



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Mistiaen, P., Delnoij, D., *'Quick scan' Kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector*, NIVEL 2003) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector**

Patriek Mistiaen  
Diana Delnoij



ISBN 90-6905-638-0

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>7</b>
<b>1 Achtergrond</b>	<b>9</b>
<b>2 Vraagstelling</b>	<b>11</b>
<b>3 Opzet van het onderzoek</b>	<b>13</b>
3.1 Afbakening en operationalisatie	13
3.2 Materiaal	15
3.3 Zoekstrategie	16
3.4 Analyse	17
<b>4 Resultaten met betrekking tot de informatievoorziening</b>	<b>19</b>
4.1 Brancherapporten	19
4.2 Normen/wensen	19
4.3 Meetinstrumenten	20
4.4 Empirische resultaten	21
<b>5 Inhoudelijke resultaten over de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief</b>	<b>23</b>
5.1 Thuiszorg	23
5.2 Verpleeg- en verzorgingshuizen	27
5.3 Gehandicaptenzorg	33
5.4 GGZ	36
<b>6 Conclusies en discussie</b>	<b>39</b>
<b>Literatuur</b>	<b>45</b>
<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1 Beschouwende literatuur	57
Bijlage 2 Relevante websites in verband met kwaliteit van zorg in de care-sector vanuit cliëntenperspectief	65



## Samenvatting

Door middel van een quick scan is de stand van zaken nagegaan omtrent de kwaliteit van zorg in de Nederlandse care-sector vanuit cliëntenperspectief.

De quick scan bestond uit een snelle screening van aanwezige documenten in 11 literatuurbestanden en uit een screening van websites van relevante organisaties op het terrein.

Er zijn ruim 400 publicaties bestudeerd waarvan circa 150 ook echt relevante data bevatten.

In zijn algemeenheid is te concluderen dat er de afgelopen jaren enorm veel werk is verzet om de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart te brengen. Normen en wensen van cliënten zijn bekend, een diversiteit aan meetinstrumenten en meetbenaderingen vanuit cliëntenperspectief is ontwikkeld, er zijn veel metingen in veel instellingen gebeurd, er zijn landelijke organisaties opgezet om kwaliteitsmetingen uit te voeren, cyclische en landelijk representatieve metingen en benchmarkstudies gebeuren al of zijn in voorbereiding. Kortom er is volop aandacht voor de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector.

Het valt op dat er in 'kwaliteitsland' nog geen eenduidige nomenclatuur en operationalisatie van begrippen bestaat.

De thuiszorg is het enige onderdeel van de care-sector waarin landelijk representatieve gegevens beschikbaar zijn. Maar ook in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen zijn van veel instellingen overkoepelende gegevens beschikbaar. En voor alle onderdelen van de care-sector zijn landelijke benchmarkstudies in vergevorderde staat van voorbereiding. Het is dan ook te verwachten dat er binnen afzienbare tijd voor alle klassieke sectoren van de AWBZ landelijk representatieve data beschikbaar komen.

Het is niet mogelijk om op basis van deze quick scan algemene uitspraken te doen hoe het met de kwaliteit van zorg is gesteld, vanwege de diversiteit in de onderzoeken. Er zijn echter wel indicaties dat bejegening en vakbekwaamheid van het personeel positief worden beoordeeld, maar dat informatievoorziening, autonomie en privacy aspecten zijn die voor verbetering in aanmerking komen.



## Leeswijzer

Dit rapport beschrijft welke gegevens bekend zijn over de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. De aanleiding is het streven van de overheid voor een betere kwaliteit van de zorg, waarin de cliënt centraal staat. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het NIVEL de opdracht verleend tot het uitvoeren van een quick scan omtrent de stand van zaken hierover. In het rapport wordt eerst de achtergrond geschetst, waarna de vraagstelling en de gevolgde methodiek wordt beschreven. Hoofdstuk 4 behandelt de resultaten omtrent de informatievoorziening over het onderwerp terwijl hoofdstuk 5 ingaat op de inhoudelijke bevindingen van de diverse onderzoeken over de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en een aantal discussiepunten en aanbevelingen.



# 1 Achtergrond

De Kwaliteitswet Zorginstellingen heeft in de jaren negentig een belangrijke impuls gegeven aan het tot stand brengen en verbeteren van het kwaliteitsbeleid binnen de zorg. Hierbij lag vooral de klemtoon op het ontwikkelen van kwaliteitssystemen en methodieken. Maar ook het betrekken van cliënten in de zorg en het vragen om de mening van cliënten is volop aan de gang. Zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL (Sluijs et al., 2000a) bijvoorbeeld dat gemiddeld 71% van de Nederlandse zorginstellingen periodiek meningspeilingen houdt onder cliënten. En uit de evaluatie van de Wet Medezeggenschap Cliënt Zorgsector (De Savornin Lohman et al., 2000) blijkt dat in bijna alle verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten en geestelijke gezondheidszorginstellingen, cliëntenraden zijn geïnstalleerd; ook in de thuiszorg is er een groei in cliëntenraden van 24% in 1996 tot 61% in 2000 (zie in dit verband ook de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000a, 2000b, 2001, 2003a, 2003b). Dat cliënten een toenemende factor van belang zijn in de gezondheidszorg en het gezondheidszorgonderzoek blijkt bijvoorbeeld ook uit het grote aantal studies dat door of in opdracht van patiënten/cliëntenorganisaties is gebeurd, waaronder veel op het gebied van kwaliteit van zorg (Evers et al., 2003).

In de evaluatie van de Kwaliteitswet (Casparie et al., 2001) wordt echter ook gesteld dat met de operationalisatie van het begrip verantwoorde zorg een aanvang is gemaakt, maar dat van een transparant stelsel van normeringen in geen van de onderzochte sectoren nog sprake is en het incorporeren van het patiëntenperspectief ook nog niet systematisch gebeurt.

De overheid staat op het standpunt dat bij kwaliteitsbeleid de patiënt centraal dient te staan en voert een beleid gericht op het bevorderen van vraaggestuurde zorg (Ministerie van Volksgezondheid, 2001b). Ook in het informatiebeleid van de overheid speelt het patiënten en consumentenperspectief een cruciale rol: het Ministerie wil de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg monitoren met behulp van een 'balanced scorecard', waarbij effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid de indicatoren vormen waarop de gezondheidszorg vanuit het consumentenperspectief wordt beoordeeld (Delnoij et al., 2002). Echter, ondanks de reeds uitgevoerde inspanningen stelt de Staatssecretaris van Volksgezondheid (in de brief van 4 december 2002) dat de zorg beter kan en beter moet.

Het kwaliteitsdenken is van oudsher sterk vanuit de cure ontwikkeld. Kwaliteit vanuit de care kent echter een ander accent. In tegenstelling tot de cure gaat het bij de care veelal om cliënten die langdurig zijn aangewezen op zorg die niet primair gericht is op genezing maar op ondersteuning van het dagelijks functioneren. En vaak, maar niet altijd, zijn in de care-sector de elementen wonen en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden, waardoor een operationalisatie van kwaliteit in deze sector een breed scala aan domeinen beslaat. Om de kwaliteit van zorg in de care sector te verbeteren dient vooral ingespeeld te

worden op wat de cliënt wil en belangrijk vindt en dient rekening gehouden te worden met de subjectieve beleving van het individu.

De overheid streeft naar een gezondheidszorgsysteem waarin de cliënt voldoende keuzemogelijkheden en zeggenschap heeft en waarin de cliënt voldoende wordt toegerust om gebruik te maken van de mogelijkheden die het systeem biedt. De overheid is van mening dat het cliëntenperspectief over het algemeen onvoldoende wordt meegewogen in het kwaliteitsbeleid in de zorg en wil daarom juist verbetering van kwaliteit vanuit dit perspectief stimuleren. Juist in de care, waar de cliënt langdurig is aangewezen op zorg, dient het cliëntenperspectief op kwaliteit van zorg een prominente plaats te hebben zodat de zorg aansluit bij de behoeften en wensen van de cliënt ten aanzien van de inrichting van het eigen leven.

In het kader van het per 1 april 2003 ingevoerde AWBZ-brede systeem van functiegerichte aanspraken werkt het Ministerie van VWS aan één plan van aanpak voor een gezamenlijk kwaliteitsbeleid in de care. Daarbij is het cliëntenperspectief als uitgangspunt genomen.

Inmiddels is door de overheid een care brede visie op kwaliteit opgesteld. Kwaliteit van zorg wordt hierin voorgesteld als een interactieproces dat ontstaat tussen cliënt en zorgaanbieder, waarbij proces en product veelal samenvallen. Ze onderscheidt daarbij 11 aspecten waaraan dit interactieproces moet voldoen: gelijkwaardigheid, zelfbeschikking, keuzevrijheid, fysieke toegankelijkheid, privacy, cliëntgerichtheid, samenhang in de zorg, vakbekwaamheid, geborgenheid, bejegening en informatie.<sup>1</sup>

Over de kwaliteit van zorg in de care sector vanuit cliëntenperspectief is al wel informatie beschikbaar maar een schematisch landelijk overzicht ontbreekt. Om het overheidsbeleid verder vorm te kunnen geven is het van belang de stand van zaken in de care sectoren op een overzichtelijke wijze in kaart te brengen.

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is daarom dit onderzoek gestart met als doel om via een 'quick scan' enerzijds een overzicht te geven van bestaand onderzoek ten aanzien van de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief en anderzijds op basis van dat bestaande onderzoek een beeld te schetsen van de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care sectoren<sup>2</sup> en welke aspecten in de toekomst de aandacht verdienen. De resultaten van deze studie dienen als input voor de verdere beleidsvorming van het Ministerie op dit terrein.

---

<sup>1</sup> De genoemde aspecten zijn door het Ministerie van VWS vastgelegd in een bij de offerteaanvraag gevoegde notitie over de visie op kwaliteit en de te onderscheiden aspecten daarvan.

<sup>2</sup> Tot de care sectoren worden in dit verband gerekend: de gehandicaptensector, de sector verpleging en verzorging, de ouderenzorg en een (beperkt) deel van de geestelijke gezondheidszorg.

## 2 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

*'Wat is het huidige kwaliteitsniveau van de zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sectoren?'*

Het Ministerie van VWS heeft deze hoofdvraag uitgewerkt in een aantal meer gedetailleerde onderzoeksvragen. Daarbij gaat het voor een deel om de vraag welke informatie met betrekking tot de kwaliteit van zorg in de care sectoren beschikbaar is (de informatievoorziening) en voor een ander deel om inhoudelijke vragen rond deze kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief.

De vragen over de informatievoorziening luiden:

- 1 Welke metingen zijn uitgevoerd naar de huidige stand van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief in de care sectoren?
- 2 Welke aspecten zijn daarbij in kaart gebracht?
- 3 Hoe representatief zijn deze metingen om een (eerste) beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care?

De inhoudelijke vragen die beantwoord moeten worden op basis van het beschikbare materiaal, zijn:

- 4 Hoe is op dit moment de kwaliteit van de care op de onderscheiden aspecten? (gelijkwaardigheid, zelfbeschikking, keuzevrijheid, fysieke toegankelijkheid, privacy, cliëntgerichtheid, samenhang in de zorg, vakbekwaamheid, geborgenheid, bejegening en informatie).
- 5 Zijn er aspecten te onderscheiden die aandacht verdienen in het kwaliteitsbeleid omdat cliënten hierover in het algemeen minder tevreden zijn?



## 3 Opzet van het onderzoek

### 3.1 Afbakening en operationalisatie

#### *Cliëntperspectief*

Ten eerste is deze 'quick scan' afgebakend tot de kwaliteit van zorg vanuit *cliëntenperspectief*.

In de literatuur bestaat er geen consensus over wat onder 'cliëntenperspectief' of 'patiëntenperspectief' precies verstaan moet worden. Tellegen (2003) bijvoorbeeld zegt in dit verband dat er sprake is van patiëntenperspectief als het gaat om onderzoek naar de waardering van zorg op voor zorgvragers relevante aspecten EN het onderzoek zich richt op verbetering van die relevante aspecten EN de patiëntenbeweging betrokken is bij het onderzoek.

Kouwenhoven (2003) stelt dat kwaliteit vanuit patiëntenperspectief twee dimensies heeft: de mate waarin de cliënt de zorg die hij ontvangt positief waardeert en de mate waarin de zorg die men krijgt, overeenkomt met de zorg die men wil ontvangen.

De NPCF (Weijdemans, 2002) spreekt van drie minimale eisen waaraan onderzoek naar kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief moet voldoen: het gaat om voor patiënten relevante aspecten die onderzocht worden met als doel de zorg te verbeteren en waarbij verbeteringen in samenspraak tussen (vertegenwoordigers van) patiënten en zorgaanbieders tot stand komen.

De NPCF stelt dat wanneer een onderzoek naar kwaliteit van zorg inzicht wil geven in de mening van patiënten over de geboden zorg, dit meer vereist dan het bevragen van patiënten over de mate van tevredenheid.

In deze quick scan willen we niet zover gaan als de NPCF in de eisen die zij stelt aan cliëntenperspectief en zijn alle onderzoeken meegenomen waarin gevraagd is naar de mening van cliënten of hun naasten over de kwaliteit van zorg

Soms is het niet mogelijk de mening van de patiënt te vragen (bijvoorbeeld demente patiënten) en moet om de kwaliteit van de zorg vanuit gebruikersperspectief te meten, uitgeweken worden naar proxys; (bijvoorbeeld Finnema et al., 2003) of is het mogelijk hun welbevinden te meten door middel van observaties, zoals gebeurd is in een project van het NZI (Koning et al., 1998, 1999; Hoogeveen et al., 1998, 1999a, 1999b).

Dergelijke studies uit deze laatste categorie vallen evenwel buiten het bestek van dit onderzoek.

#### *Kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief*

Naast aflijning van het begrip cliëntenperspectief dient ook verheldering te komen omtrent het begrip *kwaliteit van zorg*.

Grofweg kan een driedeling aangebracht worden in kwaliteitsonderzoek: onderzoek dat kijkt naar de aanwezigheid van kwaliteitssystemen, zoals aanwezigheid van protocollen

of een cliëntenraad in een instelling, onderzoek dat focust op het voorkomen van positieve en negatieve uitkomsten/indicatoren zoals decubitus en onderzoek dat gericht is op de mening van mensen over de hun verleende zorg.

Wat het eerste betreft is in Nederland uitgebreid onderzoek gedaan naar de structuurkenmerken van kwaliteitszorg in de Nederlandse care-sector (Place et al., 1998; De Veer et al., 2000; Sluijs et al., 2000a, 2000b; Wagner et al., 2001a) en ook in evaluaties van wetgeving komen structuurkenmerken uitgebreid aan de orde (Algemene Rekenkamer, 2000; Van Gelder et al., 2000; De Savornin Lohman et al., 2000; Casparie et al., 2001; Van den Burg et al., 2003).

Wat het tweede betreft, is onderzoek naar uitkomstkenmerken door middel van klinische indicatoren (nationaal en internationaal) sterk in opkomst: hoeveel patiënten hebben decubitus, hoeveel patiënten hebben smetten, hoeveel patiënten vallen (bijvoorbeeld Klein Ikkink et al., 2000; Huppel et al., 2001; Wagner et al., 2001b; Jensdottir et al., 2003; Mor et al., 2003; Zimmerman, 2003; Bours, 2003). Uiteraard zijn dergelijke uitkomsten relevant voor cliënten (het is heel vervelend om decubitus te hebben of om te vallen) en het is verdedigbaar dat dergelijk uitkomstenonderzoek ook onder onderzoek valt naar de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief omdat het gaat om voor de patiënt relevante aspecten, die vermijdbaar zijn door kwalitatief goede zorg en waarop duidelijke verbetertrajecten gestart kunnen worden. De Kwaliteitswet operationaliseert kwaliteit in termen van effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid. De door het Ministerie van VWS vastgestelde prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg vanuit het consumentenperspectief sluiten daarbij aan (Delnoij et al., 2002). De net genoemde voorbeelden van uitkomstindicatoren in de care (decubitus, smetten, vallen, ...) zijn 'adverse outcomes', negatieve indicatoren van kwaliteit. Ook klachten van patiënten kunnen worden gezien als negatieve indicatoren van kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief; en op dit terrein worden ook al de nodige inspanningen geleverd om deze te registreren (bijvoorbeeld Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, 1996, 1997; 1999, 2000, 2001; Triemstra et al., 2000).

Echter gezien de definitie en de invulling van het begrip kwaliteit vanuit cliëntenperspectief die door het Ministerie van VWS verwoord zijn in hun care brede visie op kwaliteit<sup>3</sup>, zal deze quick scan zich concentreren op het derde type onderzoek, wat gericht is op de mening en het oordeel van cliënten over de hun verleende zorg.

Van Driel et al. (1998) onderscheiden drie delen in een kwaliteitscyclus: normeren, toetsen, verbeteren, waarna weer getoetst kan worden. Om kwaliteit van zorg te verbeteren moet eerst die kwaliteit van zorg in kaart gebracht zijn. Om dit te kunnen doen, dien je echter over meetinstrumenten te beschikken en om deze te kunnen ontwikkelen, moet je beschikken over normen en criteria. In deze quick scan zal summier aandacht worden gegeven aan beschikbare normen, criteria en instrumenten, maar zal de focus vooral liggen op de onderzoeken waarin de kwaliteit van zorg daadwerkelijk is gemeten.

---

<sup>3</sup> De genoemde visie op kwaliteit is door het Ministerie van VWS vastgelegd in een bij de offerteaanvraag gevoegde notitie. Ze stelt daarin dat bij de beoordeling van kwaliteit vanuit cliëntperspectief de nadruk komt te liggen op de voorwaarden en nog meer op de kwaliteit van het zorgproces. Kwaliteit van zorg is iets wat ontstaat in de zorgrelatie tussen cliënt en aanbieder.

### **Care sector**

Het onderzoek beperkt zich ook tot de *care sector*, zoals in de geest van de AWBZ gedefinieerd: "Een verzekerde kan beroep doen op de AWBZ wanneer hij door een beperking, een gebrek of een aandoening een van de zeven omschreven functies nodig heeft. De oorzaak van de zorgbehoefte kan gelegen zijn in zowel een somatische of psychogeriatrische ziekte, ernstige psychosociale problemen, een lichamelijke, een verstandelijke of zintuiglijke functiebeperking als een psychische stoornis." De zeven in de AWBZ omschreven functies zijn: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Wanneer we in dit onderzoek spreken van de care sector bedoelen we dus de zorg die mensen ontvangen gedurende langere tijd met betrekking tot het dagelijks functioneren en die veelal geleverd wordt door verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante beroepen als agogisch werkende, alphahulpen, gezinsverzorgende et cetera.

De care sector hebben wij gedefinieerd als zijnde verpleeghuis, verzorgingshuis, verblijfsinstellingen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, verblijfspsychiatrie, instellingen voor beschermd wonen en thuiszorg. Hierbij moet worden opgemerkt dat er steeds minder duidelijke scheidslijnen bestaan tussen de verschillende voorzieningen of type instellingen.

Wat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) betreft hebben we ons beperkt tot de zorg gegeven aan mensen met chronisch psychiatrische aandoeningen en niet op de mensen met een acute psychiatrische opname of RIAGG-behandelingen.

Er is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen instellingen met een AWBZ-erkenning en particuliere zorgverleners die een patiënt bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget kan inkopen.

De afbakening van de care sector ten opzichte van de cure enerzijds en ten opzichte van maatschappelijke dienstverlening anderzijds is echter niet altijd even scherp te maken.

