

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2009 – Volume 18, Issue 1, pp. 60–71
URN:NBN:NL:UI:10-1-100128

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org/index.php/pad/article/view/124>

Publisher: Igitur, Utrecht Publishing & Archiving
Services in cooperation with Utrecht University of
Applied Sciences, Faculty of Society and Law
Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Mw. Dr. H.E.C. Verkooijen is directeur van
onderzoek- en adviesbureau Verkooijen&Beima,
Riperwei 28b, 8623 XN Jutrijp, tel: 0515-443270,
E-mail: lv@verkooijenenbeima.nl

Mw. Drs. R.M. Elderhuis is coördinator van de
Stichting Ketenzorg en Innovatie, Dalweg 16,
1217 HZ Hilversum, tel: 035-6236830,
E-mail: rianne.elderhuis@telfort.nl

Received: 1 October 2008

Accepted: 14 January 2009

Review category: Research

ONTWIKKELING EN VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST 'VRAAGGESTUURDE ZORG'

LINEKE
VERKOOIJEN,
RIANNE ELDERHUIS

ABSTRACT

Development and Validation of Questionnaire Addressing On-Demand Care.

In care on-demand – and contrary to care led by supply – a patient can exercise influence on the healthcare provided. To examine to what extent patients with only functional limitations receive the care they experience to be “on-demand”, a questionnaire was developed and validated.

Keywords

Care on-demand, Questionnaire, Validation

INLEIDING

Cliënten worden steeds mondiger en stellen steeds meer eisen aan keuzevrijheid en maatwerk. Als reactie daarop trachten zorgaanbieders in hun zorgverlening en zorglevering steeds meer rekening te houden met de wensen van de cliënt. De inrichting van de zorg kantelt van aanbodsturing naar vraagsturing. De aanleiding voor het in dit artikel beschreven onderzoek is de vraag in hoeverre cliënten de zorg die zij krijgen als vraaggestuurd ervaren. Als eerste stap op weg naar beantwoording is het concept *vraaggestuurde zorg* geoperationaliseerd met behulp van een literatuurstudie (Verkooijen *et al.*, 2003). De resultaten van deze studie tonen een veelheid aan definities en begrippen die samenhangen met vraaggestuurde zorg. Een eenduidige definitie ontbreekt. Vraagsturing is grofweg te duiden als het tegenovergestelde van aanbodsturing. Bij aanbodsturing in de directe zorgpraktijk heeft de cliënt geen invloed op de zorgverlening en zorglevering. Bij vraagsturing is dit wel het geval (Verkooijen, 2006). Hierover lijkt in de literatuur consensus te bestaan. Minder eenduidig is men over de vraagstukken: (1) waarop hebben cliënten precies invloed en (2) hoe verloopt het proces van invloed hebben.

Omdat het bij vraagsturing in ieder geval gaat om de invloed van de cliënt op de zorgverlening en zorglevering, is bij het operationaliseren van het concept uitgegaan van het perspectief van de cliënt op deze twee kwesties. Gekozen is voor de doelgroep: cliënten met uitsluitend functionele beperkingen, die structureel zorg nodig hebben. Met behulp van diepte-interviews is tevens een antwoord gezocht op de vragen (1) waarop willen cliënten precies invloed hebben en (2) hoe verloopt het proces van invloed hebben volgens cliënten optimaal.

Bestudering van het concept vraagsturing vanuit deze invalshoek heeft geleid tot de volgende opvatting van vraaggestuurde zorg (Verkooijen, 2006): Vraaggestuurde zorg is zorg die door de cliënt 'gestuurd' wordt en die consequenties heeft voor de organisatie van de zorg. Bij het 'sturen door de cliënt' gaat het om een benadering waarbij binnen een *gelijkwaardige interactie* tussen cliënt en zorgaanbieder of hulpverlener, de vraag van de cliënt via overleg en afstemming leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod met betrekking tot *tijdstip, wijze waarop en persoon die het uitvoert*. De interactie wordt gekenmerkt door een cliënt die de zorgaanbieder of hulpverlener vertelt welk aanbod hij wenst/nodig heeft en een zorgaanbieder of hulpverlener die *luistert, informeert, op verzoek adviseert* en de cliënt *stimuleert aan te geven wat hij nodig heeft*. Hoewel er binnen de interactie als zodanig sprake is van een gelijkwaardige plaats voor het cliëntenperspectief en het hulpverlenerperspectief (mede beïnvloed door het organisatieperspectief en overheidsperspectief), kan er alleen sprake zijn van vraaggestuurde zorg als het cliëntenperspectief als vertrekpunt wordt genomen.

