	6
1.5.2 Onderzoek Valkenhof	7
1.6 Uitwerking initiële opdrachtformulering	7
1.7 Definitieve opdrachtformulering	9
1.8 Onderzoeksdoelstelling	10
1.9 Onderzoeksvragen	10
1.10 Theoretisch kader	10
1.10.1 Servqual	11
1.10.2 Critical Incidents Technique (CIT)	12
1.10.3 Studie in de gezondheidszorg waarbij CIT is gebruikt.	12
1.11 Onderzoeksmodel	15
2 Critical Incidents Technique	16
2.1 Methode	16
2.1.1 CIT-Interviews	16
2.1.2 Steekproef	16
2.1.3 Afname CIT-interviews	17
2.1.4 Categorisering	17
2.1.5 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	19
2.1.6 Inhoudsvaliditeit	19
2.2 Resultaten	20
2.2.1 Categorisering	20
2.2.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	20
2.2.3 Eindresultaat CIT	21
2.2.4 Inhoudsvaliditeit	23
3. Vragenlijstonderzoek	24
3.1 Methode	24
3.1.1 Constructie vragenlijst	24
3.1.2 Analyse vragenlijst	26

3.2. Afname en respons	26
3.3 Analyse gegevens	27
3.3.1. Interne consistentie	27
3.3.2 Meten schalen één of meerdere factoren?	28
3.3.3. Correlaties met algemene tevredenheid	30
3.3.4 Factoren die de algemene tevredenheid bepalen	32
3.3.5 Verschillen tussen bewoners en contactpersonen.	34
3.3.6 Verschillen tussen huizen	35
4 Conclusie en Discussie	39
4.1 Beantwoording Onderzoeksvragen	39
4.2 Critical Incidents Technique	41
4.3 Vragenlijstonderzoek	41
4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek	43
4.5 Verbetervoorstellen Valkenhof	43
4.6 Slotconclusie	44
Referenties	45
Appendices	I
Appendix 1: Lijst met afkortingen	II
Appendix 2: Organogram Valkenhof	III
Appendix 3: Protocol CIT-interviews	IV
Appendix 4: Voorbeeld lijst met categorieën en incidenten voor experts	VI
Appendix 5: Gedeelte van de vragenlijst	IX
Appendix 6: Instructie Enquêteurs	XI
Appendix 7: Items en Schalen die minder hoog correleren met de algemene tevredenheid	XII
Appendix 8: Correlatietabel	XIII

Inleiding

De verpleeg- en verzorgingshuissector ligt momenteel zwaar onder vuur. De aanleiding hiervoor is een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004) waaruit blijkt dat anno 2004 80% van de verpleeghuizen onder de maat presteerde. Vervolgens heeft de media veel aandacht besteed aan dit onderwerp. Misstanden werden aan de kaak gesteld en uiteindelijk is er zelfs een meldpunt verpleeghuizen ingesteld waar mensen hun klachten kunnen uiten. Kortom, de discussie over de kwaliteit van zorg in de verpleeg- en verzorgingshuizen is hoog opgelopen.

Ook Valkenhof opereert in deze sector. Dit rapport beschrijft de kwaliteit van de huizen van Valkenhof vanuit de perceptie van de cliënt. In dit rapport wordt de ontwikkeling en uitvoering van een instrument om de cliënttevredenheid te meten beschreven. Er wordt steeds meer gesproken over marktwerking binnen de gezondheidszorg, waarbij de cliënt zelf mag kiezen door wie en op welke locatie hij geholpen wordt. Samen met de discussie over de kwaliteit van de zorg in verpleeg en verzorgingshuizen geeft dit een voedingsbodem voor dit project.

In het eerste hoofdstuk wordt de zorgwereld en Valkenhof beschreven worden. Ook komt de definitieve probleemstelling aan bod. Na een literatuurstudie wordt in hoofdstuk twee de gebruikte methode toegelicht. Alvorens in hoofdstuk vier conclusies worden getrokken, worden in hoofdstuk drie de resultaten behandeld.

1. Projectoriëntatie

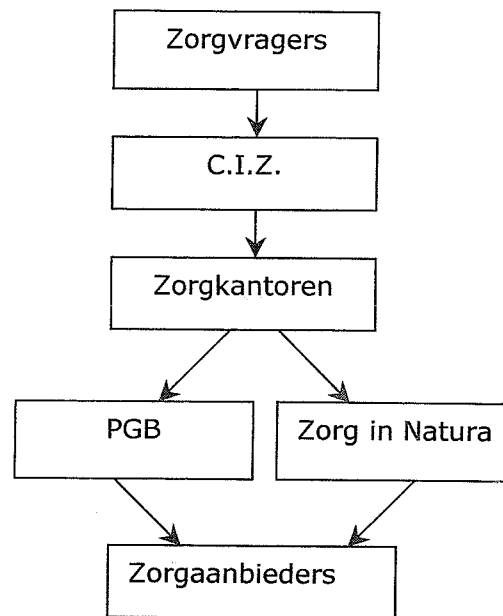
De hele zorgwereld opereert in een complexe omgeving, waarbij de nadruk ligt op de ingewikkelde financiering en de relaties tussen de verschillende actoren. In dit hoofdstuk wordt de context waarin Valkenhof opereert, beschreven. Eerst wordt ingegaan op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, waar de geleverde zorg van Valkenhof onder valt. Vervolgens komt een korte beschrijving van Valkenhof ter sprake. Verder is in dit hoofdstuk de initiële opdrachtformulering uitgewerkt tot een definitieve opdrachtformulering, waarbij de voedingsbodem voor de relevantie van het project wordt besproken.

1.1 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is de basis van de zorg die door Valkenhof geleverd wordt. Het doel van deze wet is de Nederlandse bevolking verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij om geneeskundige risico's die niet via het ziekenfonds of normale ziektekostenverzekeringen gedekt zijn, zoals een verblijf in een inrichting, een instelling voor gehandicapten, ziekenhuiszorg langer dan een jaar etcetera. Alle ingezetenen van Nederland zijn hiervoor verzekerd, ongeacht hun leeftijd of nationaliteit. Mensen die gebruik willen maken van de AWBZ moeten contact opnemen met het Centraal Indicatieorgaan Zorg (C.I.Z.). Dit orgaan indiceert onafhankelijk en objectief of mensen bepaalde zorg nodig hebben. Deze indicatie geeft aan voor welke zorg mensen in aanmerking komen en in welke mate ze deze zorg mogen ontvangen. Het C.I.Z. valt onder de verantwoordelijkheid van de Nederlandse gemeenten. Zorgvragers gaan aan de hand van de indicatie van het C.I.Z. naar een zorgkantoor. Deze voeren vervolgens het besluit van het dit orgaan uit. De zorgvrager kan hierbij zelf kiezen uit een persoonsgebonden budget of zorg in natura, waarmee vervolgens zorg kan worden verkregen bij een zorgaanbieder (zie figuur 1) (Douven, Mot & Folmer 2004).

De Nederlandse overheid besteedt jaarlijks 20 miljard euro aan de AWBZ en is daarmee wat betreft de kosten voor langdurige verzorging een van de koplopers in Europa. De afgelopen jaren zijn deze kosten snel opgelopen en door de vergrijzing zullen ze alleen maar toenemen. Nederlanders betalen nu 13,5% van hun inkomen aan de AWBZ (Dossier AWBZ, 2004).

Omdat de kosten van de AWBZ de laatste jaren zo sterk gegroeid zijn neemt het kabinet maatregelen om deze groei te beheersen. De AWBZ wordt daarbij teruggebracht tot de kern: ze willen alleen onverzekerbare zorg en een aantal zorgfuncties die bij mensen thuis wordt uitgevoerd, vergoeden. Ook wil het kabinet onder andere de marktwerking stimuleren door het verplicht contracteren van zorgkantoren af te schaffen (ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport, 2004).



Figuur 1.1: traject dat de zorgvrager moet doorlopen

1.2. Valkenhof

Valkenhof is een zorgaanbieder zoals we die in figuur 1.1 zien. Valkenhof bestaat uit vier centra voor verpleging en verzorging, met aparte locaties in Leende en Valkenswaard. De geschiedenis van Valkenhof gaat terug tot 1896, toen het van start ging als rust- en gasthuis. Sinds 40 jaar omvat de stichting naast de verzorgingshuizen voor ouderen ook verpleeghuizen, waar tevens zorg geboden wordt jongeren. Valkenhof heeft een publieke functie, waarbij het voor iedereen wil klaarstaan, zoveel mogelijk rekening houdend met de individuele wensen. Dit brengt een steeds gevarieerder aanbod met zich mee.

De *missie* van Valkenhof is: Samen mensen helpen zich beter te voelen.

De visie van Valkenhof is opgedeeld in een mensvisie en een zorgvisie.

De *mensvisie* houdt in dat Valkenhof iedere cliënt als een mens in zijn geheel ziet. Onderscheid wordt welgemaakt in de lichamelijke, de sociale en de geestelijke kant, maar deze worden niet apart behandeld. Valkenhof gaat uit van een holistisch uitgangspunt, de mens in zijn totaliteit.

De *zorgvisie* van Valkenhof komt voort uit de mensvisie. Valkenhof geeft de zorg waar de mens behoefte aan heeft. Dat wil zeggen verzorging en verpleging geven aan cliënten die hiervoor in aanmerking komen, met een speciaal oog voor cliënten die niet vaak vragen.

Valkenhof ontplooit haar activiteiten op vier verschillende locaties. Te weten:

- De Bogen te Valkenswaard; een verzorgingstehuis met 50 plaatsen, waarvan zeven plaatsen bestemd zijn voor bijzondere somatische zorg. Ook zijn er acht kort verblijf kamers, een dagbehandeling met 15 plaatsen voor dementerende ouderen en zes plaatsen dagverzorging.
- Kempenhof te Valkenswaard; een somatisch verpleeghuis met 94 bedden inclusief: revalidatie, stroke-service, terminale zorg en chronische zorg. Daarnaast is er een verzorgingshuis met 50 plaatsen.
- Leenderhof te Leende, een verzorgingstehuis met 40 plaatsen en een psychogeriatrisch verpleeghuis met 20 plaatsen.
- Taxandria te Valkenswaard, een verpleeghuis psychogeriatricie met 120 plaatsen.

Verder wordt door Valkenhof wijkzorg geleverd aan mensen die in zogenaamde serviceflats wonen.

Ze hebben 670 medewerkers (408,61 fte's) in dienst. Er zijn 311 vrijwilligers werkzaam. In appendix 2 staat een organogram van Valkenhof (Valkenhof, april 2000; Valkenhof, september 2000; Valkenhof, november 2003; Valkenhof, februari 2005).

1.3 Initiële opdrachtformulering

Valkenhof heeft een probleem met betrekking tot de uitvoering van het cliënttevredenheidsonderzoek. Het is bij wet verplicht een dergelijk onderzoek uit te voeren. In 2002 heeft Valkenhof hiervoor een extern bureau ingehuurd. Hierover was de directie echter niet tevreden. Omdat het Valkenhof ontbrak aan capaciteit om zelf een nieuw onderzoek op te zetten, heeft men contact gezocht met de faculteit TM van de TU/e. Tijdens een gesprek werd duidelijk dat Valkenhof naast cliënttevredenheid ook graag competentie management en medewerkertevredenheid in het onderzoek wilde betrekken. Na de externe oriëntatie en gesprekken met Valkenhof en de TU/e is tot onderstaande initiële opdrachtformulering gekomen.

Valkenhof streeft om de twee jaar naar een uitvoering van een cliënttevredenheidsonderzoek om de perceptie van de cliënt te meten. Men wil weten hoe de cliënt over de dienstverlening denkt, om zo de dienstverlening aan te passen aan de wensen van cliënten. In het verleden zijn er bij Valkenhof verschillende cliënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd. Echter, deze waren verouderd of minder goed van kwaliteit. Valkenhof wenst een nieuw instrument op basis van een wetenschappelijke onderbouwing waarmee de cliënttevredenheid gemeten kan worden. Dit instrument dient vervolgens te worden gebruikt en geanalyseerd. Aan de hand van de uitkomsten van dit instrument dienen verbetervoorstellen te worden gegenereerd. Indien de tijd het toelaat kan nog gekeken worden naar de relatie tussen cliënttevredenheid, competentie management en medewerkertevredenheid.

1.4 Voedingsbodem voor het probleem

In deze paragraaf wordt de maatschappelijke discussie over dit onderwerp uitgewerkt en wordt de mening van branchevereniging Arcares en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden van het geschetste probleem weergegeven.

1.4.1 Maatschappelijke discussie in de verpleeg- en verzorgingshuissector

De discussie over de dienstverlening in de verpleeg- en verzorgingshuissector is momenteel hoog opgelopen. In de media worden misstanden breed uitgemeten, zoals het vastbinden van bewoners, pyjamadagen, het niet krijgen van juiste verzorging, het in gebreke blijven bij het serveren van maaltijden, het teveel verdienen van directeuren in zorginstellingen en het verkeerd besteden van het weinige geld dat beschikbaar is. De krant hoeft maar opengeslagen te worden of er staat weer een voorbeeld van een slecht functionerend verpleeghuis waar de kwaliteit van de zorg onder de maat is. Ook de televisie doet hieraan mee. Zo zendt NOVA regelmatig documentaires uit waarbij problemen in de zorgwereld aan het licht komen. De Inspectie voor Gezondheidszorg heeft hierop het toezicht bij verpleeghuizen verscherpt en heeft aangekondigd meer te controleren. Er is zelf een website in het leven geroepen om misstanden te melden (www.meldpunt-verpleeghuiszorg.nl).

Er is dus veel maatschappelijke aandacht voor de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het is voor een instelling bij wet verplicht om regelmatig de kwaliteit te laten evalueren door cliënten. Instellingen moeten cliënten betrekken in de evaluatie van de zorg. (Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport, 1996). Ook in instellingen waar geen excessen plaatsvinden, is het van belang aan de kwaliteit van de zorg te werken. De hierboven weergegeven maatschappelijke discussie geeft weer dat het thema over de kwaliteit van zorg zeer actueel is. De bij Valkenhof geschetste problematiek voor het uitvoeren van een cliënttevredenheidsonderzoek waarbij de kwaliteit van de zorg volgens de cliënten wordt gemeten is dus ook buiten Valkenhof waar te nemen.

1.4.2 Branchevereniging Arcares

Arcares is de landelijke branchevereniging voor verpleging en verzorging. De vereniging telt 651 leden. Dit zijn instellingen uit de verpleeg- en verzorgingssector. In totaal vertegenwoordigen zij 334 verpleeghuizen en 1366 verzorgingshuizen. Zij leveren zorg aan zo'n 200.000 cliënten en hebben samen 210.000 medewerkers. De meeste cliënten zijn ouderen. Arcares behartigt de belangen van de aangesloten zorgorganisaties en treedt op als vertegenwoordiger van de sector. (Arcares, 2005)

Arcares bepleit de belangen van de sector verpleging & verzorging. Zij vertegenwoordigt de aangesloten instellingen. Arcares heeft een duidelijke opdracht, zij moet ertoe bijdragen dat de leden kunnen werken onder de best mogelijke condities. Voorop staat dat zij zorg kunnen bieden die aansluit op de behoefte en de vraag van de cliënt.

Belangrijk voor de leden van Arcares is, dat zij kunnen opereren als maatschappelijk ondernemers. Ze willen ruimte om zelf vorm te kunnen geven aan de zorg. En ruimte om initiatieven te ontplooien die hun dienstverlening kan verbeteren. (Arcares, 2005)

Arcares is dus van mening dat zorg aan moet sluiten bij de behoefte van de cliënt en het ondersteunt initiatieven van instellingen die hun dienstverlening kunnen verbeteren. Uitgaande van deze twee standpunten kan geconcludeerd worden dat Arcares het uitvoeren van een cliënttevredenheidsonderzoek, waarbij de cliënt zelf aan het woord komt en een onderzoek dat verbeterpunten voor de zorg aandraagt ondersteunt. Een vertegenwoordiger van Arcares heeft aangegeven positief tegenover dit onderzoek te staan. Ze verwachten dat het een grote toegevoegde waarde kan hebben.

1.4.3 Landelijk Organisatie Cliëntenraden

De Landelijk Organisatie Cliëntenraden (LOC) ondersteunt en behartigt de belangen van cliëntenraden van onder andere verpleeg- en verzorgingshuizen. De LOC heeft 1750 leden uit de verpleeg en verzorgingssector. Zij biedt haar leden advies, informatie en ondersteuning. Verder behartigt zij de belangen van de cliëntenraden bij de overheid, koepelorganisaties en verzekeraars.

De missie van de LOC is dat zij

- ernaar streeft dat mensen die afhankelijk zijn van verpleging en verzorging als volwaardige burgers kunnen deelnemen aan de Nederlandse samenleving.
- (mede)zeggenschap van cliënten bevordert en opkomt voor de belangen van de cliënten in de verpleging en verzorging. Mensen die afhankelijk zijn van verpleging en verzorging moeten zelf kunnen bepalen welke zorg zij wensen, en hoe en wanneer zij daarvan gebruikmaken.
- de ambitie heeft om als krachtige, deskundige zorgvragersorganisatie invloed uit te oefenen op kwaliteit, vorm en inhoud van de zorg.

De LOC vindt het van belang dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg structureel verbetert. Daarom hecht zij waarde aan bestendige oplossingen. De LOC geeft

aan dat het belangrijk is dat de cliënt medezeggenschap heeft en zelf kan bepalen wat hij of zij wil. Ze hecht daarom ook grote waarde aan het uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoeken. (LOC, 2005)

1.5 Kritische kanttekeningen eerdere onderzoeken

In het verleden zijn bij Valkenhof diverse cliënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd. In 1997 en 1999 is een onderzoek uitgevoerd dat in eigen beheer ontwikkeld is. In 2001 voerde de Stichting Cliënt en Kwaliteit een onderzoek uit. Valkenhof is van mening dat het onderzoek dat in eigen beheer gehouden is in 1997 en 1999 verouderd is. Ook is Valkenhof van mening dat het onderzoek van cliënt en kwaliteit van minder goed van kwaliteit is. In deze paragraaf worden deze onderzoeken kort geëvalueerd.

1.5.1 Onderzoek stichting Cliënt en Kwaliteit

Stichting Cliënt en Kwaliteit (C&K) heeft in 2001 onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de cliënten van Valkenhof. C&K is een bureau dat de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de cliënten toetst. Het heeft een onderzoek ontwikkeld en dit in 2001 bij Valkenhof afgenomen. Het onderzoek is ontwikkeld aan de hand van criteria waaraan goede zorg volgens de cliënt moet voldoen. C&K heeft hiervoor een standaard vragenlijst ontwikkeld die afgenomen kan worden bij cliënten. Het gaat er vanuit vooraf te weten wat cliënten van een instelling belangrijk vinden. In de standaardisering zit voor Valkenhof de kern van de ontevredenheid. De standaardvragen zijn niet toegespitst op een bepaalde situatie. Het is maar de vraag of deze standaardvragen ook gelden voor Valkenhof.

C&K neemt verder bij een beperkt aantal cliënten vragenlijsten af, er is een steekproef (40%) getrokken uit de totale populatie van cliënten. In het onderzoek dat in 2001 is afgenomen staat verder geen heldere doelstelling beschreven. Hierdoor is het niet duidelijk is wat C&K met dit onderzoek wil bereiken.

De vragenlijst van bestaat uit 62 vragen verdeeld over de categorieën: informatie, inspraak, evaluatie, vakbekwaamheid, organisatie, bejegening en autonomie. De scores van deze vragen zijn in grafieken weergegeven. Conclusies die aan deze scores verbonden kunnen worden laat het onderzoek in het midden. De vragen gaan verder niet diep genoeg in op de problematiek die heerst. Een voorbeeld hiervan is de stelling: "het eten is hier uitstekend." Indien een instelling hier slecht op scoort weet men niet wat men moet veranderen om het eten beter te maken. Ook bleken vragen van het onderzoek ingewikkeld geformuleerd, een voorbeeld hiervan is: "mijn woon- en slaapkamer worden niet goed schoon gehouden." De antwoorden mogelijkheden bij deze vraag variëren van "helemaal oneens" tot "helemaal eens". Indien een cliënt hier positief op wil antwoorden moet men helemaal oneens aankruisen. Er zit dus een dubbele ontkenning in de vraag, dit is verwarrend voor respondenten en kan de uitkomst beïnvloeden.

Het onderzoek maakt verder geen onderscheid in het belang van zaken. Het kan zo zijn dat bepaalde zaken voor cliënten belangrijker zijn dan andere zaken. Eten kan bijvoorbeeld veel belangrijker gevonden worden dan de aankleding van de huiskamer. Het onderzoek kan zodoende niet aangeven waar een instelling de eerste prioriteit moet leggen om de cliënttevredenheid te verhogen. Ze nemen geen onafhankelijke variabele mee die het belang van de afzonderlijke vragen weer kan geven.

Kortom, het onderzoek schoot tekort, omdat een instelling aan de hand van de standaardvragen geen duidelijke verbeteracties kon koppelen. Het onderzoek kon

namelijk niet aangeven wat voor invloed de afzonderlijke vragen op de cliënttevredenheid hadden. Verder was de gegevensverwerking van C&K matig en waren vragen soms misleidend of verkeerd geformuleerd.

1.5.2 Onderzoek Valkenhof

In 1997 en 1999 voerde Valkenhof een eigen onderzoek uit. Hier was weinig documentatie over. Alleen de resultaten van dit onderzoek zijn gedocumenteerd. Iedere vraag had drie antwoordcategorieën (tevreden, kan beter en ontevreden). Er was in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt in verschillende categorieën. Ook kon dit onderzoek niet aangeven wat nu belangrijke verbeterpunten zijn in relatie tot de algemene tevredenheid. Verder is de vragenlijst halverwege de jaren 90 ontwikkeld en bleek in de tussentijd nogal veel veranderd bij Valkenhof en in de hele zorgwereld. Zo zijn twee locaties van Valkenhof gesloopt en is voor deze locaties nieuwbouw gekomen. Ook zijn er meer verpleeghuisplaatsen gekomen en zijn er verzorgingshuisplaatsen afgegaan. Waardoor gesteld kan worden dat het onderzoek verouderd is aangezien er organisatorisch een aantal ontwikkelingen zijn geweest.