## **3.2 Materiaal<sup>4</sup>**

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van bestaand materiaal en worden geen nieuwe gegevens verzameld of secundaire analyses uitgevoerd. Daarbij wordt vanzelfsprekend alleen gewerkt met studies en registraties die openbaar gepubliceerd c.q. openbaar toegankelijk zijn, voor zover uitgevoerd in Nederland en binnen de care sectoren. Qua tijd zijn alleen documenten geïnccludeerd met een publicatiedatum 1996 of recenter. De

---

<sup>4</sup> Hoewel theoretisch gezien alle instellingen verslag moeten doen van hun kwaliteitsbeleid in een jaarverslag en we voor dit onderzoek in principe zouden moeten kunnen volstaan met analyse van deze jaarverslagen, blijken lang niet alle instellingen dit te doen: zo ontving de Inspectie voor de Volksgezondheid in 2001, 609 verslagen uit de circa 1350 verzorgingshuizen in Nederland en 257 verslagen uit de circa 330 verpleeghuizen; bovendien constateert de Inspectie (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003b) dat deze jaarverslagen onvoldoende inzicht bieden in welke mate de aanbieder verantwoorde zorg levert en dat de betrokkenheid van de patiënten of cliënten bij het kwaliteitsbeleid onvoldoende wordt belicht. Uit ander onderzoek (Van Luit, 2000) en uit de evaluatie van de Kwaliteitswet (Casparie et al., 2001, 2002) bleek dat bijna alle instellingen wel een kwaliteitsjaarverslag uitbrengen met daarin een opsomming van de uitgevoerde activiteiten op dit terrein, maar bleek ook dat zelden de resultaten van die activiteiten worden beschreven.

afbakening in de tijd is enerzijds om pragmatische redenen (beperkte tijd voor onderzoek), anderzijds menen we dat het Ministerie van VWS vooral behoefte heeft aan een actueel overzicht. De limiet tot 1996 is gerechtvaardigd aangezien in dat jaar de Kwaliteitswet is ingevoerd en menen we dat de periode 1996-2003 voldoende lang is om bewegingen in de tijd te kunnen waarnemen.

### 3.3 Zoekstrategie<sup>5</sup>

Het nodige materiaal is verzameld via de volgende wegen:

- via literatuursearches;
- via internetsearches naar relevante patiënten-/consumentenorganisaties en veldorganisaties;
- via de contactpersonen van het NIVEL bij de koepelorganisaties van de verschillende sectoren in de care.

Voor de literatuursearches is in grote lijn gebruik gemaakt van (variaties voor de specifieke databases op) de volgende zoekstrategie:

```
(( ( (Kwaliteit* AND (zorg* OR care OR bestaan OR leven) ) OR toegankelijk* OR gelijkwaardig* OR zelfbeschikking OR keuzevrijheid OR privacy OR cli!ntgerichtheid OR samenhang OR veiligheid OR geborgenheid OR bejegening OR informatievoorziening OR vakbekwaamheid) AND (pati!nt* OR klant* OR cli!nt* OR kli!nt OR consument*) ) AND zorg) AND JVU >1996
```

Er is gezocht in de volgende 13 catalogi/bestanden: NIVEL, NIVEL-V&V, NIVEL-Kwaliteit van zorg, PICARTA, Prismant, NIGZ, NIZW, LEVV, NPI, Trimbos, CBO, CG-Raad/NPCF, en Zorgmediatheek.

Alle searches zijn gebeurd in de tweede helft van juli 2003.

Naast deze zoekstrategie zijn ook documenten verkregen via de sneeuwbalmethode en op aangeven van deskundigen op het terrein.

De referenties die met deze zoekstrategie werden verkregen, zijn vervolgens op basis van de titel plus eventuele samenvatting gecheckt op relevantie voor dit onderzoek.

De overgebleven referenties zijn dan via het interbibliothecair leenverkeer of rechtstreeks bij de uitgevende instelling aangevraagd voor inhoudsanalyse.

---

<sup>5</sup> Ondanks onze brede zoekstrategie realiseren we ons dat we mogelijk een deel van de kwaliteit van zorg onderzoeken gemist hebben door de focus in de zoekstrategie te leggen op kwaliteit van zorg en niet op aanverwante begrippen. Een moeilijkheid bij deze review zijn de verschillende interpretaties van kwaliteit van zorg en de overlap tussen kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, kwaliteit van bestaan en tevredenheid over zorg. Bijvoorbeeld, in het onderzoek van Van Campen et al. (1997a) zegt men het te hebben over kwaliteit van leven, maar men meet wel ervaren autonomie en ervaren veiligheid, twee aspecten die door het Ministerie van VWS als kwaliteit van zorg benoemd worden. Kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg zijn alle containerbegrippen, elk met vele definities en operationalisaties; begrippen bovendien die in de care-sector, waar wonen en zorg vaak hand in hand gaan, een verregaande mate van overlap vertonen.

Alle documenten die voor 15 augustus 2003 beschikbaar waren op het NIVEL zijn vervolgens geanalyseerd.

### 3.4 Analyse

Alle verkregen referenties zijn in eerste instantie voorzien van enkele labels:

- relevant: ja/nee;
- sector: thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis, lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten, GGZ, anders;
- aard van het materiaal:
  - > beschouwend, gaat over kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief,
  - > brancherapport cq. review/overzichtstudie,
  - > bevat normen en wensen vanuit cliëntenperspectief,
  - > bevat instrument, dan wel instrumenttest van kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief,
  - > bevat resultaten van empirisch onderzoek naar kwaliteit van zorg:
    - ┆ puur beschrijvend
    - ┆ onderdeel correlatieve studie
    - ┆ benchmark
    - ┆ onderdeel van interventiestudie.

De referenties die voorzien werden van een label 'resultaten van empirisch onderzoek', zijn vervolgens aan een meer gedetailleerde analyse onderworpen, naar onder meer onderzochte populatie, eenmalige of cyclische meting, toegepaste instrumenten en verkregen resultaten.



## 4 Resultaten met betrekking tot de informatievoorziening

De toegepaste zoekstrategie heeft geresulteerd in ruim 400 referenties. Een deel daarvan was niet relevant vooral omdat ze niet over de care-sector gingen. Een ander deel was beschouwend van aard; weliswaar interessant voor dit onderwerp maar verder niet geanalyseerd omdat deze publicaties geen empirische resultaten bevatten die iets zeggen over het kwaliteitsniveau (bijlage 1 bevat een overzicht van deze referenties).

Het verkregen datamateriaal bestond verder uit overzichtspublicaties, zoals de brancherapporten care en gehandicaptenzorg, publicaties met normen/wensen vanuit cliëntenperspectief, publicaties waarin instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg in de care-sector vanuit cliëntenperspectief worden gepresenteerd of waarin deze instrumenten worden getest en ontwikkeld en tenslotte uit publicaties die resultaten van empirisch onderzoek naar kwaliteit van zorg presenteren.

### 4.1 Brancherapporten

In het brancherapport Care (Ministerie van Volksgezondheid, 2001a) valt te lezen dat er zowel in de thuiszorg als bij verpleeg- en verzorgingshuizen en bij instellingen voor gehandicaptenzorg op grote schaal aandacht is voor kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief, waarbij respectievelijk wordt verwezen naar de benchmark thuiszorg, de metingen van de stichting Cliënt & Kwaliteit en de evaluaties van de stichting Perspectief en het landelijk Steunpunt Cliëntenraden, die later worden besproken.

In het brancherapport GGG-MZ (Rigter et al., 2002) wordt voor de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief gewezen op de ontwikkeling van de GGZ-thermometer, waarin cliënten hun oordeel kwijt kunnen over de kwaliteit van de verleende zorg; verder besteedt dit brancherapport veel aandacht aan uitkomstonderzoeken omtrent toegankelijkheid en effectiviteit van behandelingen.

### 4.2 Normen/wensen

De laatste jaren zijn door diverse lokale, regionale en nationale instanties normen gegenereerd die cliënten aanleggen met betrekking tot de zorg (bijvoorbeeld Stuivenberg, 1996; Verhoef, 1996; De Vries et al., 1997; Van der Bijl, 1997; Stüssgen, 1997a, 1997b; Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen, 1998; Stüssgen et al., 1998; Jansen, 1998; Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 1999a; Van Lindert et al., 2000; De Groot et al., 2000; Appel et al., 2000; Vaalburg, 2000; Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 2000; Van der Veer, 2000; Schouten, 2001; Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2001; Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting et al., 2002; Nispen et al., 2002; Van Diest et al., 2002; Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 2003).

### 4.3 Meetinstrumenten

De afgelopen jaren zijn, vaak op basis van de gegeneerde normen en criteria, ook tal van instrumenten en methodieken ontwikkeld om de kwaliteit van zorg uit cliëntenperspectief te meten (bijvoorbeeld Protestants Christelijke Ouderenbond, 1996; Caris-Verhallen et al., 1996, 1998; Schrijnemaekers et al., 1996; Taes et al., 1996; Van Dijk, 1996; Saers et al., 1996a, 1996b; Kunneman, 1997; Leentvaar-Braakman, 1997; Nijssen et al., 1997; Van Campen et al., 1997a; Hellings, 1998; Sixma et al., 1998; Eerkens et al., 1998; Casparie et al., 1998; Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 1998; Stuurgroep Landelijke Implementatie Kwaliteitssysteem Thuiszorg, 1998; Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 1999b; Schneider et al., 2000; Steketee et al., 2000; Spinhoven, 2000; Lankhaar, 2000, 2001; Schouten et al., 2000a, 2000b; Nijssen et al., 2000a, 2000b, 2000d, 2001; Walburg et al., 2001; KITZ, 2001; CBO, 2002; Arcares, 2002a, 2002b; Van der Veer et al., 2003; Anonymous, 2003; Kertzman et al., 2003; Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, 2003).

Opvallend is dat de instrumenten georganiseerd zijn rondom thema's (bijvoorbeeld schakels in het zorgproces, zoals de opname, of zorgproducten, zoals de maaltijdvoorziening) en niet rondom de aspecten zoals door het Ministerie van VWS geschetst; dit wil niet zeggen dat die aspecten niet zijn onderzocht, maar dat het lastig wordt om een uitspraak te doen over bijvoorbeeld bejegening, omdat bejegening zowel wordt bevraagd bij het thema wonen als bij het thema zorg als bij het thema opname.

Eigenlijk zou dus een soort kruistabel nodig zijn tussen 'VWS-aspecten' en de thema's of onderwerpen van de vragenlijsten. Een dergelijke exercitie is reeds op een ander vlak ondernomen door Groenewoud et al. (2003a, 2003b [bijlage B, p.16]) waarbij de thema's van Cliënt & Kwaliteit zijn afgezet tegen aspecten die door de NPCF zijn geopperd. Omwille van de leesbaarheid, wordt pas in hoofdstuk 5 meer specifieke informatie gegeven over de onderzochte aspecten in de diverse studies.

Overzichten en besprekingen van dergelijke kwaliteitsinstrumenten zijn te vinden bij onder meer De Ree et al., 1996; Straten et al., 1997; Van Driel et al., 1998; Nijssen et al., 1999; Place et al., 2000; Hoïng, 2000; Timmerman, 2000; Wiercx, 2001; Douma et al., 2001; Kersten et al., 2001; Weijdemá, 2002; Groenewoud et al., 2003a, 2003b.

Uit het overzicht van Weijdemá (2002) valt bovendien te constateren dat de instrumenten die geschikt zijn voor de onderdelen van de care-sector reeds in meer dan 800 instellingen in Nederland zijn toegepast. Ook blijkt uit deze publicatie dat de meetinstrumenten een scala aan meettechnieken gebruiken, zoals diepte-interviews, groepsgesprekken, foto-opdrachten, schriftelijke enquêtes, observaties en andere.

De speurtocht leerde bovendien dat er niet alleen instrumenten beschikbaar zijn, maar ook, dat er naast de grote onderzoeksinstituten als het NIVEL of het Trimbos-instituut, diverse organisaties zijn in Nederland die zich specifiek met kwaliteitsmetingen bezig houden, zoals onder andere de stichting Cliënt & Kwaliteit, de stichting Perspectief, de stichting Kwadraad, en het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden. In bijlage 2 staat een overzicht van websites van organisaties die op een of andere manier van belang kunnen zijn voor het onderwerp kwaliteit van zorg in de care-sector vanuit cliëntenperspectief.

#### 4.4 Empirische resultaten

In de groep van publicaties met empirische onderzoeksresultaten kan een nader onderscheid gemaakt worden in onderzoeken waarin kwaliteit van zorg als hoofdvraag en onderzoeken waarin verbanden c.q. effecten tussen variabelen en kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief werden gemeten. Voorbeelden van de laatste categorie zijn onder andere Jansen, 1996; Caris-Verhallen et al., 1996, 1998; Scholte op Reimer et al., 1997; Woldringh et al., 1998; Berkhout et al., 1998; Van der Hijden, 1998; Ariens et al., 1999; Van Busschbach et al., 1999; Huijsman et al., 1999; Temmink, 2000; Klein Ikkink et al., 2000; Berkhout, 2000; Temmink et al., 2000; Verdegaal, 2000; Bosman, 2000; Holtkamp et al., 2001; Van Wijngaarden et al., 2001; Ruigrok, 2002; Steuten et al., 2003; Finnema et al., 2003.

Hiernaast bestaan er tal van onderzoeken waarin de kwaliteit van zorg descriptief beschreven wordt, hetzij in een enkele instelling of een specifieke patiëntengroep, dan wel in meerdere tot zeer vele instellingen, soms zelfs in het kader van benchmarkonderzoeken, waarin de kwaliteit gekoppeld aan doelmatigheid wordt besproken.

Voorbeelden van onderwerpen van kleine studies zijn: patiënten met cystic fibrosis (Caris-Verhallen et al., 1996) of terminale patiënten (De Groot et al., 2000) of ouderen (Sixma et al., 2000) of mensen met een beroerte (Scholte op Reimer et al., 1997) of diabetici (Schouten et al., 2000c, 2000d; Steuten et al., 2003), reumapatiënten (Van Campen et al., 1998; Temmink et al., 2000), COPD (Van Campen et al., 1997b) en andere. Anderen zijn gericht op een aspect van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld continuïteit van zorg (Casparie et al., 1998; Schneider et al., 2000; Temmink et al., 2000) of ervaren autonomie en veiligheid (Taes et al., 1996; Koopmans et al., 1998) of privacy (Denis, 1999; De Boer et al., 2002).

Voorbeelden van grote studies zijn: met betrekking tot verpleeghuisbewoners (Meerlo et al., 2001a, 2001b; Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2002a, 2002b), met betrekking tot verstandelijk gehandicapten (Van der Zwan, 2002; Kersten et al., 2002a) en met betrekking tot thuiszorgcliënten (PriceWaterhouseCoopers et al., 1999a, 1999b; Poerstamper et al., 2002).

Er zijn inmiddels twee benchmarkstudies gehouden in de thuiszorg, de benchmark verpleeghuis/verzorgingshuis is de testfase voorbij, en benchmarkstudies omtrent de gehandicaptenzorg, de GGZ en de regionale indicatieorganen zijns in voorbereiding; tevens bestaan er benchmarks omtrent het functioneren van de Wet Voorzieningen Gehandicapten en omtrent de zorgkantoren.



## 5 Inhoudelijke resultaten over de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief

Ondanks dat de grenzen tussen type instellingen en tussen extra- en intramuraal steeds meer vervagen en deze in het kader van de nieuwe AWBZ er eigenlijk niet meer toe doen, is omwille van de overzichtelijkheid er toch voor gekozen om de resultaten te presenteren per onderdeel van de care-sector: thuiszorg, verpleeg-/verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en GGZ.

Gezien het grote aantal publicaties op het terrein van kwaliteit van zorg in de care vanuit cliëntenperspectief, zullen niet alle resultaten in extenso worden besproken. Bij iedere sector worden de publicaties grosso modo in volgorde van aantal deelnemende instellingen gepresenteerd, te beginnen bij benchmarkstudies en eindigend met kleine lokale onderzoeken.

### 5.1 Thuiszorg

In de thuiszorg hebben we de beschikking over twee benchmarkstudies. In de eerste benchmark (PriceWaterhouseCoopers et al., 1999a, 1999b) namen 118 van de 132 thuiszorginstellingen deel, waarvan 100 ook aan het onderdeel cliëntenraadpleging en waarbij ruim 17.000 cliënten betrokken waren. Aan de tweede benchmark (Poerstamper et al., 2002) namen 112 van de 118 thuiszorginstellingen deel, waarvan 106 ook aan de cliëntenraadpleging en met ruim 24.000 geretourneerde vragenlijsten van cliënten. De resultaten van beide studies kunnen dan ook als landelijk representatief worden beschouwd voor de thuiszorgsector.

In de eerste benchmark studie is gebruik gemaakt van de vragenlijst van de stichting Kien en in de tweede van een door het NIVEL aangepaste versie daarvan, die inmiddels eigendom is van de stichting Cliënt & Kwaliteit, als opvolger van de stichting Kien. De vragenlijsten zijn in samenwerking met cliënten ontwikkeld.

De KIEN-vragenlijst is ingedeeld naar volgende onderwerpen: achtergrondgegevens, intake en indicatiestelling, verleende thuiszorg, overleg en respect, kennis en vaardigheden, hulpmiddelen, informatie, bereikbaarheid. De vragen hebben betrekking op het ervaringsoordeel van de cliënten en op het belang dat zij aan de verschillende onderdelen van de thuiszorg hechten.

De ervaringsvragen hadden betrekking op vier dimensies van kwaliteit: kwaliteit in enge zin (met als subdimensies deskundigheid, bejegening en informatievoorziening), snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit.

De ingrijpend aangepaste vragenlijst in de tweede benchmark is anders ingedeeld, namelijk naar de volgende onderwerpen: aanmelding en wachttijd, thuiszorg op maat,

overleg, bejegening en deskundigheid, afspraken over de zorg, hulpmiddelen, informatie vanuit de thuiszorginstelling naar de cliënten, bereikbaarheid van de thuiszorginstelling, algemene rapportcijfers. Voor de analyse van de gegevens is gebruik gemaakt van onderstaande dimensies (zie onderstaande tabel).

Tabel 5.1 Analysemodel kwaliteit van zorg tweede benchmark thuiszorg

Organisatie van zorg	Continuïteit	Planning Samenwerking
	Toegankelijkheid	Bereikbaarheid Beschikbaarheid
	Communicatie	Informatievoorziening Overleg mantelzorg
Inhoud van zorg	Bejegening Deskundigheid Autonomie	
Hulpmiddelen		

In hoeverre de aspecten zoals die door het Ministerie van VWS zijn genoemd ook worden gemeten met deze vragenlijst vergt een analyse op item niveau, die in het kader van deze quick scan niet mogelijk is. Een oppervlakkige scan leert wel dat veel items uit de vragenlijst terug te brengen zouden kunnen zijn naar een van die aspecten en dat wellicht alle 11 aspecten in meerdere of mindere mate gemeten zijn.

Bevindingen in de benchmark thuiszorg:

> 1999:

- algemene cliëntenoordeel over de kwaliteit van zorg is vrij positief met een gemiddelde score van 8,1 en variatie per instelling tussen 7,3 en 8,8;
- de hoogste scores worden gegeven aan de dimensie snelheid, de laagste aan de dimensie kwaliteit in enge zin (=deskundigheid, bejegening en informatievoorziening);
- van de kwaliteit-subdimensies scoort bejegening het hoogst en informatievoorziening het laagst.

> 2002:

- algemeen cliëntenoordeel is positief met een gemiddelde score van 7,6 met een variatie per instelling tussen 6,8 en 8,9;
- aan de inhoud van zorg geven cliënten een gemiddelde score van 8,2, aan de organisatie van zorg een 7,0 en over de hulpmiddelen een 8,0;
- omtrent de subdimensies van inhoud van zorg geven de cliënten aan bejegening een 9,1, deskundigheid 8,6, hulpmiddelen 8,0, continuïteit 7,9, autonomie 7,1, toegankelijkheid 6,8 en communicatie 6,7.

Deze data zijn landelijke geaggregeerde data; gegevens op instellingsniveau worden wel teruggekoppeld naar de betreffende instellingen maar zijn echter niet openbaar. In twee rapporten (Brandenhorst et al., 2000; Van der Veer et al., 2003) omtrent de psychometrische kenmerken en verbeteringen van de gebruikte vragenlijsten staan een aantal bevindingen op itemniveau.

De cliënten zijn het meest positief over kleine en middelgrote instellingen.

### ***Overige studies thuiszorg***

In het kader van het patiëntenpanel chronisch zieken, een landelijk representatief panel, werd aan cliënten (N circa 170) met een chronische aandoening hun mening gevraagd op het aspect continuïteit van zorg verleend door de thuiszorg (medewerker/instelling) (Van Lindert et al., 2001). Voor wat betreft de thuiszorginstellingen zijn relatief hoge percentages gevonden van mensen die een negatieve ervaring hebben: twee op de vijf mensen geeft aan dat de instelling niet altijd het aantal uren hulp geeft die de patiënt nodig vindt. Ook de afstemming tussen de hulp verleend door de thuiszorgmedewerkers en andere zorgverleners wordt niet altijd positief beoordeeld.