ONTWIKKELING EN VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST 'VRAAGGESTUURDE ZORG'

Voordat besloten is tot het zelf ontwikkelen ervan, is in 2003 gezocht naar een meetinstrument vraaggestuurde zorg, waarmee kan worden nagegaan in hoeverre cliënten de zorg die zij krijgen als vraaggestuurd ervaren. Omdat het in dit onderzoek gaat om een bepaalde opvatting van vraaggestuurde zorg, is het belangrijkste selectie criterium geweest dat het instrument de acht kenmerken (gecursiveerd) van de omschrijving omvat. Een dergelijke vragenlijst is niet gevonden.

Het laatste decennium zijn er heel wat vragenlijsten ontwikkeld met als thema 'de kwaliteit van zorg'. Vraagsturing kan aangemerkt worden als één van de kwaliteitsaspecten van de zorg. Weijdema en Spoel-Meijer (Weijdema & Spoel-Meijer, 2002) hebben 15 van deze instrumenten bestudeerd. Negen van deze instrumenten zijn niet specifiek voor cliënten die structureel afhankelijk zijn van zorg. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor een bekende vragenlijst als de CAHPS (Delnoij *et al.*, 2003), die vooral ontwikkeld is voor het meten van de kwaliteit van de zorgverzekeraar en de door hen verzekerde zorg.

Zes van de 15 instrumenten zijn wel van toepassing voor de doelgroep van dit artikel. Geen van deze instrumenten heeft echter als aandachtsgebied of subschaal 'vraaggestuurde zorg'. Het gaat over de kwaliteit van wonen, van de medewerkers, van de omgang van bewoners met elkaar en de medewerkers, de sfeer en de gebruiken van de woon- leefomgeving, de inhoud van de thuiszorg, de organisatie van de thuiszorg etc. Ook Mistiaen en Delnoij (Mistiaen & Delnoij, 2003) concluderen dat er veel instrumenten zijn ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van zorg en dat elk instrument weer eigen thema's meet. Als vraagsturing niet expliciet als thema is opgenomen, dan wordt het lastig om met behulp van een dergelijk instrument inzicht te krijgen in de ervaren mate van vraagsturing. Wel kan het zijn dat er bij verschillende thema's bij vraagsturing passende items zijn opgenomen, maar dit biedt onvoldoende houvast voor het kunnen doen van uitspraken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de veel gebruikte QUOTE vragenlijst van het Nivel (Sixma *et al.*, 1998). QUOTE staat voor QUality Of care Through the patient's Eyes (kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief) en wordt aan cliëntgroepen, ingedeeld naar ziektebeeld, voorgelegd. QUOTE-vragenlijsten kunnen worden gebruikt voor het evalueren en/of verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze vragenlijsten bestaan uit ongeveer 140 vragen over ervaringen en knelpunten in de zorgverlening en over wat de respondent hieraan belangrijk vindt. Twee andere vragenlijsten beogen wel expliciet de mate van vraagsturing van een organisatie te meten, maar niet op basis van wat cliënten aangeven, maar op basis van wat medewerkers en/of managers scoren (Innovatiecentrum Vraagsturing, 2003; Verbeek, 2002). Om deze reden zijn deze vragenlijsten niet bruikbaar bevonden.

Er is dus geen bruikbare gevalideerde vragenlijst gevonden waarmee kan worden nagegaan in hoeverre cliënten de zorg die zij krijgen als vraaggestuurd ervaren. Een deelonderzoek is gestart naar de volgende vraagstelling:

Hoe ziet een gevalideerd meetinstrument er uit, waarmee kan worden nagegaan in hoeverre cliënten met uitsluitend functionele beperkingen, die structureel zorg nodig hebben, de zorg die zij krijgen als vraaggestuurd (in de beschreven opvatting) ervaren?