1.6 Uitwerking initiële opdrachtformulering

Valkenhof is van mening dat de onderzoeken die in eigen beheer gehouden zijn in 1997 en 1999 verouderd waren. Verder is Valkenhof van mening dat het onderzoek uit 2001 van mindere kwaliteit was. Er is dus werkelijk een behoefte aan een goed opgezet cliënttevredenheidsonderzoek. In deze paragraaf worden de kernbegrippen uit de initiële opdrachtformulering verder uitgewerkt.

Valkenhof

Valkenhof verleent verschillende soorten zorg en heeft verschillende functies. Binnen dit onderzoek wordt echter alleen gekeken naar de zogenoemde intramurale, binnen de muren van Valkenhof plaatshebbende, zorg en daarbinnen naar de bewoners van de centra voor verpleging en verzorging. Bovenstaande dient dus gelezen te worden waar Valkenhof staat.

Cliënt

Ontvangers van zorg van/door Valkenhof. Cliënten die niet meer in staat zijn een betrouwbaar oordeel te vellen over de cliënttevredenheid worden vertegenwoordigd door hun contactpersonen. Dit is meestal naaste familie. Onder cliënten worden dus bewoners of hun contactpersonen verstaan.

Cliënttevredenheid

Duffy, Duffy en Kilbourne (2001) stellen dat wanneer cliënten hun tevredenheid over de kwaliteit van de service vaststellen, ze niet alleen de werkelijk geleverde service karakteristieken beoordelen, maar ook hun verwachting van de servicekwaliteit. Een cliënt is tevreden indien zijn/haar verwachtingen worden waargemaakt of overtroffen, en ontevreden wanneer niet aan die verwachtingen is voldaan.

Het begrip servicekwaliteit speelt dus een belangrijke rol binnen cliënttevredenheid. Bij de beoordeling van deze servicekwaliteit is de perceptie van de cliënt van belang. Lam (1997) stelt dat de perceptie van kwaliteit het resultaat is van een vergelijking die de cliënt maakt tussen eerdere ervaringen met een service, met zijn/haar verwachtingen van deze service en met de daadwerkelijke perceptie van de service. Een organisatie bereikt kwaliteit indien ze voldoet aan verwachtingen of deze overtreft.

Cliënttevredenheid is dus de beoordeling van de servicekwaliteit door cliënten.

Servicekwaliteit

Servicekwaliteit is gedefinieerd als de mate waarin de geleverde service voldoet aan de verwachtingen van de cliënt. Servicekwaliteit wordt geoperationaliseerd aan de hand van het verschil tussen de verwachtingen van de cliënten en de geleverde service (Duffy, Duffy & Kilbourne, 1997).

Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985) komen op basis van een literatuurstudie met de volgende drie stellingen:

1. Servicekwaliteit is voor de consument veel moeilijker te evalueren dan de kwaliteit van goederen.
2. De perceptie van servicekwaliteit resulteert uit een vergelijking van de verwachtingen van een cliënt en de daadwerkelijke serviceprestatie.
3. Kwaliteitsevaluaties worden niet alleen gebaseerd op de uitkomst van een service, ze bevatten ook evaluaties van het proces van service levering.

Service is een ontastbaar goed en is daarom voor de cliënt veel moeilijker te beoordelen dan een tastbaar goed. Voor een organisatie die service verleent is het dan ook moeilijker om te begrijpen hoe de cliënt de service en de servicekwaliteit ervaart dan voor bedrijven die tastbare goederen produceren. (Parasuraman et al., 1985). Om op dit probleem in te spelen moet de cliëntenraadpleging veel zorgvuldiger gebeuren dan bij de beoordeling van een tastbaar goed. Hiermee moet dus rekening worden gehouden tijdens het project.

Kwaliteit van leven

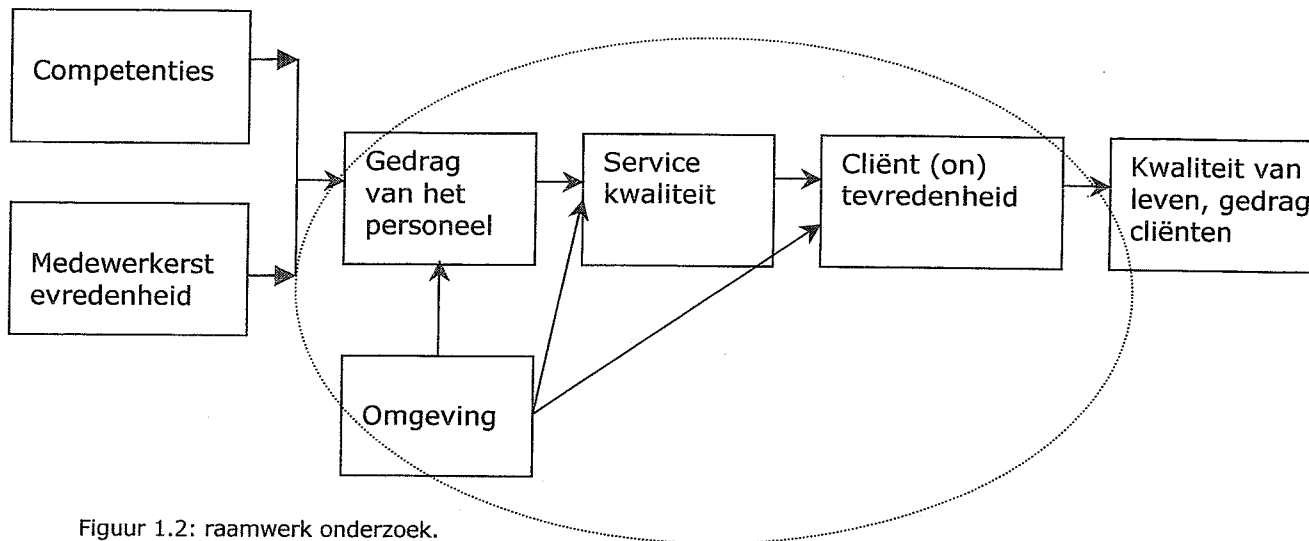
Kwaliteit van leven is een begrip dat samenhangt met de cliënttevredenheid in zorginstellingen. De vraag die regelmatig opkomt is: "Wat is de kwaliteit van leven van een cliënt?". Gerritsen (2004) stelt dat deze kwaliteit van een aantal factoren afhankelijk is. Zij baseert kwaliteit van leven op de theorie van de Sociale Productie Functies van Lindenberg (1986,1996). De basis aanname van deze theorie is dat voor iedereen het belangrijkste is dat hij zich goed voelt. Goed voelen wordt opgesplitst in een sociaal en een fysiek gedeelte. Het goed voelen wordt bereikt door persoonlijke bronnen te gebruiken. Voorbeelden hiervan zijn geld, sporten, vrienden en eten. Deze bronnen zijn tot op zekere hoogte inwisselbaar. Op het moment dat men bijvoorbeeld veel geld verliest kan men zich door steun van vrienden toch goed voelen.

Het wordt echter ingewikkelder wanneer zoveel bronnen verloren gaan dat compensatie door het gebruik van andere bronnen steeds moeilijker wordt. Dit is veelal het geval bij verpleeghuis bewoners. Deze groep wordt steeds afhankelijker van anderen die hen helpen om zich goed te voelen (Gerritsen, 2004). De cliënttevredenheid, dus de perceptie van de cliënt van de servicekwaliteit die geboden wordt is daarom van grote invloed op de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven is een ruimer begrip. Kwaliteit van leven heeft bijvoorbeeld ook te maken met de fysieke gesteldheid van iemand, dus het zitten in een rolstoel kan de kwaliteit van leven verlagen. Met het meten van de cliënttevredenheid dient datgene wat de instelling kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt gemeten te worden.

Cliënttevredenheid is dus de perceptie van de cliënt van de servicekwaliteit, waarbij de cliënttevredenheid samen met andere factoren bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

1.7 Definitieve opdrachtformulering

In deze paragraaf wordt de definitieve opdrachtformulering weergegeven aan de hand van figuur 1.2



Figuur 1.2: raamwerk onderzoek.

Het model is samengesteld na een analyse van wetenschappelijke documenten (Pouwels, 2004) en een combinatie van de opgedane inzichten.

Er wordt van uitgegaan dat competenties en de medewerkerstevredenheid voor een groot deel het gedrag van medewerkers bepalen. Dit gedrag wordt tevens bepaald door de omgeving waarin het personeel werkt, bijvoorbeeld het gebruiksgemak van instrumenten, beslissingen van het management, of faciliteiten. Het gedrag in combinatie met de omgeving bepaalt vervolgens de service kwaliteit. Deze service kwaliteit is weer van grote invloed op de tevredenheid van cliënten. Verder is de omgeving ook van invloed op de cliënttevredenheid. Heeft een bewoner bijvoorbeeld een kleine kamer of is het meubilair verouderd, dan is dit van invloed op de tevredenheid. Deze tevredenheid heeft invloed op de kwaliteit van leven van een cliënt, het gedrag van een cliënt, etcetera. Het gedrag is als centraal concept in het raamwerk opgenomen, omdat uit de literatuur blijkt dat gedrag de belangrijkste factor is voor cliënttevredenheid bij organisaties die service leveren, dus ook voor gezondheidszorginstellingen (Lam, 1997; Kleinsorge & Koenig, 1991; Huda, 1995; Ivarsson, B., Larsson, S. & Sjöberg T., 2004).

Gegeven de vereiste zorgvuldigheid en het te verwachten tijdsbeslag van een uitvoerige cliëntenraadpleging, is besloten dat competentie management en medewerkerstevredenheid niet meegenomen worden in het verder onderzoek. Het onderzoek richt zich dus op de omcirkelde blokken. Waarbij de omgeving wordt meegenomen als effect op de cliënttevredenheid. De omgeving keert dus terug in vragen die gesteld zijn, zoals bijvoorbeeld: "Is de huiskamer groot genoeg?"

De definitieve opdrachtformulering luidt nu:

Ontwerp een wetenschappelijk onderbouwd instrument waarmee de perceptie van de cliënt van de service kwaliteit gemeten kan worden. Het instrument dient vervolgens te worden afgenomen, geanalyseerd en er dienen verbeterpunten voor de zorg van Valkenhof te worden geformuleerd. Het instrument moet gemakkelijk zijn in gebruik daar het over een aantal jaren weer gebruikt dient te worden.

1.8 Onderzoeksdoelstelling

De doelstelling van het onderzoek is het ontwikkelen van een gebruiksvriendelijk, wetenschappelijk onderbouwd instrument om de cliënttevredenheid te meten. Verder dienen aan de hand van een eerste uitvoering van dit instrument concrete verbeterpunten te worden geformuleerd. Deze verbeterpunten concentreren zich met name op gedrag van medewerkers, maar kunnen ook op andere vlakken gericht zijn, zoals inrichting van het gebouw of het managementbeleid. Kortom, de verbeterpunten zijn gericht op alles wat verbeterd kan worden om de kwaliteit van de service te verbeteren.

1.9 Onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek kan vertaald worden naar onderzoeksvragen.

- Aan welke eisen dient een instrument voor het meten van cliënttevredenheid te voldoen?
- Hoe kan gekomen worden tot een cliënttevredenheidsonderzoek waarbij uitgegaan wordt van de cliënt?
- Hoe ziet het ontwerp van het instrument eruit?
- Hoezeer komen de uitkomsten van de eerste afname overeen met hetgeen in de literatuur beschreven staat?
- Hoe kunnen uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek omgezet worden in concrete verbetervoorstellen?
- In welke mate voldoet het ontwikkelde instrument aan de eerder gestelde eisen?

1.10 Theoretisch kader

Om te bepalen hoe de cliënttevredenheid gemeten kan worden is door de afstudeerder een grondige literatuurstudie (Pouwels, 2004) uitgevoerd. In deze studie is gekeken hoe de cliënttevredenheid in eerder onderzoek binnen verschillende sectoren gemeten is om zodoende een aanpak voor Valkenhof te formuleren. Hieronder staan de belangrijkste uitkomsten van deze studie.

Vaak wordt de kijk van cliënten op kwaliteit gezien als onbetrouwbaar, omdat cliënten niet de vereiste kennis hebben om technische competenties te beoordelen. De Total Quality Management filosofie suggereert echter dat kwaliteit is wat de cliënt vindt dat het is. Daardoor is de aandacht voor het evalueren van cliënttevredenheid in service organisaties gestegen (Phillips Carson, Carson & Roe, 1998).

Cunningham Young en Lee (2000) concluderen dat onderzoekers geprobeerd hebben methoden te ontwikkelen om de service kwaliteit te bepalen, maar dat niemand hier echt in geslaagd is. Dit suggereert dat er geen "beste" methode is om de service kwaliteit te meten. De reden hiervoor is dat de verschillende methodes elkaar aanvullen: zwakheden van de ene methode worden opgevangen door de andere methodes en vice versa. Wanneer bijvoorbeeld een vragenlijst wordt afgenomen bij een grote groep mensen, kan men niet diep ingaan op de materie. Maar gebruikt men open (face-to-face) interviews, waarbij men wel dieper kan ingaan op de materie kost de afname veel tijd. Hierdoor kan men minder mensen interviewen. Iedere methode heeft dus zijn sterke en zwakke kanten. Men raadt dus aan verschillende methoden en verschillende bronnen te gebruiken. Omdat zo validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten worden vergroot. Zo gebruiken Cunningham et al. (2000) in hun studie een combinatie van vragenlijstonderzoek en de Critical Incidents Technique (CIT) om de service

kwaliteit van het openbare vervoer in de Verenigde Staten te meten. Ze hebben eerst een vragenlijst ontwikkeld en vervolgens CIT-interviews afgenomen. Nu duidelijk is dat het gebruiken van meerdere methodes een goede manier is om een betrouwbaar en valide onderzoek uit te voeren, rijst de vraag welke methodes gebruikt kunnen worden in het Valkenhof project. Uit de literatuurstudie (Pouwels, 2004) is gebleken dat Servqual veel gebruikt wordt in de gezondheidszorg. Servqual is een methode die gebruik maakt van vragenlijst onderzoek. De CIT is ook een methode die veel gebruikt wordt om de service kwaliteit te beoordelen. Servqual is een kwantitatieve methode terwijl CIT een meer kwalitatieve benadering heeft. Er is gekeken of de CIT ook geschikt is om toe te passen in een situatie waar het om kwaliteit van service gaat en in een omgeving in de gezondheidszorg.

1.10.1 Servqual

Servqual is een techniek die ontwikkeld is door Parasuraman, Zeithaml en Berry, in het kader van de toenemende aandacht voor de kwaliteit van services. Parasuraman et al. (1985) identificeerden vijf kloven die mogelijk de oorzaak kunnen zijn voor het niet leveren van service kwaliteit. Deze kloven zijn:

1. Het verschil tussen verwachtingen van de cliënt en de managementpercepties van deze verwachtingen.
2. Het verschil tussen managementpercepties van verwachtingen van de cliënt en de specificaties van service kwaliteit
3. Het verschil tussen specificaties van servicekwaliteit en de service die daadwerkelijk geleverd wordt.
4. Het verschil tussen de geleverde service en datgene wat gecommuniceerd is naar de cliënten
5. Het verschil tussen de verwachtingen van een cliënt en de cliëntpercepties van een service.

Aan de hand van deze kloven hebben Parasuraman et al. een vragenlijst met 22 items opgesteld. Deze 22 items zijn onder te verdelen in 5 dimensies. Te weten:

1. tastbaar: fysieke faciliteiten, uitrusting en het voorkomen van het personeel
2. betrouwbaarheid: mogelijkheid om de beloofde service zeker en zorgvuldig uit te voeren
3. toegankelijkheid: de wil om cliënten te helpen en tijdig de service te leveren
4. verzekering: kennis en hoffelijkheid van personeel en hun mogelijkheid om vertrouwen en zekerheid uit te stralen
5. empathie: inlevingsvermogen, bezorgdheid en individuele aandacht die een organisatie schenkt aan de cliënten.

De 22 items uit de vragenlijst worden tweemaal ingevuld. De eerste keer wordt naar de kwaliteitsverwachting van cliënten gevraagd en de tweede keer naar de kwaliteitsperceptie van cliënten. Dit is de vijfde kloof die Parasuraman et al. (1985) geïdentificeerd hebben. Deze vijfde kloof is gebaseerd op de andere vier kloven. Servqual is een instrument dat de mogelijkheid biedt de servicekwaliteit van een organisatie te meten op iedere dimensie. Tevens kan een uitspraak worden gedaan middels een cijfer. Hiervoor neemt men het gemiddelde van de scores op de aparte dimensies. Met behulp van een cijfer kan men de servicekwaliteit van verschillende organisaties in dezelfde branche meten en vergelijken.

Na een verfijning van het originele Servqual instrument door Parasuraman, Berry en Zeithaml (1991) werd een element toegevoegd. Dat element was het toekennen van een waardering aan iedere dimensie van Servqual. Door 100 punten te verdelen over de verschillende dimensies naargelang de relatieve waarde die een respondent hecht aan de iedere dimensie, komt men erachter welke dimensies voor een cliënt het belangrijkste zijn.

Na deze verfijning is een instrument overgebleven dat betrouwbaar en valide weergeeft wat de percepties en verwachtingen van cliënten zijn met betrekking tot servicekwaliteit. Dit instrument is daarnaast uitermate geschikt om verschillende organisaties te vergelijken. Wel is het zo dat Servqual een algemeen beeld geeft en niet ingaat op specifieke zaken per branche of organisatie.

Servqual biedt dus geen concrete aanknopingspunten om tot verbetering te komen, aangezien er algemene vragen worden gesteld en ze niet specifiek per organisatie worden geformuleerd. Daarom is besloten om Servqual in dit onderzoek niet te gebruiken. Echter voor de beeldvorming over hoe service kwaliteit gemeten wordt is het belangrijk dit hier toch te vermelden. (Pouwels, 2004).

1.10.2 Critical Incidents Technique (CIT)

Ivarsson et al. (2004) voerden een onderzoek uit bij patiënten die op de wachtlijst stonden voor een hartoperatie. Het doel van het onderzoek was het beschrijven van de ervaringen van patiënten met betrekking tot steun en hulp tijdens de periode tussen het moment van diagnose en de uiteindelijke operatie. De onderzoekers maakten gebruik van CIT om de ervaringen van patiënten te beschrijven. Zij concludeerden dat de CIT een bruikbare methode is voor het verzamelen van data in de gezondheidszorg. Hier wordt niet het incident in de betekenis van "calamiteit" bedoeld, maar het incident in de betekenis van gebeurtenis. Dit hoeft geen negatieve bijklank te hebben.

De CIT is een geschikte procedure om belangrijke feiten te verzamelen die te maken hebben met gedrag in gedefinieerde situaties. Het is een analyseprocedure waarbij individuen worden geïnterviewd. Deze individuen moeten bekend zijn met de doelen van bepaalde werkzaamheden, observeren regelmatig mensen die de werkzaamheden uitvoeren en moeten in staat zijn om te beoordelen of de werkzaamheden naar tevredenheid worden uitgevoerd. Tijdens deze interviews wordt gevraagd naar incidenten die respondenten hebben meegemaakt. Een incident is een observeerbare menselijke activiteit die op zichzelf staand genoeg vertelt over de persoon om oordelen en voorspellingen over het gedrag toe te staan (Flanagan, 1954). Om kritisch te zijn moet een incident plaatsvinden in een situatie waarbij het doel duidelijk is voor de observant en waar de consequenties voldoende duidelijk zijn om geen twijfel te laten over de effecten van de actie. Een CIT-onderzoek bestaat globaal uit vijf stappen (Flanagan, 1954):

1. *Algemeen doel*; het bepalen van het algemene doel van het CIT-onderzoek
2. *Plannen en specificaties*; het plannen van de gesprekken en instructies voor interviewers
3. *Dataverzameling*; het verzamelen van de incidenten
4. *Analyseren van de data*
5. *Interpreteren en rapporteren*.

1.10.3 Studie in de gezondheidszorg waarbij CIT is gebruikt.

Om voorgaande te verduidelijken, wordt nu een studie beschreven waar gebruik is gemaakt van de CIT. Daarnaast is deze studie relevant voor het project bij Valkenhof.

Grant, Reimer en Bannatyne (1996) hebben een studie uitgevoerd in een verpleeghuis in Canada. Het doel van de studie was een uitvoerige identificatie van indicatoren van kwaliteit van verpleging en verzorging zoals gepercipieerd door de bewoners, contactpersonen en verplegende staf in verpleeginstellingen waar bewoners lange tijd verblijven.

Als dataverzamelmethode werd de CIT toegepast. Met behulp van deze techniek kan namelijk goed informatie verkregen worden van personen die beperkte cognitieve vermogens hebben. De selectie van de deelnemers vond plaats op basis van de aanname dat gemiddeld vier incidenten per deelnemer worden verzameld.

De deelnemers worden willekeurig geselecteerd uit de drie groepen: bewoners, contactpersonen en verplegende staf. Dit is gebeurd in vijf verpleegcentra voor ouderen en gehandicapten waar cliënten lange tijd verblijven. De CIT-interviews werden afgenomen bij 52 bewoners, 58 contactpersonen en 37 leden van de verplegende staf. Een contactpersoon is gedefinieerd als de meest frequente bezoeker van een bewoner. Bij meer dan de helft van de contactpersonen was de bewoner niet in staat om zelf de eigen mening te communiceren. Bij de overige bewoners is de mening van de bewoner en van de contactpersoon meegenomen. Tijdens de interviews werden twee beschrijvingen van critical incidents gebruikt. Een over het soort zorg dat de bewoners het best beviel en een over het soort zorg dat de bewoners het minst beviel. Deze definitie werd gehanteerd om ervoor te zorgen dat bewoners niet alleen positieve voorbeelden geven. Nadat het incident beschreven was, werd gevraagd wat er bij dit incident precies voor zorgde dat het incident als positief of negatief ervaren werd. Deze vragen werden een aantal malen gesteld, totdat per deelnemer minimaal 2 positieve en minimaal 2 negatieve incidenten beschreven werden.