Bremers en Smilde (1996) deden onderzoek naar de waardering en behoefte van langdurige gebruikers van thuiszorg bij 420 personen die hulp ontvingen van Thuiszorg Gooi en Vechtstreek. Er is een eigen vragenlijst ontwikkeld. Bijna tweederde is goed tot zeer goed te spreken over de thuisverzorging en circa 5% vindt de thuiszorg onvoldoende; de meeste respondenten vinden de thuiszorg flexibel en van voldoende aanbod. Wensen tot verandering betreffen met name behoefte aan een vaste hulp op een vast tijdstip, betere telefonische bereikbaarheid in avonden en weekenden en meer duidelijke informatie.

In de regio Delft is in 1996 onderzoek gehouden naar de kwaliteit van de thuiszorg zoals ervaren door de gebruikers, met 129 respondenten (Melse, 1996). Hierbij is een eigen vragenlijst ontwikkeld, waarbij gesteund werd op normen en wensen vanuit cliëntenperspectief; de onderwerpen betroffen onder meer aantal verschillende hulpverleners, bereikbaarheid, beschikbaarheid, informatie, duidelijkheid van afspraken, afstemming tussen hulpverleners, continuïteit, bejegening, uitgaan van cliënt, keuzevrijheid en andere. Voornaamste bevindingen waren: de cliënt wordt voldoende geïnformeerd over rechten en plichten en over de organisatie en werkwijze, het grootste deel van de hulpverleners staat voldoende open voor de inbreng en wensen van de cliënt, de bejegening wordt als voldoende gekenschetst, een kwart van de ondervraagden vindt het aantal verschillende hulpverleners te hoog, er bestaat veel onduidelijkheid over wie men moet aanspreken, de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de gebouwen wordt door 20% onvoldoende gevonden, er bestaat een grote behoefte aan betere communicatie en meer overleg met de cliënt, hulpverleners houden zich niet altijd aan afgesproken tijd en werkzaamheden; de evaluatie en bijstelling van zorg en het overleg daarover wordt als onvoldoende gekenschetst. Dit onderzoek diende als startpunt voor een verbetertraject; wellicht is de situatie anno 2003 dan ook anders.

Woldringh en Ramakers (1998) onderzochten de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief bij een groep van budgethouders (N=301), die dus zelf zorgproducten als

verpleegkundige zorg, huishoudelijke hulp et cetera inkochten. Tevens maakten de onderzoekers een vergelijking met de ervaren kwaliteit van zorg bij een groep 'natura'-cliënten. Als aspecten van kwaliteit van zorg werden onderscheiden: uitvoering van zorg, zorgafstemming, bejegening cliënt, continuïteit van zorg, doelmatigheid en efficiency, oordeel over zorgverlening en keuzevrijheid.

Bij de afnemers/inkopers van gezinszorg/huishoudelijke hulp is tweederde tot driekwart tevreden over de omvang van de verkregen hulp. Ook is de overgrote meerderheid van oordeel dat ze goed worden verzorgd, maar circa eenderde is ontevreden over de afstemming van zorg op hun behoefte; bijna alle budgethouders geven een gunstig oordeel over de stiptheid van de hulpverlener en het tijdstip waarop deze komt. Ruim 90% is tevreden over de bejegening.

Bij de afnemers/inkopers verpleegkundige zorg & ziekenverzorging heeft ruim 80% een positief oordeel over de omvang van de hulp. Ook het oordeel over de inhoud van de zorg en het tijdstip is positief, alsook over de bejegening.

Beide groepen (gezinszorg en verpleegkundige zorg) zijn tevreden over de genoten keuzevrijheid.

Tot slot wijzen we nog op drie interventiestudies. Steuten et al. (2003) lieten zien (door middel van focusgroep interviews) dat de patiënten de kwaliteit van zorg geleverd door een diabetesverpleegkundige positief ervaren. Met name de aspecten tijd, informatievoorziening, aandacht voor welbevinden, specifieke klachten, medicatie, zelfcontrole, betrokkenheid van zorgverleners, kennis en bereikbaarheid van de diabetesverpleegkundige worden gewaardeerd. Aspecten die aandacht verdienen, zijn inzage in dossier en doorverwijzing naar andere zorgverleners.

Het effect van transmurale klinieken op de kwaliteit van zorg werd onderzocht door Temmink (Temmink, 2000; Temmink et al., 2000): patiënten ervoeren de kwaliteit als positief.

Jansen (1996) kon weinig effect in de ervaren kwaliteit van zorg vinden door het invoeren van gedifferentieerd verpleegkundig werken in de thuiszorg.

### ***Conclusie thuiszorg***

In de thuiszorg vinden cyclisch grootschalige metingen plaats in de vorm van benchmarkstudies. Uit deze onderzoeken komt het volgende beeld naar voren. Cliënten hebben een positief oordeel over de bejegening door en vakbekwaamheid van het personeel. Deze bevinding wordt ondersteund door de resultaten van de diverse kleinschaligere studies. Minder tevreden zijn cliënten over de organisatie van de zorg. Uit de benchmarkstudies blijkt dat de aspecten toegankelijkheid en informatievoorziening relatief laag scoren. Ook deze uitkomsten worden ondersteund door wat in andere studies is gevonden. De zorg wordt niet altijd afgestemd op de behoefte van de cliënt; in een onderzoek uit 1996 (Bremers et al., 1996) bleek dat 5% van de cliënten de thuiszorg onvoldoende vond en in een peiling van het patiëntenpanel chronisch zieken (Van Lindert et al., 2001) gaf 40% van de ondervraagden aan niet het aantal uren hulp te krijgen die men nodig acht. Daarnaast blijkt uit verschillende onderzoeken dat communicatie, duidelijke informatie, telefonische bereikbaarheid, het hebben van vaste aanspreekpunten en dergelijke, zaken zijn die voor verbetering vatbaar zijn.

## 5.2 Verpleeg- en verzorgingshuizen

In de sector verpleeg- en verzorgingshuizen zijn nog geen benchmarks operationeel; wel worden al testen en pilots uitgevoerd (Arcares, 2002c; Beekman, 2002; Neuteboom, 2003). In die benchmarks wordt met betrekking tot de kwaliteit van zorg gebruik gemaakt van een instrument van de stichting Cliënt & Kwaliteit (zie verder), die zelf al uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar de kwaliteit van zorg in deze sector. Bij de tweede test van het instrumentarium (Arcares, 2002c) is de kwaliteit van zorg gemeten bij 119 instellingen (88 verzorgingshuizen en 31 verpleeghuizen) en waarbij bijna 5.000 cliënten (of contactpersonen) vragenlijsten hebben ingevuld. In het rapport over deze testen wordt per onderdeel van de vragenlijst een gemiddelde score weergegeven voor de deelnemende verpleeghuizen samen en één voor de deelnemende verzorgingshuizen samen op een schaal van nul (slechte kwaliteit) tot vier (goede kwaliteit); ongeveer alle scores liggen tussen 2,5 en 3.

De stichting Cliënt & Kwaliteit heeft inmiddels twee landelijke rapportages achter de rug over respectievelijk de onderzoeken die zijn uitgevoerd in 2000 en in 2001 (Meerlo et al., 2001a, 2001b; Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2002a, 2002b).

Voor deze onderzoeken is een vragenlijst ontwikkeld op basis van de normen en wensen vanuit cliëntenperspectief en onder meer gebaseerd op eerdere instrumenten als de Meet- en bespreekprocedure (Van Geen, 1997; Bosman, 1998) en op het kwaliteitsspel (Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 1999a). De onderdelen van de vragenlijsten staan in tabel 5.2.

Net als bij de thuiszorg is het ook hier moeilijk na te gaan in hoeverre de aspecten van het Ministerie van VWS zijn onderzocht, maar afgaande op de itemlijst zoals die is opgenomen bij Groenewoud et al. (2003b) bestrijkt de vragenlijst wel alle aspecten.

De procedure die Cliënt & Kwaliteit hanteert, bestaat enerzijds uit een algemene vragenlijst aan het management en de cliëntenraad van een instelling, interviews bij een representatieve groep bewoners en groepsgesprekken met een vertegenwoordiging van bewoners.

Naast een vragenlijst met de algemene thema's kent Cliënt & Kwaliteit ook aparte modules voor psychogeriatrische zorg, transmurale zorg en terminale zorg.

Cliënt & Kwaliteit verspreidt instellingsspecifieke (niet openbare) rapportages aan de instellingen zelf en een openbare algemene landelijke rapportage met geaggregeerde gegevens.

In de periode april 2000-april 2001 heeft het onderzoek plaats gevonden bij 48 instellingen en in de periode april 2001-april 2002 bij nog eens 180 instellingen. In de eerste periode waren ruim 1900 en in de tweede periode bijna 7.000 cliënten betrokken.

Op een totaal van circa 1.700 verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland is het aantal van 228<sup>6</sup> onderzochte instellingen nog niet voldoende om al te spreken van een representatief beeld, temeer omdat de deelnemers op vrijwillige basis meedoen.

Tabel 5.2 Thema's en aspecten in de vragenlijst Cliënt & Kwaliteit (ontleend aan Meerlo et al., 2001b)

Thema	Aspecten
Opname	Informatie aan nieuwkomers, gang van zaken rond opname, woonruimte en privacy, aanwezigheid protocollen, contact tussen instelling en contactpersoon
Wonen	Bejegening door medewerkers, leefruimte en privacy, schoonmaak onderhoud, voorzieningen, was verzorging, veiligheid, klachttopvang/behandeling, cliëntenraadpleging, algemene ruimten, ontvangen bezoek, huisdieren, cliëntenraad, informeren achterban cliëntenraad, privacy terminale zorg
Maaltijden	Warme maaltijden, broodmaaltijd, spreiding van en hulp bij maaltijden, wensen cliënten terminale zorg
Activiteiten	Activiteitenaanbod, activiteiten verschillende doelgroepen, informatievoorziening
Zorg	Tijd en aandacht medewerkers, aanwezigheid voldoende personeel, kwaliteit personeel, zorgplan, zorgdossier, organisatie van zorg, geestelijke verzorging, gebruik levensverhaal/boek, aandacht voor wensen terminale cliënt, kwaliteit terminale hulpverlening, grenzen terminale zorg, geestelijke zorg in laatste levensfase, begeleiding familie
Paramedische dienstverlening	Vakbekwaamheid, behandeling bij levenseinde/wilsonbekwaamheid, informatievoorziening in terminale fase, wensen rondom levenseinde, deskundigheid artsen
Familie	Informatie aan familie, mantelzorg, begeleiding familie, privacy, overleg met familie van terminale bewoners, opbaren op eigen kamer, meehelpen bij verzorging overledenen, begeleiding familie na overlijden

#### Bevindingen:

> 2001:

- Vaak worden cliënten bij opname niet voldoende geïnformeerd over de bovengrenzen van zorg en over plaatsingscriteria van de zorginstelling.
- 85% van de cliënten geeft aan niet te hebben kunnen kiezen voor een 1 of 2 persoonskamer.

<sup>6</sup> In de test van de benchmark verpleeg- & verzorgingshuizen (Arcare, 2002c) wordt gemeld dat Cliënt & Kwaliteit de kwaliteit heeft gemeten bij 119 instellingen. Onduidelijk is of deze 119 komen boven op de 228 die in de twee landelijke rapportages zijn vermeld, of dat ze hier reeds onderdeel van zijn.

- 39% heeft behoefte aan meer opvang en begeleiding in de periode na opname.
  - De helft van de cliënten weet niet waar ze in de eerste weken na opname met hun vragen terecht kunnen.
  - De kwaliteit van het wonen is wisselend; sommige zaken zijn goed geregeld en andere niet.
  - Privacy is niet altijd mogelijk; 40% vindt dat er onvoldoende gelegenheid is om alleen te zijn; 55% geeft aan dat de medewerkers niet op toestemming wachten voordat ze binnenkomen.
  - De veiligheid is niet optimaal; iets meer dan de helft geeft aan niet altijd een bel onder handbereik te hebben; 67% weet niet wat ze moeten doen bij brandalarm en 20% meent dat er gestolen wordt in de instelling.
  - Cliënten zijn tevreden over de houding van het personeel; 88% zegt dat de medewerkers vriendelijk zijn.
  - 74% geeft aan voldoende leefruimte te hebben.
  - 42% geeft aan hun kasten niet goed te kunnen bereiken.
  - 40% geeft aan dat de woonruimte te klein is voor rolstoelen en tilliften.
- > 2002:
- Cliënten zijn redelijk tevreden over de kwaliteit van het wonen en van de zorg. Ze zijn met name te spreken over de bejegening door de medewerkers, de verzorging bij ziekte en over de warme maaltijd. De medewerkers zijn vriendelijk en vakbekwaam en zij nemen op- en aanmerkingen serieus vinden cliënten. Toch merken zij dat medewerkers hun taken onder druk moeten verrichten. Cliënten moeten nogal eens lang wachten nadat ze om hulp hebben gebeld en velen geven aan dat de verzorging of schoonmaakwerkzaamheden gehaast gebeuren.
  - De warme maaltijden zien er verzorgd uit, zijn veelal smakelijk en redelijk gevarieerd. Veel instellingen bieden keuzemogelijkheden in het menu; de meeste cliënten kunnen dagelijks uit twee of drie maaltijden kiezen. Bewoners worden, indien nodig, geholpen bij de maaltijd. Vrijwel alle keukens kunnen zonodig aangepaste maaltijden bereiden.
  - De onderwerpen waarover bewoners en contactpersonen minder tevreden zijn, hebben vooral te maken met het feit dat zij nauwelijks invloed uit kunnen oefenen op de zorg die hen verleend wordt. De instellingen schieten hierin tekort. Cliënten moeten zich aanpassen aan het ritme van de instelling, bijvoorbeeld als het gaat om het tijdstip van verzorging of schoonmaak. Zij hebben weinig invloed op de inhoud van de te verlenen zorg.
  - Bijna de helft van de bewoners geeft aan dat het zorgplan niet in overleg is vastgesteld.
  - De helft van de bewoners merkt niet dat de cliëntenraad voor bewoners opkomt.
  - Een op drie cliënten vindt dat de medewerkers de eerste weken meer aandacht zouden kunnen hebben voor nieuwe bewoners; ook het verstrekken van informatie kan beter.
  - De privacy, met name in verpleeghuizen, laat te wensen over.
  - Veiligheid verdient meer aandacht.
  - Contactpersonen van psychogeriatrische patiënten zijn over het algemeen minder positief dan bewoners zelf.

### ***Overige studies verpleeg-/verzorgingshuizen:***

In de provincie Friesland is in 1997 in 55 verzorgingshuizen een kwaliteitsmeting gehouden (Merkus, 1998), waarbij 722 bewoners aan de hand van de Meet- en bespreekprocedure zich over diverse aspecten hebben uitgesproken. De bewoners van Friese verzorgingshuizen zijn over het algemeen tevreden over de zorg en dienstverlening die is ontvangen. De instellingen worden gewaardeerd met een rapportcijfer 7,5 en van de bewoners geeft 88% aan dat het verzorgingshuis hun biedt wat ze nodig hebben. Ruim tweederde van de bewoners is van mening dat ze goed worden verzorgd bij ziekte en 55% vindt dat er snel genoeg hulp is. Tweederde van de bewoners vindt dat er te weinig personeel is en dat de verzorgenden te weinig tijd hebben; 25% vindt dat de verzorgenden te weinig aandacht voor hen hebben; 66% is van mening dat ze door veel verschillende verzorgenden worden geholpen en een derde vindt dat vervelend; 86% van de bewoners zegt niet betutteld te worden, maar ruim de helft is van mening dat er niet of nauwelijks overleg plaats vindt over de hulp en 20% zegt dat ze zich in de dagindeling moet aanpassen aan de verzorgenden. De privacy wordt voldoende gerespecteerd vindt 89% van de bewoners, maar een kwart merkt wel op dat het personeel nogal eens zonder aankondiging binnenkomt. Er zijn kritische kanttekeningen bij de was. Het eten vindt men over het algemeen goed verzorgd. Een op zeven voelt zich (zeer) eenzaam. Ongeveer een vijfde voelt zich opgesloten in het verzorgingshuis en 60% zegt ver van het leven te staan.

Verdegaal (2000) heeft in zeven verpleeg- & verzorgingshuizen, in verschillende fases van invoering van kwaliteitssystemen, de kwaliteit van zorg onderzocht. Hiertoe maakte ze gebruik van zowel participerende observatie, gesprekken met cliënten en documentenanalyse. Hierbij is onder meer aandacht besteed aan de aspecten zoals door de NVBV zijn vastgesteld: zinvolle bezigheden, eigen leven leiden, medische zorg, persoonlijke aandacht, toiletbezoek, veiligheid, wonen, eten en drinken. Onder de algemene pluspunten vallen: aantal en variatie in activiteiten, bezoekersregeling, tijd voor lunch, het opknappen van gezicht en kleding van bewoners na de maaltijd, het reageren op hulpverzoeken, het aankloppen op deuren en evaluatie van zorgdossiers. Onder de algemene knelpunten vallen onder andere: toezicht in de huiskamer, keuzemogelijkheid slaapkamergenoten, tijd tussen ontbijt en lunch en etenstijden.

In het kader van een haalbaarheidstudie van een bewonerspanel verpleeghuizen, onderzochten De Veer en Kerkstra (1998) de privacy in verpleeghuizen. Bij het onderzoek waren 306 bewoners en 392 naasten van bewoners betrokken. Ze ontwikkelden hiervoor een vragenlijst gebaseerd op andere vragenlijsten; zowel bouwkundige aspecten, als regels en gewoonten, en bejegening door zorgverleners en medebewoners komen aan bod in de lijst en telkens werd gevraagd naar een ervarings- en belangcomponent. Het onderzoek concludeert: "In het algemeen voelt men zich thuis in een verpleeghuis. Men typeert het verpleeghuis als een organisatie waar de sfeer in het huis en de bewoners centraal staan. Al met al een vrij positief algemeen beeld dat hier door de bewoners wordt gegeven. Toch blijft er een niet onaanzienlijke groep van ongeveer 20% die er zich niet thuis voelt, die ervaart dat het vooral om efficiëntie en de verzorgende draait.[...] Wat betreft de bouwkundige aspecten kan geconcludeerd worden dat het streven naar meer eenpersoonskamers overeenstemt met de wensen van een meerderheid van de bewoners. Momenteel verblijven nog veel mensen tegen hun zin op een meerpersoonskamer. Toch

wil lang niet iedereen een eenpersoonskamer; vooral psychogeriatrische bewoners willen vaak op een meerpersoonskamer. [...] de omgeving van het huis blijkt een belangrijke rol te spelen in het kunnen creëren van een eigen levenssfeer. [...] Relatief grote kwaliteitswinst met betrekking tot privacy zou bereikt kunnen worden als er de mogelijkheid geboden werd om een eigen kamergenoot te kiezen en er meer mogelijkheden komen om zich terug te kunnen trekken.[...] Meestal kan men wel bepalen wanneer men bezoek ontvangt. Ook kunnen de meesten zelf beslissen wanneer ze deelnemen aan activiteiten, wanneer ze weggaan. De overige activiteiten zijn minder flexibel. Bijna een kwart kan niet zelf bepalen wanneer men gaat slapen en bijna 40% kan niet zelf bepalen wanneer men naar toilet gaat of verschoond wordt. Nog minder inspraak heeft de bewoner in het tijdstip van opstaan, gewassen worden en eten.[...] Een correcte bejegening door zorgverleners wordt van groot belang geacht. Correct houdt onder andere in dat men vriendelijk is, respect toont, afspraken nakomt en snel ingaat op vragen van de bewoner. Er moet een sfeer gecreëerd worden waarin men zich veilig voelt. Men vindt het prettig als het personeel moeite doet om de bewoners te leren kennen. In het algemeen vindt men dat dit in de praktijk zo is."

