

# Continuity of care and client satisfaction in the community : a study of professional and non-professional care for the chronically ill

Citation for published version (APA):

van Achterberg, M. (1997). *Continuity of care and client satisfaction in the community : a study of professional and non-professional care for the chronically ill*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.19970117ma>

## Document status and date:

Published: 01/01/1997

## DOI:

[10.26481/dis.19970117ma](https://doi.org/10.26481/dis.19970117ma)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

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

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

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

---

## Summary

This thesis describes two studies that focussed on community care for those who are chronically ill or care-dependent. In both studies, community care was not restricted to the care that is provided by professionals. Informal or non-professional care, given by members from the client's social network was seen as an essential part of total community care. Whereas the first study describes the implementation and the effects of coordination of care, the second studies addresses correlates of the diversity of care and (the course of) client satisfaction.

Chapter 1 gives an overview of both studies. In this chapter the overall research model is presented, methods and results of the two studies are summarized and limitations, conclusions and implications of the study are discussed. The overall research model was derived from a combination of (theoretical) insights. Alter & Hage's Conceptual Framework for Studying Interorganizational Networks provided the framework for this model (Alter & Hage 1993). The concepts within the model were derived from the works of Andersen (1995), Litwak (1985), and Wall (1981). Coordination of care, predisposing, enabling and need factors, diversity of care, care-tasks, continuity of care and client satisfaction are the building blocks of the research model. In chapter 1, the concepts are introduced and proposed relationships are discussed.

Chapter 2 describes the implementation of coordination of care for chronically ill, elderly community care clients. Coordination of care was implemented by appointing care-coordinators in specific client situations. Only those professional and non-professional care-givers who were already involved in the client situation were eligible for the role of care-coordinator. All coordinators were instructed to perform five basic tasks: (1) introducing themselves as coordinators; (2) making a care-inventory; (3) making a care-plan; (4) execution of the care-plan and monitoring care, and (5) evaluation of the care-plan. As potential tools, a care-inventory form, a care-plan form, a logbook (a tool in monitoring daily care) and coordinator guidelines were introduced.

Coordinators were asked to perform their tasks for the period of one year. A total of 19 professionals and 19 non-professionals acted as the coordinators for one or more clients during a period of at least six months. The implementation of coordination of care was evaluated using minutes from group meetings with coordinators, used care-plans and logbooks, and interviews with coordinators. Interviews with coordinators were 'open interviews', addressing topics such as specific client situations, task performance, potential effects of the intervention and potential problems.

Nearly all coordinators performed well on the tasks of 'making a care-inventory' and 'execution of the care-plan and monitoring care'. Performance was reasonable with regard to the 'introduction' and the 'making of a care-plan', while the 'evaluation' was executed reasonably by professionals and poorly by non-professionals. Professionals and non-professionals used different coordinator styles. Whereas professionals presented themselves as 'care

managers', non-professionals became 'client advocates'. On the whole, however, there were few differences in task performance of professionals and non-professionals. Therefore it was concluded that both professionals and non-professionals might function as care-coordinators.

Chapter 3 offers a description of the results of the coordination of care intervention. The interviews with 19 professionals and 19 non-professionals who functioned as coordinators and interviews with 72 clients, who participated during the intervention period of one year, were used to evaluate the intervention's effects. Whereas interviews with coordinators had an open structure, prestructured questions and answers were used in client interviews, dealing with topics such as health, functioning, diversity of care and satisfaction.

Professionals who functioned as coordinators perceived more effects than non-professionals who performed the same tasks. The seven coordinators who reported no effects were all non-professionals. Coordinators mentioned many effects that referred to interpersonal continuity; 24 out of 38 coordinators believed that the intervention had positive effects on relationships between clients and care providers. Positive results with regard to informational and interdisciplinary continuity were reported by half of the coordinators. Interviews with clients revealed hardly any effects of the coordination of care intervention. Only a short term effect on client satisfaction could be reported. After six months of coordination of care, clients with coordinators reported less complaints with regard to the care-givers involved than clients who received only regular care.