Alle incidenten werden door de drie auteurs van het artikel gecategoriseerd. In het begin was er geen verschil in thema's of subthema's, maar de incidenten werden ingedeeld in categorieën. Er werd aandacht besteed aan het feit dat de categorieën wederzijds onafhankelijk moesten zijn. Geleidelijk vormden zich zodoende thema's en subthema's binnen de categorieën. Thema's werden alleen meegenomen als het door minstens drie incidenten werd ondersteund. Hierdoor wilde de onderzoekers individuele gevallen uitsluiten. Het doel van het onderzoek was het identificeren van kwaliteitsindicatoren voor de zorg. Daarom was het nodig om thema's en subthema's te vertalen in indicatoren.

In totaal werden 14 belangrijke kwaliteitsindicatoren en een groot aantal subindicatoren gevonden. De indicatoren konden onderverdeeld worden in drie groepen: positief, negatief en neutraal. De meerderheid was neutraal, wat wil zeggen dat ze zowel positieve als negatieve incidenten bevatten en dat ze zowel een acceptabel of onacceptabel niveau van zorg kunnen meten.

Een voorbeeld van een incident uit de categorie aard van relaties, subcategorie zorgzaamheid is:

*"Just like tonight, she was a little down because we wouldn't take her home, and a nurse came up and gave her a big hug. The nurse did not overhear our conversation. She just came in and saw that ma was a bit down and she just put an arm around her. **It seemed caring.** She just felt that the old lady was down a bit."* (contactpersoon)

"What was it about this incident which shows the kind of care which you like best?"

"The caring" (contactpersoon)

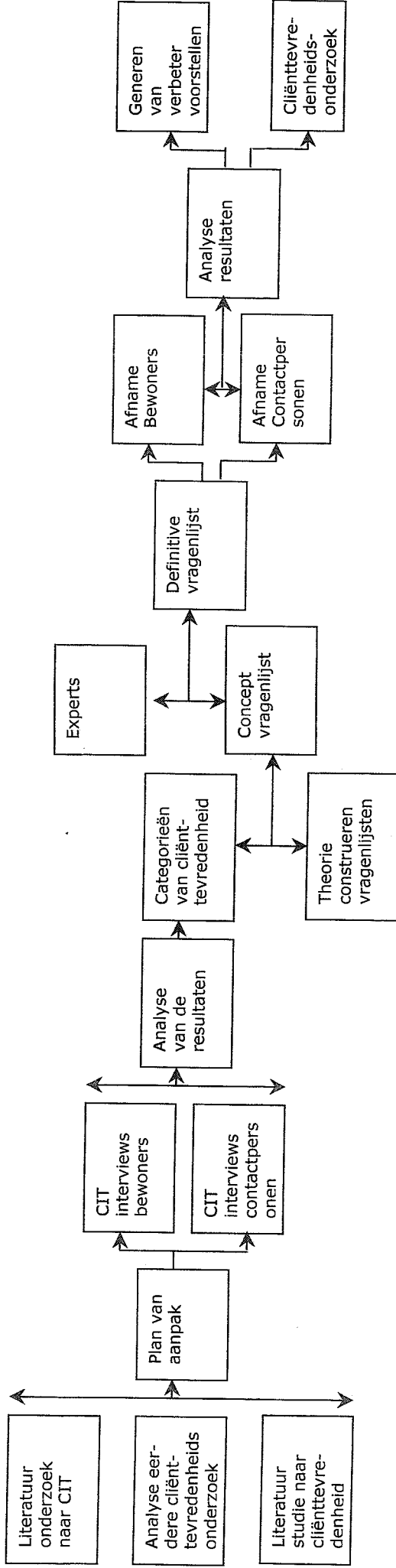
De indicator die hier vervolgens uit voortvloeit is "het laten zien van zorg, aandacht, interesse en bezorgdheid."

Grant et al. (1996) concludeerden dat het heel belangrijk is om de mening van de bewoners zelf te vragen en niet een vragenlijst op te stellen waarbij gevraagd

wordt wat de onderzoekers belangrijk vinden. Onderzoekers leggen namelijk meer de nadruk op technische dimensies van kwaliteit en gezondheidszorg, terwijl de interactie tussen zorgverleners en cliënten veel belangrijker blijkt. Verder bleek 45% van de verzamelde incidenten negatief en 55% positief, waaruit blijkt dat het vragen naar minste bevallen situaties en best bevallen situaties goed uitpakt om voorbeelden van goede én slechte zorg te verzamelen.

1.1.1 Onderzoeksmodel

Om de doelstelling te bewerkstelligen is een onderzoeksmodel opgesteld met behulp van Verschuren en Doorewaard (2000) (Figuur 1.3.).



Figuur 1.3: Onderzoeksmodel

Na een literatuurstudie en beknopte analyse van eerdere onderzoeken worden er met behulp van de critical incidents technique concrete voorbeelden van gedrag verzameld waarover cliënten tevreden of ontevreden zijn. Tevens worden de eerdere cliënttevredenheidsonderzoeken geanalyseerd en wordt er bekeken wat volgens de literatuur bijdraagt aan cliënttevredenheid. Na een analyse van de critical incidents interviews kunnen categorieën van cliënttevredenheid, met daarin een aantal items, worden opgesteld. Aan de hand van deze categorieën en items worden vragen geformuleerd met behulp van de theorie die hier reeds over bestaat. Deze conceptvragen worden voorgelegd aan experts om zodoende te beoordelen of de vragenlijst compleet en goed is. De vragenlijst wordt vervolgens aangepast om zo te komen tot de definitieve versie. Deze definitieve versie zal worden afgenomen bij bewoners en contactpersonen om te bepalen hoe tevreden de cliënt is, over de verschillende aspecten van cliënttevredenheid. Na een analyse worden verbeterpunten voor de zorg- en dienstverlening van Valkenhof.

2 Critical Incidents Technique

In dit hoofdstuk wordt de Critical Incidents Technique (CIT), die als methode gebruikt is in dit onderzoek beschreven. Eerst wordt beschreven hoe het gebruikt gaat worden in dit project. Tevens komen in dit hoofdstuk de resultaten van de CIT aan bod.

2.1 Methode

Uit de definitieve opdrachtformulering is af te leiden dat Valkenhof de perceptie van de cliënten van de servicekwaliteit wil weten. Met andere woorden "hoe ervaren cliënten de service die Valkenhof levert".

Voor het Valkenhof project is besloten om Critical Incidents interviews bij cliënten af te nemen (zie ook paragraaf 1.10). Zo komen hopelijk specifieke voorbeelden van cliënttevredenheid boven tafel. Aan de hand van deze voorbeelden wordt dan een vragenlijst opgesteld, die bij alle cliënten wordt afgenomen.

2.1.1 CIT-interviews

Een vraag die gesteld kan worden is "hoe weet men wanneer voldoende incidenten zijn verzameld?" Oftewel "Wanneer moet men stoppen met het verzamelen van incidenten?" In het algemeen wordt gesteld dat doorgegaan kan worden met het verzamelen van incidenten totdat er geen nieuwe meer bijkomen. Dit betekent dus, dat tijdens het interviewen al gecategoriseerd moet worden en moet worden gekeken of er nog nieuwe incidenten moeten worden verzameld. (Flanagan, 1954). Uit een studie van Bitner et al. (1990) bleek, dat er 700 incidenten nodig waren bij een onderzoek naar de servicekwaliteit in de vliegtuigindustrie, hotels en restaurants. Latham en Wexley (1994) stellen dat voor een taak analyse 300 incidenten voldoende zijn. Om ervaringen van patiënten te beschrijven met betrekking tot steun in het traject van een hartoperatie verzamelden Ivarsson et al. (2004) 223 incidenten. Grant et al. (1996) kwamen tot 929 incidenten. Bij dit onderzoek werden incidenten verzameld bij vijf verzorgingsinstellingen in Canada. In het geval van Valkenhof is het lastig te zeggen hoeveel incidenten verzameld dienen te worden, omdat de variatie in het aantal incidenten bij voorgaande onderzoeken nogal groot is.

2.1.2 Steekproef

Er is gekozen om een gestratificeerde steekproef te trekken uit alle cliënten waarbij vervolgens de CIT-interviews afgenomen zijn. Niet alle bewoners hebben de mogelijkheid om zelfstandig mee te werken aan een onderzoek. Met name de psychogeriatrische bewoners hebben niet die cognitieve functies die nodig zijn om deel te nemen aan een CIT-interview. Speedling, Morrison, Rehr en Rosenberg (1983) stellen dat familieleden een belangrijke schakel zijn tussen de cliënt en de zorginstelling, vooral bij hele jonge of hele oude cliënten. Aangezien de groep bewoners over het algemeen tot de categorie ouderen gerekend mag worden is gekozen om voor de psychogeriatrische verpleeghuizen familieleden te vragen naar de verwachte tevredenheid van de cliënt.

Voor dit onderzoek is er onderscheid gemaakt in drie groepen cliënten. Deze drie groepen zijn:

1. contactpersonen van de psychogeriatrische – afdelingen (Leenderhof en Taxandria),
2. bewoners van het somatische verpleeghuis (Kempenhof),
3. Verzorgingshuisbewoners (Kempenhof, de Bogen en Leenderhof).

Binnen de verschillende groepen respondenten wordt onderscheid gemaakt in verschillende afdelingen. Er zijn bijvoorbeeld drie afdelingen in het somatische

verpleeghuis Kempenhof. Er is daarom gekozen voor een gestratificeerde aselechte steekproef, waarbij de afdelingen als strata genomen zijn. De voordelen hiervan zijn dat de representativiteit van de steekproef gewaarborgd blijft. De uitspraken die tijdens de CIT-interviews verzameld zijn, dienen namelijk de hele organisatie te vertegenwoordigen en iedere subpopulatie komt vervolgend in dezelfde verhoudingen aan het woord. (Cooper & Schindler, 2003; Jansen & Joostens, 1998)

Nadat de steekproef is getrokken, is bepaald of de bewoners die geselecteerd zijn het cognitieve vermogen hebben om aan een CIT-interview deel te nemen. Dit is gedaan door de teamleiders van iedere afdeling te vragen of de geselecteerde bewoners in staat zijn om zulke interviews te ondergaan.

2.1.3 Afname CIT-interviews

Uiteindelijk zijn door de afstudeerder in totaal 44 CIT-interviews afgenomen. De verdeling van de geïnterviewden is als volgt:

- 12 contactpersonen van psychogeriatrisch verpleeghuis Taxandria (3 per afdeling),
- 3 contactpersonen van psychogeriatrisch verpleeghuis Leenderhof,
- 7 bewoners van verzorgingshuis De Bogen,
- 4 contactpersonen van verzorgingshuis De Bogen,
- 9 bewoners van somatisch verpleeghuis Kempenhof (3 per afdeling),
- 4 bewoners van verzorgingshuis Leenderhof,
- 5 bewoners van verzorgingshuis Kempenhof.

Bij de Bogen zijn de interviews bij bewoners en contactpersonen afgenomen, omdat veel bewoners van de Bogen niet de cognitieve functies bleken te hebben die noodzakelijk zijn om een interview af te geven. Om deze groep bewoners wel aan het woord te laten, is ervoor gekozen dit te doen via hun contactpersonen. Bij de interviews is ervan uitgegaan dat de cliënt voorbeelden van goede en slechte zorg moet geven. Om alle interviews volgens een vaste structuur te laten lopen is volgens een protocol gewerkt. Dit protocol staat weergegeven in appendix 3.

De interviews spraken tot de verbeelding van de cliënten. Er zijn 514 incidenten verzameld. Dit is gemiddeld 11,7 incidenten per cliënt. Hieruit blijkt dat het voor cliënten niet moeilijk is om incidenten te geven. De interviewer spreekt met hun over alledaagse zaken. Ze vonden het fijn om over deze zaken te praten en gaven aan dat ze het goed vonden dat een cliënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd. Soms was het lastig om met cliënten te communiceren, doordat er erg hard gepraat moest worden, omdat ze slechthorend waren of, omdat ze zelf moeilijk te verstaan waren. Hierdoor was het interviewen een vrij inspannende bezigheid, zeker ook, omdat de interviews direct uitgewerkt dienden te worden. Er werd namelijk geen recorder gebruikt.

2.1.4 Categorisering

Nadat alle interviews zijn gehouden, konden de verschillende gebeurtenissen die zijn verzameld opgesplitst worden in verschillende incidenten. Een gebeurtenis kan meerdere incidenten bevatten. Een voorbeeld hiervan is:

Gebeurtenis: De zusters zijn aardig en nemen de tijd om af en toe een praatje te maken.

Deze gebeurtenis bevat twee incidenten. De zusters zijn aardig én ze nemen de tijd om af en toe een praatje te maken.

Alle incidenten zijn vervolgens op kaartjes afgedrukt, waarbij per groep (contactpersonen, somatische verpleeghuisbewoners en verzorgingshuisbewoners) verschillende kleuren zijn gebruikt. Dit is gedaan om te

bepalen of een verschil in incidenten tussen de verschillende groepen waarneembaar is.

Om de inhoudsvaliditeit te bepalen is per kleur 10% apart gelegd met behulp van de tabellen van Kendall en Smith (1938) (Geer, 2004; Latham, Fay, & Saari, 1979).

Flanagan (1954) schrijft over deze categorisering dat het een taak is die inzicht, ervaring en oordeelskracht vereist. De categorisering is daarom helaas meer subjectief dan objectief. Er zijn namelijk bijna geen regels beschikbaar voor het categoriseren van de incidenten. Er is slechts één regel: laat de voorlopige categorieën aan anderen zien. De bruikbaarheid van het eindinstrument is dus sterk afhankelijk van de bekwaamheid van de categorisator. Bij de gebruikelijke procedure van het categoriseren gaat men eerst een relatief klein aantal incidenten in groepen indelen. Vervolgens geef je elke groep een voorlopige naam. Additionele incidenten dienen aan de groepen toegevoegd te worden. Tijdens dit proces is het belangrijk de definities van de groepen steeds opnieuw te bekijken. Grote categorieën worden vervolgens onderverdeeld in subcategorieën. (Flanagan, 1954)

Het is dus moeilijk om aan te geven hoeveel categorieën gemaakt moeten worden en hoe gedetailleerd het categoriseren moet zijn. Grant et al. (1996) zeggen hierover het volgende: in het begin was er geen verschil tussen categorieën en subcategorieën, de incidenten werden gegroepeerd in categorieën en langzamerhand ontstonden categorieën en subcategorieën. Extra aandacht werd besteed aan de mate van abstractie en de mate waarin categorieën overlap vertoonden. Zij stellen dus dat aandacht moet worden besteed aan de categorisering, maar doen geen uitspraken over de mate van detail. Bij het categoriseren zijn de categorisators er in het geval van Valkenhof van uitgegaan dat zij zo gedetailleerd mogelijk moesten zijn. Generaliseren van incidenten kan altijd nog. Het is altijd mogelijk om van kleine gedetailleerde categorieën een algemenere categorie te maken, maar het is lastiger om van een grote algemene categorie meerdere kleine gedetailleerde categorieën te maken.

Flanagan (1954) geeft nog zes vereisten waaraan een categorie moet voldoen:

1. De categorieën moeten logisch gekozen zijn, duidelijk zijn geformuleerd en een makkelijk te herkennen structuur hebben.
2. De titels van de categorieën moeten betekenisvol zijn. Ze moeten een betekenis op zich hebben, zonder een extra definitie of uitleg.
3. De categorieën moeten homogeen zijn en parallel in inhoud en structuur. De titels moeten neutraal zijn en geen ontevreden of juist uitmuntend gedrag weergeven.
4. De titels moeten van hetzelfde belang zijn. Men mag in de titels niet door laten schemeren, dat een bepaalde categorie meer incidenten bevat.
5. De titels voor de categorieën en de rapportage van de data moeten zo zijn, dat bevindingen makkelijk toegepast kunnen worden.
6. De lijst met categorieën moet allesomvattend zijn. Alle incidenten moeten binnen de categorieën vallen.

Uit andere onderzoeken waarbij de CIT-methode is gebruikt, bleek het aantal categorieën tussen de 12 en de 19. V.d. Geer (2004) kwam bij het opstellen van twee Behavioural Observation Scales (BOS) tot respectievelijk 17 en 19 categorieën. Bitner et al. (1990) kwamen tot 12 categorieën in een onderzoek naar de cliënttevredenheid in de servicesector. Grant et al. (1996) kwamen tot 14 categorieën met verschillende subcategorieën. Taggar en Brown (2001) kwamen tevens tot 14 categorieën.

De categorisering bij Valkenhof is door drie verschillende personen onafhankelijk van elkaar gedaan om aan de regel van Flanagan (1954), dat het categoriseren

niet door één persoon alleen moet gebeuren, te voldoen. Van tevoren was niets afgesproken over de categorieën. De categorisators hadden na de categorisering dus verschillende categorieën met verschillende incidenten. Tijdens een overleg tussen de eerste en de tweede categorisator¹ zijn vervolgens de verschillen besproken. Gedurende dit overleg zijn de definitieve categorieën afgesproken. Ook is besproken welke incidenten als dubbel aangemerkt konden worden. Deze zijn er vervolgens uitgehaald. Hierbij zijn het aantal dubbele incidenten vermeld op het kaartje, waar het incident op staat. Nadat de categorieën zijn vastgesteld en de dubbele incidenten zijn vermeld is nogmaals onafhankelijk van elkaar gecategoriseerd.

2.1.5 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Na de categorisering wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend (Geer, v.d., 2003; Latham, & Wexley, 1979).

Met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bepaalt men in hoeverre een ander individu dezelfde categorisering gemaakt zou hebben (Latham & Wexley 1994).

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te meten is de meest gebruikte coëfficiënt, de Cohen's kappa genomen (Perreault, & Leigh, 1989).

Cohen ontdekte in 1960 dat, bij het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met behulp van een percentage van het aantal overeenkomstige incidenten, een bepaalde mate van overeenkomst te verklaren is door het toeval. Tevens wordt het aandeel van het toeval sterk beïnvloedt door het aantal categorieën. Cohen heeft hiertoe in 1960 een coëfficiënt ontwikkeld die overeenstemming tussen beoordelaars op basis van toeval uitsluit. Hij noemde deze coëfficiënt de kappa. Cohen heeft kappa (K) gedefinieerd als

$$K = (f_o - f_c) / (N - f_c)$$

Met

N = totaal aantal beoordelingen per beoordelaar

f_o = het aantal beoordelingen waarbij de beoordelaars overeenstemming hebben

f_c = het aantal beoordelingen waarbij de beoordelaars overeenstemming hebben door toeval

Een kappa waarde van 0 wil zeggen dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid enkel veroorzaakt wordt door het toeval. Wanneer een perfecte overeenstemming is tussen de beoordelaars bereikt de kappawaarde de bovengrens van + 1.00. Indien de kappa waarde 0.00 is, is er een overeenstemming die op basis van het toeval verwacht kon worden. Een kappa waarde van - 1.00 wil zeggen dat er zelfs geen overeenstemming is op basis van het toeval (Cohen, 1960).

Indien de Cohen's kappa onvoldoende is, dat wil zeggen kleiner dan 0.70, moet opnieuw naar de categorieën en de incidenten gekeken worden. Op deze manier wil men tot betere overeenstemming tussen de verschillende beoordelaars komen.

2.1.6 Inhoudsvaliditeit

Nadat overeenstemming is bereikt, moet gekeken worden of de inhoudsvaliditeit gewaarborgd is. De apart gelegde incidenten (10%) dienen te worden ondergebracht in de categorieën. Hierbij moet voldaan worden aan twee voorwaarden:

1. Er mag geen nieuwe categorie worden toegevoegd,
2. Er mogen niet meer dan twee nieuwe incidenten worden toegevoegd aan een reeds bestaande categorie.

¹ De eerste categorisator is de afstudeerder, de tweede categorisator is de tweede begeleider

Mocht dit wel het geval zijn, dan dienen nieuwe CIT-interviews afgenomen te worden, omdat dan blijkbaar niet alles wat speelt is meegenomen. (Geer, 2003) (Latham & Wexley 1994)

2.2 Resultaten

In deze paragraaf wordende resultaten van de CIT weergegeven.

2.2.1 Categorisering

Er zijn totaal 514 incidenten verzameld.

463 incidenten zijn in eerste instantie door twee categorisators² gecategoriseerd. Dit zijn de 514 incidenten zonder de incidenten die apart zijn gelegd om de inhoudsvaliditeit te bepalen.

Nadat de incidenten voor de eerste keer gecategoriseerd waren door beide categorisators, bleek een verschil in inzicht te bestaan. Dit verschil had betrekking op de mate van detail waarin de categorieën opgesteld dienden te worden. Dit bleek uitwerking te hebben op de benoeming van dezelfde incidenten. Zo werden incidenten door de eerste categorisator gezien als hetzelfde, terwijl de tweede categorisator het veelal zag als subcategorie. De incidenten, die door beide categorisators als hetzelfde werden gezien, 120 incidenten, zijn ook daadwerkelijk als hetzelfde meegenomen in het vervolg van de categorisering. Hierna is de categorisering door de eerste categorisator opnieuw uitgevoerd. Uiteindelijk zijn er 514 incidenten gecategoriseerd in 20 categorieën met daarbinnen weer verschillende subcategorieën en binnen de subcategorieën zijn soms groepen gevormd.