METHODE VAN ONDERZOEK

In dit onderzoek gaat het om het ontwikkelen en valideren van een meetinstrument.

Een eerste conceptversie van de vragenlijst is ontwikkeld op basis van de acht kenmerken van de omschrijving van vraaggestuurde zorg. Deze versie is ten behoeve van de face- en inhoudsvaliditeit getoetst door zes extern deskundigen. Een methodoloog, een andragoog, een arts en drie gezondheidswetenschappers. Zij hebben het meetinstrument bekeken op de vraag of het volgens hen de mate waarin cliënten vraaggestuurde zorg ervaren meet en de eenduidigheid van de vragen (facevaliditeit). Verder is door deze deskundigen nagegaan of de verschillende items van de vragenlijst de acht kenmerken van de omschrijving van vraaggestuurde zorg in voldoende mate dekt (inhoudsvaliditeit).

Het meetinstrument is bedoeld voor cliënten met uitsluitend functionele beperkingen, die structureel zorg nodig hebben. Deze populatie is vooral in zorg bij thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en serviceflats. Het overgrote deel van hen is ouder dan 65 jaar. Een volgende stap in het proces van ontwikkelen en valideren, is het toetsen van het meetinstrument bij deze doelgroep. Daartoe zijn vijf 65-plussers gevraagd de vragenlijst te beoordelen op gebruiksvriendelijkheid en duidelijkheid van de vragen.

De op deze wijze ontwikkelde vragenlijst is tijdens twee meetmomenten in drie organisaties gebruikt. Het betreft een thuiszorgorganisatie, een verzorgingshuis en een serviceflat. De met de vragenlijst verzamelde gegevens zijn ingevoerd in het statistische computerprogramma SPSS versie 12.0.1.

Om de statistische betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst vast te stellen is een Cronbach's alpha, een schatter voor betrouwbaarheid, en een factoranalyse gedaan om inzicht te krijgen in de mate van samenhang van de items (Berger *et al.*, 1997).

ONTWIKKELING EN VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST 'VRAAGGESTUURDE ZORG'

Verder is gekeken naar het discriminerend vermogen van de vragenlijst op basis van de hypothese *thuiszorg scoort hoger dan serviceflat scoort hoger dan verzorgingshuis*. Van de deelnemende thuiszorgorganisatie is door gesprekken met cliënten en medewerkers duidelijk geworden dat deze heel vraaggestuurd werkt. In het verzorgingshuis wordt juist niet vraaggestuurd gewerkt. De serviceflat zit er wat tussenin.

Ten behoeve van de validiteit en betrouwbaarheid van de meting als zodanig zijn de volgende maatregelen genomen:

- De steekproefomvang is bepaald op grond van een statistische rekenmethode of powerberekening (Berger *et al.*, 1997).
- De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij de interviews is vergroot door een geschreven instructie en een interviewtraining voor interviewers. Beide zijn door de onderzoekers ontwikkeld op basis van literatuur en de ervaringen met de eerste tien, door hen afgenomen, interviews.
- Verder is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid getoetst door na zo'n 40 op band opgenomen interviews, vier willekeurig gekozen gesprekken door vier interviewers onafhankelijk van elkaar te scoren. Bij de in totaal 144 vergeleken vragen blijkt er in 138 gevallen totale overeenstemming (96%) te bestaan tussen de interviewers.
- De maximale respons is bereikt door te kiezen voor het afnemen van de vragenlijst in een face-to-face interview.
- De respondenten konden tijdens het interview de vragen behalve horen, ook aflezen van een zogenaamde meeleeversie van de vragenlijst met, vanwege de grote groep ouderen in de onderzoekspopulatie, een extra groot lettertype.