Chapter 4 is the first of three chapters that describe the second study, a study of the correlates of diversity of care and (the course of) client satisfaction scores. In this chapter, the results of a cross sectional study, describing the correlates of the diversity of professional, non-professional and total care is presented. A group of 177 care-dependent community care clients (adults) was identified by means of a large scale telephone survey among randomly selected households. Care-tasks, predisposing, enabling and need factors, diversity of care, continuity of care and client satisfaction were addressed in the prestructured client interviews. The results for client satisfaction and continuity of care were used for the description of correlates of client satisfaction in chapters 5 and 6. Nearly all clients in the sample received both professional and non-professional care. On average clients received care from nearly five different types of professional or non-professional care-givers. The diversity of total care was at best explained by a function of quality of life, daily functioning, and the care-tasks emotional support and informational support. Age, living arrangement, quality of life, emotional support, and diversity of professional care were significant factors in the explanation of variance in the diversity of non-professional care. Finally, a significant proportion of the variance in the diversity of professional care could be explained by scores for non-professional care, practical and informational support, daily functioning and sharing a household with others.

Chapter 5 describes the correlates of client satisfaction with professional and non-professional community care. For this part of the second study, the same cross-sectional data for the group of 177 care-dependent adults were used. Client satisfaction was registered for specific types of care-givers (e.g. children, home helpers and medical specialists) and professional and non-professional care in general. Although there was some variety in the results for specific care-givers, aspects of continuity of care were generally among the most important correlates of client satisfaction. More continuity of care went along with higher levels of client satisfaction. With regard to the other factors it was reported that the level of client satisfaction could partially be explained from the clients' educational level. Lower educational levels implied more client satisfaction.

Chapter 6 is dedicated to predictors of developments in client satisfaction scores. In this last chapter longitudinal data from 134 of the original 177 care-dependent adults were used. These 134 respondents participated in a second interview round, eight months after the first interview took place. Predictors of the course of client satisfaction scores were studied for both professional and non-professional care. Changes in the diversity of care and developments in the continuity of care were the best predictors of deteriorations and improvements in client satisfaction. Increased diversity of care and decreased continuity of care went along with negative developments in client satisfaction scores. The course of client satisfaction scores was further related to the clients' impairment and quality of life. A higher quality of life at baseline was related to positive developments in client satisfaction, whereas the results for impairment were somewhat contradictory.

Conclusions were drawn, following the proposed relationships in the original research model. From study I conclusions were drawn with regard to the effects of the appointment of care-coordinators. Whereas results from coordinator interviews confirmed the proposed relationship between coordination and continuity of care, effects on the diversity of care were not identified as a result from the coordination of care intervention. It is suggested that the absence of effects on the diversity of care could result from the nature or the incompleteness of the intervention. Nevertheless, the appointment of care-coordinators is seen as beneficial, when aiming at the improvement of the continuity of care.

From the second study it was concluded that predisposing, enabling and need factors were useful in the explanation of diversity of care. Still, adding the concept of 'care-tasks' should be considered when developing a model that aims at an explanation of the variety in the diversity of professional and non-professional community care.

While some effects of predisposing, enabling and need factors were reported, these factors were relatively unimportant in the explanation of (developments in) client satisfaction. Continuity of care aspects were very relevant to both the level of, and developments in client satisfaction. Although the diversity of

care is relatively unimportant in the explanation of current levels of satisfaction, increasing diversity of care is a serious threat to the level of client satisfaction.

Apart from general conclusions, limitations and practical implications of the two studies are given in the last section of chapter 1. The results from study I implied that both professionals and non-professionals are suitable candidates for the role of care-coordinator. However, future interventions should give more attention to training potential coordinators in systematic working. With regard to the training of non-professionals, some additional assertiveness training and learning strategies in mobilizing other care-givers can be appropriate. Whereas the appointment of care-coordinators can result in improved continuity of care, interventions that involve formal arrangements and/or client budgets might be more effective when aiming at the improvement of client care.

Findings from the second study implied that care-givers should pay more attention to potential care deficits in the 'frail' elderly, clients who are older, live alone, are more impaired and report a relatively low quality of life. Furthermore, the results for this study further revealed that client satisfaction scores are meaningful and that the level of client satisfaction is threatened by a high complexity of care. Therefore, coordination of care is all the more relevant in situations with a high diversity of care.