2.2.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Er is gekeken hoe de verschillende groepen respondenten verdeeld zijn over de categorieën, subcategorieën en groepen door te bepalen of incidenten van een kleur allemaal in dezelfde groep vielen. Vooral bij de categorieën "communicatie" en "eten" bleken verschillen te zitten. Vooral contactpersonen hadden incidenten over de communicatie terwijl vooral bewoners incidenten over het eten hadden genoemd.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is vervolgens berekend voor de definitieve categorisering. Cohens kappa bleek voldoende (0.76) te zijn, tussen de eerste en de tweede categorisator.

Per abuis waren de 10% apart gelegde incidenten tijdens de tweede categoriseringsronde toch mee gecategoriseerd. Er is toen een derde categorisator gezocht³. Deze heeft alle incidenten, exclusief de 51 incidenten om de inhoudsvaliditeit te bepalen opnieuw gecategoriseerd.

Bij de berekening van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de derde en de eerste categorisator bleek de kappa waarde 0,79 te zijn. De kappa waarde van de derde en de tweede categorisator bleek eveneens 0.79 te zijn.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt voldoende te zijn. Er kan met grote waarschijnlijkheid gesteld worden dat een vierde onafhankelijk persoon de incidenten op een zelfde wijze had toegewezen.

Incidenten zijn toen definitief onderverdeeld in categorieën op basis van een meerderheidsregel. Indien twee categorisators een incident in eenzelfde categorie hadden onderverdeeld werd het incident ook daadwerkelijk ingedeeld in die categorie. Zo bleven nog 27 incidenten over die door alle drie de categorisators in een andere (sub)categorie waren ingedeeld. Veelal bleek het verschil te zitten in de subcategorie waarin een incident ingedeeld was en niet in de hoofdcategorie.

² De eerste categorisator is de afstudeerder en de tweede categorisator is de tweede begeleider.

³ De derde categorisator is de eerste begeleider.

Tijdens een overleg tussen de eerste categorisator en de derde categorisator zijn deze incidenten ingedeeld. Ook zijn nog twee categorieën toegevoegd, omdat een aantal incidenten een duidelijk een verband met elkaar had, maar niet binnen een al bestaande categorie paste.

Vervolgens zijn de 51 reeds apart gelegde incidenten gecategoriseerd door de 1^e en de 3^e categorisator, om de inhoudsvaliditeit te bepalen.

2.2.3 Eindresultaat CIT

Het eindresultaat van de categorisering zijn 22 categorieën met verschillende subcategorieën en daarbinnen groepen incidenten. Zie hiervoor tabel 2.1. In de laatste kolom is het aantal incidenten in de betreffende groep of subcategorie opgenomen.

Tabel 2.1: Categorieën, subcategorieën en groepen en aantal incidenten

Categorie	Subcategorie	Groep	Aantal
1. Eten en Drinken	Variatie	Afwisseling	12
		Broodmaaltijd	2
		Aanpassing aan de cliënt	1
	Smaak	Temperatuur	7
		Lekker	8
	Verzorging		5
	Randvoorwaarde eten	Details	1
		Plaatsen tijdens het eten	1
		Meubilair	1
	Overige	Hoeveelheid	3
		Verspilling	2
		Assortiment	1
		Tijdstip afruimen	1
Aansluiting bij de doelgroep		2	
Extra's		1	
Krijgen wat je bestelt		1	
2. Confronterende situaties	Confronterende situaties voor bewoners		7
	Confronterende situaties voor contactpersonen		2
3. Meenemen persoonlijke eigendommen	Plaatsen van eigen spullen op de kamer		3
	Begrip		1
4. Toezicht/ Beschikbaarheid Personeel	Toezicht op bewoners		4
	Weinig personeel beschikbaar		7
	Afhankelijkheid van anderen		1
5. Personeel	Inzet		5
	Samenwerking		5
	Uniformiteit		2
	Gemakzucht		3
6. Lichamelijke Verzorging	Frequentie van het douchen		2
	Opmerkzaamheid		2
	Verzorging		9
	MRSA		1
	Inkoop alledaagse producten		1
	Bedlegerige bewoners		1
	Inspraak		1
7. Bejegening	Vriendelijkheid, algemene houding	Vriendelijkheid	9
		Houding	28
		Haasten	2
	Persoonlijke aandacht / Interesse	Praatje maken	10
		Luisterend Oor	4
		Belangstelling/betrokkenheid	17
		Persoonlijke aandacht	8
	Behulpzaamheid		21
	Overige	Grapjes	1
		Voorkomen personeel	1

Tabel 2.1: Categorieën, subcategorieën en groepen en aantal incidenten - vervolg

8. Vrijheid /Zelfstandigheid	Bezoek		6	
	In je waarde laten		4	
	overige	Zelfstandigheid	2	
		Vrijheid	5	
Bewegingsvrijheid		1		
9. Wacht/reactietijd	Reactietijd na het bellen		24	
	Reactietijd 's nachts bij thuiskomst		1	
10. Afspraken nakomen			7	
11. Werkdruk			18	
12. Sfeer op afdeling			7	
13. Kamer	Grootte		16	
	Privacy		8	
	Uitzicht		4	
	Schoonmaak		13	
	Badkamer		6	
	overig	Kledingkast	1	
		Balkon/via kamer naar buiten	1	
		Bed op de kamer	2	
		Faciliteiten	1	
		Eigen telefoon	1	
Verwarring		1		
Daglicht		1		
14. Beleid	Geldzaken		8	
	Overlijden	Leegruimen kamer na 24 uur	2	
		Informatie naar andere bewoners	1	
		Verhuizen bij overlijden echtgenoot	1	
	Overig	Doelmatigheid	1	
		Relatie met personeel	1	
		Toegankelijkheid voor andere instanties	1	
		Centralisatie	1	
		Badkamers als opslagruimte	1	
		Kleinschalig naar grootschalig	1	
Groote huiskamer		2		
15. Huis Algemeen	Huiskamer	Restaurant	1	
		Alarm	3	
		Winkel	2	
	Faciliteiten	Aanpassen aan gebruikers	1	
		Veelzijdigheid	1	
		Borden met wie er werkt	2	
		Rokersruimte	1	
		Douches	1	
		Bad	1	
		Klimaatbeheersing	Temperatuur	4
			Beluchting	1
	Zonnescherm		1	
	Aankleding	Sfeer	6	
		Inrichting	1	
		Meubels	1	
	Overig	Toegankelijkheid	2	
		Omgeving	3	
		Terras	3	
		Weg kwijt raken	1	
		Geluidsoverlast	2	
Poort		1		
16. (Para) medische zorg	Geestelijke verzorging		2	
	Therapie		7	
	Behandelplan		1	
	Overleg		1	
	Verslechtering cliënt		1	

Tabel 2.1: Categorieën, subcategorieën en groepen en aantal incidenten - vervolg

17. Communicatie	Intake	Informatie	1
		Afspraken, die tijdens de intake worden gemaakt, nakomen	1
	Informatievoorziening familie		27
	Begeleiding familie		5
	Communicatie met Evv'er		7
	Communicatie met bewoners		5
	Overige		1
18. Activiteiten	Introduc�e		2
	Frequentie		19
19. Geborgenheid/veilig voelen	Geborgenheid		4
	Veiligheid		4
	Eerlijkheid		2
20. Klachten	Open staan voor klachten		3
	Duur van klachtenafhandeling		2
	Communicatie over de klachtenafhandeling		1
21. Kleding	Strijken		1
	Kwijtraken kleding		2
22. Overig			19

2.2.4 Inhoudsvaliditeit

De inhoudsvaliditeit van de CIT is ook voldoende. 10% van de incidenten was van tevoren bepaald en deze incidenten bepaalden of de categorisering inhoudsvalid was. Hiermee wordt bedoeld dat gekeken werd of alle onderwerpen (die eerder bepaald waren) aan bod kwamen. Er werd onderzocht of de lijst volledig was en of alle incidenten boven tafel waren gekomen. Van de 51 incidenten die de inhoudsvaliditeit bepaalden bleken 2 incidenten nieuw te zijn. Ze bleken wel te passen binnen een categorie, maar niet bij een bepaalde groep incidenten die ongeveer hetzelfde waren. Hiermee bleek de inhoudsvaliditeit gegarandeerd, omdat er uiteindelijk maar 2 groepen onder verschillende reeds bestaande subcategorieën bij gekomen zijn. Hiermee is aangegeven dat tijdens de 44 interviews met een grote waarschijnlijkheid te zeggen valt dat alle punten die spelen bij Valkenhof ook meegenomen zijn.

3. Vragenlijstonderzoek

In dit hoofdstuk wordt het vragenlijst onderzoek onder de loep genomen. De vragenlijst is geconstrueerd aan de hand van de door de experts goedgekeurde categorisering. Nadat de vragenlijst is ontwikkeld is deze nogmaals voorgelegd aan de experts. Dit hoofdstuk beschrijft de constructie van de vragenlijst en geeft de resultaten weer.

3.1 Methode

3.1.1. Constructie vragenlijst

Nadat de lijst met categorieën en daarbij behorende incidenten is vastgesteld is deze lijst omgezet naar een vragenlijst. Latham en Wexley (1994) raden een methode aan, waarbij incidenten die hetzelfde gedrag beschrijven allereerst geclusterd worden. De naamgeving van zo'n cluster wordt op basis van de incidenten geformuleerd. Clusters die op elkaar lijken worden vervolgens in eenzelfde groep ingedeeld. Deze groepen vormen uiteindelijk een criterium oftewel een Behavioral Observation Scale. Dezelfde incidenten vormen dus een gedragsitem. Latham, Fay en Saari (1979) gebruikten twee of meer incidenten over een supervisor die werknemers complimenten geeft of beloont om het item: "Praises and/or rewards subordinates for specific things they do well" te maken. Gedragsitems die op elkaar lijken vormen een gedragscriterium. Het bovenstaande item werd bijvoorbeeld gegroepeerd met soortgelijke items om het criterium "interaction with subordinates" te vormen. Het uiteindelijke instrument bestaat dan weer uit verschillende criteria (Latham & Wexley 1994). De criteria komen overeen met de groepen incidenten die hier categorieën genoemd zijn. De categorieën en/of subcategorieën krijgen vervolgens een Likert-type schaal. Het voordeel hiervan is dat het een preciezere weergave geeft van de frequentie en de mening van de respondent beter weergeeft. (Jansen & Joostens, 1998; Cooper & Schindler, 2003; Latham & Wexley, 1977)

In het geval van Valkenhof is de lijst met categorieën echter veel te lang om één-op-één over te nemen. Daarom is ervoor gekozen om de lijst met definitieve categorieën met daarbij behorende incidenten, intern bij Valkenhof te bespreken. Hierbij is de lijst aan een aantal experts gegeven. Dit waren de algemeen directeur, de beleidsmedewerker cliënten en twee vertegenwoordigers van de cliëntenraad. Een voorbeeld van deze lijst staat in appendix vier. Deze personen hebben, onafhankelijk van elkaar, binnen elke categorie de naar hun mening belangrijkste incidenten gewaardeerd. Vervolgens zijn de vier experts, de afstudeerder en de eerste begeleider tijdens een overleg met deze personen tot overeenstemming gekomen. Het aantal dubbele incidenten is, in lijn met v.d. Geer (2004) als bewijs voor het belang van een incident gebruikt. Nadat het belang van de incidenten door de algemeen directeur, de beleidsmedewerker cliënten en twee leden van de cliëntenraad van Valkenhof is aangegeven, zijn de als belangrijk aangemerkte incidenten omgezet in items voor de vragenlijst. Hierbij zijn de categorieën of subcategorieën omgezet in schalen. Per schaal zijn er een of meerdere incidenten omgezet tot items.

Jansen & Joostens (1998) geven een overzicht waaraan een goede vragenlijst moet voldoen. Ze stellen dat men zich bij elke vraag goed moet inleven in de mogelijke reacties van respondenten. De bereidheid van respondenten om alle vragen te beantwoorden hangt in hoge mate af van de wijze waarop de vragen zijn geformuleerd en toegelicht. Er moet aangesloten worden bij het referentiekader van de respondent. De CIT speelt hier goed op in doordat de items voor de vragenlijsten afgeleid worden van de incidenten die gegeven zijn

door bewoners. De formulering van de bewoners is aangehouden bij het verzamelen van de incidenten.

In dit onderzoek bestaat het merendeel van de vragenlijst uit opinie vragen. Men wil namelijk de opinie van de cliënt met betrekking tot de tevredenheid achterhalen. Jansen en Joostens (1998) stellen dat de antwoordmogelijkheden bij opinie vragen zo geformuleerd moeten worden, dat alle respondenten hun mening kunnen geven. De intensiteit van de antwoordmogelijkheden is afhankelijk van een aantal factoren. Ze moeten zowel aan een aantal inhoudelijke als technische eisen voldoen. Ook Oosterveld & Vorst (2003) geven enkele eisen waaraan een vragenlijst moet voldoen. Deze zijn meegenomen bij het opstellen van de vragenlijst. Bij het opstellen van de vragenlijst is de letterlijke bewoording in de incidenten zoveel mogelijk aangehouden, om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënten. Zo is bijvoorbeeld de term zusters gebruikt voor het verplegend personeel, aangezien de cliënten veelal over de zusters praten. Nadat de vragenlijst is geconstrueerd, is deze voorgelegd aan de experts van Valkenhof.

Na de interne bespreking van de lijst met categorieën, subcategorieën en groepen bleven 112 groepen incidenten over, waarvoor een vraag is geformuleerd. De categorieën en subcategorieën worden in het vragenlijstonderzoek schalen genoemd, waarbij incidenten omgezet zijn in items die binnen een schaal vallen. Bij eerder onderzoek kon niet aangegeven worden welke schalen of items nu een grote invloed hebben op de algemene tevredenheid en welke schalen of items een minder grote invloed hebben. Om hier wel iets over te kunnen zeggen zijn er vragen geformuleerd om de algemene tevredenheid te meten. De algemene tevredenheid is als onafhankelijke variabele opgetreden. Vervolgens is bepaald wat de correlatie tussen de algemene tevredenheid en de afzonderlijke schalen was. Aan de hand van deze correlaties kon men zien welke schalen een grote invloed hebben op de algemene tevredenheid en welke schalen een minder grote invloed hebben. In eerder onderzoek is dit niet gedaan.

De schalen voor de algemene tevredenheid zijn bepaald door incidenten te nemen die een algemeen gevoel omschreven, zoals "ik voel me hier thuis". Verder is door de afstudeerder en de eerste begeleider gebrainstormd aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie (Pouwels, 2004). Uiteindelijk zijn 10 items geformuleerd die zijn voorgelegd aan de experts van Valkenhof. Deze 10 items zijn uiteindelijk ook meegenomen in de vragenlijst.

De items zijn:

- Er wordt door Valkenhof goede zorg geleverd.
- In een ander verpleeg/verzorgingshuis had ik het niet beter kunnen treffen
- Ik voel me hier thuis.
- Mijn verblijf bij Valkenhof voldoet aan de verwachtingen die ik vooraf had.
- Ik vind het fijn om hier te wonen
- Er moet nog veel verbeterd worden bij Valkenhof
- Als ik de keuze had tussen Valkenhof en een andere instelling zou ik weer voor Valkenhof kiezen
- Ik zou Valkenhof aanraden aan mijn vrienden aan kennissen die op zoek zijn naar een geschikte instelling
- Er wordt hier slechte zorg gegeven.
- Wat voor rapportcijfer, tussen de één en de tien, zou u Valkenhof geven?

In totaal zijn 130 vragen geformuleerd die ter beoordeling aan de experts zijn voorgelegd. Na deze beoordeling zijn uiteindelijk 126 vragen opgenomen in de vragenlijst. De vragen over de algemene tevredenheid zijn in twee blokken van vijf vragen gesteld om antwoordtendenties tegen te gaan. Van deze vragen bleken niet alle vragen geschikt voor zowel contactpersonen als bewoners.

Bewoners zijn met name vragen over het eten gesteld die niet geschikt waren voor contactpersonen en contactpersonen zijn vragen over communicatie gesteld die niet geschikt waren voor bewoners. Een deel van de vragenlijst is te vinden in appendix vijf.

3.1.2 Analyse vragenlijst

Nadat de vragenlijst is afgenomen bij de cliënten dient hij geanalyseerd te worden. Hiertoe zijn een aantal analyses uitgevoerd. Allereerst is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om te bepalen of de items die in een schaal zitten ook daadwerkelijk hetzelfde meten. Vervolgens is een factoranalyse uitgevoerd om te bepalen of schalen uit een of meer factoren bestaan. Deze analyses hebben met de betrouwbaarheid van het instrument te maken. Vervolgens zijn analyses uitgevoerd om te bepalen welke schalen of items bijdragen aan de algemene tevredenheid. Door de correlaties te bepalen is gekeken wat belangrijk is voor de algemene tevredenheid. Vervolgens is een regressieanalyse uitgevoerd om te bepalen welke van de voor de algemene tevredenheid belangrijke schalen en items nu de hoogste bijdrage leveren aan de algemene tevredenheid. Aan de hand van de correlaties kan bijvoorbeeld opgemaakt worden dat Veilig voelen en Bejegening beide een hoge correlatie hebben en dus belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid. Door middel van een regressie analyse wordt gekeken wat het aandeel van deze schalen of items voor de algemene tevredenheid is. Na de regressie analyse is bepaald hoe de verschillende huizen van Valkenhof scoren en of er verschillen tussen deze huizen zijn.

3.2. Afname en respons

Allereerst is door de teamleiders van de afdelingen aan de hand van het zorgplan gekeken welke cliënten de cognitieve mogelijkheden hadden om de vragenlijst, al dan niet met hulp van enquêteurs, in te vullen. Van de cliënten die niet in staat waren om zelf medewerking te verlenen aan dit onderzoek zijn de eerste contactpersonen benaderd. Deze zijn middels een schriftelijke vragenlijst gevraagd hun medewerking te verlenen. De enquêteurs, die bij de bewoners de vragenlijsten hebben afgenomen, waren studenten van verschillende studies (gezondheidswetenschappen, ergotherapie, sporthogeschool, HBO-verpleegkunde en technische bedrijfskunde). De instructie voor de enquêteurs staat weergegeven in appendix zes

In totaal zijn 202 contactpersonen van de verschillende huizen benaderd. Hiervan zijn 135 vragenlijsten teruggezonden. Dit houdt in dat er een respons is van 67%. Van de 164 cliënten die rechtstreeks benaderd konden worden, hebben 119 cliënten hun medewerking verleend aan het onderzoek. Dit houdt in dat er een respons is van 73%.

De respons per huis staat in tabel 4.1. Het absolute aantal staat tussen haakjes achter de percentages.

Tabel 3.1: Respons

Huis	Contactpersonen	Bewoners
Taxandria	70% (83/118)	n.v.t *
Leenderhof Verpleging	60% (12/20)	n.v.t.*
Kempenhof verpleging	60% (9/15)	62% (47/76)
De Bogen	56% (14/25)	75% (18/25)
Leenderhof verzorging	63% (12/19)	78% (14/18)
Kempenhof verzorging	80% (4/5)	89% (40/45)
Onbekend	0% (1/202)	
Totaal	67% (135/202)	73% (119/164)

*Leenderhof verpleging en Taxandria zijn psychogeriatrische verpleeghuizen. De bewoners zijn daar op basis van hun indicatie niet in staat een vragenlijst in te vullen.

De respons van het vragenlijstonderzoek blijkt niet tegen te vallen. Ten opzichte van de eerder uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoeken bij Valkenhof is de respons beter. In 1997 was de respons, evenals in 1999, ruim de helft. In 2002 is er een steekproef getrokken waarbij in totaal de meningen van 95 bewoners en 84 contactpersonen zijn meegenomen. Er worden nu redenen voor de lage respons aangegeven er worden mogelijkheden besproken om de respons een volgende keer te verhogen.

De non-respons bij bewoners valt te wijten aan een aantal zaken. Allereerst zijn de interviews afgenomen tijdens een griepgolf. De bewonersgroep van Valkenhof is extra gevoelig voor ziektes. Een aantal bewoners was door ziekte niet in staat hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Dit kan men voorkomen door de doorlooptijd van het afnemen van de vragenlijsten te verlengen. Op het moment dat men meer tijd heeft om vragenlijsten af te nemen, kunnen zieke mensen weer hersteld zijn. Nu is men slechts enkele dagen of zelfs maar één dag op een locatie geweest om de interviews af te nemen.

Het verlengen van de doorlooptijd voor de afname van de interviews zorgt er ook voor dat bewoners die toevallig niet thuis zijn op de dag dat de interviews worden afgenomen, wel benaderd kunnen worden.

Een derde punt, dat vooral speelt op Kempenhof Verpleging is het niet willen meewerken van bewoners aan een onderzoek. De reden hiervan is dat op Kempenhof verpleging een kort verblijf afdeling is. Bewoners hadden soms geen zin om aan het onderzoek mee te werken, omdat ze er toch maar kort verbleven. Ze hadden wel iets anders aan hun hoofd.

De redenen van non-respons bij contactpersonen kunnen zijn dat de vragenlijst in de carnavalstijd is verstuurd. De carnavalstijd is in de regio van Valkenhof een drukke tijd, tevens is deze tijd voor niet carnavalsvierders een tijd om op vakantie te gaan. Het kan zijn dat de lijst daarom verwaald is geraakt tussen andere post en dat contactpersonen hem niet hebben opgemerkt. Er is één herinnering gestuurd. Indien nog een herinnering met eventueel een vragenlijst toegevoegd was gestuurd, was de kans op een hogere respons groter.