RESULTATEN

De ontwikkeling van de vragenlijst

De eerste conceptversie van de vragenlijst bestaat uit acht vragen. De vragen zijn als stelling, zowel positief als negatief, en in de ik-vorm geformuleerd. Per vraag kan er worden geantwoord op een tienpuntsschaal. Daarbij staat 1 voor *helemaal mee oneens*, 5 voor *voor de helft mee eens* en 10 voor *helemaal mee eens*. De extern deskundigen geven de volgende beargumenteerde reacties:

- De vraag wordt gesteld of de keuze voor stellingen in de ik-vorm wel een beoordeling oplevert van de mate waarin de respondenten de zorg als vraaggestuurd ervaren. Door de ik-vorm bestaat de mogelijkheid dat de cliënt eerder een oordeel over zichzelf geeft, dan over de ontvangen zorg. Voorgesteld wordt om expliciet naar een beoordeling van de cliënt te vragen zonder gebruikmaking van de ik-vorm. De onderzoekers besluiten hierin mee te gaan.
- Over het door elkaar gebruiken van positief en negatief geformuleerde items zijn de deskundigen het niet eens. De een raadt dit aan om een mogelijke neiging van respondenten om steeds een zelfde antwoordcategorie te gebruiken tegen te gaan, een ander raadt het juist af omdat het tot verwarring kan leiden. De onderzoekers hebben deze argumenten gewogen in het licht van de doelgroep (ouderen) en besloten om alle items positief te formuleren.

Op basis van deze twee reacties zijn de vragen bijgesteld. Zo is bijvoorbeeld de stelling "Ik voel me niet altijd gehoord door de zorgverleners" veranderd in de vraag "Hoe beoordeelt u de mate waarin er door de zorgverleners naar u geluisterd wordt?"

- Verder is opgemerkt dat een tienpuntsschaal op deze wijze gebruikt, een niet waar te maken nauwkeurigheid suggereert. Door de toevoeging bij de cijfers 1, 5 en 10 is het in wezen een driepuntsschaal met niet-gedefinieerde tussenoverties. Het advies om nog eens kritisch naar de te gebruiken antwoordschaal te kijken is ter harte genomen. Gekozen is voor een symmetrische vijfpuntsschaal met de antwoordcategorieën: 1=*nooit*, 2=*soms*, 3=*in de helft van de gevallen wel*, 4=*in de helft van de gevallen niet*, 5=*altijd*.
- Daarnaast zijn er enkele redactionele voorstellen gedaan die meegenomen zijn in het ontwikkelen van de tweede conceptversie van de vragenlijst.

De tweede conceptversie bestaat nog steeds uit acht vragen die betrekking hebben op de acht kenmerken van de omschrijving. Deze versie is voorgelegd aan vijf 65-plussers voor feedback. Deze vinden de vragen goed te beantwoorden en de meeleslijst wordt als een prettige ondersteuning ervaren bij het interview. De paar voorstellen voor verandering van een gebruikte term, zijn door de onderzoekers verwerkt in de derde conceptversie. Zo is het woord *zorgverlener* veranderd in de meer algemene omschrijving *medewerker*.

De derde conceptversie is door de beide onderzoekers gezamenlijk bij tien cliënten van de deelnemende organisaties afgenomen. Dit heeft geleid tot een aantal afspraken voor de interviewinstructie. Om er zeker van te zijn dat de respondent de essentie van de vraag oppakt, blijkt het bijvoorbeeld van belang dat de interviewer het kenmerk waar de vraag betrekking op

heeft, nog eens expliciet herhaalt. Bijvoorbeeld na de vraag "Hoe beoordeelt u de mate waarin er door de medewerker(s) naar u geluisterd wordt?" herhaalt de interviewer het kenmerk "geluisterd". Verder lopen de beide interviewers aan tegen een vermoedelijke omissie in de vragenlijst. Een belangrijk deel van deze respondenten geeft aan dat er weliswaar naar wensen gevraagd wordt, maar dat de medewerkers zich niet altijd aan de afspraken houden die op basis van deze wensen zijn gemaakt. Dit betreft vooral wensen over het tijdstip en de wijze waarop de zorg wordt gegeven en de persoon die de zorg uitvoert. Besloten wordt om aan de vragenlijst een vraag toe te voegen over de beoordeling van de mate waarin cliënten vinden dat medewerkers zich aan afspraken houden. Bij het afnemen van de vragenlijst wordt bovendien duidelijk dat vraag 4, "Hoe beoordeelt u de mate waarin er (op verzoek van de cliënt) advies wordt gegeven?", een wat lastige vraag is. Blijkbaar ervaren cliënten het krijgen van advies verschillend. Zo zijn er cliënten die aangeven dat zij nooit advies krijgen en dit wel prima vinden. Anderen beoordelen dit als minder positief. Bovendien zijn er cliënten die wel advies krijgen en dit niet op prijs stellen of juist weer heel erg op prijs stellen. In het onderzoek is daarom met de interviewers afgesproken om bij vraag 4 eerst te vragen of de respondent wel eens advies vraagt. Een laatste opvallende ervaring is dat er relatief gelijkmatig hoog wordt gescoord. Dit leidt tot het vermoeden dat de vragenlijst weinig discriminatiekracht heeft. Om deze reden is in navolging van Streiner en Norman (Streiner & Norman, 1999) gekozen voor een asymmetrische antwoordschaal met meer positieve, dan negatieve antwoordmogelijkheden. Deze zijn: 1=*slecht*, 2=*matig*, 3=*voldoende*, 4=*goed* en 5=*uitstekend*.