Privacy was ook het centrale thema in het onderzoek van De Boer et al. (2002). De meningen van 178 bewoners die langdurig verblijven op een somatische afdeling werden gepeild als onderdeel van een groter onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau onder ouderen. Er is gebruik gemaakt van de QUOTE -methodiek. Men concludeert dat privacy het grootste knelpunt in de zorg vormt; meer dan 40% ervaart een gebrek aan privacy terwijl 75% (heel) veel waarde hieraan hecht. Ook de wachttijden na het gebruik van de alarmknop, vrijheid in tijdstip van toiletbezoek en opstaan en het kunnen voeren van een vertrouwelijk gesprek zijn aspecten in de zorg die vanuit het perspectief van bewoners verbeterd dienen te worden.

Uit het onderzoek van Triemstra et al. (2000) naar klachten van chronisch zieken bleek dat klachten over verpleeghuizen vaak betrekking hadden op een gebrek aan privacy.

Begin 2002 werd een meldweek omtrent verpleeghuiszorg gehouden (Helmer-Englebert et al.). hoewel de meldingen hoofdzakelijk van personeel (247) kwamen en slechts beperkt van bewoners en naasten (51) (afkomstig uit het gehele land en verspreid over meer dan 100 instellingen), lijkt het ons voor deze quick scan toch van belang de resultaten te presenteren, omdat het beeld dat uit deze meldingen naar voren komt ernstig is. Het meest schrijnende vindt personeel in de verpleeghuiszorg het ontbreken van tijd om bewoners persoonlijke aandacht te geven. Nooit is er tijd voor een praatje of om iemand te troosten. Altijd moet alles snel. Zelfs voor de stervende mens is er geen tijd. Unaniem constateren de melders dat de basiszorg tekort schiet. Incontinentieluiers zijn nodig omdat er geen tijd is om met mensen naar het toilet te gaan. Bewoners krijgen een kattenwasje of worden droog gewassen omdat er geen tijd is hen te douchen. Ook worden mensen te vroeg of te laat uit bed gehaald omdat personeel het anders niet redt. Soms komen bewoners zelfs helemaal niet uit bed. En soms wordt bewoners wegens tijdgebrek koud eten, gemalen eten of helemaal geen eten voorgezet. Niet alleen de basiszorg, maar ook de medische zorg schiet tekort (doorliggen, wondjes, obstipatie door te veel op bed liggen en onvoldoende verschooning, vocht- en voedseltekort). Daarnaast leidt gebrek aan

toezicht tot problemen met gezondheid en veiligheid (gebroken heup, valincidenten, meer vrijheidsbeperkende maatregelen).

Doordat dit onderzoek gebaseerd is op een meldweek, is het niet mogelijk percentages te noemen of aan te geven hoe representatief de problemen zijn; duidelijk is wel dat dit opgevat moet worden als een ernstig signaal dat de zorg in sommige verpleeghuizen onder het aanvaardbare niveau zakt.

In 1999 hebben 394 cliënten van verpleeg-, verzorgingshuis of thuiszorg uit de regio Zuid-Holland Noord zich uitgesproken over het zorgaanbod daar (Van Dongen et al., 1999). Hierbij is een eigen vragenlijst ontwikkeld gebaseerd op de kwaliteitscriteria van de NPCF. Met betrekking tot de verpleeghuiszorg wordt de accommodatie over het algemeen positief beoordeeld, men vindt dat er voldoende gedaan wordt aan de privacy in de accommodatiesfeer, de interne organisatie wordt positief beoordeeld evenals de informatievoorziening en het personeel; de meest genoemde knelpunten in de verpleeghuiszorg zijn een tekort aan privacy, een tekort aan sociale verzorging en een tekort aan (vast) personeel.

Met betrekking tot de verzorgingshuiszorg wordt de accommodatie positief beoordeeld, maar men is niet eenduidig over de bereikbaarheid van de instelling. Een positief oordeel is er ook over interne organisatie, informatievoorziening en personeel. Knelpunten zijn vooral te weinig sociale verzorging en te weinig (vast) personeel.

Verder is er door Klein Ikkink et al. (2000) in 21 verpleeghuizen onder 334 cliënten de ervaren kwaliteit van zorg onderzocht in relatie tot de mate waarin kwaliteitssystemen in de huizen functioneren. Een grote meerderheid van de bewoners geeft aan door het personeel op een gepaste wijze te worden aangesproken, dat het personeel inspeelt op de gebruiken en behoeften van de bewoners, dat hun vragen serieus worden genomen, dat het personeel belangstelling toont voor persoonlijke zaken van bewoners, dat de activiteiten vaak genoeg en gespreid worden aangeboden, dat er aandacht wordt besteed aan het uiterlijk na de maaltijden, dat de kwaliteit en de keuzemogelijkheden in maaltijden voldoende zijn, dat de bel binnen handbereik is en dat men voldoende autonomie ervaart. Aandachtspunten zijn informatieverstrekking, tijdstip voor opstaan, ononderbroken hulp bij wassen en aankleden, douchemogelijkheid, privacy, veiligheid en het zien van de verpleeghuisarts. Het onderzoek kon een lichte relatie vinden tussen de ervaren kwaliteit van zorg en de mate waarin kwaliteits(deel)systemen functioneerden in de huizen.

De kwaliteit van zorg in de transmurale zorg (met name verzorgingshuiszorg buiten de traditionele muren) werd onderzocht in Rotterdam bij 700 ouderen (Huijsman et al., 1999; Bosman, 2000). Ouderen bleken in hoofdlijn tamelijk tevreden te zijn over het aanbod. Belangrijke kritiepunten zijn onder meer gebrekkige informatievoorziening, onvoldoende of niet genoegzaam bekend gemaakte mogelijkheden tot individuele keuze, gebrekkige nakoming van eerder gedane beloften of gemaakte afspraken rondom de zorgverlening. Tamelijk veel kritiek richtte zich ook op de sociale component van de hulpverlening: 20% stelt dat hulpverleners onvoldoende tijd hebben voor een praatje.

In Haarlem zijn panelgesprekken gevoerd met verpleeghuisbewoners (Royers, 2001). Door het kwalitatieve karakter van de studie komen wensen en ervaringen door elkaar

heen aan bod en is het moeilijk om hier uitspraken over de kwaliteit van zorg op te baseren.

Verpleeghuis Hornerheide heeft aan de hand van het kwaliteitsspel, observaties en interviews bij een onbekend aantal bewoners de tevredenheid vastgesteld (Eerkens et al., 1998). Uit de resultaten komt naar voren dat de cliënten vooral tevreden zijn over de bejegening door de medewerkers, de lichamelijke verzorging en de informatie; de cliënten zijn minder tevreden over nieuwe personeelsleden die zich niet altijd voorstellen, over de wasverzorging, de onbekendheid met het stiltecentrum en de hoeveelheid personeel op de afdeling.

Tot slot zijn er nog enkele interessante interventiestudies. In een vergelijkend onderzoek onder 300 verpleeghuisbewoners, komen Holtkamp et al. (2001) tot de conclusie dat de invoering van het RAI-instrument leidt tot minder onvervulde zorgbehoeftes bij cliënten. Ook het invoeren van bewoner- en belevingsgerichte zorg in verpleeghuizen was onderwerp van onderzoek (Berkhout et al., 1998; Ariens et al., 1999; Finnema et al., 2003). Heel duidelijke effecten op de ervaren kwaliteit van zorg werden niet gevonden.

### ***Conclusie verpleeghuis-/verzorgingshuissector***

In de sector verpleeg- en verzorgingshuizen wordt op grote schaal, bij veel instellingen de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief gemeten. Een landelijke benchmark is in voorbereiding. Grootschalige onderzoeken laten zien dat cliënten positief oordelen over de bejegening door medewerkers en de vakbekwaamheid van het personeel. Tegelijkertijd blijkt uit verschillende onderzoeken dat cliënten negatieve gevolgen ondervinden van personeelstekorten. Cliënten merken dat personeel zijn taken onder druk moet verrichten, dat personeel weinig tijd heeft, dat men lang moet wachten nadat men om hulp heeft gebeld en dat er weinig ruimte is voor de sociale component van de hulpverlening. Een terugkerend probleem blijkt bovendien een gebrek aan privacy en aan, wat men zou kunnen noemen 'alledaagse autonomie': niet zelf kunnen bepalen wanneer men opstaat of naar bed gaat, wanneer men eet, drinkt, naar het toilet gaat, douchet, et cetera. Voor een deel hangt deze problematiek samen met structuurkenmerken, bijvoorbeeld bouwkundige kenmerken van verpleeg- of verzorgingshuizen, voor een deel is een en ander terug te voeren op personeelstekorten.

Tenslotte vormt de informatievoorziening aan nieuwe patiënten een punt van aandacht. Mensen weten in het begin niet waar ze met hun vragen terecht kunnen en hoe zaken geregeld zijn.

## **5.3 Gehandicaptenzorg**

Een benchmark in de gehandicaptensector is op initiatief van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en het Ministerie van VWS in voorbereiding, maar er zijn nog geen data hierover. Wel is al duidelijk dat voor de component van kwaliteit van zorg een eigen nieuwe vragenlijst gebruikt zal worden. In de nieuwsbrief van de stichting Lichamelijk Gehandicaptten (Van der Hoest, 2002) staat dat momenteel veel verschillende meetinstrumenten om kwaliteit te meten in omloop zijn (de Federatie van Ouderen

gebruikt de lijst met aandachtspunten van de stichting Perspectief, de CG-raad doet cliëntenraadplegingen via het LSR-instrument en Onderling Sterk gebruikt de vragenlijst Ask Me).

Landelijke gegevens zijn uit diverse bronnen te halen.

Allereerst liggen er twee rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000a, 2003a).

In het eerste rapport (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000a) constateert de Inspectie op basis van vragenlijsten bij begeleiding en staf, inhoudsanalyse van individuele zorgplannen voor 8% van alle cliënten en bezoeken aan 38 instellingen en 33 kinderdagcentra voor meervoudig gehandicapten, dat op veel plaatsen gewoon goede zorg is aangetroffen, maar ook dat ernstig meervoudig gehandicapten op verschillende punten ernstig tekort komen in zorg- en dienstverlening. Het betreft zowel zaken op het gebied van diagnostiek, behandeling als begeleiding en bejegening, als de omstandigheden waarin zorg wordt verleend. De accommodaties zijn vaak slecht, leiden tot aantasting van de privacy en beïnvloeden de bejegening en het respect op negatieve wijze.

In het tweede rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003a) wordt gerapporteerd over de intramurale zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Ze constateert onder meer dat de toegang tot de zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking nog eenzijdig wordt bepaald door de instellingen zelf en het baart de Inspectie zorgen dat de cliënten en hun vertegenwoordigers zo weinig invloed hebben op de zorg. Uit interviews met ouders blijkt dat zij tal van knelpunten ervaren; het lukt deze ouders bijna niet om gehoord te worden en dit geldt in nog mindere mate voor de meer afhankelijke en zwakkere cliënt en diens vertegenwoordiger. Ook constateert de Inspectie dat de kwaliteitsborging in deze sector nog geen gemeengoed is.

De stichting Perspectief (Kersten et al., 2002a, 2002b) voert sinds enkele jaren bij voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking kwaliteitsevaluaties uit vanuit cliëntenperspectief. De kwaliteitsevaluaties gebeuren op verzoek van de instellingen zelf. Teams van drie personen voeren aan de hand van kwaliteitsstandaarden gesprekken met alle geledingen van de voorziening: cliënten, verwanten, begeleiders en managers. De teamleden zijn verwanten, cliënten en professionals. In 2000 en 2001 zijn respectievelijk 90 en 93 evaluaties uitgevoerd. De instellingen betreffen onder andere voorzieningen voor ambulante wonen, intramurale voorzieningen, sociowoningen, activiteitencentra, kinderdagcentra, gezinsvervangende tehuizen, woonboerderijen en andere.

Bij de evaluaties gaan ze uit van de standaarden 'zeggenschap', 'inclusie', 'respect, privacy en veiligheid' en 'persoonlijke ondersteuning'. Er wordt gebruik gemaakt van een instrument met de elementen 'kwaliteit van bestaan', 'multiperspectieve benadering', 'standaarden voor een goede dienstverlening', 'een set indicatoren waarmee de standaarden worden gemeten' en 'het principe dat de evaluaties worden uitgevoerd door teams'.

De evaluaties vormen een integraal onderdeel van een gehele verbetercyclus.

De dataverzameling is zeer kwalitatief van aard. Er gebeuren instellingsgebonden rapportages, maar voor zover ons bekend, is er geen openbare overkoepelende rapportage waarin inhoudelijke bevindingen van de evaluaties worden gepresenteerd.

Het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden LSR geeft op zijn website aan dat het verschillende methoden heeft ontwikkeld om de kwaliteit te meten, waarbij het cliëntenperspectief centraal staat. Volgens de website zijn inmiddels 45 kwaliteitsbeoordelingen uitgevoerd. De resultaten van die beoordelingen staan in instellingsgebonden niet openbare rapportages; er wordt momenteel echter gewerkt aan een samenvattend openbaar verslag.

Het NZI (Kramer et al., 1998a, 1998b) heeft de ambulante hulpverlening in de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap geëvalueerd, waarbij specifiek aandacht is besteed aan de ervaringen van cliënten. Hiervoor zijn 36 cliënten verspreid over het land ondervraagd. Het NZI concludeert dat de cliënten tevreden zijn over de ambulante hulp en dat deze voorziet in een behoefte. De ambulante hulp betekent een goede aanvulling op wat cliënten zelf doen of waar reeds op andere wijze in is voorzien, de toegankelijkheid van zorg is over het algemeen goed, maar cliënten hebben vaak te maken met veel betrokken instanties en veel verschillende hulpverleners.

Ruigrok (2002) heeft bij 41 verstandelijk gehandicapten die 'ondersteund wonen' interviews uitgevoerd omtrent hun tevredenheid met hun woonsituatie en deze vergeleken met 55 cliënten die in een gezinsvervangend tehuis woonden en verhuisden naar een 'ondersteund wonen'-omgeving. In het onderzoek ging het om volgende aspecten: welzijn, participatie, integratie, keuze, respect en competentie. De 'ondersteund wonen' cliënten zijn in hoge mate tevreden met hun woon- en leefsituatie, met de activiteiten die ze ondernemen en met de keuzemogelijkheden.

Van belang verder voor kwaliteit van zorg in de gehandicaptensector is de benchmark onder Nederlandse gemeenten naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) (Van den Burg et al., 2003). Hier is onder 3.701 cliënten van 16 gemeenten de cliëntentevredenheid onderzocht. Het merendeel van de WVG-cliënten blijkt tevreden tot zeer tevreden met een 7,4 als gemiddeld rapportcijfer voor de dienstverlening in het kader van de WVG. Ook over de voorzieningen is het merendeel van de cliënten tevreden tot zeer tevreden, met name over de woonvoorzieningen, maar in mindere mate over het collectief vervoer.

Een beetje in het verlengde hiervan onderzocht Jedeloo (2003) de ervaren kwaliteit van de indicatiestelling en het verstrekingsproces daarvan onder 503 WVG-gebruikers uit drie gemeenten en bij 1.062 cliënten van de regionale indicatieorganen. De algemene tevredenheid met betrekking tot WVG -verstrekkingen was hoog; met betrekking tot de RIO was 82% van de cliënten tevreden, met name op het punt van informatievoorziening en het bieden van keuzes kon een en ander verbeterd worden.

### ***Conclusie gehandicaptenzorg***

Het trekken van algemene conclusies over de gehandicaptenzorg wordt bemoeilijkt door de sterke heterogeniteit van deze sector, die ambulante en (semi-)institutionele zorg aanbiedt aan cliënten met een lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke of meervoudige handicap. De verschillende aanbieders binnen deze sector kunnen daarom nauwelijks over één kam worden geschoren. In deze sector zijn bovendien nog geen benchmarkdata

beschikbaar. Voor landelijke gegevens moeten we daarom terugvallen op twee rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die de kwaliteit van zorg in instellingen voor meervoudig gehandicapten in kaart bracht. Daaruit komen als zwakke punten naar voren de vaak verouderde accommodaties en de gebrekkige privacy. Bovendien blijkt deze sector nog relatief aanbod gestuurd te werken, met weinig mogelijkheden voor (ouders van) cliënten om invloed uit te oefenen op de zorg

## 5.4 GGZ

In de GGZ-care sector zijn nog geen landelijk representatieve studies van de kwaliteit van zorg beschikbaar, hoewel er recentelijk op grote schaal wordt gemeten met enerzijds de GGZ-thermometer (Anonymous, 2003; Kertzman et al., 2003) en anderzijds het KWAZOP-instrument (Nijssen et al., 2000a, 2000b, 2001). Een benchmark GGZ is in voorbereiding (Hasselaar et al., 2003). Het is dus te verwachten dat hier zeer binnenkort meer over te vertellen valt.

Van der Hijden (1998) heeft onder 446 psychiatrische cliënten van 26 instellingen voor beschermd wonen onderzoek gedaan naar het oordeel van de patiënten. De bewoners oordelen gunstig over de positie van de bewoner, positief tot zeer positief over de relatie met de begeleider en neutraal over de relatie begeleider-groep en bewoner-groep. Negatief zijn de bewoners over de mate waarin de begeleider invulling geeft aan het werken met begeleidingsplannen en alles wat daarbij hoort, evenals over het aanbod van de dagbesteding.

Door Van Wijngaarden et al. (2001) is in zes APZ-en gekeken in hoeverre er sprake is van tekorten in de zorg. Het bleek dat hiervan in alle zes instellingen sprake was; deze uitten zich vooral in de wijze waarop een gemiddelde patiënt zijn dag doorbrengt, namelijk vooral met niets doen en op de afdeling zitten. Ook op gebied van de materiele voorzieningen en diensten is er sprake van tekorten. Toch geven patiënten een ruime zeven als gemiddeld algemeen rapportcijfer over de zorg. Wat betreft de zorgverlening is men vooral ontevreden over het aantal gesprekken met begeleiders, begeleiding naar instanties en therapie, de hoeveelheid en kwaliteit van de dagactiviteiten en de hoeveelheid en kwaliteit van de psychiatrische hulp.

Van Bussbach et al. (1999) onderzochten een populatie van circa 700 chronisch psychiatrische patiënten in de regio Groningen. De patiënten gaven aan matig tevreden te zijn over de hen geboden zorg; vooral over de doeltreffendheid van de behandeling, de toegankelijkheid van de voorzieningen en de informatieverstrekking was men ontevreden. Ook had een overgrote meerderheid van de patiënten een of meer onvervulde zorgbehoeften.

Uit het onderzoek van Schouten (2001) onder 223 chronisch psychiatrische patiënten uit Noord-Holland naar hun woonwensen, bleek dat driekwart tevreden is met de huidige woonlocatie. Cliënten die ontevreden zijn, geven onder andere aan dat zij een gebrek aan privacy en aan ruimte ervaren. Er bestaat een behoefte aan meer individueel wonen.

Henkelman et al. (1997) onderzochten bij 103 GGZ-cliënten van de stichting Beschermd Wonen Utrecht de cliëntentevredenheid met betrekking tot het wonen, het begeleiden, het zorgaanbod en de rechten en plichten. Hiervoor werd een speciale vragenlijst ontworpen, waarbij men aangeeft vanuit cliëntenperspectief gewerkt te hebben. Op ieder aspect wordt gedetailleerd en per locatie van de stichting ingegaan. De algemene conclusie is dat bewoners en cliënten van de SBWU tevreden zijn, het meest over 'het wonen' en de 'rechten en plichten'; minder tevredenheid is er over het 'begeleiden' en het 'zorgaanbod'. Bewoners van beschermende woonvormen zijn gemiddeld meer tevreden dan cliënten die gebruik maken van begeleid zelfstandig wonen.

Een onderzoek uitgevoerd onder 143 cliënten van het cliëntenpanel GGZ Amsterdam (Van Haaster et al., 1997b) omtrent hun woonsituatie concludeert dat de cliënten een woonsituatie willen met meer privacy, meer eigen zeggenschap en meer zelfstandigheid en in een aantal gevallen ook met meer aangepaste zorg en meer veiligheid.

Van Haaster (1997a) heeft ook een indringend rapport geschreven over hoe cliënten van drie klinieken voor intensieve behandeling de zorg en hun verblijf daar ervaren. Echter gezien het zeer specialistisch karakter van deze klinieken, gaan we hier niet verder in op deze studie.