3.3 Analyse gegevens

Nadat de vragenlijsten zijn afgenomen zijn een aantal analyses gedaan om te bepalen of de vragenlijst betrouwbaar is en om te bepalen hoe het gesteld is met de cliënttevredenheid bij Valkenhof. De eerste analyses zijn gedaan om te bepalen of de vragenlijst meet wat gemeten moet worden. De daarop volgende analyses zijn gedaan om te bepalen door welke items de algemene tevredenheid bepaald wordt. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van computerprogramma SPSS 12.0.1. Voor de analyses is gebruik gemaakt van Green en Salkind (2002)

3.3.1. Interne consistentie

Door middel van een betrouwbaarheidsanalyse is gekeken of verschillende items die opgesteld zijn om een schaal te meten ook daadwerkelijk met elkaar samenhangen. Er is bepaald of de schalen betrouwbaar zijn. Dat wil zeggen dat bepaald is of de verschillende items die bijvoorbeeld voor de schaal "Eten" zijn geformuleerd ook daadwerkelijk bijdragen tot het meten van de schaal "eten". Betrouwbare schalen meten onder verschillende omstandigheden hetzelfde aspect. (Green & Salkind, 2002; Cooper & Schindler, 2003)

Tabel 3.2. geeft de samenhangende schalen weer. In de eerste kolom staat de schaal, in de tweede kolom staat uit hoeveel items de schaal bestaat en de derde kolom geeft de waarde van Cronbach's alfa aan. Cronbach's alfa is een maat voor de samenhang tussen verschillende items. Cronbach's alfa kan waarden aannemen van 0.00 (bij geen samenhang) tot 1.00 (bij volledige samenhang). Bij het gebruik van de Cronbach's alfa als maat voor de interne consistentie is het moeilijk om een minimum grens hiervoor aan te geven. Hoe meer items namelijk

in een schaal zitten en hoe hoger deze items met elkaar correleren, hoe hoger de Cronbach's alfa. Een inhoudelijk zeer homogene, wat eenzijdige, schaal behaalt een hogere alfa dan een schaal met wat meer inhoud. (Berger, Imbos & Janssen, 2000). Er is gekozen om subcategorieën met een alfa waarde van 0.50 of hoger daadwerkelijk als een schaal te zien, omdat het anders een onoverzichtelijke lijst met veel items zou worden.

Tabel 3.2: Items die samengenomen zijn tot schalen

Schaal	Aantal items	Cronbach's alfa
Oordeel Eten Bewoners	11	0.71
Oordeel Eten Contactpersonen	6	0.66
Toezicht	2	0.47 ⁴
Gedrag Personeel	6	0.67
Bejegening	11	0.85
Vrijheid	5	0.54
Klimaat	2	0.56
Paramedische zorg	3	0.54
Communicatie met contactpersoon	7	0.84
Communicatie met bewoner	3	0.53
Activiteiten	3	0.62
Open staan voor klachten	2	0.67
Klachtenafhandeling	2	0.90
Kleding	2	0.63
Huis Algemeen	10	0.71
Mensen van vroeger	2	0.80
Algemene tevredenheid	9	0.83

Na de betrouwbaarheidsanalyse zijn 17 schalen onderscheiden, waarbij blijkt dat er samenhang is tussen de items. In totaal zitten er 86 items in deze schalen. Er zijn nog 34 items meegenomen als losse items. Bij deze items bleek niet genoeg samenhang te zijn of ze stonden reeds los van elkaar.

3.3.2 Meten schalen één of meerdere factoren?

Door middel van een factoranalyse is gekeken of de schalen een of meerdere factoren meten. Een factoranalyse herleidt variabelen die onderling correleren tot een zelfde factor en variabelen die onderling (bijna) niet correleren tot verschillende factoren. (Green & Salkind, 2002; Cooper & Schindler, 2003; Berger, Imbos & Janssen, 2000) Het kan bijvoorbeeld zijn dat de schaal "Eten" uit meerdere factoren bestaat, bijvoorbeeld "kwaliteit van het eten" en de "variatie van het eten". Nadat de factoranalyse is uitgevoerd blijken een aantal schalen meerdere factoren te hebben. Deze schalen zijn:

- Oordeel Eten Bewoners, 4 factoren
- Oordeel Eten Contactpersonen, 2 factoren
- Bejegening, 3 factoren
- Gedrag Personeel, 2 factoren
- Huis Algemeen, 3 factoren
- Algemene tevredenheid, 2 factoren

Voor een aantal schalen is niet duidelijk te zeggen hoe de verschillende items laden op factoren. Er is dus niet duidelijk te zeggen welke items de ene factor meten en welke de andere. Sommige items dragen in zo'n geval dan bij aan meerdere factoren. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat het item "het eten is lekker" zowel bijdraagt aan de factor "kwaliteit van eten" als aan de factor "variatie van het eten". Krijgt een bewoner namelijk iedere dag hetzelfde eten, vindt men het

⁴Een uitzondering is gemaakt voor Toezicht. De waarde van Cronbach's alfa is daarbij 0.47. Dit is bijna 0.50 en de correlatie met de algemene tevredenheid is voor beide items hoog en heeft ongeveer dezelfde waarde, respectievelijk 0.37 en 0.31. Om deze reden is toch gekozen deze items samen te nemen en hiervan de schaal toezicht te maken.

niet meer lekker. Als men het eten niet lekker vindt, kan het ook zijn dat men de kwaliteit daardoor minder vindt.

Bij deze schalen is gekozen om de oorspronkelijke indeling te handhaven. De schaalbetrouwbaarheid is immers goed, een factoranalyse kan in deze gevallen echter geen duidelijke structuur bieden.

In tabel 3.3 tot en met tabel 3.5 is te zien dat voor "Eten contactpersonen", "Gedrag personeel" en "Huis algemeen" de factoranalyse wel een duidelijke structuur biedt. Deze schalen zijn dan ook onderverdeeld in respectievelijk 2, 2 en 3 factoren.

Tabel 3.3. Ladingen op de factoren voor de schaal Oordeel Eten Contactpersonen

Oordeel Eten Contactpersonen		
Item	factoren	
	1 (randvoorwaarde eten)	2 (voldoende eten en drinken)
Verzorging	,638	,478
Aankleding tafel	,806	
Voldoende op een dag		,866
Drinken		,830
Opruimen lege borden	,700	
Speciale gelegenheden	,680	

Door middel van een factoranalyse met Oblimin rotatie is de schaal "Oordeel Eten Contactpersonen" onderzocht. Dit resulteerde in twee factoren, "randvoorwaarde eten" en "voldoende eten en drinken". De factor randvoorwaarde eten verklaarde 40,0% van de variantie en de factor voldoende eten en drinken verklaarde 18,8% van de variantie. Er is een item dat op beide factoren laadt, dit is in de vervolganalyses meegenomen bij "randvoorwaarde eten", aangezien de lading daar het grootst was. De Eigen-waardes van de twee factoren waren respectievelijk 2,402 en 1,130 voor "randvoorwaarde eten" en "voldoende eten en drinken."

Tabel 3.4 Ladingen op de componenten voor de schaal Gedrag Personeel

Gedrag Personeel		
Item	factoren	
	1 (Inzet)	2 (Roddelen)
Inzet	,845	
Samenwerking	,825	
Herkennen	,516	
GemakzuchtigR	,644	,402
Roddelen personeelR		,855
Uitlekken gevoelige informatieR		,826

Door middel van een factoranalyse met Oblimin rotatie is de schaal "Gedrag Personeel" onderzocht. Dit resulteerde in twee factoren, "Inzet" en "Roddelen". De factor "Inzet" verklaarde 38,3% van de variantie en de factor "Roddelen" verklaarde 22,5% van de variantie. Er is een item dat op beide factoren laadt, dit is in de vervolg analyses meegenomen bij "Inzet", aangezien de lading daar het grootst was. De Eigen-waardes van de twee factoren waren respectievelijk 2,295 en 1,348 voor "Inzet" en "Roddelen".

Tabel 3.5 Ladingen op de componenten voor de schaal Huis Algemeen

Item	factoren		
	1 (Inrichting)	2 (Omgeving)	3(Geluidsoverlast)
Grootte huiskamer	,670		
Gezelligheid huiskamer	,741		
Faciliteiten	,578		-,495
Sfeervolle inrichting	,812		
Praktische inrichting	,720		
Veroudering meubelsR	,442	-,561	,316
Toegankelijkheid	,345		
Omgeving		,620	
Plek om buiten te zitten		,708	
GeluidsoverlastR			,833

Door middel van een factoranalyse met Oblimin rotatie is de schaal "Huis algemeen" onderzocht. Dit resulteerde in drie factoren, "Inrichting", "Omgeving" en "Geluidsoverlast". De factor "Inrichting" verklaarde 30,4% van de variantie, de factor "Omgeving" 13,1% en de factor "Geluidsoverlast" verklaarde 10,9% van de variantie. Er zijn twee items die op twee factoren laden, deze zijn in de vervolganalyses meegenomen bij de factoren waarop de lading het grootst is. De Eigen-waardes van de drie factoren waren respectievelijk 3,039; 1,306 en 1,093 voor "Inrichting", "Omgeving" en "Geluidsoverlast".

De schalen en items die gevormd zijn na de betrouwbaarheidsanalyse en de factoranalyse staan weergegeven in de correlatietabel (tabel 3.6).

3.3.3. Correlaties met algemene tevredenheid

Na de factoranalyse is een correlatietabel opgesteld. Hier zijn alle schalen en items die een significante correlatie hadden met algemene tevredenheid, in opgenomen. In totaal hebben 16 schalen en 21 items een significante correlatie met de algemene tevredenheid. De schalen en items die niet in deze tabel zijn opgenomen staan weergegeven in appendix zeven. Tabel 3.6 toont de schalen en items en de correlatie met de algemene tevredenheid. De totale correlatietabel is opgenomen in appendix acht. In de eerste kolom staat de schaal en in de tweede kolom staat uit hoeveel items deze schaal bestaat. In de derde kolom staat de gemiddelde score per schaal of item. De scores zijn een waarde tussen de één en de vijf, waarbij één een voor Valkenhof negatieve score is en vijf, een positieve score. Bij items die negatief zijn opgesteld is dit ook, omdat alle items zijn omgecodeerd. Bijvoorbeeld het item: "Er is veel geluidsoverlast in dit huis" waarbij in de vragenlijsten één helemaal oneens is en vijf helemaal eens. De meest positieve score voor Valkenhof zou op dit item 1 zijn. Het item is echter omgecodeerd, dat wil zeggen alle énen zijn vervangen door vijven en alle tweeën door viereen. Hierdoor wordt één niet de meest positieve score, maar vijf. Op alle items of ze nu positief of negatief gesteld zijn is één dus de meest negatieve score en vijf de meest positieve. De omgecodeerde items zijn te herkennen aan de R die achter de itemnaam staat.

In de daarna volgende kolommen staat de standaarddeviatie, het aantal gegeven antwoorden op dat item en de correlatie met de algemene tevredenheid.

Tabel 3.6: Correlatie met de Algemene Tevredenheid

Schaal	Aantal items in schaal	Gemiddelde	Standaard deviatie	N	Correlatie met de algemene tevredenheid
Algemene tevredenheid	9	4,07	0,68	252	1
GeluidsoverlastR	1	4,21	1,14	242	0,17**
Oordeel Eten Bewoners	11	4,18	0,52	118	0,50**
Beschikbaarheid Personeel	2	3,64	0,95	248	0,38**
Bejegening	11	4,05	0,57	254	0,51**
Vrijheid	5	4,35	0,61	249	0,24**
Klimaat	2	4,04	0,89	252	0,20**
Paramedische zorg	3	4,13	0,83	227	0,43**
Communicatie met bewoners	3	4,35	0,84	111	0,42**
Communicatie met contactpersonen	7	3,79	0,74	135	0,53**
Activiteiten	3	3,76	0,96	230	0,38**
Open staan voor klachten	2	4,08	1,07	228	0,30**
Klachtenafhandeling	2	3,52	1,20	150	0,37**
Kleding	2	3,69	1,02	156	0,32**
Inzet Personeel	4	4,38	0,58	251	0,38**
Oordeel Eten contactpersonen (Randvoorwaarde)	4	4,13	0,61	125	0,42**
Oordeel Eten Contactpersonen (voldoende eten en drinken)	2	4,39	0,68	124	0,41**
Huis Algemeen (Inrichting)	7	4,07	0,68	249	0,50**
Aankleding tafel	1	3,43	1,31	171	0,34**
Plaats	1	4,40	0,90	65	0,34**
Mankeren	1	3,93	0,95	235	0,27**
Helpen bij verzorging	1	4,41	0,80	243	0,45**
Wachttijd	1	3,79	0,94	198	0,35**
Beloven	1	4,16	0,84	231	0,35**
Afgesproken tijden	1	3,95	0,96	221	0,19**
Respect	1	4,50	0,90	210	0,25**
Bewoners onderling	1	4,00	0,98	232	0,36**
Poetsen	1	4,33	0,88	249	0,20**
GeldR	1	3,60	1,24	90	0,30**
Overlijden	1	2,78	1,61	212	0,26**
Betrokkenheid directie	1	2,65	1,51	157	0,29**
Alarmbel	1	4,21	1,11	189	0,31**
Veilig voelen	1	4,52	0,77	245	0,46**
Spullen onbeheerd achter laten	1	3,48	1,60	245	0,24**
Persoonlijke spullen	1	3,81	1,31	242	0,27**
Grootte kamer	1	4,29	1,08	250	0,36**
Aandacht vrijwilligersR	1	3,94	1,32	170	0,21**
Aansluiten geestelijke vz aan behoefte	1	3,19	1,41	102	0,41**
Probleem	1	3,42	1,52	193	0,21**
Rapportcijfer	1	7,77	1,06	248	0,64**

** p<.01

3.3.4 Factoren die de algemene tevredenheid bepalen

De correlatietabel geeft weer welke schalen items correleren met de algemene tevredenheid. Vervolgens zijn een aantal regressieanalyses uitgevoerd om te oordelen of de verschillende schalen items daadwerkelijk een significante bijdrage leveren aan de algemene tevredenheid en wat deze bijdrage is. Door middel van de regressieanalyse kan bepaald worden hoe groot de bijdrage aan de algemene tevredenheid van een bepaalde schaal of item is. Er is gekozen voor een stapsgewijze regressie. In tegenstelling tot het nemen van alle items in een keer, wordt met deze methode een voor een bekeken welke items de grootste bijdrage leveren aan de onafhankelijke variabele, in dit geval de algemene tevredenheid. (Montgomery & Runger, 1999) In tabel 3.7 staan de items en schalen die het hoogst correleren met de algemene tevredenheid. Deze items zijn meegenomen in de regressie analyse.

Tabel 3.7: De hoogst correlerende items met algemene tevredenheid

Nr.	Bewoners	Corr. Met alg.tevr.	Nr	Contactpersonen	Corr. Met alg.tevr.
1	Bejegening 11	0,51	1	Communicatie contactpersonen 7	0,53
2	Oordeel Eten Bewoners 11	0,50	2	Bejegening 11	0,51
2	Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,50	3	Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,50
4	Veilig Voelen	0,46	4	Veilig Voelen	0,46
5	Helpen bij verzorging	0,45	5	Helpen bij verzorging	0,45
6	Paramedisch 3	0,43	6	Paramedisch 3	0,43
7	Communicatie met Bewoners 3	0,42	7	Oordeel Eten Contactpersonen (randvoorwaarden) 4	0,42
8	Aansluiting geestelijke verzorging bij de behoefte	0,41	8	Oordeel Eten contactpersonen (voldoende eten en drinken) 2	0,41
9	Beschikbaarheid personeel 2	0,38	8	Aansluiting geestelijke verzorging bij de behoefte	0,41
9	Activiteiten 3	0,38	10	Beschikbaarheid personeel 2	0,38
9	Personeel (Inzet) 4	0,38	10	Activiteiten 3	0,38
			10	Personeel (Inzet) 4	0,38

Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te bepalen hoe de hoogst correlerende schalen en items met algemene tevredenheid de algemene tevredenheid voorspellen voor de bewoners. Aan de linkerzijde van tabel 3.7 zijn deze items en schalen weergegeven. Ook staan daar de correlaties met de algemene tevredenheid weergegeven. Om de representativiteit te waarborgen zijn alleen die items en schalen meegenomen waarbij het aantal respondenten groter dan 100 is. Om deze reden is aansluiting behoefte aan geestelijke verzorging en "Paramedische zorg 3" weggelaten uit de analyse. De schalen "Bejegening11", "Huis Algemeen (Inrichting) 7" en het item "Helpen bij verzorging" hebben een significante correlatie met de algemene tevredenheid. $F(3,98)=25,142$, $p<0,1$. Totaal kan 43,4% (R^2) van de variantie verklaard worden door de 3 voorspellers.

In tabel 3.8 staan de relatieve sterktes (β -waarden) die de twee schalen en het item hebben. Ook staat het aandeel in de verklaarde variantie (R^2 change) van de schaal of het item in de tabel vermeld.

Tabel 3.8: Uitkomsten regressieanalyse bewoners

Schaal/Item	β -waarde	R^2 change
Bejegening 11	0,321**	0,257
Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,335**	0,117
Helpen bij de verzorging	0,269**	0,060
Totaal		0,434

** Significant met $p<.01$

Ook voor de contactpersonen is een regressieanalyse uitgevoerd om te bepalen hoe goed de hoogst correlerende schalen en items met algemene tevredenheid de algemene tevredenheid voorspellen. Aan de rechterzijde van tabel 3.7 zijn deze

items en schalen weergegeven. Ook staan daar de correlaties met de algemene tevredenheid weergegeven. Om de representativiteit te waarborgen zijn alleen die items en schalen meegenomen waarbij het aantal respondenten groter dan 120 is. Om deze reden is aansluiting behoefte aan geestelijke verzorging weggelaten uit de analyse. De schalen "Bejegening11", "Huis Algemeen (Inrichting) 7", "Beschikbaarheid Personeel 2", "Paramedische zorg 3" en het item "Veilig voelen" hebben een significante correlatie met de algemene tevredenheid. $F(5,104)=29,514$, $p<0,1$. Totaal kan 58,7% (R^2) van de variantie verklaard worden door de 5 voorspellers.

In tabel 3.9 staan de relatieve sterktes (β -waarden) die de twee schalen en het item hebben. Ook staat het aandeel in de verklaarde variantie (R^2 change) van de schaal of het item in de tabel vermeld.

Tabel 3.9: Uitkomsten regressieanalyse contactpersonen

Schaal/Item	β -waarde	R^2 change
Bejegening 11	0,192**	0,318
Veilig Voelen	0,269**	0,137
Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,219**	0,069
Beschikbaarheid Personeel 2	0,230**	0,036
Paramedische zorg 3	0,188**	0,026
Totaal		0,587

** Significant met $p<.01$

* significant met $p<.05$

Het is opmerkelijk dat de schaal "Eten", vooral bij de bewoners, niet als belangrijk uitkomt. Eten heeft namelijk een hoge correlatie met de algemene tevredenheid en tijdens de CIT-interviews kwamen alle respondenten over het eten te praten. De reden hiervoor kan gevonden worden in de zogenoemde multicollineariteit. Multicollineariteit wil zeggen dat er ook correlaties zijn tussen de verschillende items die meegenomen worden in de regressie analyse. De oplossing hiervoor kan zijn, om minder items mee te nemen in de analyse. Hier is daar sprake van doordat de F-test wel significant is, maar de testen op de verschillende items zijn niet significant. (Cooper & Schindler, 2003; Montgomery & Runger, 1999).

De correlatie tussen "Bejegening" en "Eten" is significant en erg sterk, respectievelijk 0.43, 0.68 en 0.60 voor "Oordeel Eten bewoners 11", "Oordeel Eten contactpersonen (randvoorwaarde)" en "Oordeel eten contactpersonen (Voldoende eten en drinken)". Om te onderzoeken of eten wel bijdraagt aan de algemene tevredenheid is er een regressieanalyse uitgevoerd waarbij "Bejegening" buiten beschouwing is gelaten. De schalen "Eten bewoners 11", "Huis Algemeen (Inrichting) 7", "Communicatie met Bewoners 3" en het item "Helpen bij de verzorging" hebben een significante correlatie met de algemene tevredenheid. $F(4,97)=17,896$, $p<0,1$. Totaal kan 42,5% (R^2) van de variantie verklaard worden door de 4 voorspellers.

In tabel 3.10 staan de relatieve sterktes (β -waarden) die de twee schalen en het item hebben. Ook staat het aandeel in de verklaarde variantie (R^2 change) van de schaal of het item in de tabel vermeld.

Tabel 3.10: Uitkomsten regressieanalyse zonder bejegening11 bewoners

Schaal/Item	β -waarde	R^2 change
Oordeel Eten bewoners 11	0,170**	0,248
Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,305**	0,093
Helpen bij de verzorging	0,263**	0,053
Communicatie met bewoners 3	0,199*	0,031
Totaal		0,425

** Significant met $p<.01$

* Significant met $p<.05$

Uit de regressieanalyse die is uitgevoerd voor de contactpersonen blijkt het oordeel van het eten door contactpersonen niet als belangrijk aangemerkt.

"Geestelijke verzorging" en "Paramedische zorg" zijn bij eerdere analyses niet meegenomen om de representativiteit te waarborgen. Deze twee items zijn namelijk niet door alle respondenten ingevuld, omdat veel cliënten geen paramedische zorg ontvangen en omdat niet iedereen behoefte heeft aan geestelijke verzorging. Er is nog een regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of deze twee items wel een belangrijk effect op de algemene tevredenheid hebben indien men hier wel behoefte aan heeft of gebruik van maakt.

De schaal "Bejegening 11" en het item "Aansluiting geestelijke verzorging aan behoefte" hebben een significante correlatie met de algemene tevredenheid voor bewoners. $F(2,35)=11,742$, $p<0,1$. Totaal kan 40,1% (R^2) van de variantie verklaard worden door de 2 voorspellers.

In tabel 3.11 staan de relatieve sterktes (β -waarden) die de twee schalen en het item hebben. Ook staat het aandeel in de verklaarde variantie (R^2 change) van de schaal of het item in de tabel vermeld.

Tabel 3.11: Uitkomsten regressieanalyse met Aansluiting Geestelijke verzorging aan behoefte voor bewoners

Schaal/Item	β -waarde	R^2 change
Bejegening 11	0,490**	0,257
Aansluiting geestelijke verzorging aan behoefte	0,380**	0,144
Totaal		0,401

** Significant met $p<.01$

De schaal "Bejegening 11" en het item "Aansluiting geestelijke verzorging aan behoefte" hebben een significante correlatie met de algemene tevredenheid voor bewoners. $F(4,48)=15,635$, $p<0,1$. Totaal kan 56,6% (R^2) van de variantie verklaard worden door de 4 voorspellers.