De gegevensverzameling ten behoeve van het vaststellen van de statistische validiteit en betrouwbaarheid, vindt plaats met de vierde conceptversie die bestaat uit negen vragen met een asymmetrische antwoordschaal, zoals opgenomen in figuur 1.

Statistische validiteit en betrouwbaarheid

De vragenlijst is op twee meetmomenten afgenomen bij cliënten van de drie deelnemende organisaties. Het eerste meetmoment in 2004, betreft 126 respondenten. Aan de tweede meting in 2005 doen 97 cliënten mee.

De gegevens van de eerste en de tweede meting zijn gebruikt voor het toetsen van de statistische betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst. Op basis van de inhoud van de vragen van de vragenlijst is de verwachting dat de negen vragen tot één schaal "vraaggestuurde zorg" behoren. Met een factoranalyse is gekeken of de negen vragen inderdaad op dezelfde factor scoren of met andere woorden onderling nauw samenhangen. Dit blijkt het geval te zijn, gezien de relatief hoge

U kunt bij de eerste negen vragen **antwoorden met:**

(zet een kruisje bij uw antwoord)

1. Slecht
2. Matig
3. Voldoende
4. Goed
5. Uitstekend

<i>Hoe beoordeelt u de mate waarin</i>		Slecht	Matig	Voldoende	Goed	Uitstekend
		1	2	3	4	5
1.	er door de medewerker(s) naar u geluisterd wordt?					
2.	u door de medewerkers/de organisatie geinformeerd wordt?					
3.	u door de medewerkers als gelijkwaardige benaderd wordt in het overleg?					
4.	u, <u>op uw verzoek</u> , van uw hulp/verzorgende op uw situatie gericht advies krijgt.					
5.	het tijdstip/de tijden waarop u hulp/zorg krijgt voldoet aan uw wensen?					
6.	de hulp of zorg die u krijgt, ook de hulp of zorg is die u graag wilt hebben?					
7.	degene die u helpt of helpen bij u past of passen?					
8.	de medewerkers zich houden aan afspraken ?					
9.	medewerkers <u>uit zichzelf</u> vragen naar uw wensen ?					

Figuur 1: Vierde conceptversie vragenlijst vraaggestuurde zorg.

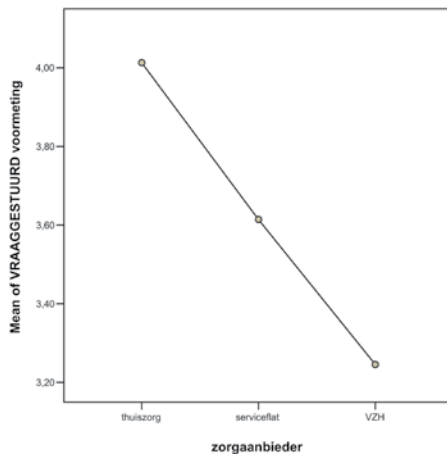
factorladingen (tussen .54 en .81). Alle negen vragen behoren tot dezelfde schaal. Bovendien is met een Cronbach's alpha gekeken naar de interne consistentie van deze schaal. Deze blijkt met .86 zeer goed te zijn. In tabel 1 zijn de resultaten van de Cronbach's alpha en de factoranalyse opgenomen.