---

## References

- Alter, C. & Hage, J. (1993) *Organizations working together*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Andersen, R. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36: 1-10.
- Litwak, E. (1985) *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Wall, E.M. (1981) Continuity of care and family medicine: Definition, determinants and relationship to outcome. *The Journal of Family Practice* 13: 655-664.

## Samenvatting

In dit proefschrift wordt verslag gedaan van twee studies binnen de thuiszorg voor chronisch zieken of zorg-afhankelijken. Daarbij werd het onderwerp van studie niet beperkt tot de thuiszorg die door professionele hulpverleners wordt geleverd; ook de hulpverlening door mantelzorgers werd in beide studies nadrukkelijk belicht. De eerste van de twee studies beschrijft de implementatie en de effecten van (een specifieke variant van) coördinatie van zorg. In de tweede studie wordt gekeken naar factoren die samenhangen met de diversiteit van zorg en (het beloop van) de tevredenheid van cliënten. Hoofdstuk 1 geeft een overzicht van de twee studies. In dit hoofdstuk wordt een onderzoeksmodel voor de twee studies gepresenteerd, worden methoden en resultaten van de twee studies samengevat en worden beperkingen, conclusies en aanbevelingen beschreven. In het onderzoeksmodel is een aantal theoretische inzichten gecombineerd. Het raamwerk voor het model is afgeleid van het 'Conceptual Framework for Studying Interorganizational Networks' volgens Alter en Hage (1993). Het raamwerk werd verder ingevuld aan de hand van concepten van Andersen (1995), Litwak (1985) en Wall (1981).

Coördinatie van zorg, predisponerende, gelegenheids- en behoeftenfactoren, diversiteit van de zorgverlening, zorgtaken, continuïteit van zorg en de tevredenheid van cliënten waren centrale concepten in dit model. In hoofdstuk 1 worden deze concepten geïntroduceerd en worden mogelijke relaties tussen de concepten besproken.

Hoofdstuk 2 is een beschrijving van de implementatie van coördinatie van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieke ouderen. In specifieke cliënt situaties werd één van de hulpverleners die al bij de zorg voor de cliënt betrokken was voor de periode van één jaar als zorgcoördinator aangewezen. Zowel professionele hulpverleners als mantelzorgers kwamen voor de rol van zorgcoördinator in aanmerking. Van alle coördinatoren werd verwacht dat ze vijf taken uitoefenden: (1) introductie als zorgcoördinator; (2) zorginventarisatie; (3) maken van een zorgplan; (4) uitvoeren van het zorgplan en bewaken van de zorg en (5) evalueren van het zorgplan. Een zorginventarisatie-formulier, een zorgplan, een logboek en een korte handleiding voor de zorgcoördinator werden als hulpmiddelen meegegeven. Een groep van 19 professionals en 19 mantelzorgers coördineerde voor een periode van tenminste 6 maanden. De implementatie van coördinatie van zorg werd geëvalueerd aan de hand van notulen van bijeenkomsten met zorgcoördinatoren, open interviews met coördinatoren en gebruikte zorgplannen en logboeken. Het uitvoeren van een zorginventarisatie en het uitvoeren van het zorgplan en bewaken van de zorg waren taken die door nagenoeg alle coördinatoren goed werden uitgevoerd. De introductie en het maken van een zorgplan waren taken die matig werden uitgevoerd, terwijl taak 5, de evaluatie, door professionals matig en door mantelzorgers slecht werd uitgevoerd. Verder verschilden professionals en mantelzorgers in hun benadering van het coördinatorschap. Waar professionals zich vaak als 'zorg managers' profileerden, wierpen mantelzorgers