In tabel 3.12 staan de relatieve sterktes (β -waarden) die de twee schalen en het item hebben. Ook staat het aandeel in de verklaarde variantie (R^2 change) van de schaal of het item in de tabel vermeld.

Tabel 3.12: Uitkomsten regressieanalyse met Aansluiting Geestelijke verzorging aan behoefte voor contactpersonen

Schaal/Item	β -waarde	R^2 change
Bejegening 11	0,323**	0,318
Veilig voelen	0,207**	0,137
Huis Algemeen (Inrichting) 7	0,328**	0,069
Aansluiten Geestelijke verzorging aan behoefte	0,226*	0,042
Totaal		0,566

** Significant met $p<.01$

* Significant met $p<.05$

Uit de twee analyses blijkt dat wanneer men behoefte heeft aan geestelijke verzorging de aansluiting van het aanbod van geestelijke verzorging op deze behoeftes belangrijk is in relatie tot algemene tevredenheid voor zowel bewoners als contactpersonen.

3.3.5 Verschillen tussen bewoners en contactpersonen.

Door middel van een t-test kan gekeken worden of scores op items significant verschillen tussen groepen. Er kan dus worden bepaald of er bijvoorbeeld een significant verschil is op de algemene tevredenheid tussen bewoners en contactpersonen. Door deze verschillen te onderzoeken wordt nagegaan of

contactpersonen structureel hogere of lagere oordelen geven over de kwaliteit van de zorg dan bewoners. Hiervoor zijn alleen de items die beide groepen respondenten, dus zowel contactpersonen alsook bewoners, belangrijk vinden meegenomen. Dit zijn "Huis algemeen7" en "Bejegening11". Ook is het "Rapportcijfer" aan de analyse toegevoegd.

Tabel 3.13: Verschil tussen contactpersonen en bewoners

Schaal / item	soort respondent	N	Mean	Std. Deviation	t-waarde	p-waarde
Huis Algemeen (Inrichting) 7	bewoner	116	4,1965	,60700	2,698	,007
	contactpersoon	133	3,9677	,71577	2,729	,007
bejegening11	bewoner	119	4,1888	,56327	3,794	,000
	contactpersoon	135	3,9222	,55480	3,791	,000
rapportcijfer	bewoner	116	8,013	1,1276	3,413	,001
	contactpersoon	132	7,561	,9591	3,378	,001
algemene tevredenheid 9	bewoner	118	4,0499	,64208	-,416	,678
	contactpersoon	134	4,0859	,72026	-,419	,676

Het resultaat van de t-testen staat weergegeven in tabel 3.13 Hieruit blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen bewoners en contactpersonen op het item algemene tevredenheid en dat er wel significante verschillen zijn op de andere drie items. Er kan dus met 99% zekerheid gezegd worden dat er een verschil is tussen het oordeel van contactpersonen en het oordeel van bewoners op Huis Algemeen (Inrichting) 7, Bejegening 11 en rapportcijfer. Ook kan er gesteld worden dat er geen verschil is tussen het oordeel van contactpersonen en het oordeel van bewoners op de algemene tevredenheid.

3.3.6 Verschillen tussen huizen

Men kan nu de bepalen of er verschillen zijn tussen de verschillende locaties op basis van de algemene tevredenheid, want uit de t-test is gebleken dat er geen verschil is tussen het oordeel dat contactpersonen geven op algemene tevredenheid en het oordeel op algemene tevredenheid van de bewoners. Om het verschil tussen de huizen te bepalen is een variantie analyse (One-way ANOVA) uitgevoerd.

Een vergelijk tussen huizen is alleen gerechtvaardigd bij algemene tevredenheid, aangezien het verschil anders verklaard wordt door het soort respondent. Contactpersonen geven namelijk een lager oordeel dan bewoners. Tabel 3.14 geeft de gemiddelde scores van de huizen weer op de schalen en items die belangrijke bijdrage leveren aan de algemene tevredenheid.

Tabel 3.14: Gemiddelde scores per huis op belangrijkste schalen en items

Schaal/Item		Kempenhof Verzorging	Kempenhof Verpleging	Taxandria	De Bogen	Leenderhof verpleging	Leenderhof Verzorging
Algemene Tevredenheid	Gem.	4,08	3,94 ^a	4,04 ^b	3,96 ^c	4,05	4,57 ^{abc}
	SD	0,47	0,78	0,75	0,66	0,714	0,36
	N	43	55	83	32	12	26
Rapportcijfer	Gem.	7,71	7,85	7,49	7,97	7,50	8,54
	SD	0,92	1,20	0,91	1,34	0,80	0,75
	N	42	55	81	32	12	25
Bejegening 11	Gem.	4,10	4,14	3,93	4,03	3,80	4,33
	SD	0,62	0,57	0,55	0,58	0,31	0,52
	N	44	56	83	32	12	26
Huis Algemeen (Inrichting) 7	Gem.	4,21	4,22	3,94	3,95	3,29	4,46
	SD	0,56	0,65	0,69	0,58	0,69	0,60
	N	43	55	81	31	12	26
Helpen bij verzorging	Gem.	4,67	4,55	4,20	4,29	4,00	4,73
	SD	0,62	0,91	0,80	0,81	0,60	0,53
	N	40	56	80	28	12	26
Veilig voelen	Gem.	4,67	4,68	4,25	4,63	4,10	4,81
	SD	0,87	0,72	0,672	0,79	1,29	0,40
	N	43	56	77	32	10	26
Beschikbaarheid Personeel 2	Gem.	3,46	3,70	3,43	3,68	3,63	4,42
	SD	1,26	55	0,80	0,76	0,83	0,66
	N	42	0,99	81	31	12	26
Paramedische zorg 3	Gem.	4,30	4,26	3,90	4,37	3,97	4,20
	SD	0,87	0,83	0,82	0,64	0,85	0,84
	N	35	53	79	25	12	22
Aansluiten Geestelijke verzorging aan behoefte	Gem.	2,88	3,83	2,74	3,29	3,20	3,64
	SD	1,20	1,43	1,29	1,45	1,64	1,55
	N	16	18	31	17	5	14
Oordeel Eten bewoners 11	Gem.	4,11	4,14	-	4,20	-	4,52
	SD	0,50	0,56	-	0,46	-	0,40
	N	40	47	-	18	-	14
Communicatie met bewoners 3	Gem.	4,42	4,13	-	4,60	-	4,53
	SD	0,79	0,96	-	0,30	-	0,88
	N	36	45	-	18	-	12
Communicatie met contactpersonen 7	Gem.	3,71	4,18	3,72	3,70	3,73	4,23
	SD	0,63	0,93	0,72	0,87	0,49	0,68
	N	4	9	83	14	12	12

Superscripten (a,b,c) geven paren van huizen aan die significant van elkaar verschillen. Op algemene tevredenheid scoort Leenderhof verzorging significant hoger dan Kempenhof verpleging, Taxandria en De Bogen

Voordat de tabel besproken wordt moet men zich realiseren dat de scores zijn weergegeven op een schaal van één tot vijf waarbij één een slechtste score is en vijf de beste

Het valt natuurlijk op dat Leenderhof verzorging significant beter scoort op de algemene tevredenheid dan Kempenhof verpleging, Taxandria en De Bogen. Leenderhof verpleging scoort laag op Huis Algemeen (Inrichting) 7. Alle huizen, behalve Leenderhof verzorging, scoren verder laag op de beschikbaarheid van het personeel en het aansluiten van de geestelijk verzorging bij de behoeftes. De scores voor de beschikbaarheid van het personeel zijn 3,46; 3,70; 3,43; 3,68; en 3,63 voor Kempenhof verzorging, Kempenhof verpleging, Taxandria, De Bogen en Leenderhof verpleging. De scores op het aansluiten van de geestelijke verzorging bij de behoeftes zijn respectievelijk 2,88; 3,83; 2,74; 3,29; 3,20; 3,64 voor Kempenhof verzorging, Kempenhof verpleging, Taxandria, De Bogen, Leenderhof verpleging en Leenderhof verzorging. De scores zijn verder goed te noemen, waarbij opvalt dat Taxandria en Leenderhof verpleging over het algemeen iets lager scoren. Dit is hoogstwaarschijnlijk te wijten aan het feit dat contactpersonen daar de scores bepalen en contactpersonen over het algemeen lager oordelen dan bewoners.

Om meer inzicht te krijgen in de verschillende schalen en items die de algemene tevredenheid bepalen staan in onderstaande tabellen de schaal met de bijbehorende items zoals die in de vragenlijst gesteld zijn. De gemiddelde scores van de items staan erbij vermeld.

Om een beter inzicht te krijgen in wat de schalen en items nu betekenen zijn in tabel 3.15 de items weergegeven zoals ze in de vragenlijst gesteld zijn voor de items en schalen die belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid. In de eerste kolom staat de schaal vermeld, in de tweede kolom de gemiddelde score die bij de schaal hoort. De derde kolom bevat de items die bij de schaal horen en de scores die bij deze items horen in kolom 4. De scores lopen van één tot vijf, waarbij één een slechte score weergeeft en vijf een goede

Tabel 3.15: Items per schaal zoals gesteld aan bewoners

Schaal	Gem. score	Vraag	Gem. score
Bejegening 11	4,05	1. De zusters zijn heel aardig.	4,60
		2. De zusters reageren kortaf.	4,23
		3. <i>De zusters doen hun werk gehaast.</i>	3,67
		4. <i>De zusters nemen de tijd om een praatje te maken.</i>	3,14
		5. Ik kan goed met de zusters praten als ik het moeilijk heb.	4,25
		6. <i>De zusters vragen hoe het met me gaat.</i>	3,92
		7. De zusters houden rekening met mijn persoonlijke situatie.	4,22
		8. De zusters zijn behulpzaam.	4,63
		9. De zusters vragen of ze nog iets kunnen doen.	4,08
		10. De zusters zien er netjes verzorgd uit.	4,84
		11. De zusters zijn goed te verstaan als ze me wat zeggen.	4,62
Huis Algemeen 7	4,07	1. De huiskamer is groot genoeg.	4,54
		2. <i>De huiskamer ziet er gezellig uit</i>	3,91
		3. Er zijn veel faciliteiten aanwezig in dit huis.	4,15
		4. Het huis is sfeervol ingericht.	3,88
		5. Het gebouw heeft een praktische inrichting	4,25
		6. <i>De meubels in dit gebouw zijn verouderd.</i>	3,98
		7. Het gebouw is makkelijk toegankelijk	4,61
Helpen bij Verzorging	4,41	1. De zusters helpen mij goed met de verzorging die ik nodig heb.	4,41
Eten bewoners 11	4,18	1. Er zit veel afwisseling in het eten	4,24
		2. Bij de broodmaaltijd is er genoeg keuze voor het beleg.	4,42
		3. De warme maaltijd is op de goede temperatuur.	4,56
		4. <i>Het eten smaakt lekker.</i>	3,95
		5. Het eten ziet er verzorgd uit.	4,68
		6. Gedurende de dag krijg ik voldoende eten	4,85
		7. Bij het drinken is er genoeg keuze.	4,07
		8. De lege borden worden na de maaltijd snel opgeruimd.	4,57
		9. <i>Het eten is zoals ik vroeger thuis gewend was</i>	2,33
		10. <i>Bij speciale gelegenheden krijg ik wat extra's bij het eten.</i>	3,91
		11. Ik krijg het eten dat ik besteld heb.	4,51
Communicatie bewoners 3	4,35	1. <i>Afspraken die tijdens de intake worden gemaakt worden ook nageleefd</i>	3,47
		2. De communicatie met de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende verloopt goed.	4,53
		3. De informatievoorziening bij de intake is goed.	4,01

Uit tabel blijkt dat Valkenhof goed scoort op de items die belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid voor bewoners. Echter zijn er mogelijkheden voor verbetering. Er wordt relatief laag gescoord op de vragen die schuin gedrukt zijn.

Tabel 3.16: Items per schaal zoals gesteld aan contactpersonen

Schaal	Gem. score	Vraag	Gem. score
Bejegening 11	4,05	1. De zusters zijn heel aardig.	4,19
		2. De zusters reageren kortaf.	4,33
		3. De zusters doen hun werk gehaast.	3,62
		4. De zusters nemen de tijd om een praatje te maken met uw familielid.	3,38
		5. Uw familielid kan goed met de zusters praten als hij/zij het moeilijk heb.	3,60
		6. De zusters vragen hoe het met uw familielid gaat.	3,16
		7. De zusters houden rekening met de persoonlijke situatie van uw familielid	3,92
		8. De zusters zijn behulpzaam.	4,23
		9. De zusters vragen of ze nog iets kunnen doen.	3,30
		10. De zusters zien er netjes verzorgd uit.	4,48
		11. De zusters zijn goed te verstaan als ze me wat zeggen.	4,64
Veilig Voelen	4,52	1. Uw familielid voelt zich hier veilig.	
Huis Algemeen 7	4,07	1. De huiskamer is groot genoeg.	4,05
		2. De huiskamer ziet er gezellig uit	3,72
		3. Er zijn veel faciliteiten aanwezig in dit huis.	3,74
		4. Het huis is sfeervol ingericht.	3,67
		5. Het gebouw heeft een praktische inrichting	4,04
		6. De meubels in dit gebouw zijn verouderd.	3,91
		7. Het gebouw is makkelijk toegankelijk	4,62
Beschik 2	3,64	1. Er is een zuster beschikbaar die een oogje in het zell houdt.	3,60
		2. Er zijn te weinig zusters om me te helpen	3,44
Paramedisch 3	4,13	1. De zusters en de paramedische staf werken langs elkaar heen.	3,97
		2. Als de gezondheid van uw familielid verslechtert neemt Valkenhof passende maatregelen	4,28
		3. De therapieën die uw familielid hier krijgt zijn goed.	3,45
Communicatie cp7	3,87	1. De afspraken die tijdens de intake worden gemaakt worden ook nageleefd	3,91
		2. De communicatie met de EVV'er verloopt goed	4,05
		3. Ik word goed op de hoogte gehouden wat betreft de verzorging van mijn familielid	3,94
		4. Ik word goed op de hoogte gehouden wat betreft de organisatorische ontwikkelingen binnen Valkenhof	3,03
		5. Ik word als familielid goed begeleid bij het zorgproces	3,61
		6. Het is duidelijk welke zorg Valkenhof moet geven en welke zorg ikzelf moet geven	3,91
		7. De informatievoorziening bij de intake is goed.	4,02

Uit bovenstaande tabel blijkt dat met betrekking tot de communicatie met de contactpersonen enkele verbeteringen te halen zijn. Zo zou een familielid beter op de hoogte moeten worden gehouden wat betreft organisatorische ontwikkelingen binnen Valkenhof. Er wordt al twee wekelijks een nieuwsbrief verspreid. Het kan echter dat dit niet bekend is bij contactpersonen en men zou dan wat aan de bekendheid van de nieuwsbrief kunnen doen. Verder zou men familieleden beter kunnen begeleiden bij het zorgproces van hun familielid. Contactpersonen vinden verder dat de therapieën niet altijd even goed zijn. Men zou dus verder onderzoek kunnen doen, naar waarom men therapieën niet heel goed vindt en wat daaraan gedaan zou kunnen worden. Verder blijken contactpersonen te vinden dat er te weinig zusters zijn die een praatje kunnen maken, of de gewoon n de buurt zijn. Men zou de tevredenheid dus kunnen verbeteren door mogelijkheden te zoeken waardoor er meer handen aan het bed kunnen zijn.

4 Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen die in hoofdstuk één zijn opgesteld beantwoord. Tevens worden de zwakke punten van het onderzoek beschreven.

De onderzoeksvragen uit hoofdstuk één zijn:

- Aan welke eisen dient een instrument voor het meten van cliënttevredenheid te voldoen?
- Hoe kan er gekomen worden tot een cliënttevredenheidsonderzoek waarbij uitgegaan wordt van de cliënt?
- Hoe ziet het ontwerp van het instrument eruit?
- Hoezeer komen de uitkomsten van de eerste afname overeen met hetgeen in de literatuur beschreven staat?
- Hoe kunnen uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek omgezet worden in concrete verbetervoorstellen?
- In welke mate voldoet het ontwikkelde instrument aan de gestelde eisen?

4.1 Beantwoording Onderzoeksvragen

De eisen waaraan het instrument moest voldoen staan hieronder opgesomd. Er wordt ook bekeken of aan deze eisen voldaan is.

1. Het onderzoek moet vanuit het perspectief van de cliënt uitgevoerd worden en meten wat de cliënt echt belangrijk vindt

Door het gebruik van de CIT waarbij de cliënt voorbeelden van zorg aandraagt is er ingespeeld op de belevingswereld van de cliënt. De vragenlijst is geconstrueerd met de CIT interviews als grondslag waarbij cliënten aan hebben gegeven wat ze belangrijk vinden voor de tevredenheid. De vragen voor het vragenlijstsonderzoek zijn zo geformuleerd dat geprobeerd is de letterlijke bewoording van de cliënt over te nemen. Daardoor is er taal gebruikt die cliënten ook gebruiken. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van de term zusters. In het vragenlijstsonderzoek is de term zusters gebruikt voor de verplegende staf, omdat deze term ook door cliënten gebruikt wordt.

2. Er moest een onderscheid in het belang van de verschillende aspecten in het onderzoek kunnen worden gemaakt.

Door het toevoegen van de schaal algemene tevredenheid kon de correlatie tussen de algemene tevredenheid en de verschillende schalen berekend worden. Aan de hand van deze correlatie kon bepaald worden welke items of schalen belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid. Dit is verder onderzocht met behulp van een regressieanalyse. Het toevoegen van de schaal algemene tevredenheid is goed geweest, omdat men het belang van de schalen of items nu aan kon geven. Aan de hand van dit onderzoek is bijvoorbeeld geconcludeerd dat het oordeel van cliënten van Valkenhof over de bejegening is een belangrijk aspect bij het beoordelen van de algemene tevredenheid.

3. Het onderzoek moet herhaalbaar zijn, zodat over enige tijd gekeken kan worden of de cliënttevredenheid is verbeterd.

Het onderzoek is te herhalen, de resultaten zijn echter lastig te vergelijken als men het totale onderzoek gaat herhalen. Wie zegt namelijk dat nieuwe CIT interviews dezelfde uitkomsten bieden. Men kan er ook voor kiezen om over een bepaalde periode, bijvoorbeeld twee jaar, dezelfde vragenlijst nogmaals af te nemen. Men kan de scores dan vergelijken en men kan dan bepalen wat de verschillen waren. Indien echter de situatie veranderd, men gaat bijvoorbeeld weer verbouwen of er moet enorm bezuinigd worden, waardoor de

vragenlijst niet meer up-to-date is, moet men nieuwe CIT interviews houden en een nieuwe vragenlijst construeren. Het gebruik van het instrument is arbeidsintensief, waardoor men veel tijd in moet plannen als men het instrument volledig wil gebruiken.

4. Het instrument moet handvatten bieden ter verbetering. De uitkomsten van het instrument moeten concrete aanknopingspunten bieden om verbeteracties te starten. Doordat men duidelijk zicht heeft op wat er belangrijk is voor de algemene tevredenheid kan men gericht deze aanpakken. Men kan dus de zaken die van groot belang zijn voor de algemene tevredenheid als eerste verbeteren. In die zin biedt dit instrument zeker handvatten tot verbetering. Wel is het zo dat het vragenlijstonderzoek zoveel aspecten beschouwt dat het onmogelijk is diep op deze aspecten in te gaan. Daarom is er meestal meer onderzoek nodig naar wat cliënten nu met bepaalde vragen bedoelen. Een voorbeeld hiervan wat ook daadwerkelijk in de praktijk gaat gebeuren is de geestelijke verzorging. Uit het onderzoek blijkt dat wanneer men behoefte heeft aan geestelijke verzorging, aansluiting vinden van deze behoefte op het aanbod wat Valkenhof geeft, van groot belang is voor de algemene tevredenheid. Verder blijkt ook dat de aansluiting op het aanbod wel eens te wensen overlaat. Men weet echter aan de hand van dit onderzoek niet wat de behoefte aan geestelijke verzorging is. Er is, en dat wordt nu ook opgestart, meer onderzoek nodig naar wat een cliënt wil, zodat men ook gericht in kan spelen op de behoeftes die er zijn.

De CIT is als onderzoeksmethode geselecteerd om aansluiting te vinden bij de belevingswereld van de cliënt en juist dat mee te nemen in het wat zij belangrijk vinden. De CIT is een instrument gebleken dat zeer geschikt was in deze context. Er kwamen veel incidenten naar boven. De incidenten zorgden voor een goede voedingsbodem om een vragenlijst te creëren. Voor respondenten was het vrij gemakkelijk om over concrete voorbeelden van zorg te praten zodat er ook genoeg te bespreken viel tijdens een interview. Het geven van voorbeelden en het praten over de alledaagse zorg die cliënten ontvangen spreken tot de verbeelding van de cliënt. Het voordeel van deze methode is dat de vragenlijst uiteindelijk vanuit de cliënten is ontwikkeld. Er is bekeken wat er onder de cliënten speelt en op basis daarvan is een vragenlijst ontwikkeld. De CIT-methode bleek erg geschikt om erachter te komen wat er speelt.

Het instrument bestaat uiteindelijk uit twee fases. Allereerst de Critical Incidents Technique waarbij voorbeelden van goede en slechte zorg worden verzameld. De voorbeelden worden na een categorisering omgezet in schalen en items voor een vragenlijst. Bij de vragenlijst worden items om de algemene tevredenheid te bepalen toegevoegd om het belang van de verschillende aspecten te kunnen weergeven. Het instrument wordt vervolgens door middel van face-to-face interviews en schriftelijke vragenlijsten afgenomen om uiteindelijk de tevredenheid van de cliënten te bepalen.