In een ander onderzoek onder het cliëntenpanel GGZ Amsterdam (Borsjes et al., 2001), is de levensbeschouwing van psychiatrische cliënten onder de loep genomen. Hieruit bleek dat de cliënten zorg willen waarin aandacht is voor levensbeschouwelijke zaken en zingevingvraagstukken; volgens de helft van de patiënten komen deze tijdens de behandeling niet aan de orde. Voor zover dat wel gebeurt, is de helft niet tevreden over de wijze waarop en men vindt dat er onvoldoende tijd voor is.

### ***Conclusie GGZ***

Ook voor de GGZ geldt dat het trekken van algemene inhoudelijke conclusies wordt bemoeilijkt door de heterogeniteit van de cliënten en de voorzieningen, en het ontbreken van landelijk representatieve gegevens. Uit de onderzoeken die in deze sector zijn gedaan, komen weinig aanwijzingen voor systematische kwaliteitsproblemen. Een aantal studies laat zien dat cliënten in hun woonsituatie een gebrek aan privacy ervaren. Daarnaast blijkt uit een aantal studies dat de invulling van de zorg, qua omvang en aard, te wensen overlaat.



## 6 Conclusies en discussie

In zijn algemeenheid valt te concluderen dat er de afgelopen jaren enorm veel werk is verzet om de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart te brengen. Normen en wensen van cliënten zijn bekend, een diversiteit aan meetinstrumenten en -benaderingen vanuit cliëntenperspectief is ontwikkeld, er zijn veel metingen in veel instellingen gebeurd, er zijn landelijke organisaties opgezet om kwaliteitsmetingen uit te voeren, en cyclische en landelijk representatieve metingen en benchmarkstudies gebeuren al of zijn in voorbereiding. Er is dus volop aandacht voor de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector.

Deze quick scan heeft veel indicaties gegeven over het niveau van de kwaliteit van zorg, over zaken die goed gaan en zaken die minder goed gaan.

Echter een omvattende uitspraak of antwoord op de hoofdvraag 'Hoe is het gesteld met de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care sector?' is niet mogelijk, omdat de meetprocedures nog te divers en slecht vergelijkbaar zijn, door de heterogeniteit van de sector en omdat er nog slechts op relatief beperkte schaal meetresultaten bekend en/of openbaar zijn.

Naast de hoofdvraag waren er door het Ministerie van VWS een aantal meer gedetailleerde onderzoeksvragen gesteld. Daarbij ging het voor een deel om de vraag welke informatie met betrekking tot de kwaliteit van zorg in de care sectoren beschikbaar is (de informatievoorziening) en voor een ander deel om inhoudelijke vragen rond deze kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief.

De vragen over de informatievoorziening luiden:

- 1 Welke metingen zijn uitgevoerd naar de huidige stand van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief in de care sectoren?
- 2 Welke aspecten zijn daarbij in kaart gebracht?
- 3 Hoe representatief zijn deze metingen om een (eerste) beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care?

De inhoudelijke vragen die beantwoord moesten worden op basis van het beschikbare materiaal, waren:

- 4 Hoe is op dit moment de kwaliteit van de care op de onderscheiden aspecten? (gelijkwaardigheid, zelfbeschikking, keuzevrijheid, fysieke toegankelijkheid, privacy, cliëntgerichtheid, samenhang in de zorg, vakbekwaamheid, geborgenheid, bejegening en informatie).
- 5 Zijn er aspecten te onderscheiden die aandacht verdienen in het kwaliteitsbeleid omdat cliënten hierover in het algemeen minder tevreden zijn?

### **Ad 1 Welke metingen zijn uitgevoerd naar de huidige stand van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief in de care sectoren?**

In het resultaten hoofdstuk is te zien dat er veel metingen zijn uitgevoerd in alle onder-

delen van de care sector. Het betreft zowel instellingsgebonden, regionale en sectorale metingen. In de thuiszorg gebeuren reeds sector-overkoepelende cyclische metingen en in de andere onderdelen van de AWBZ-sector zijn dergelijke metingen in een vergevorderd stadium van voorbereiding.

Er zijn weliswaar heel veel onderzoeken gebeurd; echter weinig zijn openbaar toegankelijk; daarom vormen de besproken publicaties slechts het topje van een ijsberg. De directeur van de stichting Cliënt & Kwaliteit stelt (Burck et al., 2003) in dit verband dat vrijwel alle gegevens uit de instellingsrapporten die Cliënt & Kwaliteit maakt, binnenskamers blijven, waardoor zorggebruikers met lege handen staan als zij een keuze moeten maken voor een zorginstelling.

### **Ad 2 Welke aspecten zijn daarbij in kaart gebracht?**

In de metingen zijn heel veel aspecten in kaart gebracht, zoals bejegening, informatievoorziening, privacy, veiligheid, woonklimaat, vakbekwaamheid, et cetera... In hoeverre ook de aspecten zoals het Ministerie van VWS die verwoord heeft, ook in kaart zijn gebracht valt niet exact aan te geven. Het valt op dat er in 'kwaliteitsland' nog geen eenduidige nomenclatuur en operationalisatie van begrippen bestaat. Meetinstrumenten zijn soms rond thema's geordend, waarbij bij elk thema dan weer diverse aspecten onderzocht worden. Het is echter onze stellige indruk dat alle door het ministerie genoemde aspecten in meerdere of mindere mate, soms heel expliciet, soms verdekt, wel gemeten zijn. Harde uitspraken hierover vergen echter analyse op itemniveau van alle toegepaste meetinstrumenten, die niet mogelijk was binnen het bestek van deze quick scan.

### **Ad 3 Hoe representatief zijn deze metingen om een (eerste) beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care?**

Het onderdeel thuiszorg is het enige waarin landelijk representatieve gegevens beschikbaar zijn. Maar ook in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen zijn van veel instellingen overkoepelende gegevens beschikbaar. En voor alle onderdelen van de care-sector zijn landelijke benchmarkstudies in vergevorderde staat van voorbereiding. Het is dan ook te verwachten dat er binnen afzienbare tijd voor alle aanbodsectoren van de AWBZ-sector landelijk representatieve data beschikbaar komen. De moeilijkheid die zich nog voor doet is het feit dat er (binnen de diverse benchmarks) verschillende benaderingen en operationalisaties gebruikt worden afhankelijk van het onderdeel in de care sector, waardoor geen care-sector overkoepelende uitspraken omtrent de kwaliteit van zorg op korte termijn mogelijk zullen zijn. Ook zijn de benchmarks nog gekoppeld aan de klassieke deelsectoren als thuiszorg en verpleeghuiszorg en gaan ze niet uit van de tegenwoordige functiegerichte benadering van de AWBZ.

### **Ad 4 Hoe is op dit moment de kwaliteit van de care op de onderscheiden aspecten?**

Zoals eerder bij de hoofdvraag al gesteld, is het niet mogelijk om op basis van deze quick scan uitspraken te doen op aspectniveau. Maar dat wil niet zeggen dat er helemaal geen uitspraken mogelijk zijn over de kwaliteit van zorg in de care. De resultaten van de verschillende onderzoek overziend, kunnen we de volgende **voorzichtige** indicaties geven:

- De bejegening door en vakbekwaamheid van het personeel wordt door cliënten

positief beoordeeld, zowel in de thuiszorg, als in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Bijvoorbeeld in de tweede benchmark thuiszorg (Poerstamper et al., 2002) gaven cliënten maar liefst een 9,1 als rapportcijfer voor bejegening en de tweede landelijke rapportage van de metingen in verpleeg- en verzorgingshuizen (Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2002a) meldt dat in het algemeen de cliënten de medewerkers vriendelijk en vakbekwaam vinden.

- Cliënten zijn minder tevreden over verschillende aspecten van de organisatie van de zorg. Die ontevredenheid uit zich in de diverse sectoren echter op verschillende manieren. In de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen is bijvoorbeeld vooral de informatievoorziening voor verbetering vatbaar. Voorbeelden daarvan in de thuiszorg zijn: onduidelijkheid over wie men moet aanspreken, gebrekkige telefonische bereikbaarheid en onduidelijke informatie (Bremers et al., 1996; Melse, 1996). Een voorbeeld in de verpleging en verzorging is te vinden in de metingen van de stichting Cliënt & Kwaliteit (Meerlo et al., 2001a), waaruit bleek dat de helft van de cliënten in de eerste weken na opname niet wist waar ze met hun vragen naartoe konden. In de gehandicaptenzorg wordt een gebrek aan invloed ervaren door (ouders van) cliënten (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003a) en in tweede meting van Cliënt & Kwaliteit (2002a) geeft bijna de helft van de bewoners aan dat het zorgplan niet in overleg is vastgesteld.
- Tekorten in de zorg, qua omvang en aard, worden gemeld in onder meer de GGZ, de verpleeg- en verzorgingshuizen, en de thuiszorg. In een peiling van het patiëntenpanel chronisch zieken (Van Lindert et al., 2001) gaf 40% van de ondervraagden aan niet het aantal uren hulp te krijgen dat men nodig acht. In de intramurale zorg uiteten tekorten in de zorg zich bijvoorbeeld in zaken als onvoldoende tijd voor degelijke wasbeurten of voor hulp bij de maaltijden, een tekort aan sociale verzorging, of lang moeten wachten nadat men gebeld heeft. In de thuiszorg, maar vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn die tekorten aanwijsbaar terug te voeren op personeelsgebrek.
- Tenslotte vormt in alle AWBZ-voorzieningen met een wooncomponent de gebrekkige privacy en beperkte autonomie in de dagelijkse routines een punt van aandacht. Bewoners kunnen vaak moeilijk hun eigen dagritme bepalen. Opstaan, eten, slapen en naar toilet gaan, zijn activiteiten waarin zij zich moeten aanpassen aan het ritme van de instelling (Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2002a). Voor een deel lijkt dit samen te hangen met bouwtechnische omstandigheden, zoals de beschikbaarheid van eenpersoonskamers. Een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000a) over de gehandicaptenzorg maakt bijvoorbeeld melding van slechte accommodaties die leiden tot aantasting van de privacy en die de bejegening en het respect op negatieve wijze beïnvloeden. En ook in de verpleeghuizen vindt 40% van de bewoners dat er onvoldoende gelegenheid is om alleen te zijn (Meerlo et al., 2001) en bleek dat nog veel mensen tegen hun zin op een meerpersoonskamer verblijven en hierin geen keuzemogelijkheid hebben gehad (De Veer et al., 1998).

#### **Ad 5 Zijn er aspecten te onderscheiden die aandacht verdienen in het kwaliteitsbeleid omdat cliënten hierover in het algemeen minder tevreden zijn?**

Uit de beantwoording van de vorige vraag valt af te leiden dat hier slechts een voorzichtige indicatie kan worden gegeven van aspecten die aandacht verdienen in het kwaliteitsbeleid. Veel van de schrijnende tekorten in de kwaliteit van zorg hangen samen

met personeelsgebrek en behoren daarmee niet tot het domein van het kwaliteitsbeleid 'in enge zin'. Maar binnen de grenzen van de beschikbare personele en financiële capaciteit zou gezocht kunnen worden naar mogelijkheden om de informatievoorziening aan cliënten te optimaliseren, de privacy te verbeteren (op de deur kloppen voor men binnengaat, hoeft geen extra geld te kosten) en, waar mogelijk, de dagindeling van de verzorgenden aan te passen aan het ritme van de cliënten in plaats van andersom.

Het geheel overziend, mede in acht genomen dat er voor de hele care-sector kwaliteits-systemen bestaan en op ruime schaal toegepast worden en dat er in care-sector op grote schaal cliëntenraden zijn ingesteld en cliëntenraadplegingen worden gehouden en, gebaseerd op de vele documenten en initiatieven die in deze quick scan werden aangetroffen, is de situatie in Nederland om kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart te brengen en vorm te geven, op het meso-niveau van afzonderlijke instellingen en branches veelbelovend.

In de geest van de Kwaliteitswet is daarmee aan belangrijke voorwaarden voldaan.

De resultaten van deze quick scan bieden aanknopingspunten voor het beleid van het Ministerie van VWS op het gebied van de informatievoorziening en op het gebied van het kwaliteitsbeleid. In de Nederlandse verhoudingen en zeker onder het nieuwe sturingsmodel zoals dat in "Vraag aan bod" (Ministerie van Volksgezondheid, 2001c) en daarop volgende beleidsnotities is neergezet, zijn het management van instellingen en de daar werkzame beroepsbeoefenaren eerstverantwoordelijke voor de geboden kwaliteit. De overheid (de Inspectie) ziet erop toe dat er systemen en instrumenten worden geïnstalleerd die monitoring van kwaliteit, onder andere vanuit het cliëntenperspectief, mogelijk maken. De overheid voert daarmee primair beleid op de aanwezigheid van goede randvoorwaarden en gaat niet zelf op de stoel van het instellingsmanagement zitten. Vraaggericht werken vraagt om afstemming van de geboden zorg op lokale wensen en behoeften en dat verhoudt zich minder goed met centraal beleid.

In de rol van toezichthouder en borger van de publieke belangen op het terrein van kwaliteit, toegankelijkheid en kostenontwikkeling heeft de overheid informatie nodig om de globale ontwikkelingen in de verschillende sectoren te monitoren. Deze quick scan moet daaraan een bijdrage leveren door in kaart te brengen welke informatie nu reed beschikbaar is op het terrein van kwaliteit van zorg in de care vanuit cliëntenperspectief. Uit deze studie blijkt dat sectorbrede vergelijkbare gegevens op landelijk niveau grotendeels ontbreken. Uiteraard kan in de toekomst, en voor de thuiszorg nu al, gebruik worden gemaakt van landelijk geaggregeerde gegevens uit de verschillende benchmarkstudies. Maar benchmarkstudies, hoe nuttig ook, zijn niet in de eerste plaats bedoeld om de overheid te voorzien van stuurinformatie, maar om de betrokken instellingen zelf een spiegel voor te houden waarmee zij hun eigen prestaties kunnen beoordelen in relatie tot die van vergelijkbare instellingen. De meetinstrumenten die in de benchmarktrajecten zijn ontwikkeld weerspiegelen dan ook de informatiebehoefte van de instellingen en in mindere mate die van de overheid. De door het Ministerie van VWS geformuleerde kwaliteitsaspecten komen in deze studies wel aan bod, maar worden niet altijd heel expliciet gemeten.

Een kanttekening die bovendien bij benchmarkstudies moet worden geplaatst, is dat deze als het ware 'van nature' aanbod georiënteerd zijn. Zij geven een beeld van de kwaliteit van de thuiszorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de instellingen voor gehandicapten, voor de GGZ etc. De nieuwe functiegerichte aanspraken in de AWBZ kunnen haaks staan op deze indeling in aanbieders. Wanneer er dus behoefte bestaat aan het monitoren van de kwaliteit van bijvoorbeeld de functie 'verblijf' of 'ondersteunende begeleiding' dwars door de sectoren heen, dan zou een zekere uniformering en standaardisering van de gegevensverzameling in benchmarkstudies nodig zijn. Op dit moment worden verschillende methoden en instrumenten gebruikt en zijn er veel spelers op de markt. Deze lacune is reeds eerder gesignaleerd en op initiatief van het fonds PGO is een aanvang gemaakt om de verschillende organisaties die kwaliteitsmetingen vanuit cliëntenperspectief in de care-sector uitvoeren, samen te laten werken (Lapré et al., 2002). In dit initiatief zijn door de partijen thema's benoemd (met name eten, dagbesteding/werk, veiligheid, sociaal klimaat, wonen/accommodatie, privacy, hygiëne en vervoer/mobiliteit), die te maken hebben met de kwaliteit van kernprocessen, waarover iedere toetsingsorganisatie een uitspraak zou kunnen doen op basis van de door hun verzamelde gegevens. Op deze manier zou sector brede vergelijkende informatie beschikbaar komen, die cliëntenorganisaties in staat stellen het beleid te beïnvloeden. Inmiddels is dit 'regionale rapportageformaat' uitgetest voor een fictieve regio 'utopia' en is een begin gemaakt met daadwerkelijke implementatie in een tweetal proefregio's.

Uit deze quick scan is verder gebleken dat er veel onderzoek wordt gedaan, maar dat lang niet alles openbaar is, ook niet voor deze studie in opdracht van het Ministerie. Voor zover het doel van een cliëntenraadpleging is om op instellingsniveau de kwaliteit van zorg te verbeteren, is openbaarheid ook geen vereiste, maar op landelijk niveau zouden geaggregeerde gegevens wel openbaar moeten zijn om monitoring mogelijk te maken. Publicatie van vergelijkbare cijfers op instellingsniveau is daarnaast nodig om cliënten te kunnen voorzien van keuze-informatie. In een vraaggestuurd stelsel moeten cliënten de verschillende aanbieders met elkaar kunnen vergelijken om een afgewogen keuze te kunnen maken. Dat wil niet zeggen dat allerlei gevoelige informatie zo maar voor iedereen toegankelijk moet zijn, maar basale keuze-informatie moet er wel komen.

Tot slot willen we nog wijzen op de beperking van deze quick scan. Door het opgelegde zeer korte tijdsbestek voor dit onderzoek, was het helaas niet mogelijk een uitputtende zoekactie uit te voeren, noch om de verkregen referenties uitgebreid te analyseren. We realiseren ons dat hierdoor in deze studie mogelijk, wellicht, een aantal tekortkomingen of omissies zijn geslopen, maar we menen ook dat het gepresenteerde materiaal voldoende basis biedt voor verdere beleidsstappen van het ministerie en/of voor nader meer gedetailleerd onderzoek. Nader onderzoek zou zich kunnen toespitsen op het in kaart brengen van de wijze waarop de door het Ministerie geformuleerde kwaliteitsaspecten in de verschillende studies zijn geoperationaliseerd. Een dergelijk onderzoek kan als basis dienen voor de ontwikkeling van sectorbreed toepasbare indicatoren op het terrein van gelijkwaardigheid, zelfbeschikking, keuzevrijheid, fysieke toegankelijkheid, privacy, cliëntgerichtheid, samenhang in de zorg, vakbekwaamheid, geborgenheid, bejegening en informatie.

**Dankwoord**

Grote dank is verschuldigd aan de medewerkers van de NIVEL-bibliotheek die in een zeer snelle tijd alle documenten voor dit rapport hebben aangevraagd en bekomen.

# Literatuur

- Algemene Rekenkamer. *Informatievoorziening klachtrecht en medezeggenschap patiënten zorgsector*. (2000). Algemene Rekenkamer, Den Haag.
- Anonymous. *Cliëntwaardering in de GGZ. Vragenlijst en handleiding. GGZ thermometer voor de volwassenenzorg (versie 2003) en de GGZ Jeugdthermometer (versie 2003)*. (2003). Vereniging GGZ Nederland/Trimbos-instituut, Utrecht.
- Appel, A. & Duivendoorn, S. *De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Gelderland Oost; document vanuit cliëntenperspectief*. (2000). Reinoud Adviesgroep Arnhem/CVGO/RPCF-Midden-Gelderland, Arnhem.
- Arcares. *Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg in het verzorgingshuis*. (2002a). Arcares, Utrecht.
- Arcares. *Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg in het verzorgingshuis. Bijlage: Handreikingen en voorbeeldinstrumenten bij ontwikkeling en toetsing van PTZ verpleeghuizen*. (2002b). Arcares, Utrecht.
- Arcares. *Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen. Tweede test benchmarkinstrumentarium; Algemeen Rapport*. (2000c). Arcares, Utrecht.
- Ariens, J., Berkhout, A., & Boumans, N. Effecten van bewonergericht verplegen en verzorgen op de kwaliteit van zorg, de tevredenheid en het welzijn. *Verpleegkunde*, 1999, 14(3), 151-165.
- Beekman, R. Eerste benchmark-resultaten verzorgings- en verpleeghuizen. *Cliënt & Raad*, 2002,(5)
- Berkhout, A. *Resident-oriented care in nursing homes: an evaluation study of the model of resident-oriented care, the implementation and the effects*. (2000). Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Berkhout, A., Boumans, N., & Landeweerd, A. *Evaluatie van bewonergericht verplegen en verzorgen in verpleeghuizen: eindrapport*. (1998). Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Borsjes, M., van Eerd, I., Sisselaar, A., Verhaar, B., & Vink, M. *In de geest van...: cliënten over levensbeschouwing*. (2001). Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform, Amsterdam.
- Bosman, M. LOBB Meet- en bespreekprocedure: "Een investering die je er dubbel en dwars uithaalt". *Zorg & Ondernemen*, 1998,(2), 30-31.
- Bosman, M. Rotterdams universitair onderzoek naar kwaliteit 'transmurale zorg'. Ouderen tamelijk tevreden over zorg thuis. *Cliënt & Raad*, 2000, 1(3), 21.
- Bours, G. *Pressure ulcers: Prevalence measurements as a tool for improving care*. (2003). Universiteit Maastricht, Maastricht.