zich op als 'belangenbehartiger' voor hun cliënt. Over het algemeen waren er echter weinig, of alleen kleine verschillen tussen professionals en mantelzorgers. Daarom werd geconcludeerd dat beide soorten hulpverleners als zorgcoördinatoren zouden kunnen functioneren.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de interventie beschreven. Voor de effect-evaluatie werden naast de interviews met 19 professionals en 19 mantelzorgers ook interviews met 72 cliënten die gedurende het hele project deelnamen gebruikt. De interviews met cliënten waren voorgestructureerde interviews waarin onderwerpen zoals gezondheid, functioneren, diversiteit van de hulpverlening en de tevredenheid van cliënten aan bod kwamen. Professionals die als zorgcoördinator optraden rapporteerden meer effecten dan mantelzorgers die dezelfde taken uitvoerden. De zeven coördinatoren die geen enkel effect noemden waren allen mantelzorgers. Coördinatoren noemden vooral veel effecten die verwezen naar interpersoonlijke continuïteit; 24 van de 38 coördinatoren gaven aan dat de relaties tussen cliënten en hulpverleners als gevolg van de interventie verbeterd waren. Positieve effecten op de continuïteit van de informatievoorziening en de interdisciplinaire contacten werden door ongeveer de helft van de hulpverleners gerapporteerd. De interviews met cliënten lieten alleen een korte termijn effect op de tevredenheid van cliënten zien. Na zes maanden van coördinatie van zorg rapporteerden cliënten in de interventiegroep minder klachten over hulpverleners, maar dit effect werd na 12 maanden niet meer teruggevonden.

Hoofdstuk 4 is het eerste van drie hoofdstukken die tezamen de tweede studie beschrijven. In deze studie werd gezocht naar factoren die samenhangen met de diversiteit van de zorgverlening en (ontwikkelingen in) de tevredenheid van cliënten. In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van een transversale studie beschreven welke factoren samenhangen met de diversiteit van professionele zorg, mantelzorg en de totale zorg.

Een groep van 177 zorg-afhankelijken werd geselecteerd door middel van een telefonische enquête onder een aselechte steekproef van huishoudens. In interviews met deze zorg-afhankelijken of cliënten kwamen onderwerpen als zorgtaken, predisponerende, gelegenheids- en behoeftenfactoren, diversiteit en continuïteit van de zorg en de tevredenheid van cliënten aan de orde. De resultaten met betrekking tot continuïteit en de tevredenheid van cliënten zijn beschreven in de hoofdstukken 5 en 6. Bijna alle cliënten ontvingen zowel professionele als mantelzorg. Daarbij ging het gemiddeld om vijf verschillende typen hulpverleners. Kwaliteit van leven, dagelijks functioneren en de zorgtaken emotionele en informatiele steun waren de factoren met de belangrijkste bijdrage aan de verklaring van de diversiteit van de totale zorgverlening. Leeftijd, woonsituatie, kwaliteit van leven, emotionele steun en de diversiteit van professionele hulpverlening waren de belangrijkste factoren bij de verklaring van de diversiteit van mantelzorg. De diversiteit in professionele zorg viel tenslotte het beste te verklaren aan de hand van de factoren praktische en informatiele steun, dagelijks functioneren, woonsituatie en de diversiteit van mantelzorg.

In hoofdstuk 5 wordt de samenhang tussen de tevredenheid met professionele en mantelzorg en een aantal mogelijk verklarende factoren bestudeerd. Ook voor dit deel van de studie werden de gegevens van 177 zorg-afhankelijken gebruikt. De tevredenheid van cliënten werd zowel per hulpverlener als voor het totaal van professionele en mantelzorg in kaart gebracht. Aspecten van de continuïteit van zorg hadden in het algemeen een belangrijke bijdrage aan de verklaring van de tevredenheid van cliënten. Meer continuïteit in de zorg ging daarbij samen met meer tevredenheid. Verder was met name het opleidingsniveau van cliënten relevant. Cliënten met een lager opleidingsniveau waren vaker tevreden met de ontvangen zorg.