Uit de literatuurstudie (Pouwels, 2004) blijken de volgende aspecten belangrijk voor de tevredenheid in zorginstellingen:

- Empathie; het vermogen zich in te leven in de gevoelens van anderen,
- Reactievermogen; het willen helpen van cliënten en het verlenen van de juiste service
- Zorgzaamheid, aandacht geven en bezorgdheid tonen
- Eten

De aspecten die in de literatuur zijn gevonden komen in dit onderzoek terug in de schaal "Bejegening" er is gebleken dat deze schaal het belangrijkste is voor de

algemene tevredenheid. Andere belangrijke schalen die ook in de literatuurstudie terugkwamen zijn eten. Ook dit komt overeen met het onderzoek bij Valkenhof.

4.2 Critical Incidents Technique

De CIT is een techniek die in deze context goed gewerkt heeft. Er zijn 514 incidenten van zorg boven tafel gekomen. De incidenten waren zowel positief als negatief, waarbij er iets meer positieve (60%), dan negatieve incidenten (40%) zijn verzameld. De incidenten zorgden voor een goede voedingsbodem om een vragenlijst te creëren. Voor respondenten was het vrij gemakkelijk om over concrete voorbeelden van zorg te praten zodat er ook genoeg te bespreken viel tijdens een interview. Het geven van voorbeelden en het praten over de alledaagse zorg die cliënten ontvangen spreken tot de verbeelding van de cliënt. Het voordeel van deze methode is dat de vragenlijst uiteindelijk vanuit de cliënten is ontwikkeld. Er is bekeken wat er onder de cliënten speelt en op basis daarvan is een vragenlijst ontwikkeld.

De uitkomst van de CIT gaf op zich al een lijst met interessante onderwerpen. Veel dingen die in de lijst stonden waren binnen de organisatie reeds bekend, echter gaf de lijst ook vernieuwende inzichten of gevoelens van gebeurt dit hier. Een voorbeeld hiervan is het volgende incident, vertelt door een contactpersoon van de Bogen:

"Het personeel luistert niet naar bewoners. Een simpel voorbeeld is dat een bewoner voetbal aan het kijken was. Hij was aan het genieten van een Europacupwedstrijd. Het was 21.00u en de bewoner gaat rond die tijd meestal naar bed. Meneer zegt tegen de zuster dat de wedstrijd erg spannend is en dat hij het fijn vindt om hem te zien. Vervolgens zegt de zuster: "Oh, dan zal ik u nu maar naar bed brengen." En zet de tv uit en legt meneer in bed, terwijl hij eigenlijk de wedstrijd af wilde zien."

Toen de experts dit incident zagen tijdens de bespreking was dit een eye-opener.

Een minder goed punt van de CIT analyse is de inhoudsvaliditeit. Per abuis is de 10% apart gelegde incidenten toch meegenomen tijdens de tweede categorisering ronde. Uiteindelijk is dit probleem opgelost door een derde categorisator toe te voegen.

Verder zijn de CIT-interviews, afgenomen door de afstudeerder, niet op een bandrecorder opgenomen. Het was echter niet mogelijk om alle 44 interviews op te nemen op een bandrecorder. Hierdoor kan het zijn dat de afstudeerder incidenten verkeerd geïnterpreteerd heeft. Dit is tegengegaan door. De interviews direct na het afnemen uit te werken.

4.3 Vragenlijstonderzoek

Het vragenlijstonderzoek heeft goed uitgepakt. De respons was vrij goed, zeker bij de contactpersonen. Bij de bewoners viel hij iets tegen. Redenen voor de non-respons staan in hoofdstuk 3.3.1. Verder bleek de interne consistentie van de schalen voor verbetering vatbaar. 17 schalen hadden een Cronbach's alfa groter dan 0,50. De reden hiervoor is dat de schalen breed zijn opgezet. De items van de schalen lopen soms ver uiteen om het hele aspect van die schaal te meten. Een voorbeeld hiervan is persoonlijke eigenschappen. Deze schaal bestaat uit twee items en had

Het opstellen van de items algemene tevredenheid is nu niet gestructureerd gedaan. Er is bestudeerd naar wat de literatuur over tevredenheid zegt en hoe de algemene tevredenheid in andere onderzoeken is gemeten. Hieruit zijn door de afstudeerder en de begeleiders stellingen geformuleerd die proberen een heraankoopintentie of het aanbevelen aan kennissen of vrienden te meten. Ook

zijn er items genomen die door cliënten tijdens de CIT zijn verteld, zoals: "ik voel me hier thuis". Een betere aanpak naar hoe de algemene tevredenheid gemeten zou kunnen worden had de kwaliteit van het instrument verhoogd.

Door de toevoeging van de schaal algemene tevredenheid kon er een onderscheid gemaakt worden in schalen en items die belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid. Er is een duidelijk onderscheid gemaakt. Zo bleken thema's als bejegening, eten, helpen bij verzorging, inrichting van het huis, communicatie en veilig voelen een belangrijke bijdrage te leveren aan de algemene tevredenheid. Wel kan gesteld worden dat de algemene tevredenheid door veel aspecten wordt bepaald, het correleert significant met maar liefst 37 schalen en items. Er kan echter een onderscheid worden gemaakt in schalen en items die belangrijker zijn dan andere schalen en items.

Bij de afname van de vragenlijst zijn er door de respondenten een aantal opmerkingen gemaakt die ruimte geeft tot discussie.

De vragenlijst bleek voor bewoners erg lang. Het was voor hen soms moeilijk om 119 vragen geconcentreerd te blijven. Een bewoner vond de lijst zelfs zo lang duren dat ze gestopt is met invullen. Indien men hem korter wil maken zijn er een aantal vragen die men kan schrappen. Dit zijn de vragen die niet of nauwelijks correleren met de algemene tevredenheid. Ook zijn dit vragen die door maar heel weinig respondenten zijn beantwoord en dus moeilijk te beantwoorden zijn of maar voor een kleine groep van toepassing zijn. Een voorbeeld hiervan zijn de vragen met betrekking tot het beleid. De meeste bewoners gaven tijdens het afnemen aan dat ze daar niet over konden oordelen, terwijl ook een groot aantal contactpersonen deze vragen niet heeft beantwoord. Koploper hierin is de vraag of het management goed omgaat met het geld dat beschikbaar is. De vraag hebben maar 90 van de 235 respondenten beantwoord.

Van twee contactpersonen is de opmerking gekomen dat de lijst niet aansloot bij het vermogen van hun familieleden (de bewoner die ze vertegenwoordigen). De contactpersonen moesten vaak niet van toepassing invullen en vonden de stellingen te confronterend aangezien hun familielid enkele zaken door dementie niet meer kon. Het probleem met de confrontatie is op te lossen door de vragenlijsten beter af te stemmen op de huizen zelf. Nu zijn alle vragen aan iedereen gesteld waarbij er geen verschil tussen de huizen was. Indien een vraag niet voor een bepaald huis zou gelden diende er niet van toepassing te worden ingevuld. Het kan zijn dat dit verwarrend en confronterend is geweest voor respondenten. Op het moment dat men de vragenlijsten meer toespitst op de verschillende locaties had dit probleem voorkomen kunnen worden. Bijkomend probleem is dat de analyses dan ingewikkelder en tijdrovender worden. Er zijn ook vier opmerkingen gekomen van respondenten dat ze de vragenlijst juist goed vonden aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt en dat alle aspecten van de zorg erin werden behandeld.

In de vragenlijst had het verschil de vragen die vanuit het perspectief van de bewoner en vanuit het perspectief van het familielid had beter aangegeven moeten worden. Nu kan het zo zijn dat het antwoord gegeven is vanuit het perspectief van de contactpersoon in plaats van het perspectief van de bewoner. Een oplossing hiervoor is om dit bij alle vragen expliciet te melden. Nu is het in de instructie gezet, maar blijft de vraag open of de vraag nu daadwerkelijk vanuit het oogpunt van het familielid is beantwoord. Een voorbeeld hiervan is de vraag "de zusters vragen of ze nog iets kunnen doen" is deze vraag beantwoord met de gedachte, de zusters vragen aan mij (familielid) of ze nog iets kunnen doen of vanuit de gedachte de zusters vragen aan de bewoner of ze nog iets kunnen doen. Wanneer de vraag duidelijker was geformuleerd: "De zusters vragen aan mijn familielid of ze nog iets kunnen doen" was dit probleem niet aan de orde geweest.

4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Na de uitvoering van dit onderzoek blijven er een aantal zaken over die nader onderzoek behoeven.

- De algemene tevredenheid. Het formuleren van de items om de algemene tevredenheid te meten kan gestructureerder gebeuren. In de literatuur staat weinig beschreven over hoe men de algemene tevredenheid meet bij cliënten van zorginstellingen. Nader onderzoek naar hoe men de algemene tevredenheid nu meet bij deze doelgroep is daartoe onontbeerlijk.
- Bredere afname. Het instrument is afgenomen bij één instelling. Een gebruik en afname van het instrument bij meerdere soortgelijke instellingen is nodig om aan te tonen of het instrument ook elders werkt. Hieruit moet blijken of cliënten van andere instellingen belang hechten aan dezelfde aspecten van de algemene tevredenheid. Het onderzoek elders is dus tweeledig, enerzijds om de vraag te beantwoorden of dit instrument werkt bij andere instellingen en anderzijds met de vraag welke aspecten nu belangrijk zijn voor de algemene tevredenheid voor cliënten van zorginstellingen.
- Onderzoek bij Valkenhof. Aan de hand van dit onderzoek zijn er zaken naar voren gekomen waarvoor Valkenhof mogelijkheden ter verbetering heeft. Er is door hun nader onderzoek nodig om te bekijken hoe deze zaken nu daadwerkelijk aangepakt kunnen worden. Het voorbeeld van de geestelijke verzorging reeds eerder genoemd geldt ook hier. Valkenhof zal zelf aan de gang moeten met de uitkomsten om de tevredenheid van de cliënten ook daadwerkelijk te verbeteren.

4.5 Verbetervoorstellen Valkenhof

Uit tabel 3.15 in hoofdstuk drie blijken een aantal mogelijkheden voor verbetering. De items die schuin gedrukt zijn in die tabellen zijn voor verbetering vatbaar. Indien de zusters hun werk minder gehaast zouden doen en ze zouden meer tijd hebben om een praatje te maken, dan zal dit een positief effect hebben op de tevredenheid. Verder kan er gekeken worden naar een manier waarop de cliënten de huiskamer graag gezelliger willen maken. Hiervoor zijn door cliënten al suggesties gedaan. Vaak genoemd is daarbij een vogeltje of wat meer bloemen en planten. Ook kan men de score op eten en daarmee in zekere mate ook de algemene tevredenheid verhogen door bij speciale gelegenheden consequent iets extra's toe te voegen. Men moet daarbij wel duidelijk communiceren naar cliënten toe wat een speciale gelegenheid is, dit zou door middel van gesprekken uitgezocht moeten worden. Het eten is ook niet zoals de cliënten vroeger thuis zelf gewend waren. Het is echter lastig om daaraan te voldoen, omdat iedere cliënt iets anders gewend was. Het eten is over het algemeen goed te noemen, daarom moet ervoor gewaakt worden dat de kwaliteit goed blijft. Als laatste zou men de afspraken die tijdens de intake zijn gemaakt wat consequenter na moeten komen. Er wordt relatief lage gescoord op dit item, wat betekent dat de afspraken volgens de cliënten niet altijd nagekomen worden.

In tabel 3.16 staan ook zaken die de volgens contactpersonen voor verbetering vatbaar zijn. Zo zou een familielid beter op de hoogte moeten worden gehouden wat betreft organisatorische ontwikkelingen binnen Valkenhof. Er wordt al twee wekelijks een nieuwsbrief verspreid. Het kan echter dat dit niet bekend is bij contactpersonen en men zou dan wat aan de bekendheid van deze brief kunnen doen. Verder zou men familieleden beter kunnen begeleiden bij het zorgproces van hun familielid.

Contactpersonen vinden verder dat de therapieën niet altijd even goed zijn. Men zou dus verder onderzoek kunnen doen, naar waarom men therapieën niet heel goed vindt en wat daaraan gedaan zou kunnen worden.

Verder blijken contactpersonen te vinden dat er te weinig zusters zijn die een praatje kunnen maken, of de gewoon n de buurt zijn. Men zou de tevredenheid dus kunnen verbeteren door mogelijkheden te zoeken waardoor er meer handen aan het bed kunnen zijn.

Leenderhof verpleging scoort verder laag (3,29). Dit heeft te maken met een huiskamer die door cliënten als te klein beschouwd wordt. Een vergroting van deze kamer zou hier sterk bijdragen aan een verhoging van de score op Huis Algemeen (Inrichting). Het oordeel over de huiskamer is bij deze groep 2,33. dit betekend dat men deze kamer op Leenderhof verpleging te klein vindt.

Het oordeel voor Algemeen (Inrichting) is voor Taxandria en De Bogen ook aan de lage kant, respectievelijk 3,94 en 3,95. De reden hiervoor is de veroudering van de meubels. Hierop wordt bij Taxandria (3,68) en De Bogen (3,57) laag gescoord. Men zou op deze locaties nieuwe meubels kunnen plaatsen om de score op Huis Algemeen (Inrichting) hoger te scoren.

4.6 Slotconclusie

Resumerend kan gesteld worden dat Valkenhof goed scoort. De cliënten zijn over het algemeen tevreden. Het gemiddelde rapport cijfer bedraagt een 7,77 op een schaal van 1 tot 10. Men moet echter continu bezig blijven met het verbeteren van de zorg en dienstverlening. Het feit dat Valkenhof goed scoort wil niet zeggen dat er geen verbetering mogelijk is.

Het instrument blijkt geschikt om de cliënttevredenheid te meten bij Valkenhof, ook biedt het mogelijkheden ter verbetering. Nader onderzoek moet het instrument verbeteren en aantonen of het ook geschikt is voor andere instellingen.

Referenties

- Arcares (2005), Wie is Arcares? opgehaald van www.arcares.nl
- Berger, M., Imbos, T. & Janssen, M. (2000). *Methodologie en Statistiek 2*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht
- Bitner, M., Booms, B., & Stanfield Tertreault, M. (1990). The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. *Journal of marketing*, 54(1), 71-84.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. (Educational and psychological measurement XX(1). 37-46
- Cooper, D. & Schindler, P. (2003). *Business Research Methods*. New York: McGraw-Hill/Irwin
- Cunningham, L., Young, C., & Lee, M.K., (2000). Methodological Triangulation in Measuring Public Transportation Service Quality. *Transportation Journal*, 40(1), 35-47.
- Dossier AWBZ. (2004). Opgehaald 06-05-2004 van www.minvws.nl
- Douven R., Mot, E., & Folmer, K. (2004). *CPB Document, Momentopname van de AWBZ*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Duffy, J.A., Duffy, M., & Kilbourne, W. (1997). Cross National Study of Perceived Service Quality in Long-term Care Facilities. *Journal of Aging Studies*, 11(34), 327-336.
- Duffy, J.A., Duffy, M., & Kilbourne, W.E.A. (2001). Comparative Study of Resident, Family, and Administrator expectations for Service Quality in Nursing Homes. *Health Care Management Review*, 26(3), 75-83.
- Flanagan, J. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Geer, E., v.d. (2004). *The measurement of the quality of service behaviour, research project*. Eindhoven: Eindhoven University of Technology.
- Gerritsen, D. (2004). *Quality of live and its measurement in nursing homes*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam
- Grant, N., Reimer, M., & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long-term care facilities, *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 469-478.
- Green, S., & Salkind, N. (2002). *Using SPSS, analyzing and understanding data. Third edition*. Upper Sanddle River: Prentice Hall
- Huda, F. (1995). Service Quality Management and residential and nursing care homes. *The TQM Magazine*, 7(6), 43-51.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (September 2004) *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Ivarsson, B., Larsson, S., & Sjöberg T. (2004) Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 183-191.
- Jansen, E., & Joostens, Th. (1998) *Enquêteeren, het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters-Noordhoff B.V.
- Kendall, M.G., & Smith, B.B. (1938). Randomness and random sampling numbers. *Journal of the Royal Statistical Society*, 101. 147-166.
- Kleinsorge, I., & Koenig, H. (1991). The Silent Customers: Measuring Customer Satisfaction in Nursing Homes. *Journal of Health Care management*, 11(4), 2-13.
- Lam, S.S.K. (1997). Servqual: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.
- Latham, G., Fay, C., & Saari, L. (1979). The development of behavioral observation scales for appraising the performance of foremen. *Personnel Psychology*, 32, 299-311.
- Latham, G., & Wexley, K. (1977). Behavioral observation scales for performance appraisal purposes. *Personnel Psychology*, 30, 255-268.

- Latham, G., & Wexley, K. (1994). *Increasing Productivity through Performance Appraisal 2nd edition*. New-York: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Lindenberg, S. (1986). The paradox of privatization in consumption. In A. Diekman, & P. Mitter (Eds.), *Paradoxical Effect of Social Behavior*. Heidelberg / Wien: Physica-Verlag.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the theory of social production functions. In H. Ganzeboom, & S. Lindenberg (Eds.), *Verklarende sociologie, opstellen voor Reinhard Wippler* (pp. 169-184). Amsterdam, Thesis Publishers.
- LOC (2005), opgehaald van www.loc.nl
- Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport (1996), *Kwaliteitswet Zorginstellingen*, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid welzijn en Sport
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2004). *Naar een betaalbare AWBZ*. Opgehaald 06-05-2004, van www.minvws.nl
- Montgomery, D., & Runger, G. (1999) *Applied Statistics and Probability for Engineers 2nd edition*. New-York: John Wiley & Sons, Inc.
- Oosterveld, P., & Vorst, H. (2003). Constructie van meetinstrumenten. In W.P. van den Brink & G.J. Meelenbergh (Eds.), *Testleer en testconstructie* (pp. 304-337). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Perreault jr., W.D., & Leigh, L.E. (1989). Reliability of nominal data based on qualitative judgements. *Journal of Marketing Research*, 26(2), 135-148.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1991). Refinement and reassessment of The Servqual Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Phillips Carson, P., Carson, K.D., & Roe, C.W. (1998). Toward Understanding the Patient's Perception of Quality. *The Health Care Supervisor*, 16(3), 36-42.
- Pouwels, P. (2004). *Customer Satisfaction in Nursing Homes*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.
- Snipes, R., Oswald, S., LaTour, M., & Armenakis, A. (2004). The effects of specific job satisfaction facets on customer perceptions of service quality: an employee-level analysis. *Journal of Business Research*, xx, xxx-xxx.
- Speedling, E.J., Morrison, B., Rehr, H., & Rosenberg, G. (1983). Patient Satisfaction Surveys, closing the gap between provider and consumer. *The Quarterly Review of Biology*, 56(3), 224-228.
- Stichting Cliënt & Kwaliteit. (2004). *Inspraak is sleutel voor goede zorg*. Utrecht: Stichting Cliënt & Kwaliteit
- Taggar, S., & Brown, T. (2001) Problem-Solving Team behaviors, development and validation of BOS and a hierarchical Factor Structure. *Small Group Research*, 32(6), 698-726.
- Valkenhof. (april 2000). *Algemene Informatie*. Valkenswaard: Stichting Valkenhof.
- Valkenhof. (september 2000). *Strategisch beleidsplan van Valkenhof, wij stellen de cliënt centraal*. Valkenswaard: Stichting Valkenhof.
- Valkenhof. (november 2003). *Jaarplannen 2004*. Valkenswaard: Stichting Valkenhof.
- Valkenhof. (februari 2005). *Jaarbericht Valkenhof*. Valkenswaard: Stichting Valkenhof.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2000). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
- Zwaan, A. v.d., (1990). *Organisatie Onderzoek, leerboek voor de praktijk: het ontwerpen van onderzoek in organisaties*. Assen: van Gorcum & comp B.V.