Om iets over het discriminerend vermogen van de vragenlijst te kunnen zeggen is de hypothese *thuiszorg scoort hoger dan serviceflat scoort hoger dan verzorgingshuis* getoetst. Daartoe zijn per organisatie de gemiddelde scores op de vragenlijst van elke betreffende cliënt gebruikt. Omdat het hierbij om drie continue schalen blijkt te gaan met een normale verdeling, is gebruikt gemaakt van een parametrische variantie analyse (ANOVA). In de eerste meting blijkt de thuiszorgorganisatie statistisch significant meer vraaggestuurde zorg te leveren dan het verzorgingshuis ($F=9,331$; $df=2$;

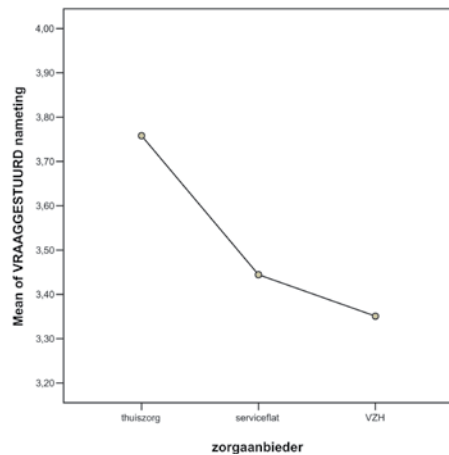
Tabel 1: Validiteit en betrouwbaarheid schaal "vraaggestuurde zorg".

Variabele: Vraaggestuurde zorg		
Statistische toets	Totaal 1 ^{ste} meting N = 126	Totaal 2 ^{de} meting N = 97
Cronbach's alpha	.86	.86
Factoranalyse (PCA)	1 factor (.55-.81)	1 factor (.54-.81)

1^{ste} meting 2004



2^{de} meting 2005



Figuur 2: Vraaggestuurde zorg per groep.

p=.000). In de tweede meting worden geen significante verschillen gevonden. Figuur 2 toont een grafische weergave van het resultaat van de eerste en de tweede meting. Duidelijk wordt dat in beide gevallen de gevonden verhoudingen (weliswaar niet allemaal significant) overeenstemmen met de hypothese en dat de onderlinge verschillen in 2005 minder groot zijn dan in 2004. Dit laatste is voor een belangrijk deel te verklaren vanuit het feit dat in de tussenliggende periode met name in het verzorgingshuis veel aandacht is besteed aan de omschakeling van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg.

CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In het onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld waarmee kan worden nagegaan in hoeverre cliënten met uitsluitend functionele beperkingen, die structureel zorg nodig hebben, de zorg die zij krijgen als vraaggestuurd ervaren. Het betreft een betrouwbare en valide vragenlijst met vermoedelijk een behoorlijk discriminerend vermogen. Vermoedelijk omdat, hoewel voor de toetsende hypothese *thuiszorg scoort hoger dan serviceflat scoort hoger dan verzorgingshuis* maar één significant verschil wordt gevonden, de grafische weergave van de toetsing in beide gevallen de geformuleerde hypothese ondersteunt. Verder betreft het een korte vragenlijst die weinig tijd en inspanning vraagt van de veelal kwetsbare respondent. In het beschreven onderzoek is de vragenlijst echter face-to-face afgenomen, wat relatief weer meer tijd en inspanning kost dan een schriftelijke afname. Wellicht is het ook goed mogelijk om de vragenlijst schriftelijk af te nemen. Het is zelfs denkbaar dat dit meer betrouwbaar is dan de face-to-face methode. Immers, het is veelal eenvoudiger om in de anonimiteit kritisch te zijn. Aanbevolen wordt om hier verder onderzoek naar te doen. Bovendien is het voor de externe generaliseerbaarheid van het meetinstrument aan te raden om de meting bij de doelgroep 'mensen met functionele beperkingen' in andere zorginstellingen te herhalen. Ook vervolgonderzoek naar de toepassing van het instrument bij andere doelgroepen is een optie. Hierbij wordt gedoeld op cliënten met psychiatrische, sociale en/of cognitieve beperkingen of "derden" zoals mantelzorgers. Verder zou het interessant kunnen zijn om te kijken naar de toepassingsmogelijkheden van de vragenlijst in een meer cure-georiënteerde zorgomgeving als bijvoorbeeld een ziekenhuis.