Hoofdstuk 6 is gewijd aan voorspellers van ontwikkelingen in de tevredenheid van cliënten. Voor dit laatste hoofdstuk werden longitudinale gegevens van 134 van de 177 zorg-afhankelijken gebruikt. Deze 134 cliënten konden, 8 maanden na het eerste interview, voor een tweede maal geïnterviewd worden. Voorspellers van ontwikkelingen in tevredenheid werden voor zowel professionele als mantelzorg bestudeerd. Veranderingen in de diversiteit en de continuïteit van zorg waren de beste voorspellers van verbeteringen of verslechtingen in de tevredenheid van cliënten. Een toename in de diversiteit en een teruggang in de continuïteit van zorg hing samen met een verslechtering in de tevredenheid van cliënten. Verder waren beperkingen en de kwaliteit van leven van cliënten gerelateerd aan ontwikkelingen in tevredenheid. Daarbij waren de resultaten met betrekking tot de beperkingen van cliënten niet consistent, terwijl een hogere kwaliteit van leven op het eerste meetmoment duidelijk samenhang met positieve ontwikkelingen in de tevredenheid met de zorgverlening.

Aan de hand van het in hoofdstuk 1 gepresenteerde onderzoeksmodel konden conclusies voor beide studies gegeven worden. Uit de resultaten van studie I viel een aantal conclusies over het aanwijzen van zorgcoördinatoren voor individuele cliënten te trekken. Terwijl de veronderstelde relatie tussen coördinatie en continuïteit van zorg werd aangetroffen, resulteerde het aanwijzen van zorgcoördinatoren niet in veranderingen in de diversiteit van de zorgverlening. Dit gebrek aan effecten is mogelijk te verklaren vanuit de aard of de onvolledige implementatie van de interventie. Desondanks wordt het aanwijzen van zorgcoördinatoren als zinvol gezien, met name wanneer verbeteringen in de continuïteit van zorg beoogd worden.

Uit de resultaten van studie II volgde de conclusie dat predisponerende, gelegenheids- en behoeftenfactoren relevant zijn bij het verklaren van de diversiteit in de zorgverlening. Desondanks verdient het zeker aanbeveling om zorgtaken in het oog te houden bij de verklaring van de diversiteit van professionele zorg en mantelzorg.

Predisponerende, gelegenheids- en behoeftenfactoren waren relatief onbelangrijk bij het verklaren van (ontwikkelingen in) de tevredenheid van cliënten. Aspecten van continuïteit van zorg waren van belang voor zowel het niveau van als ontwikkelingen in de tevredenheid van cliënten. Hoewel de diversiteit van de zorgverlening niet direct van belang was voor de tevreden-



heid op een bepaald moment, werd geconcludeerd dat een toename in de diversiteit van zorgverlening meer kans op ontevredenheid van cliënten met zich meebrengt.

Naast een aantal conclusies, werden in het laatste deel van hoofdstuk 1 ook verschillende aanbevelingen geformuleerd. De resultaten van studie I maakten duidelijk dat zowel professionals als mantelzorgers geschikte kandidaten voor de rol van zorgcoördinator zijn. In toekomstige interventies dient echter extra aandacht aan het systematisch werken van potentiële zorgcoördinatoren gegeven te worden. Mantelzorgers zouden bovendien extra begeleiding moeten krijgen waar het gaat om assertiviteit en het mobiliseren van (nieuwe) hulpverleners. Hoewel het aanwijzen van zorgcoördinatoren al kan resulteren in een verbeterde continuïteit van de zorgverlening, heeft een coördinator voor het daadwerkelijk veranderen van de hulpverlening wellicht formele bevoegdheden en financiële middelen (cliënt gebonden budget) nodig.

De resultaten van de tweede studie wijzen uit dat hulpverleners meer aandacht zouden moeten geven aan de meer 'kwetsbare' groepen cliënten: cliënten die ouder zijn, alleen wonen, meer beperkt zijn en een lagere kwaliteit van leven rapporteren. Verder wezen de resultaten van deze studie uit dat tevredenheidsscores van cliënten betekenisvol zijn en dat de tevredenheid van cliënten bedreigd wordt door een gebrek aan continuïteit en door een toename in de diversiteit van de hulpverlening. Coördinatie van zorg is daarom des te meer relevant in die gevallen waar veel verschillende hulpverleners bij de zorg voor de cliënt betrokken zijn.

---

## Verwijzingen

- Alter, C. & Hage, J. (1993) *Organizations working together*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Andersen, R. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36: 1-10.
- Litwak, E. (1985) *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Wall, E.M. (1981) Continuity of care and family medicine: Definition, determinants and relationship to outcome. *The Journal of Family Practice* 13: 655-664.