De Weegschaal van Wel en Wee

Ontwikkeling en afname van een meetinstrument
voor cliënttevredenheid bij Valkenhof, centra voor
verpleging en verzorging

Eindverslag Afstuderen

Appendices



Eindhoven/Valkenswaard, Maart 2005

Auteur:

Paul Pouwels (472707)

Technische Universiteit Eindhoven
Faculteit Technologie Management
Opleiding technische bedrijfskunde
capaciteitsgroep Human Performance Management

Begeleiders Technische Universiteit:

dr. ir. P.A.M. Kleingeld

dr. H. v. Mierlo

Begeleiders Valkenhof:

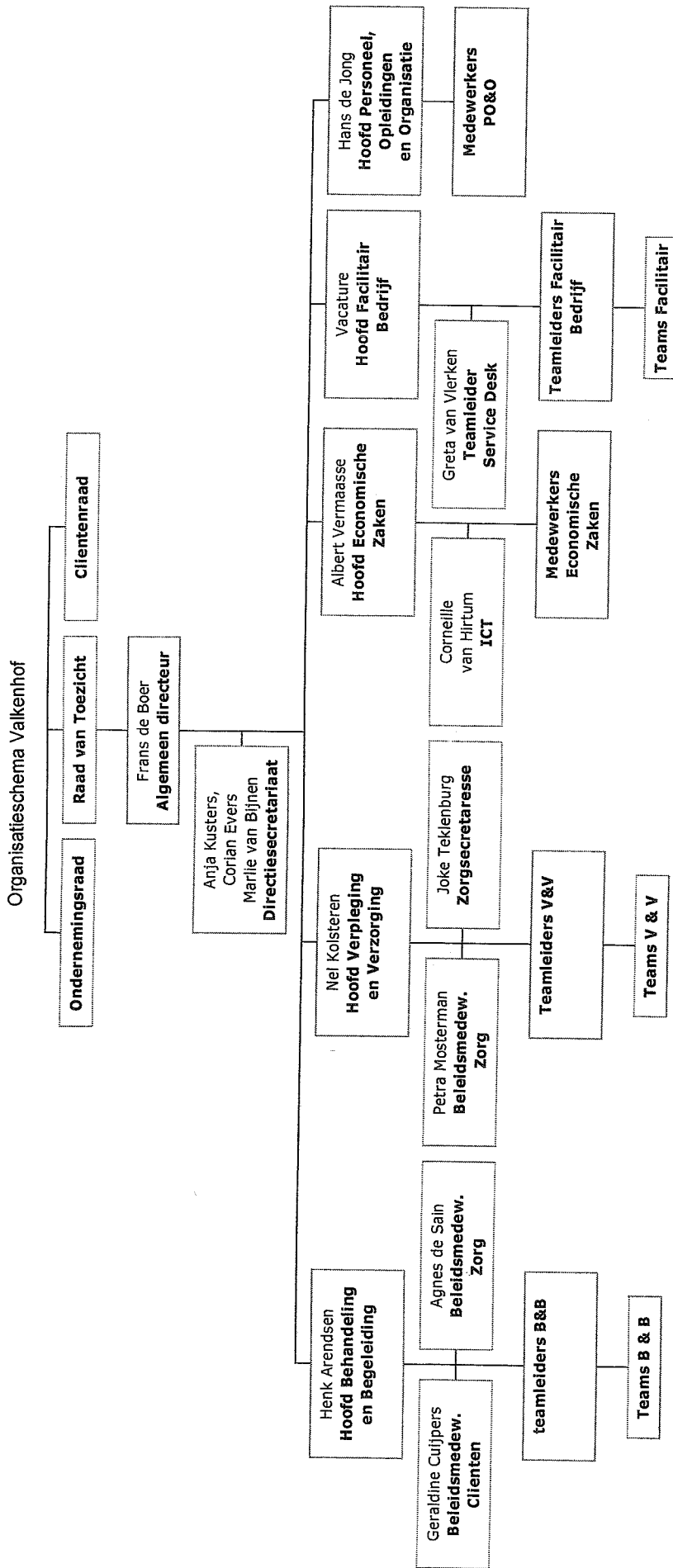
drs. F.H.M. de Boer

G. Cuijpers-Kokx

Appendix 1: Lijst met afkortingen

AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOS:	Behavioural Observation Scales
C&K:	Stichting Cliënt en kwaliteit
CIT:	Critical Incidents Technique
EVV'er:	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
IGZ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Fte:	Full time equivalent
LOC:	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
PGB:	Persoonsgebonden Budget
C.I.Z.:	Centraal indicatieorgaan Zorg
TM:	Faculteit Technologie Management
TU/e:	Technische Universiteit Eindhoven

Appendix 2: Organogram Valkenhof



Appendix 3: Protocol CIT-interviews

Voorstellen

Ik wilde beginnen met nog het doel van het interview uiteen te zetten. Ik ben, als student aan de Technische Universiteit Eindhoven, bezig met een cliënttevredenheidsonderzoek in opdracht van Valkenhof. Met dit interview wil ik voorbeelden van cliënttevredenheid en cliëntontevredenheid boven tafel krijgen. Ik heb willekeurig mensen geselecteerd voor dit interview en zodoende ben ik bij u terecht gekomen.

Verder wil ik benadrukken dat dit interview anoniem is. Alleen uw uitspraken worden gebruikt en niemand binnen Valkenhof zal te weten komen welke uitspraken u gedaan heeft.

Met behulp van de voorbeelden die ik hoop boven tafel te krijgen na dit interview (en een aantal anderen) wil ik een vragenlijst maken om de cliënttevredenheid binnen Valkenhof te onderzoeken. U kunt in dit interview dus alles kwijt over Valkenhof waarover u juist wel, of juist niet tevreden bent.

Ik denk dat dit interview ongeveer een uurtje zal duren. Ik zal u eerst een paar algemene vragen stellen en vervolgens zal ik op specifieke situaties ingaan waarin u juist tevreden of ontevreden was.

Vraag 1:

Geboortejaar

Wat is uw geboortejaar?

Vraag 2:

Verblijfsduur

Hoe lang verblijft u/degene die u vertegenwoordigt al bij Valkenhof?

Vraag 3;

Positieve incidenten

Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie die u binnen Valkenhof heeft meegemaakt, waarin u uitmuntende/zeer goede zorg ontving?

Herformulering *Wanneer vond u dat u heel goed behandeld werd binnen Valkenhof?*

Wat vindt u fijn hier bij valkenhof en waarom?

(min 2 maal totdat respondent niets meer weet)

Vraag 4;

Negatieve incidenten

Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie die u binnen Valkenhof heeft meegemaakt, waarin u teleurstellende/ slechte zorg ontving?

Herformulering *Wanneer vond u dat u heel slecht behandeld werd binnen Valkenhof*
Wat vindt u slecht/niet zo goed/teleurstellend hier bij valkenhof en
waarom?

(min 2 maal totdat respondent niets meer weet)

Vraag 5 :

Situatie

Wat in dit voorbeeld beviel u juist wel/niet?(wat waar/waarom etc.)?

Appendix 4: Voorbeeld lijst met categorieën en incidenten voor experts

Onderstaande lijst is een voorbeeld van de lijst die de experts hebben gekregen om de incidenten te beoordelen.

Gecategoriseerde incidenten⁵

S.v.p. het belang van de categorie aangeven door het bijbehorende cijfer te omcirkelen)

Indien u de indeling onlogisch vindt kunt u dit achter het incident aangeven, door erbij te schrijven wat er volgens u onlogisch aan is. Dit kan bijvoorbeeld een nummer van een categorie zijn waarvan u denkt dat dit incident er beter in past.

Indien u de naamgeving onlogisch vindt kunt u dit aangeven door achter de naam de volgens u betere naamgeving te gebruiken.

Alvast vriendelijk bedankt voor het invullen.

Paul Pouwels
Tst 581./ 06-28426138

Eten en drinken

1.1 Variatie

A. Afwisseling

Nr.	Incident
W38	Er zit veel afwisseling in het eten. Je krijgt iedere dag wat anders. Je hoeft bijvoorbeeld niet elke dag sperzieboontjes te eten.
W40	Het eten is goed. Goed gevarieerd er is elke dag wat anders.
W59	Het eten is ook iedere dag anders. Er is dus een grote variatie.
G31	Het eten is erg goed. Meneer vindt het eten erg goed en vooral de erwtensoep erg lekker. Het is gevarieerd, niet steeds hetzelfde.
B42a	Er is een keuze uit 3 menu's dus genoeg variatie.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

B. Broodmaaltijd

Nr.	Incident
W50	Iedere dag wordt er tegen de avond brood rond gebracht met een wagentje, brood rond gebracht waarbij zelf het beleg gekozen kan worden. Dit is erg leuk, het geeft je een gevoel van keuzevrijheid en je hebt zo contact met de zusters.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

⁵ In sommige gevallen zijn identieke incidenten door meerdere bewoners/contactpersonen genoemd. Een dergelijk incident wordt slechts één keer genoemd.

C. Aanpassing aan cliënt

Nr.	Incident
B11	Het eten is erg goed. Het wordt aangepast aan de cliënt.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

1.2 Smaak

A. Temperatuur

Nr.	Incident
G32	Het eten is altijd warm. Dat komt de smaak ten goede.
G71	Het eten is vaak niet warm, daardoor is het eten niet zo lekker.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

B. Lekker

Nr.	Incident
W32	Het eten is goed erg lekker, vooral de groentesoep. Het is ook mager en niet vet.
W85	Het eten is heel smakelijk. Het smaakt erg lekker.
W122	Van de week zat er teveel zout op het eten. Dit was niet lekker geweest.
W106	Het vlees is vaak droog. "Er zit net zoveel sap in als in mijn schoenzool" Dit komt volgens meneer, omdat het vandaag gebakken wordt en morgen pas wordt opgediend.
G12	Het eten is lekker, met voldoende zout, waardoor het goed smaakt.
G20	Het eten is van een goede kwaliteit zeker ook gezien het feit dat er voor veel mensen gekookt moet worden. De ene keer is het wat beter dan de andere, maar over het algemeen genomen is het lekker.
G72	Het eten is vaak niet gaar, dit vindt meneer vervelend, omdat het eten lekkerder is als het wel gaar zou zijn.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

Toezicht/beschikbaarheid personeel

A. toezicht op cliënten

Nr.	Incident
W72	Er is altijd een zuster in de buurt. Je ziet altijd wel een zuster rondlopen, dat geeft een goed gevoel. Dit geeft je een geruststellend gevoel.
W60	Het gevoel dat er altijd hulp in de buurt is is fijn. Al is het maar het gevoel dat er heel snel iemand bij je kan zijn die je kan helpen in benarde situaties. Dat gevoel is fijn. Je voelt namelijk toch dat je achteruit gaat.
B49	Het is positief dat de bewoners continu zicht hebben op een verpleegster. Is het niet in de huiskamer op de eigen afdeling kunnen ze door het open karakter in het gebouw wel een verpleegster van een andere afdeling zien.
B14	Er is altijd toezicht op de gedragingen van haar moeder. Dit geeft een fijn gevoel, mocht er dan iets aan de hand zijn is het personeel er zo bij en er kan zodoende ook niets gebeuren, omdat er altijd toezicht is.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

B. Weinig personeel beschikbaar

Nr.	Incident
B151	Vroeger werden de statuten in de huiskamer geschreven. Tegenwoordig gebeurt dit op de computer in een aparte ruimte. Hierdoor is er geen personeel in de huiskamer. Bewoners hadden vroeger wel het gevoel dat er iemand was en nu is er niemand meer. Ze vinden het fijn om iemand te zien.
B124	Het komt wel eens voor dat bewoners langer dan een half uur in de huiskamer zitten zonder dat er toezicht is. Dus doordat al het personeel mensen aan het helpen is. Dit moet eigenlijk niet kunnen, omdat er veel bewoners samen zitten in de huiskamer waar altijd wel iets kan gebeuren.
B110	Er is weinig personeel vooral in de avond uren. Het komt regelmatig voor dat het toezicht in de huiskamer weg is omdat er een aantal bewoners tegelijk naar het toilet moet.
B16	Het systeem dat overdag iedereen in de gezamenlijke huiskamer is, is fijn. Zo hebben bewoners onderling contact en is het overzicht over de bewoners voor het personeel goed te houden.

	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk/ Niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
Belang:	1	2	3	4

Appendix 5: Gedeelte van de vragenlijst

Enkele Persoonsgegevens

Allereerst wil ik u vragen naar enkele persoonsgegevens. Dit om meer te kunnen zeggen over de verschillende bewonersgroepen en de verschillende verwachtingen van deze groepen.

		Man	Vrouw
1.	Wat is uw geslacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	In welk jaar bent u geboren?	19....
----	------------------------------	--------

3. Op welke locatie woont u?

Kempenhof Verzorging	Kempenhof verpleging	Taxandria	De Bogen	Leenderhof Verpleging	Leenderhof verzorging
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Hoe lang verblijft u al bij Valkenhof?jaar
----	--	-----------

Eten & Drinken

	Nooit	Af en toe	Soms wel / soms niet	Meestal	Altijd	N.v
5. Er zit veel afwisseling in het eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bij de broodmaaltijd is er genoeg keuze voor het beleg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De warme maaltijd is op de goede temperatuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algemene tevredenheid

	Helemaal Oneens	Tamelijk Oneens	Niet Oneens / Niet Eens	Tamelijk Eens	Helemaal Eens
19. Er wordt door Valkenhof goede zorg geleverd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. In een ander verpleeghuis/ verzorgingshuis had ik het niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

beter kunnen treffen.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ik voel me hier thuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mijn verblijf bij Valkenhof voldoet aan de verwachtingen die ik vooraf had. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Ik vind het fijn om hier te wonen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kamer

- | | Helemaal Oneens | Tamelijk Oneens | Niet Oneens/
Niet Eens | Tamelijk Eens | Helemaal Eens | N.v.t. |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Mijn kamer is groot genoeg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ik heb een mooi uitzicht vanuit mijn kamer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0. Het badkamergebruik met twee personen is vervelend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. De kamer is zo ingericht dat er voldoende daglicht naar binnen kan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Appendix 6: Instructie Enquêteurs

In opdracht van Valkenhof kom ik hier namens de Technische Universiteit een vragenlijst afnemen. Deze vragenlijst is anoniem. Niemand zal dus te weten komen wat u invult en zodoende kunt u hierop ook niet aangesproken worden. Valkenhof wil door middel van dit onderzoek de kwaliteit van de zorg en dienstverlening in beeld brengen. De resultaten van dit onderzoek zullen gebruikt worden om de zorg en dienstverlening te verbeteren. Ik hoop dat u even tijd heeft om de lijst met me in te vullen.

In sommige gevallen lijken de vragen nogal op elkaar. Laat u hierdoor niet afleiden. Dit is zo gedaan om het onderwerp waar de vragen betrekking op hebben genuanceerd in beeld te brengen.

Ik ben geïnteresseerd in uw eigen mening. Vul daarom s.v.p. de vragenlijst *alleen en zelfstandig* in, dus zonder te overleggen met anderen. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Kruis bij elke stelling het vakje aan dat het best overeenkomt met uw mening. Er is een mogelijkheid 'niet van toepassing' (n.v.t.) toegevoegd, omdat er enkele vragen zijn die misschien niet voor alle bewoners of locaties gelden. Het is dus de bedoeling deze mogelijkheid alleen te gebruiken indien de stelling niet van toepassing is op u.

In deze vragenlijst wordt verder gesproken over zusters. U kunt hier echter ook broeders, verzorgende of verpleging lezen.

Hieronder volgt een voorbeeld.

	Nooit	Af en toe	Soms wel / soms niet	Meestal	Altijd	N.V.T.
Ik kijk naar het 18.00u journaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u in de meeste gevallen naar het 18.00 uur journaal kijkt, kruist u dit aan zoals hierboven.

Mocht u u onverhoopt vergist hebben bij het invullen, wilt u dan het verkeerde vakje helemaal in kleuren en een kruisje zetten in het juiste vakje.

	Nooit	Af en toe	Soms wel / soms niet	Meestal	Altijd	N.V.T.
Ik kijk naar het 18.00u journaal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mocht u zich nu vergist hebben en kijkt u niet meestal naar het 18.00u journaal, maar af en toe, kruist u dit aan zoals hierboven

Appendix 7: Items en Schalen die minder hoog correleren met de algemene tevredenheid

Schaal	Aantal items in schaal	Gemiddelde	Standaard afwijking	N	Correlatie met de Algemene tevredenheid
Gedrag Personeel Roddelen	2	4,76	0,57	208	0,14
Huis Algemeen (Omgeving)	2	3,98	0,90	248	0,15
Mensen van vroeger	2	3,12	1,49	235	0,09
Weggoeien etenR	1	3,09	1,41	64	0,17
Douchen	1	3,73	1,31	204	0,06
Zelf bepalen wanneer hulp	1	3,61	1,30	110	0,22
Last van medebewonersR	1	4,30	0,94	230	0,14
Last van medebewoners op bezoekR	1	4,41	0,83	127	0,06
WerkdrukR	1	1,94	0,89	242	-0,09
Terugtrekken op eigen kamer	1	4,61	0,90	227	0,13
Welke zusters werken	1	2,6	1,34	236	0,13
Bad	1	3,03	1,61	173	0,00
Felle zonR	1	4,17	1,08	239	0,13
Organisatorische ontwikkelingen	1	3,20	1,41	220	0,28
Post	1	4,56	0,85	229	0,09
Uitzicht	1	3,78	1,44	242	0,11
BadkamergebruikR	1	3,01	1,50	88	0,11
Daglicht	1	4,63	0,74	250	0,16
Leegruimen kamer overledenR	1	2,71	1,50	180	0,11
Poorten Taxandria	1	3,83	1,34	75	0,18
Voldoende mogelijkheden om te roken	1	3,00	1,63	40	0,22
Overlast rokende bewoners	1	1,67	1,14	218	-0,06
Opstellen behandelplan	1	3,86	1,42	56	0,23

Correlatietabel - vervolg

Item	Mean	Std. Deviatie	N	eten person eel4	eten contact person en4	eten contact person en2	Huis Algem een7	aankledi ng tafel	plaats	manker en	helpen bij verzorgi ng	wachttij d	beloven	afgespr oken tijden	respect	bewone rs onderlin g	poetsen
sonneel4	4,38	0,58	251	1													
n tactpersonen4	4,13	0,61	125	0,44**	1												
n tactpersonen2	4,39	0,68	124	0,38**	0,30**	1											
is Algemeen7	4,07	0,68	249	0,31**	0,29**	0,26**	1										
klleding tafel	3,43	1,31	171	0,39**	0,80**	0,20**	0,26**	1									
ats	4,40	0,90	65	0,33**	0,54**	0,10	0,15	0,40**	1								
inkeren	3,93	0,95	235	0,30**	0,27**	0,19**	0,21**	0,24**	0,12	1							
pen bij verzorging	4,41	0,80	243	0,52**	0,46**	0,26**	0,31**	0,42**	0,45**	0,27**	1						
achtijd	3,79	0,94	198	0,41**	0,34**	0,17*	0,19**	0,28**	0,35**	0,19*	0,40**	1					
loven	4,16	0,84	231	0,47**	0,37**	0,36**	0,33**	0,28**	0,19	0,30**	0,44**	0,33**	1				
gesproken tijden	3,95	0,96	221	0,10	0,21**	0,11	0,10	0,25**	-0,05	0,17*	-0,00	0,14	0,24**	1			
spect	4,50	0,90	210	0,30**	0,28**	0,25**	0,26**	0,26**	0,17	0,20**	0,32**	0,16*	0,39**	0,27**	1		
woners onderling	4,00	0,98	232	0,36**	0,41**	0,17**	0,20**	0,23**	0,38	0,13	0,38**	0,27**	0,24**	0,08	0,19**	1	
etsen	4,33	0,88	249	0,35**	0,25**	0,36**	0,21**	0,28**	0,08	0,16*	0,28**	0,11	0,33**	0,00	0,21**	0,21**	1
idR	3,60	1,24	90	0,25*	0,17	0,20	0,43**	0,03	-0,01	0,17	0,24*	0,25*	0,23*	0,10	0,12	0,22*	0,10
erlijden	2,78	1,61	212	0,28**	0,21**	0,19**	0,22**	0,16*	-0,14	0,20**	0,14*	0,20**	0,22**	-0,04	0,10	0,16*	0,30**
trokkenheid ectie	2,65	1,51	157	0,27**	0,12	0,21**	0,41**	0,08	0,01	0,24**	0,19*	0,22*	0,27**	0,06	0,17	0,25**	0,25**
armbel	4,21	1,11	189	0,41**	0,22**	0,32**	0,37**	0,23**	0,00	0,01	0,31**	0,28**	0,47**	0,14	0,34**	0,25**	0,30**
ilig voelen	4,52	0,77	245	0,30**	0,28**	0,27**	0,39**	0,18*	0,13	0,13*	0,38**	0,24**	0,29**	0,04	0,12	0,27**	0,18**
ullen onbeheerd hter laten	3,48	1,60	245	0,13	0,13	0,06	0,34**	0,15	0,16	0,03	0,09	0,06	0,13	0,10	0,19*	0,13	0,08
rsoonlijke spullen	3,81	1,31	242	0,17**	0,11	0,24**	0,19**	0,26**	0,23	0,11	0,09	0,25**	0,15*	0,13	0,12	0,17*	0,11
oote kamer	4,29	1,08	250	0,19**	0,18**	0,24**	0,34**	0,13	0,28**	0,23**	0,17**	0,26**	0,24**	0,17*	0,27**	0,15*	0,14*
indacht jwilligersR	3,94	1,32	170	0,21**	0,18*	0,18*	0,26**	0,03	0,03	0,05	0,12	0,083	0,14	0,01	-0,02	0,19*	0,01
insluiten geestelijke aan behoefte	3,19	1,41	102	0,29**	0,20*	0,29**	0,22*	0,10	0,04	0,09	0,27**	0,25*	0,17	-0,07	0,22*	0,17	0,09
obleem	3,42	1,52	193	0,24**	0,16*	0,15*	0,23*	0,06	-0,02	-0,01	0,30**	0,18*	0,24**	-0,08	0,16*	0,21**	0,06
pportcijfer	7,77	1,06	248	0,48**	0,37**	0,35**	0,41**	0,32**	0,32*	0,21**	0,51**	0,36*	0,39**	0,10	0,27**	0,32**	0,32**

Correlatietabel - Vervolg

Item	Mean	Std. Deviatie	N	geldR	overlijden	betrokkenheid directie	alarmbevel	veilig voelen	spullen onbeheerd achter laten	persoonlijke spullen	grote kamer	aandacht vrijwilligersR	aansluiten geestelijke vz aan behoefte	probleem	rapportcijfer
GeldR	3,60	1,24	90	1											
Overlijden	2,78	1,61	212	0,25*	1										
betrokkenheid directie	2,65	1,51	157	0,21	0,31**	1									
Alarmbel	4,21	1,11	189	0,29*	0,18*	0,32**	1								
veilig voelen	4,52	0,77	245	0,21*	0,21**	0,28**	0,34**	1							
spullen onbeheerd achter laten	3,48	1,60	245	0,12	-0,03	0,05	0,20**	0,19**	1						
persoonlijke spullen	3,81	1,31	242	0,05	0,20**	0,15	0,16*	0,13*	0,15*	1					
Grote kamer	4,29	1,08	250	0,11	0,10	0,15	0,10	0,25**	0,09	0,38**	1				
Aandacht vrijwilligersR	3,94	1,32	170	0,35**	0,12	0,01	0,14	0,28**	0,24**	-0,01	-0,03	1			
Aansluiten geestelijke vz aan behoefte	3,19	1,41	102	0,11	0,28**	0,22	0,46**	0,46**	0,14	-0,05	0,09	0,17	1		
Probleem	3,42	1,52	193	0,20	0,35**	0,20*	0,28**	0,30**	0,11	0,16*	0,05	0,07	0,29**	1	
rapportcijfer	7,77	1,06	248	0,28**	0,31**	0,26**	0,33**	0,40**	0,16*	0,22**	0,26**	0,14	0,34**	0,26**	1