De vragenlijst kan gebruikt worden om na te gaan wat de mate van vraagsturing van een zorginstelling is op een bepaald moment en vanuit het perspectief van cliënten. Bij het gebruik van deze vragenlijst moet men zich echter wel realiseren dat het vraagsturing meet in de eerder in dit artikel beschreven opvatting. Een opvatting waarbij het vertrekpunt voor de te leveren zorg, het perspectief c.q. de "vraag" (of wens) van de cliënt is, terwijl de invloed van de cliënt op de wijze waarop het aanbod tot stand komt en geleverd wordt centraal staat. Bij deze opvatting is het verdedigbaar dat uitsluitend cliënten gevraagd kan worden naar hun bevindingen en niet de zorgverlener of manager. Immers, het gaat er om of cliënten vinden dat ze gehoord worden en invloed hebben. Het is zelfs de vraag of vraaggestuurde zorg in welke opvatting dan ook door anderen dan de betreffende cliënten gescoord kan worden. De onderzoeksvraag: *In hoeverre ervaren zorgverleners de zorg als vraaggestuurd?*, komt op z'n zachtst gezegd eigenaardig over, want een zorgverlener kan de door zichzelf gegeven zorg niet gelijktijdig als ontvanger van die zorg ervaren en beoordelen. En om wiens ervaring met de zorg kan het in het kader van de

vraagsturing anders gaan? Je kunt een zorgverlener of manager, via meerdere methoden van gegevensverzameling, wel vragen naar een vermoeden, of hoe hij denkt of vindt dat het gesteld is met de vraagsturing, maar dat lijkt als op zichzelf staande informatie weinig zinvol. Je kunt de aldus verkregen informatie natuurlijk ook vergelijken met de resultaten op de hier beschreven vragenlijst voor cliënten. In dat geval is er echter sprake van een ander onderzoek, bijvoorbeeld naar de mate waarin de beleving van zorgverleners en cliënten met elkaar overeenstemmen. Deze en vergelijkbare bredere toepassingen voor de vragenlijst, kunnen overigens een bijzonder interessant vertrekpunt zijn voor nadere beschouwing. Een laatste aanbeveling is dan ook om de ontwikkelde vragenlijst niet uitsluitend te gebruiken voor het vaststellen van de mate van vraagsturing in een zorginstelling, maar deze ook en misschien wel vooral, in een bredere onderzoekscontext toe te passen.

LITERATUUR

- Berger, M.P.F., Imbos, T.J. & Janssen, M.P.E. (1997). *Methodologie en statistiek* [Methodology and statistics]. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Delnoij, D., Asbroek, G. ten, Arah, O., Koning, J. de & Klazinga, N. (2003). *Validering van de Nederlandse vertaling van de CAPHS 3.0 Adult Commercial Questionnaire* [Validating the Dutch translation of the CAPHS 3.0 Adult Commercial Questionnaire]. Utrecht: Nivel.
- Innovatiecentrum Vraagsturing (2003). *Hoe vraaggestuurd is uw organisatie? (How demand-led is your organisation?)*. Retrieved from <http://www.icv.nl>
- Mistiaen, P. & Delnoij, D. (2003). *Quick scan kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector* [Quick Scan quality of care from the clients' perspective in the care sector]. Utrecht: Nivel.
- Sixma, H.J., Campen, C. van, Kerssens, J.J. & Peters, L. (1998). *De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten* [The QUOTE questionnaires. Quality of care from the clients' perspective; four new measuring instruments]. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1999). *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: University Press.
- Verbeek, G. (2002). *De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg* [The client in the centre, what next?. Management of demand-oriented and demand-led care]. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Verkooijen, H.E.C. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering en Vraaggestuurde Zorg* [Supporting self-directing and demand-led care]. Proefschrift Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. Jutrijp: Verkooijen&Beima.

- Verkooijen, H.E.C., Elderhuis, R.M., Hamers, J.P.H. & Spreeuwenberg, C. (2003). Vraaggestuurde zorg en het patiëntenperspectief [Demand-led care and the patients' perspective]. *Verpleegkunde* (18), (1), pp. 39–47.
- Weijdema, K. & Spoel-Meijer, A. van der (2002). *Patiëntenoordelen, Meten en Verbeteren* [Patients' judgments, Measuring and Improving]. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).