- Brandenhorst, H., Sixma, H., Friele, R., & Abrahamse, H. *Secundaire analyse 'cliëntenraadpleging thuiszorginstellingen'; kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief*. (2000). NIVEL, Utrecht.
- Bremers, V. & Smilde, E. *Zoals het klokje thuis tikt... Onderzoek naar waardering en behoeften van langdurige gebruikers van thuiszorg*. (1996). Wetenschapswinkel Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Burck, D. & Zijp, M. Kwaliteitsgegevens openbaar? *Zorg & Ondernemen*, 2003, 14(3), 3.
- Caris-Verhallen, W. & Friele, R. Kwaliteit van thuisbehandeling bij Cystic Fibrosis: ontwikkeling en toepassing van een meetinstrument. *Kwaliteit & Zorg*, 1996, 3(1), 14-24.
- Caris-Verhallen, W., Spierings, M., & Kerkstra, A. Kwaliteit van zorg aan ouderen: Het perspectief van verplegende en hun oudere cliënten vergeleken. *Verpleegkunde*, 1998, 13(4), 239-250.
- Casparie, A., Foets, M., Raaijmakers, M., de Bakker, D., Schneider, M., Sterkenburg, P., Janssen, C., Bijman-Schulte, A., Bakker, R., Moorer, P., Dassen, T., & Suurmeijer, T. *Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg: Vragenlijst continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief; handleiding en vragenlijsten*. (1998). NIVEL, Utrecht.
- Casparie, A., Legemaate, J., & Rijkschroeff, R. De Kwaliteitswet: een andere aanpak. Vijf jaar Kwaliteitswet zorginstellingen: een evaluatie. *Ziekenhuis Management Magazine*, 2002, 18(7/8), 20-22.
- Casparie, A., Legemaate, J., Rijkschroeff, R., Brugman, M., Buijsen, M., de Gruijter, M., Hulst, E., Oudenampsen, D., & van 't Riet, A. *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen*. (2001). ZonMw, Den Haag.
- CBO. *De patiënt als spiegel: handleiding voor beroepsorganisaties in de gezondheidszorg over het meten van tevredenheid van patiënten/cliënten door schriftelijke enquêtes*. (2002). CBO, Utrecht.
- de Boer, A., de Klerk, M., & Iedema, J. Privacy in verpleeghuizen: oordeel van bewoners. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2002, 80(8), 489-495.
- de Groot, A., Francke, A., & Willems, D. Kwaliteit van palliatieve zorg: behoeften van terminale patiënten en naasten. *Verpleegkunde*, 2000, 15(2), 91-103.
- de Ree, L. & Zomerplaaig, J. *Inventarisatie cliëntenraadpleging*. (1996). NIZW, Utrecht.
- de Savormin Lohman, J., Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D., Verkuyl, L., van Gelder, K., & van Overbeek, R. *Evaluatie wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)*. (2000). ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag.
- de Veer, A. & Kerkstra, A. *Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen*. (1998). NIVEL, Utrecht.
- de Veer, A., Theuws, A., Wagner, C., & van Ooyen-Houben, M. *Kwaliteitssystemen in de GGZ. Deel 2*. (2000). NIVEL, Utrecht.
- de Vries, H. & van der Veen, G. *Over informatie gesproken.....: een onderzoek naar de informatiebehoefte van gebruikers van verzorging en verpleging*. (1997). SWOKA, ZON-MW, Leiden.

- Delnoij, D., Ten Asbroek, A., Arah, O., Custers, T., & Klazinga, N. *Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. (2002). Min VWS, Den Haag.
- Denis, R. Privacy en bejegening in verpleeghuizen. *Zorg & Ondernemen*, 1999, 10(4), 12-14.
- Douma, J., Kersten, M., Koopman, H., Schuurman, M., & Hoekman, J. Het 'meten' van kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijk handicap; een overzicht van de Nederlandse instrumenten. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 2001, 27(1), 17-36.
- Erkens, S. & Poulussen, V. Kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief: een tevredenheidsonderzoek in verpleeghuis Hornerheide. *Kwaliteit in Beeld*, 1998, 8(6), 2-4.
- Evers, J. & Kleingeld, P. *Jaarboek Onderzoek. Onderzoek in opdracht van patiënten/consumenten organisaties & Onderzoek door patiënten/consumentenorganisaties*. (2003). Stichting Patiëntenpraktijk, Utrecht.
- Finnema, E., de Lange, J., Droes, R., Ribbe, M., & van Tilburg, W. Kwaliteit van verpleeghuiszorg: verandert de mening van familieleden na het invoeren van belevingsgerichte zorg? *Verpleegkunde*, 2003, 18(3), 103-113.
- Groenewoud, A. & Huijsman, P. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. (2003a). Erasmus universiteit-IBMG/ZonMw, Rotterdam.
- Groenewoud, A. & Huijsman, P. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Bijlagen*. (2003b). Erasmus Universiteit-IBMG/ZonMw, Rotterdam.
- Hasselaar, J. & Valk, S. Benchmarking GGZ: Kijk en vergelijk. *Zorgvisie*, 2003, 33(4), 22-24.
- Hellings, D. *Vanuit de patiënt bekeken. Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief*. (1998). Universiteit Maastricht, FdGW, Maastricht.
- Helmer-Englebert, R. & Palm, I. *Waar een rijk land arm in is: verslag van een meldweek onder personeel in de verpleeghuiszorg*. (2002). Comité Zorg voor Iedereen, Rotterdam.
- Henkelman, L., Kleiboer, A., Peric, S., de Ruiter, S., & Hochstenbach-Westeneng, I. *Zo goed?: een inventariserend onderzoek naar de tevredenheid van cliënten met het zorgaanbod van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht*. (1997). Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht, Utrecht.
- Hoïng, M. *Cliëntgestuurd kwaliteitsonderzoek in de GGZ: werk in uitvoering: een inventarisatie van onderzoeksstrategieën, instrumenten en technieken voor cliëntenraadpleging vanuit cliëntenperspectief in de GGZ*. (2000). Wetenschapswinkel, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.
- Holtkamp, C., Kerkstra, A., Ooms, M., van Campen, C., & Ribbe, M. Effects of the implementation of the resident assessment instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*, 2001, 38(6), 619-628.
- Hoogeveen, F., Koning, C., & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (1). *Denkbeeld*, 1998, 5(10), 20-23.

- Hoogeveen, F., Koning, C., & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (2). *Denkbeeld*, 1999a, 6(2), 16-19.
- Hoogeveen, F., Koning, C., & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (3). *Denkbeeld*, 1999b, 6(4), 2-6.
- Huijsman, P. & Wieman, A. *Kwaliteit in beeld 1998: onderzoek onder oudere cliënten naar hun ervaringen, tevredenheid en verwachtingen over transmurale zorg in Rotterdam*. (1999). Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, Rotterdam.
- Huppes, W. & Raad voor de Volksgezondheid. *Kwaliteit Resultaat-analyse Systeem: achtergrondstudie*. (2001). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Ernstig meervoudig gehandicapt en dan? Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met meervoudige complexe handicaps*. (2000a). IGZ, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitsontwikkeling in RIBW's*. (2000b). Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitszorg in (grootschalige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Resultaten Algemeen Toezicht 1999-2000*. (2001). Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Gezien en gehoord: een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking*. (2003a). Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Jaarrapport 2002 Inspectie voor de Gezondheidszorg*. (2003b). Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
- Jansen, I. *Woonmogelijkheden voor jongeren met een grote verplegingsbehoefte in de regio Zuidoost-Brabant*. (1998). RPCP Zuidoost-Brabant, Eindhoven.
- Jansen, P. *Differentiated practice and specialization in community nursing*. (1996). NIVEL, Utrecht.
- Jedelloo, S. *Quality of needs assessment and the provision of assistive devices and services for people with a functional disability = Kwaliteit van indicatiestelling en de verstrekking van hulpmiddelen en voorzieningen voor mensen met een functiebeperking*. (2003). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Jensdottir, A. B., Rantz, M., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Rook, M., & Grando, V. International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *Int.Nurs.Rev.*, 2003, 50(2), 79-84.
- Kersten, M. & Douma, J. *Instrumenten en methoden voor het bepalen van kwaliteit van bestaan*. (2001). Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg, Utrecht.
- Kersten, M., Kieft, E., & Schuurman, M. *Kwaliteit in perspectief: resultaten van onderzoek naar de kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief*. (2002a). Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg, Utrecht.

- Kersten, M. & Schuurman, M. De kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief. *Indruk*, 2002b, 24(3), 5-7.
- Kertzman, T., Kok, I., & van Wijngaarden, B. *De GGZ thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg*. (2003). Trimboos-instituut, Utrecht.
- KITZ. *In gesprek over kwaliteit van zorg: handleiding om kwaliteit van zorg vanuit gebruikersperspectief te bespreken en beoordelen*. (2001). KITZ, Groningen.
- Klein Ikkink, K. & Wagner, C. *De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen*. (2000). NIVEL, Utrecht.
- Koning, C., Meerveld, J., & Hoogeveen, F. Dansen voor de spiegel. Voorkeuren van dementerenden. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1998, 30(10), 14-16.
- Koning, C., Meerveld, J., and Hoogeveen, F., 1999, Preferenties van dementerende ouderen, *Jaarboek Verpleegkunde*, Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.
- Koopmans, R., Wiersma, F., Bouwsma, M., & Engelen, H. Wat weegt zwaarder, veiligheid of vrijheid?: contactpersonen over fixatie van psychogeriatrische verpleeghuispatiënten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1998, 29(2), 67-73.
- Kouwenhoven, H., 2003, Kwaliteitsbeoordeling vanuit cliëntenperspectief in de sector verpleging en verzorging. In: Stevens, P., Hamilton, G., Buijsen, M., and van Bennekom-Stompedissel, I. *Consumentenboek gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Kramer, G. & Barnhard, M. *Evaluatie ambulante hulpverlening in de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap (1): samenvatting*. (1998a). NZI, Utrecht.
- Kramer, G., Zemmeling, M., & Barnhard, M. *Evaluatie ambulante hulpverlening in de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap. Deel 3: ervaringen van cliënten met ambulante hulp*. (1998b). NZI, Utrecht.
- Kunneman, H. *Instrument Cliëntenperspectief*. (1997). NVVz, Utrecht.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten. *Jaarverslag 1995: vragen en klachten over de gezondheidszorg*. (1996). Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten. *Jaarverslag 1996: vragen en klachten over de gezondheidszorg*. (1997). Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten. *Jaarverslag 1998: vragen en klachten over de gezondheidszorg*. (1999). Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten. *Jaarverslag 1999: vragen en klachten over de gezondheidszorg*. (2000). Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten. *Jaarverslag 2000: vragen en klachten over de gezondheidszorg*. (2001). Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht.

- Landelijk Steunpunt Cliëntenraden. *Cliënten over kwaliteit: een beschrijving van de verschillende kwaliteitsinstrumenten voor onderzoek vanuit gebruikersperspectief*. (2003). Stichting Landelijk steunpunt cliëntenraden voorzieningscentra gehandicapten, Utrecht.
- Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen. *Kwaliteit van verzorgingshuizen: bewoners aan het woord*. (1998). Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen, Utrecht.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden. *Komt het gelegen?: over bejegening van bewoners in zorginstellingen*. (1999a). Landelijke Organisatie Cliëntenraden in de Ouderenzorg, Utrecht.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden. *Verantwoorde zorg: referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek*. (1999b). LOC, Utrecht.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden. *De zorgvragenkaart-2000: ruggesteun voor cliëntenraden*. (2000). Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Zoetermeer.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden. *Verantwoorde zorg: verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntperspectief*. (2003). LOC, Utrecht.
- Lankhaar, B. Eerste waarderingsonderzoek op basis van het Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen. *Kwaliteit in Beeld*, 2000, 10(3), 19.
- Lankhaar, B. Tevredenheid met MIK-V: het meten van kwaliteit van zorg bij cliënten en medewerkers. *ZorgSupport*, 2001, 7(3), 10-13.
- Lapré, F., Zuiderwijk, F. *Patiëntenfonds. Regionaal rapportageformaat*. (2002). Twynstra Guddé Management Consultants, Amersfoort.
- Leentvaar-Braakman, M. A. *Instrument cliëntenperspectief: werkboek interviewtraining*. (1997). Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht.
- Meerlo, F., Visserman, E., & Bosman, M. *Alles naar wens? kwaliteitsbeoordeling in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bevindingen 2000-2001. Bijlagen 1-5*. (2001a). Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Meerlo, F., Visserman, E., & Bosman, M. *Alles naar wens? Kwaliteitsbeoordeling in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bevindingen april 2000 - april 2001*. (2001b). Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Melse, J. *Kwaliteit van de thuiszorg, zoals ervaren door gebruikers: verslag van een onderzoeksproject*. (1996). RPCP Delft Westland Oostland, Delft.
- Merkus, J. Bewoners inspireren instellingen tot kwaliteitsverbetering: resultaten van het KLOK-project in Friese verzorgingshuizen. *Zorg & Ondernemen*, 1998, 9(7), 24-25.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Brancherapport Care '98-'01*. (2001a). Min VWS/Prismant, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Met zorg kiezen: De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg*. (2001b). Min VWS, Den Haag.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. (2001c). Min VWS, Den Haag.
- Mor, V., Angelelli, J., Gifford, D., Morris, J., & Moore, T. Benchmarking and quality in residential and nursing homes: lessons from the US. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 2003, 18(3), 258-266.
- Neuteboom, H. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen. Inzicht in kwaliteit en doelmatigheid. *VDB Magazine, vakblad voor directies in de zorgsector*, 2003, 25(1), 20-21.
- Nijssen, Y., de Haan, R., Schene, A., Koeter, M., & Gersons, B. Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen: een illustratie van het KWAZOP-instrument. *Psy, Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2001, 43(8), 545-558.
- Nijssen, Y. & Roqué-de Hoyer, H. *Kwaliteit kortgesloten: het beoordelen van de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen*. (2000a). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Nijssen, Y., Schene, A., & de Haan, R. Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg: een overzicht. *Psy, Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1999, 41(11), 651-653.
- Nijssen, Y., Schene, A., & de Haan, R. Ontwikkeling en klinimetrische evaluatie van de KWAZOP: kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor gesloten psychiatrische opname-afdelingen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000b, 78(8), 496-504.
- Nijssen, Y., Schene, A., de Haan, R., & Gersons, B. Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1997, 52(11), 1109-1123.
- Nispen, R., Sixma, H., & Kerkstra, A. *Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief: ontwikkeling van kwaliteitscriteria*. (2002). NIVEL, Utrecht.
- Place, M. & Cazemier, G. *Goed, beter, kwaliteit: werkboek voor kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten*. (1998). Trimbos-instituut/ Vereniging Somma, Utrecht.
- Place, M., van Ooyen-Houben, M., de Veer, A., & Wagner, C. *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ: deel 1: een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk*. (2000). NIVEL, Utrecht.
- Poerstamper, R. & Kerkstra, A. *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen*. (2002). PwC Consulting/NIVEL, Almere/Utrecht.
- PriceWaterhouseCoopers & Berenschot. *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Appendix*. (1999a). PwC/Berenschot BV.
- PriceWaterhouseCoopers & Berenschot. *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. (1999b). PwC/Berenschot BV, Utrecht.
- Protestants Christelijke Ouderenbond. *Het beste wensen: oudere ouderen en de kwaliteit van hun zorg*. (1996). Protestants Christelijke Ouderenbond, Zwolle.

- Rigter, H., ten Have, M., Cuijpers, P., van Gageldonk, A., van der Laan, G., Peterse, A., de Ruiter, C., Smits, C., Vollebergh, W., & Wolf, J. *Brancherapport geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg (GGZ-MZ) '98-'01*. (2002). Min VWS, Den Haag.
- Royers, T. 'Als iemand je ligt, lach je met elkaar': vraaggerichte verkenning van leefwereld verpleeghuisbewoners. *Ouderenzorg: magazine en nieuwsbrief voor management & beleid*, 2001, 4(1), 24-25, 27.
- Ruigrok, H. *Wonen doe je zelf. Evaluatie van ondersteund wonen van mensen met een verstandelijke handicap*. (2002). Universiteit van Amsterdam/Institute for the Study of Education and Human Development, Amsterdam.
- Saers, A. & Moorlag, W. *Kwaliteitsbeoordeling van woonvormen door bewoners*. (1996a). Verwey-Jonker Instituut/Ipso Facto, Utrecht.
- Saers, A. & Moorlag, W. *Revalidantenraadpleging: Kwaliteitsbeoordeling door revalidanten*. (1996b). Verwey-Jonker Instituut/Ipso Facto, Utrecht.
- Schneider, M., Foets, M., Casparie, A., Bakker, R., de Bakker, D., Dassen, T., Janssen, C., Sterkenburg, P., & Suurmeijer, T. Continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief: een nieuw meetinstrument. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000, 78(2), 101-107.
- Scholte op Reimer, W., de Haan, R., Limburg, M., & van den Bos, G. Tevredenheid over zorg van patiënten met een beroerte. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1997, 75(8), 511-517.
- Schouten, G., Sixma, H., & Friele, R. *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten van epilepsiecentrum Kempenhaeghe. Fase 1: een inventarisatie*. (2000a). NIVEL, Utrecht.
- Schouten, G., Sixma, H., & Friele, R. *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten van epilepsiecentrum Kempenhaeghe. Fase 1: een inventarisatie. Samenvatting*. (2000b). NIVEL, Utrecht.
- Schouten, G., Sixma, H., & Friele, R. *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes: QUOTE-diabetes. Deel 1: De ontwikkeling van het meetinstrument: de Quote-diabetes. Deel 2: De toepassing van de QUOTE-diabetes in de praktijk: Transmurale Diabeteszorg Haarlemmermeer*. (2000c). NIVEL, Utrecht.
- Schouten, G., Sixma, H., Friele, R., & Jaquet, S. Kwaliteit van zorg vanuit gebruikersperspectief: een nieuwe vragenlijst voor mensen met diabetes mellitus. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000d, 78(2-katern), 18-19.
- Schouten, P. Woonwensen vanuit cliëntenperspectief: een onderzoek naar het meest private terrein van het menselijk bestaan. *Passage*, 2001, 10(4), 208-215.
- Schrijnemaekers, V., te Wierik, M., Frederiks, C., Hollands, I., & van Rossum, E. *Zorgkwaliteit in verzorgingshuizen; standaarden en een meetinstrument voor de verzorging en verpleging*. (1996). LCVV, Utrecht.

- Sixma, H., van Campen, C., Kerssens, J., & Peters, L. *Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten.* (1998). NIVEL/NWO/VWS, Utrecht.
- Sixma, H., van Campen, C., Kerssens, J., & Peters, L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing*, 2000, 29, 173-178.
- Sluijs, E. & Wagner, C. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000.* (2000a). NIVEL, Utrecht.
- Sluijs, E. & Wagner, C. *Tabellenboek kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken per zorgsector in 2000.* (2000b). NIVEL, Utrecht.
- Spinhoven, M. Vrijheid in verzorgingshuis geeft 'thuisgevoel': LOC meet tevredenheid van de cliënt. *Zorginstellingen*, 2000, 25(3), 12-13.
- Steketee, M. & Rijkschroeff, R. *De cliënt als toetsers van de geestelijke gezondheidszorg: verslag van het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrumentarium vanuit cliëntenperspectief voor de geestelijke gezondheidszorg.* (2000). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- Steuten, L., Frederix, M., Vrijhoef, B., van Merode, F., & Spreeuwenberg, C. Patiënten tevreden over diabetesverpleegkundige. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2003, 113(6), 48-51.
- Stichting Cliënt & Kwaliteit. *Kwaliteitscriteria voor palliatieve (netwerkzorg vanuit patiënten/cliëntenperspectief).* (2001). Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Stichting Cliënt & Kwaliteit. *Alles naar wens? 2001-2002. Jaarrapportage Bijlage Onderzoeksuitkomsten.* (2002a). Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Stichting Cliënt & Kwaliteit. *Alles naar wens? 2001-2002. Jaarrapportage Onderzoeksuitkomsten.* (2002b). Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Beoordelingsschema/Certificatieschema Verzorgingshuizen. Sectorstijfspecifiek deel.* (1998). Stichting HKZ, Utrecht.
- Straten, G., Janssen, C., & Friele, R. *Branche-rapport patiënten/consumenten.* (1997). NIVEL, Utrecht.
- Stuivenberg, A. *Zorgvragers en Modernisering van de Zorg. Van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.* (1996). Patiënten/gehandicaptenplatform Midden-Holland, Gouda.
- Stüssgen, R. *Kwaliteit van verpleging en verzorging vanuit gebruikersperspectief.* (1997a). NPCF, Utrecht.
- Stüssgen, R. *Kwaliteit van verpleging en verzorging vanuit gebruikersperspectief. Bijlagenrapport.* (1997b). NPCF, Utrecht.
- Stüssgen, R. & Huijbregts, V. *De cliënt aan het woord over kwaliteit: de kwaliteitscriteria van zorggebruikers voor verzorging en verpleging.* (1998). Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.

- Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting & Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Verkokerd of gemeenschappelijk? Inventarisatie wensen van cliënten op het gebied van wonen, zorg en welzijn*. (2002). Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht.
- Stuurgroep Landelijke Implementatie Kwaliteitssysteem Thuiszorg. *KIEN: Kwaliteit in eigen huis. Implementatie KIEN kwaliteitsinstrument thuiszorg, een kwaliteitsmeting vanuit patiëntenperspectief*. (1998). NPCF, Utrecht.
- Taes, C., van Campen, C., & Kerkstra, A. Ervaren autonomie en ervaren veiligheid bij somatische verpleeghuisbewoners. *Kwaliteit & Zorg*, 1996, 4(2), 52-62.
- Tellegen, B., 2003, Kwaliteitsbeoordeling vanuit patiëntenperspectief, in: Evers, A., Nabitz, V., Stevens, P., and Vinkenburg, H., *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Temmink, D. *Transmural clinics: A nursing innovation explored*. (2000). NIVEL, Utrecht.
- Temmink, D., Hutten, J., Francke, A., Huyer Abu-Saad, H., & van der Zee, J. Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12(2), 89-95.
- Timmerman, M. *Iedere cliënt kent eigen kwaliteiten: een verkennend onderzoek naar kwalitatieve methoden en technieken voor cliëntenraadpleging in de zorgsector*. (2000). Afstudeerscriptie Universiteit Wageningen., Wageningen.
- Triemstra, A., van den Bos, G., & van der Wal, G. Klachten van chronisch zieken over de gezondheidszorg en de kwaliteit van zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000, 78(2), 81-87.
- Vaalburg, A. *Vraaggestuurd werken en kwaliteit van zorg: project vraaggerichte zorg in de praktijk*. (2000). NPCF, Utrecht.
- van Busschbach, J. & Wiersma, D. *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie: een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio Noordoost en Oost Groningen, naar de prevalentie en aard van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven*. (1999). Stichting GGz Groningen, Groningen.
- van Campen, C., Kerkstra, A., & Taes, C. *Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten*. (1997a). NIVEL, Utrecht.
- van Campen, C., Sixma, H., Kerssens, J., & Peters, L. Assessing noninstitutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *Journal of Asthma*, 1997b, 34(6), 531-538.
- van Campen, C., Sixma, H., Kerssens, J., Peters, L., & Rasker, J. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the Quote-Rheumatic-Patients instrument. *British Journal of Rheumatology*, 1998, 37, 362-368.

- van den Burg, M., van de Pol, H., Wapstra, B., van Andel, H., Gremmen, M., & Eiselin, W. *Benchmark Wet voorzieningen gehandicapten. Rapportage 2001*. (2003). SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag.
- van der Bijl, M. *Over smaak valt niet te twisten, of toch?: een kwalitatief onderzoek naar opvattingen en belevingen van patiënten en verpleegkundigen over de kwaliteit van de zorg in de psychiatrie*. (1997). Rijksuniversiteit Limburg, verplegingswetenschap, Maastricht.
- van der Hijden, E. *Onderhandelen is het doel niet: cliëntenparticipatie bij methodisch werken in Beschermd Wonen en de effecten ervan op de tevredenheid*. (1998). Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- van der Hoest, L. Benchmark. *Nieuwsbrief Stichting Zorg Lichamelijk Gehandicapten*, 2002, 5(6), 1-2.
- van der Veer, G. *Zorgvisie GGZ cliënten/ RPCP Dordrecht; samenwerkende GGZ-cliëntenorganisaties regio Dordrecht*. (2000). RPCP Dordrecht, Dordrecht.
- van der Veer, G., Sixma, H., & Kerkstra, A. *Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief: Meetinstrumentontwikkeling*. (2003). NIVEL, Utrecht.
- van der Zwan, A. Nieuwe uitdagingen voor 2003. *Perspectief, Nieuwsbrief van Stichting Perspectief*, 2002,(6), 1-3.
- van Diest, H., van Wijngaarden, B., & Wennink, J. *De vraag ontleed: criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. (2002). Trimbos-instituut, Utrecht.
- van Dijk, K. *Langdurende thuishulp: van knelpunten naar kwaliteit; de vertaling van kwaliteitscriteria in een meetinstrument en de validatie van het meetinstrument*. (1996). Gehandicaptenraad, Utrecht.
- van Dongen, P. & Pinkus, O. *Het zorgaanbod vanuit het patiëntenperspectief*. (1999). Vereniging Patiënten Consumenten Platform Zuid-Holland Noord, Leiderdorp.
- van Driel, M., van Wersch, S., Wiersema, I., Wiersma, D., & Zomerplaat, J. *Beoordeling door cliënten: handreiking voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten in zorginstellingen*. (1998). SWP, Utrecht.
- van Geen, V. The Measure and Discuss Intervention: A procedure for client empowerment and quality control in residential care homes. *The Gerontologist*, 1997, 37(56), 817-822.
- van Gelder, C., Oudenampsen, D., van Overbeek, R., Rijkschroeff, R., de Savornin Lohman, J., & Verkuyl, L. *Evaluatie wet medezeggenschap cliënten zorgsector: achtergrondstudies per sector*. (2000). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- van Haaster, H. & van de Graaf, W. *Van de nood een deugd: de evaluatie van de Klinieken Intensieve Behandeling vanuit het perspectief van de cliënten*. (1997a). IGB, Amsterdam.
- van Haaster, H., Vink, M., & Witvoet, A. *Uit en Thuis: ervaringen van cliënten met wonen binnen en buiten de psychiatrie*. (1997b). APCP, Amsterdam.
- van Lindert, H., Friele, R., & Sixma, H. *Wat vinden patiënten met een reumatische aandoening belangrijk in de gezondheidszorg?: de verlanglijst van reumapatiënten*. (2000). NIVEL, Utrecht.

- van Lindert, H., Rijken, M., & Dekker, J. *Kwaliteit, continuïteit en klachten: ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de gezondheidszorg.* (2001). NIVEL, Utrecht.
- van Luit, P. *Kwaliteitsjaarverslagen en het aspect patiëntgerichtheid.* (2000). Landelijk coördinatiepunt kwaliteitsbeleid zorgsector, Zeist.
- van Wijngaarden, B., Branssen, M., & Wennink, J. *Een keten van lege zondagen: tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard.* (2001). GGZ Nederland, Utrecht.
- Verdegaal, M. *Kwaliteit binnen intramurale ouderenzorg: een exploratief onderzoek naar de relatie tussen kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt.* (2000). Scriptie Wageningen Universiteit, Wageningen.
- Verhoef, M. *Leven naar het einde: een kwalitatief onderzoek naar de wensen en behoeften van terminale bewoners in het verpleeghuis.* (1996). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Wagner, C., van der Wal, G., Groenewegen, P., & de Bakker, D. The effectiveness of quality systems in nursing homes. *Quality in Health Care*, 2001a, 10(4), 211-217.
- Wagner, C., Wiersma, L., Ribbe, M., & van der Wal, G. Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. *Kwaliteit in Beeld*, 2001b, 11(5), 18-20.
- Walburg, J. & Brinkmann, J. *Kwaliteit is geen toeval: de praktijk van de kwaliteitszorg in de ggz.* (2001). GGZ Nederland, Utrecht.
- Weijdemans, K. *Patiëntenoordelen: meten en verbeteren. Een overzicht van 15 methoden.* (2002). NPCF, Utrecht.
- Wiercx, R. 'Wij vragen of het bevalt'; kwaliteit volgens cliënten. *Markant, Maandblad voor de gehandicaptensector*, 2001, 6(10), 14-15.
- Woldringh, C. & Ramakers, C. *Persoonsgebonden budget: verpleging & verzorging: ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg.* (1998). Tandem Felix, Ubbergen.
- Zimmerman, D. R. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 2003, 18(3), 250-257.

## Bijlage 1 Beschouwende literatuur

- Anonymous. RPCP's aan de slag met kwaliteit. *Vraag in Beeld*, 2002a, 2(5), 4-5.
- Anonymous. Standaarden perspectief. *Perspectief, Nieuwsbrief van Stichting Perspectief*, 2002b, (6), 10.
- Anonymous. Werkers over onvoldoende kwaliteit van zorg: we moeten ons verstand op nul zetten. *Klik, Maandblad over mensen met een verstandelijke handicap*, 2002c, 31(7/8), 3-4.
- Anonymous. Binnenskamers - Kwaliteitsgegevens over zorginstellingen blijven vaak binnenskamers. *Zorg & Ondernemen*, 2003a, 14(2), 11.
- Anonymous. De groei zit er goed in: [www.kiesmetzorg.nl](http://www.kiesmetzorg.nl). *ZonMw-Nieuwsbrief Consumenteninformatie*, 2003b, 7(1), 8-9.
- Anonymous. *Meer ontmoetingen rond evaluaties*. Perspectief, Nieuwsbrief van Stichting Perspectief, 2003c;(7): p.1-2.
- Baart, I. Vraaggerichte zorg: wat te onderzoeken?. Lezing 12e marktdag Studiegroep gezondheid, Ziekte en zorg SISWO. Amsterdam. 2002a.
- Baart, I. *Ziekte en zingeving een onderzoek naar chronische ziekte en subjectiviteit*. (2002b). Koninklijke van Gorcum, Assen.
- Beekman, R. Meten, bespreken en dan verbeteren: verbetertrajecten LOC na toetsing Cliënt & Kwaliteit. *Cliënt & Raad*, 2001, 2(9), 10-12.
- Beekman, R. Eerste benchmark-resultaten verzorgings- en verpleeghuizen. *Cliënt & Raad*, 2002a,(5).
- Beekman, R. MIK-V, wat kan de cliëntenraad er mee? Model Intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. *Cliënt & Raad*, 2002b, 3(7), 32-33.
- Beekman, R. Wat vinden cliënten van verantwoorde zorg? LOC nodigt cliënten(raden) uit om mee te praten. *Cliënt & Raad*, 2003, 4(3), 34-35.
- Berenschot, L. & Blijleven, E. *Wie wordt er beter van?: vraagsturing in de zorg*. (2003). NYFER, Breukelen.
- Bets, E. Wat vindt u ervan? Uitkomsten onderzoek Cliënt & Kwaliteit. *Cliënt & Raad*, 2001,(5), 19-30.
- Bijl, I. Patiëntenperspectief in revalidatieonderzoek. *Mediator*, 2001, 12(2), 22-23.

- Blanken, J. Uitgangspunt is hoe je zelf verzorgd zou willen worden. *Zorg & Ondernemen*, 2000, 11(9), 10-13.
- Blume, S. & Catshoek, G. *Patiëntenperspectief in onderzoek: mogelijke strategieën*. (2001). PatiëntenPraktijk, Utrecht.
- Boevink, W. Cliëntenperspectief: Het vernieuwingsgehalte van de Nederlandse psychiatrie. *Deviant*, 2003,(37), 10-13.
- Bokma, J. *Zo zijn onze manieren: beschrijvingen van werkwijzen bij het verbeteren van de kwaliteit van de bejegening van verstandelijk gehandicapte cliënten in instellingen voor gehandicaptenzorg*. (1997). Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht.
- Bosch, E. *Bejegening in de zorg: respectvol omgaan met cliënten*. (1998). Nelissen, Baarn.
- Bosman, M. LOBB Meet- en bespreekprocedure: "Een investering die je er dubbel en dwars uithaalt". *Zorg & Ondernemen*, 1998,(2), 30-31.
- Bosman, M. Criteria voor de kwaliteit van zorg aan zelfstandig wonende ouderen. *Cliënt & Raad*, 2000, 1(5), 27-29.
- Braakman, M, de Lange, P, & Kunneman, H. *Zorg voor succes: cliëntgericht kwaliteitsbeleid in de verpleeghuissector*. (2002). Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- Breman, B. Kwaliteit en toetsing op zorgboerderijen. *Nieuwskrant over landbouw-zorgcombinaties*, 2001.
- Burck, D. & Zijp, M. Kwaliteitsgegevens openbaar? *Zorg & Ondernemen*, 2003, 14(3), 3-
- Caris-Verhallen, W, Laurant, M, de Veer, A, & Kerkstra, A. Kwaliteitsactiviteiten in de zorgsector. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2000, 78(6), 347-353.
- Casparie, A, Legemaate, J, & Rijkschroeff, R. De Kwaliteitswet: een andere aanpak. Vijf jaar Kwaliteitswet zorginstellingen: een evaluatie. *Ziekenhuis Management Magazine*, 2002, 18(7/8), 20-22.
- Dam, C. Uniforme kwaliteit bestaat niet: discussie over invloed patiënten/consumentenorganisaties. *Patiënt en Perspectief*, 1997, 4(4), 29-32.
- Dam, C. Kwaliteit van zorg: een zorg voor cliëntenraden. Deelnemers willen vooral informatie. *Patiënt en Perspectief*, 2003, 4(4), 22-23.
- de Been, M, Goudriaan, G, & Verbeek, G. *Kijk op kwaliteit: een visie op de kwaliteit van de verzorging*. (2002). Sting, Utrecht.
- de Beer, M. & Efting, M. Onderzoek naar de interne klanttevredenheid. *Kwaliteit in Beeld*, 1998, 8(6), 5-6.

- de Gier, A, Kruiswijk, P, Oudenampsen, D, Plempers, E, Rijkschroeff, R, & Winants, B. *Participeren doe je samen: (innovatieve) methodieken cliëntenparticipatie geestelijke gezondheidszorg*. (1998a). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- de Gier, A. & Oudenampsen, D. *Samen werken aan verantwoorde zorg in de regio: Friesland*. (1999). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- de Gier, A. & Rijkschroeff, R. *Samen werken aan verantwoorde zorg: verslag van de regionale bijeenkomst over kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. 16 februari 1998 in Alkmaar*. (1998b). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- de Groot, R. *Kiezen voor zorg: de keuzevrijheid van de patiënt in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen*. (2003). Boom Juridische uitgevers, Den Haag.
- de Jonge, M. Cliëntenperspectief. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1999, 54(4), 402-404.
- de Jonge, M. Onderzoek moet bijdragen aan een beter leven. *Versie: tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek*, 2001, 19(1), 12-19.
- de Vos, L. & Reinders, S. Patiëntenparticipatie: Ervaringen met patiëntenparticipatie in een kwaliteitstraject. *Kwaliteit in Beeld*, 1998, 8(6), 11-14.
- de Vries, W, Smits, C, & de Lange, J. *En wat wilt u zelf? Hoe hulpverleners de cliëntparticipatie van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen bevorderen*. (2002).
- Degenaar, M. Zorgvragers hebben ook wat te bieden: visie op kwaliteit: een regionale benadering. *Kwaliteit in Beeld*, 2000, 10(2), 17-19.
- Denis, R. Privacy en bejegening in verpleeghuizen. *Zorg & Ondernemen*, 1999, 10(4), 12-14.
- Direcks, A. Leidschendam 2000: wat heeft Leidschendam de patiëntenbeweging opgeleverd? *NP/CF Journaal*, 2000,(6), 7-
- Driessen, A. & Vos de Waal, N. Leven met aids: wensen, behoeften, ervaringen. *Medisch Contact*, 1996, 51(13), 444-446.
- Droes, R, de Lange, J, Finnema, E, & van der Kooy, C. Belevingsgerichte zorg bij dementie (5). *Denkbeeld*, 2002, 15(3), 8-11, lit.
- Eimers, J. 'Liever rijst met bruine suiker': kwaliteit verpleeg- en verzorgingshuizen. *Patiënt en Perspectief*, 1999, 6(2), 4-6.
- Evenblij, M. Kwaliteit van thuiszorg: onderzoek vanuit patiëntenperspectief. *Mediator*, 2001, 12(1), 27-29.
- Francissen, L. & van Tilburg, H. *Kwaliteitsbeleid: de maat genomen!; bouwstenen voor een cliëntgericht kwaliteitsbeleid*. (1996). Stichting Dienstverleners Gehandicapten, Utrecht.

- Geraets, J. Kwaliteit van de thuiszorg: feedback door de cliënt. *Kwaliteit in Beeld*, 2000, 10(2), 14-16.
- Geurts, M, Bos, J, & Wagner, C. Kwaliteitsactiviteiten en patiëntenperspectief: patiënten nog te weinig betrokken. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2003, 113(6), 14-19.
- Gibbels, M. Kwaliteitsbeleid in gehandicaptenzorg: abstract en toch praktisch. *Zorgvisie*, 2001,(7), 28-31.
- Goudriaan, G. & Kleingeld, P. Aandacht voor gebruikersperspectief in onderzoek: Kloof tussen onderzoekers en patiënten overbruggen. *Versie: tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek*, 2001, 19(1), 4-11.
- Goudriaan, G. & Vaalburg, A. *De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief*. (1998). NPCF/NIZW, Utrecht.
- Grypdonck, M. Kwaliteit van leven in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2000,(6), 175-180.
- Haarsma, L, Kayser, T, Valkestijn, M, & Zomerplaat, J. *Gebruikers aan het woord. Integrale gebruikersparticipatie in zorg en welzijn*. (1999). NIZW, Utrecht.
- Hamers, H. & Bartels, J. Het bepalen van de behoefte aan zorgvoorzieningen: consumenteninbreng bij de planning. *Kwaliteit & Zorg*, 1996, 4(2), 63-72.
- Hasselaar, J. & Valk, S. Benchmarking GGZ: Kijk en vergelijk. *Zorgvisie*, 2003, 33(4), 22-24.
- Hoekman, J, Douma, J, Kersten, M, Schuurman, M, & Koopman, H. Idqol-intellectual disability quality of life. De ontwikkeling van een meetinstrument ter bepaling van de 'kwaliteit van bestaan' van mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 2001, 27(4), 207-224.
- Hoogeveen, F, Koning, C, & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (1). *Denkbeeld*, 1998, 5(10), 20-23.
- Hoogeveen, F, Koning, C, & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (2). *Denkbeeld*, 1999a, 6(2), 16-19.
- Hoogeveen, F, Koning, C, & Meerveld, J. Wat willen dementerende ouderen? (3). *Denkbeeld*, 1999b, 6(4), 2-6.
- Huijbregts, V. & Schrijnemaekers, V. *Zorgkwaliteit in verzorgingshuizen; een zaak van verzorgenden*. (1996). LCVV, Utrecht.
- Huppes, W. & Raad voor de Volksgezondheid. *Kwaliteit Resultaat-analyse Systeem: achtergrondstudie*. (2001). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitsontwikkeling in RIBW's*. (2000). IGZ, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitszorg in (grootschalige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Resultaten Algemeen Toezicht 1999-2000*. (2001). IGZ, Den Haag.

- Jille, A. Evaluaties zetten mensen aan het denken: vervolg kwaliteitsevaluaties van Perspectief. *Raakpunt*, 2001, 26(209), 12-13.
- Jonker, C, Gerritsen, D. L, van der Steen, J, Bosboom, P, van Campen, C, Kleemans, A, & Schrijver, T. Kwaliteit van leven en dementie - I. Model om welbevinden bij demente patiënten te meten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2001, 32(6), 252-258.
- Kalkman, M, Kroesbergen, H, & Touw, M. Eerste ervaringen met GGD Klantentoets Jeugd positief, deel 2. *GGD Nieuws*, 1996,(2), 17-20.
- Kamp, A. J. Produktiewerk in het verzorgingshuis. *AS: Maandblad Aktiviteitssektor*, 1999, 20(1), 25-27.
- Kampschoer, V. & Eijssens, E. Gebruikersraadpleging in de praktijk, de waarde van een patiëntenperspectief? *Huisarts en Wetenschap*, 2002, 45(12), 684-688.
- Kersten, M. & Schuurman, M. De kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief. *Indruk*, 2002, 24(3), 5-7.
- KITZ. *Kwaliteitsbeleid RPCP' Noord-Brabant; raamwerk voor kwaliteitsverbetering*. (2003). KITZ/PPCP, Groningen.
- Kleingeld, P. Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief. *Versie: tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek*, 2000, 8(2), 4-13.
- Kleinveld, S, Schmitz, B, Bakx, V, Kiers, M, & Groenen, M. Alles naar wens?: relatie tussen tevredenheid en kwaliteit. *Fysiopraxis*, 1996, 5(17), 30-32.
- Knulst, M. Drentse cliëntenraden over kwaliteit van zorg: wat is verantwoorde zorg in verzorgingshuizen? *Cliënt & Raad*, 2000a, 1(4), 11-13.
- Knulst, M. Goede bejegening gaat om duizend kleine dingen: Katrien van Scheijen, beleidsmedewerker LOC. *Cliënt & Raad*, 2000b, 1(1), 10-13.
- Knulst, M. LOC en Cliënt & Kwaliteit werken samen in verbetertrajecten voor cliëntenraden. *Cliënt & Raad*, 2002,(5), 13-14.
- Koning, C, Meerveld, J, & Hoogeveen, F. Dansen voor de spiegel. Voorkeuren van dementerenden. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1998, 30(10), 14-16.
- Kragten, R. & Klapwijk, C. *Bejegening in de G.G.Z.: cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. (1997). Cliëntenraad Willem Arntsz Huis, Utrecht.
- Loor, H. Kwaliteit van het leven: cva-patiënten maken de balans op. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1998, 29(2), 52-58.
- Maassen, H. 'We krijgen een uniek systeem van kwaliteitstoetsing': prof.dr. A.F. Casparie over kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 2000, 55(4), 120-122.

- Maes, B, Geeraert, L, & van den Bruel, B. Oog voor kwaliteit: ontwikkeling van een model voor kwaliteitsevaluatie in de residentiele zorg voor personen met een handicap. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1999, 38(1), 3-15.
- Meijer, A. *Kwaliteit van zorg en behandeling vanuit patiëntenperspectief*. (2000). NPCF, Utrecht.
- Meijer, R. Cliëntenvertrouwenspersonen: Klachten benutten voor kwaliteit zorg. *Cliënt & Raad*, 2003, 4(5), 30-31.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Zorg van betekenis: een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. (2000). Min VWS, Den Haag.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. *De NPCF: Breekijzer voor de zorgklant*. (2002). NPCF, Utrecht.
- Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners & Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen. *Cliëntenraad & veiligheid*. (1997). Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners/Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen, Utrecht/Zoetermeer.
- Neuteboom, H. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen. Inzicht in kwaliteit en doelmatigheid. *VDB Magazine, vakblad voor directies in de zorgsector*, 2003, 25(1), 20-21.
- Nies, H. & Plaisier, A. Participatie van bewoners bij bouw en nieuwbouw: verpleeghuis zonder gouden kranen. *Zorgvisie*, 1997, 27(7a), 13-15.
- Nijkamp, M, Sixma, H, Afman, H, Hiddema, F, Koopmans, S, & van den Borne, B. Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-Cataract. *British Journal of Ophthalmology*, 2002, 86(9), 840-842, lit.
- Oosterom, H. *Goed geregeld? Kwaliteitswijzer voor verzorgingshuizen*. (1998). WoonZorg Federatie, Zeist.
- Oudenampsen, D. & de Gruijter, M. *Regionaal kwaliteitsbeleid*. (2000). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- Oudenampsen, D. *De patiënt als burger, de burger als patiënt: burgerschap en kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg*. (1999). Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- Palm, I. & Helmer-Englebert, R. *Waar een rijk land arm in is: deel 2: resultaten van een enquête onderwerkers in de gehandicaptenzorg naar de gevolgen van de hoge werkdruk*. (2002). Comité Zorg voor Iedereen, Rotterdam.
- Place, M. & Cazemier, G. *Goed, beter, kwaliteit: werkboek voor kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten*. (1998). Trimbos-instituut/ Vereniging Somma, Utrecht.
- Putman, C. & Versluijs, M. Over het hoe en waarom van het patiëntenperspectief. *Kwaliteit in Beeld*, 2003, 13(3), 14-16.

- Raad voor de Volksgezondheid. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. (1998). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid. *Volksgezondheid en zorg*. (2001). Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer.
- Ribbe, M, Frijters, D, Herogh, C, van Houten, P, & Wiersma, L. Resident Assessment Instrument RAI: een nieuwe patiëntbeoordelingsmethode als voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van de zorg. *Vox Hospitii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 1996, 20(themanummer), 9-13.
- Roscam Abbing, H. De patiënt en recht op kwaliteit van zorg: voldoet het kwaliteitsbeleid? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1996, 20(4), 205-209.
- Santema, C, van Bruggen, M, & Tromp, T. *Zorg voor cliënten: cliëntgerichtheid in verpleeghuizen*. (2001). Scenter, Bosch en Duin.
- Schellekens, W. & Blijham, G. Deltaplan voor een verborgen probleem: de veiligheid van de patiënten staat ter discussie. *Medisch Contact*, 2003, 58(10), 387-390.
- Schellekens, W. & Everdingen, J. Kwaliteitsagenda voor de toekomst: een voorstel voor de Leidschendamconferentie 2000. *Medisch Contact*, 2000, 55(16), 583-586.
- Schouten, G, Sixma, H, & Friele, R. *De positie van patiënten/consumenten in de gezondheidszorg: een project-inventarisatie*. (1999). ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag.
- Schut, F, Collaris, J, Lips, J, de Kam, C, van Leeuwen, M, Leyenaar, R, & Anderson, J. *Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor patiënten in het zorgstelsel: een gezamenlijk project van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)*. (1997). NPCF/RVZ, Utrecht/Zoetermeer.
- Sixma, H. Onderzoek naar kwaliteit van zorg: bekijk het eens vanuit het patiëntenperspectief. *Ouderenzorg: magazine en nieuwsbrief voor management & beleid*, 1998, 1(9), 28-29.
- Sixma, H. Patiëntenperspectief en kwaliteitsprojecten. *Kwaliteit in Beeld*, 2002, 12(2), 11-12.
- Sixma, H, Kerssens, J, van Campen, C, & Peters, L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1998, 1(2), 82-95.
- Sixma, H. & van Campen, C. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers. *Kwaliteit in Beeld*, 1996, 6(2), 12-14.
- Sixma, H, van Campen, C, Kerssens, J, & Peters, L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing*, 2000, 29 173-178.
- Sonnemans, W. Kwaliteitsjaarverslagen getoetst door een RPCP: patiëntenperspectief krijgt weinig aandacht in kwaliteitsjaarverslagen. *Kwaliteit in Beeld*, 1999, 9(5), 14-15.

- Stichting PatiëntenPraktijk. *Onderzoek vanuit patiëntenperspectief. Verslag werkplaatsconferentie*. (2003). Stichting PatiëntenPraktijk, Utrecht.
- Stüssgen, R. *De nieuwe patiënt op weg naar autonomie*. (1997). Thesis Publishers, Amsterdam.
- Stüssgen, R. Gebruikerscriteria voor kwaliteit van verpleging en verzorging. *Tijdschrift voor Praktijk Evaluatie*, 1998, 18(1), 34-39.
- Stüssgen, R. & Oostrom, T. Kwaliteit door de bril van de patiënt gezien: verwachtingen van patiënten verwoord in 101 kwaliteitscriteria. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1998, 108(9), 282-285.
- Vaalburg, A. & Goudriaan, G. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief. *Medisch Contact*, 1998, 53(6), 204-206.
- van Amelsvoort, H. *Mag het ietsje meer zijn?: cliëntvriendelijk handelen in de beroepspraktijk*. (1999). NIZW, Utrecht.
- van Beemen-Schrikker, R. & Eeland, K. Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1999, 54(7/8), 782-787.
- van Campen, C. & Kerkstra, A. Ervaren kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten: een overzicht van meetinstrumenten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1996, 27(1), 20-28.
- van Campen, C. & Kerkstra, A. Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1998a, 29(1), 11-18.
- van Campen, C, Sixma, H, Kerssens, J, & Peters, L. Assessing noninstitutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *Journal of Asthma*, 1997, 34(6), 531-538.
- van Campen, C, Sixma, H, Kerssens, J, Peters, L, & Rasker, J. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the Quote-Rheumatic-Patients instrument. *British Journal of Rheumatology*, 1998b, 37 362-368.
- van de Pol, F. Modernisering AWBZ. *Zorgadministratie en informatie*, 2002,(110), 14-19.
- van de Siepkamp, D. & Verbeek, G. *In gesprek met gebruikers: gebruikersfeedback door teams in de zorgsector*. (1996). NIZW, Utrecht.
- van de Ven, M. & van Westerop, A. Menselijk en doelmatig?: hoe het mis kan lopen in de zorg voor een patiënt. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2001, 111(1), 18-20.
- van der Elst, A. Benchmark in de ouderenzorg te vroeg? het gaat om het verhaal achter de cijfers. *Ouderenzorg: magazine en nieuwsbrief voor management & beleid*, 2001, 4(12), 12-14.
- van der Hoest, L. Benchmark. *Nieuwsbrief Stichting Zorg Lichamelijk Gehandicapten*, 2002, 5(6), 1-2.

- van der Zwan, A. Nieuwe uitdagingen voor 2003. *Perspectief, Nieuwsbrief van Stichting Perspectief*, 2002,(6), 1-3.
- van Eijkeren, A. 'Ze moeten geen opoe tegen me zeggen' -. *VWS Bulletin*, 1998,(8), 10-11.
- van Gastel, W, Vermeer, A, & Rispen, J. De constructie van het KOMPAS: een richtlijn voor de kwaliteitsevaluatie van de zorgstructuur in orthopedagogische internaten voor moeilijk lerende kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 2001, 27(3), 156-165.
- van Geen, V. The Measure and Discuss Intervention: A procedure for client empowerment and quality control in residential care homes. *The Gerontologist*, 1997, 37(56), 817-822.
- van Haaster, H. *Cliëntenparticipatie*. (2001). Coutinho, Bussum.
- van Kampen, S. Patiënten laten nog te weinig van zich horen: invloed op kwaliteit. *VWS Bulletin*, 2000, 4(8), 15-17.
- van Kerkhof, M. Thermometer cliëntwaardering: Cliënten geven rapportcijfer. *Psy, Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2001, 5(12), 4-6.
- van Luit, P. *Kwaliteitsjaarverslagen en het aspect patiëntgerichtheid*. (2000). Landelijk coördinatiepunt kwaliteitsbeleid zorgsector, Zeist.
- van Ruijven, A, van de Rijt, J, Merckx, J, & Santema, C. Vraagsturing in het verpleeghuis. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2003,(3), 46-48.
- van Thiel, E. Ruimte voor het eigen leven van verpleeghuisbewoners: VWS Stimuleringsprogramma Bejegening. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1999,(6), 42-44.
- van Wersch, S. & Zomerplaat, J. Kwaliteit: een samenspel van cliënt en instelling. *Kwaliteit in Beeld*, 1999, 9(1), 13-15.
- van Wijmen, F. De kwaliteit van de hulpverleningsrelatie. *Kwaliteit & Zorg*, 1997, 5(2), 61-69.
- Veeninga, A. & Hafkenscheid, A. Patiëntgerichte kwaliteit van zorg: een methode om te evalueren of patiënten bereiken wat ze wensen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 2002, 28(1), 38-53.
- Verbeek, G. *Zorg in samenspel: samenwerking tussen cliënten en hun zorgverleners in vraaggerichte of vraaggestuurde zorg*. (1999). NIZW, Utrecht.
- Verbeek, G. *De cliënt centraal, wat nu?: management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. (2002a). Elsevier, Maarsen.
- Verbeek, G. Werk vraaggericht, doorbreek routines: visie op kwaliteit van verzorging. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 2002b, 34 38-41.

- Verbeek, G. *Werken aan kwaliteit: werkmethodes voor helpenden en verzorgenden*. (2002c). Sting, Utrecht.
- Verbeek, G. *De cliënt centraal, hoe doen we dat?: coaching van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. (2003). Elsevier, Maarssen.
- Verbeek, G. & Tiemersma, K. *Aan elkaar gewaagd? Orientatie op het samenspel tussen cliënt en zorgverlener in een vraaggerichte zorg*. (1998). NIZW, Utrecht.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. *Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg; concept*. (1998). Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. *Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg*. (2000). Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht.
- Verkooijen, H, Elderhuis, R, Hamers, J, & Spreuwenberg, C. Vraaggestuurde zorg en het patiëntenperspectief: een literatuurstudie. *Verpleegkunde*, 2003, 18(1), 39-47.
- Vermeer, M. & Bosman, M. Ervaringen gebruikers van zorg verzameld op Internet: zeeuws project met landelijke navolging. *Cliënt & Raad*, 2002,(5), 25-26.
- Vermij, L. Kwaliteit van leven zichtbaar maken: nieuw meetinstrument laat chronische ggz-cliënten zelf aan het woord. *Zorg en Welzijn*, 1998, 4(3), 13-13.
- Verschuur, A. Voorzichtig omgaan met uitkomsten benchmarks. *Ouderenzorg: magazine en nieuwsbrief voor management & beleid*, 2001, 4(12), 6-9.
- Vrielink, M, Es, S, Hendriks, A, & Smets, E. Double check in patiënten-tevredenheidsonderzoek: wetenschap en praktijk gecombineerd. *Kwaliteit in Beeld*, 2001, 11(1), 16-18.
- Vulto, M. *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers: op weg naar 2020*. (2002). Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Zoetermeer.
- Wagner, C. Cliëntgerichtheid staat nog in de kinderschoenen - Eind mei vindt de vierde Leidschendam kwaliteitsconferentie plaats van zorgaanbieders, patiënten-/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars over nieuwe landelijke afspraken in het kader van kwaliteitsbeleid. Onderzoek geeft genoeg actiepunten aan. *Ouderenzorg: magazine en nieuwsbrief voor management & beleid*, 2000, 3(4), 24-
- Wagner, C. & Ribbe, M. RAI: een beoordelingsinstrument brengt de zorgbehoefte van cliënten in kaart. *Kwaliteit in Beeld*, 1997, 8(6), 11-14.
- Wagner, C, van der Wal, G, Groenewegen, P, & de Bakker, D. The effectiveness of quality systems in nursing homes. *Quality in Health Care*, 2001a, 10(4), 211-217.
- Wagner, C. & Visser, G. Ketenkwaliteit: grensoverschrijdende kwaliteitsbewaking: een begrip met veel gezichten.. *Kwaliteit in Beeld*, 1999, 9(3), 2-3.

- Wagner, C, Wiersma, L, Ribbe, M, & van der Wal, G. Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. *Kwaliteit in Beeld*, 2001b, 11(5), 18-20.
- Wever, I, Pool, A, & Huizing, A. *Verpleeghuiszorg thuis: kwaliteit van zorg en leven: tussen thuis en ziekenhuis*. (2000). NIZW, Utrecht.
- Wezenberg, E. *De Vraag in Beeld. Een handleiding om met de Arcon Focusmethode de kwalitatieve vraag naar zorg en diensten vanuit gebruikersperspectief in beeld te brengen*. (2001). Arcon, Hengelo.
- Widdershoven, G. Kwaliteitszorg: welke stem krijgt de patiënt? *Kwaliteit & Zorg*, 1997, 5(2), 81-86.
- Wiewel, R. & Denis, R. Ruimte maken voor eigen leven: Het Stimuleringsprogramma Bejegening in verpleeghuizen. *NZi notities*, 1998,(62), 8-9.
- Wolleswinkel-van den Bosch, J, Hoeymans, N, & Treurniet, H. *Kwaliteit van leven in de VTV: een haalbaarheidstudie voor acht ziekten*. (2001). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Bilthoven.
- Zijp, M. *Cliënt en zorgplan*. (1999). Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners, Zoetermeer.
- Zijp, M. Dat kan toch gemakkelijk anders? Verbetersuggesties in jaarrapport Cliënt & Kwaliteit. *Cliënt & Raad*, 2003, 4(5), 10-13.



## **Bijlage 2 Relevante websites in verband met kwaliteit van zorg in de care-sector vanuit cliëntenperspectief**

<http://www.arcares.nl/>

<http://www.arconweb.nl/>

<http://www.ouderenorganisaties.nl/>

<http://www.branchebelang-thuiszorg.nl/>

<http://www.cbo.nl/>

<http://www.cg-raad.nl/>

<http://www.cliëntenbond.nl/>

<http://www.acquest.nl/zorgenwelzijn/cliëntenperspectief.htm>

<http://www.spc-groningen.nl/cvvg/index.shtml>

[http://www.npvzorg.nl/coll\\_bel.htm](http://www.npvzorg.nl/coll_bel.htm)

<http://consumentenbond.nl/>

<http://www.patiëntenpraktijk.nl/>

<http://www.devraagaanbod.nl/>

<http://www.ggznederland.nl/>

<http://www.hkz.nl/>

<http://www.fvo.nl/>

<http://www.cliëntenraad.info/>

<http://www.zorgboeren.nl/index.html>

<http://www.onderdeleden.nl/ikgst.htm>

<http://www.ink.nl/content.cfm>

<http://www.igz.nl/>  
<http://www.revalidatiehandicap.nl/>  
<http://213.84.152.40/pponderzoek.htm>  
<http://www.kiesmetzorg.nl/>  
<http://www.kwadraad.info/nav.htm>  
<http://www.lkng.nl/>  
<http://www.lsr-cliëntenraden.nl/>  
<http://www.landbouwzorg.nl/>  
<http://www.loc.nl/>  
<http://www.lpr.nl/welkom.htm>  
<http://www.minvws.nl>  
<http://www.onderling-sterk.nl/>  
<http://www.thuiszorg.nl/>  
<http://www.npvzorg.nl/body.htm>  
<http://www.vgn.org/>  
<http://www.nigz.nl/>  
<http://www.nizw.nl/>  
<http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/kco/>  
<http://www.npcf.nl/frames/connpcf.htm>  
<http://www.pickereurope.org/index.htm>  
<http://www.nivel.nl/>  
<http://www.qkennis.nl/>  
<http://www.rvz.net/cgi-bin/index.pl>

<http://www.revalidatie.nl/subnav1.htm>

[http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/zorg/verpleging/verpleeghuis/verpleeghuis\\_kwaliteit\\_beleid.htm](http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/zorg/verpleging/verpleeghuis/verpleeghuis_kwaliteit_beleid.htm)

<http://www.rpcp.org/>

<http://www.nvkz.nl/>

<http://www.fondspgo.nl/>

<http://www.patiëntenfonds.nl/>

<http://www.perspectief.org/top.htm>

<http://www.stg-zlg.nl/>

<http://www.sting.nl/>

<http://www.symfora.nl/>

<http://www.trimbos.nl/>

[http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/zorg/verpleging/verpleging\\_kort.htm](http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/zorg/verpleging/verpleging_kort.htm)

<http://www.verwey-jonker.nl/>

<http://www.ngbz.nl/>

<http://www.zetnet.nl/>

<http://www.iwz.nl/>

<http://www.zichtopzorg.nl/>

<http://www.zorgmediatheek.nl/>

<http://www.zozijn.nl/>

