

≈ Samen zorgen voor beter ≈

Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van
de cliënt



Stichting Wonen en Psychiatrie



Auteur

Ditta Westerbeke
00037100

Opleiding

Social Work / Sociaal Pedagogische
Hulpverlening

Praktijkbegeleider

Drs. Irene Neissen

In opdracht van

Stichting Wonen en Psychiatrie
(Jan van Blarikom)

Meliskerke, 14-05-2008

≈ Samen zorgen voor beter ≈

Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van
de cliënt

Auteur

Ditta Westerbeke
00037100

Opleiding

Social Work / Sociaal Pedagogische
Hulpverlening

Praktijkbegeleider

Irene Neissen

In opdracht van

Stichting Wonen en Psychiatrie
(Jan van Blarikom)

Meliskerke, 14-05-2008

Voorwoord

Nu dit onderzoeksrapport voor u ligt, is voor mij een periode van afstuderen zo goed als afgesloten. Dit rapport is namelijk mijn eindwerk voor de studie Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Hogeschool Zeeland in Vlissingen. Ik kan terug zien op een drukke maar leerzame periode waarin ik onderzoek gedaan heb naar de ervaringen van cliënten met de zorg- en dienstverlening van Zeeuwse Gronden, de instelling waar ik mijn vierdejaarsstage heb gedaan.

Dat ik mijn onderzoek tot een goed einde heb weten te brengen, heb ik te danken aan de hulp en steun van verschillende mensen. Allereerst wil ik alle collega's en cliënten van Zeeuwse Gronden bedanken voor hun inzet, belangstelling en betrokkenheid bij mijn onderzoek. Zonder jullie medewerking was dit onderzoek niet gelukt! In het bijzonder een woord van dank aan Jan van Blarikom, mijn opdrachtgever, voor de begeleiding tijdens mijn onderzoek. Ook Irene Neissen, mijn begeleider vanuit school, wil ik bedanken voor haar geweldige inzet en goede begeleiding gedurende mijn onderzoek.

Mijn vrienden en studiegenoten wil ik bedanken voor hun steun en bemoedigen in deze drukke periode. In het bijzonder denk ik aan mijn vriendin Tamara bij wie ik altijd terecht kon als er iets was. Bedankt voor je steun en opbeurende woorden als ik het even niet meer zag zitten, voor je adviezen en voor het lezen en becommentariëren van mijn scriptie. Ook het thuisfront wil ik bedanken voor hun steun en begrip in deze drukke periode. Tenslotte wil ik bovenal God bedanken voor de kracht en de wijsheid die Hij mij heeft gegeven tijdens dit project.

Meliskerke, mei 2008

Ditta Westerbeke

Samenvatting

Westerbeke, D., (2008). *Samen zorgen voor beter. Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt*. Vlissingen, Hogeschool Zeeland.

Het kwaliteitsdenken in de zorg- en welzijnssector wordt steeds belangrijker. Het borgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg staat daarin centraal. Meer en meer wordt het perspectief van de cliënt betrokken bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten van de Stichting Wonen & Psychiatrie (Zeeuwse Gronden) in Terneuzen. De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is de volgende:

“Waar liggen, vanuit het perspectief van cliënten gezien, verbeteringsmogelijkheden in de zorg die Zeeuwse Gronden biedt met betrekking tot de onderwerpen ‘informatie’, ‘inspraak’, ‘bejegening’, ‘resultaat van behandeling’ en ‘het zorgaanbod’?”

Om antwoord te vinden op deze vraag is allereerst een literatuurstudie gedaan waardoor meer inzicht verkregen is in de onderwerpen ‘kwaliteitszorg’ en ‘kwaliteitstoetsing vanuit het perspectief van cliënten’. Tevens wordt de GGZ Thermometer, als instrument om cliënttevredenheid te meten, beschreven. Dit instrument is namelijk ingezet bij het praktijkonderzoek onder 44 cliënten van Stichting Wonen & Psychiatrie. Van deze cliënten hebben er 37 de vragenlijst ingevuld. Naast dit kwantitatieve gedeelte van het onderzoek, zijn de cliënten ook benaderd voor een interview. Hieraan hebben 34 cliënten meegewerkt. De interviews zijn gehouden om concrete feedback te krijgen op de vijf kwaliteitsaspecten zoals die benoemd zijn in de centrale vraag.

Uit de resultaten van het praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat cliënten over het algemeen, positieve ervaringen hebben met de zorg- en dienstverlening van Stichting Wonen & Psychiatrie. Toch blijkt uit de conclusies dat er ook punten zijn die verbeterd kunnen worden. Om tot daadwerkelijke verbetering van de zorg te komen, worden in het laatste hoofdstuk aanbevelingen gedaan. Deze zijn zowel organisatiebreed als ook per zorgsoort geformuleerd. Het gaat daarbij om de zorgsoorten ‘behandeling’, ‘de woonvoorziening Klaassenstraat’, ‘de woonvoorziening Grenulaan’, ‘het DAC’ en de ‘ambulante begeleiding’.

Abstract

Quality is a very important issue in the health care. More and more, the perspective of clients is involved in the development of the quality policy. This is a study about the quality of care at the 'Stichting Wonen & Psychiatrie' from the perspective of the clients. The study focuses on five topics: 'information', 'participation', 'treatment', 'result of therapy' and 'the supply of care'. This report describes the experiences of clients and presents an overview of the bottlenecks with relation to the five topics. For the method of data collection, interviews and questionnaires were selected. On the basis of this qualitative research, recommendations are done to improve the quality of care.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Centrale vraag	1
1.3 Doelstelling en methode.....	1
1.4 Tekstdoel	2
1.5 Leeswijzer	2
2. Organisatiebeschrijving	3
2.1 Ontstaan.....	3
2.2 Missie en doelstellingen	3
2.3 Doelgroep	4
2.4 Zorgaanbod.....	4
3. Kwaliteitszorg	5
3.1 Kwaliteit	5
3.2 Kwaliteitszorg	5
3.3 Kwaliteitssysteem.....	6
3.4 Kwaliteitsonderzoek.....	7
4. Kwaliteitstoetsing door cliënten	8
4.1 Cliëntenperspectief.....	8
4.2 Ontwikkelingen van het cliëntenperspectief	8
4.3 Cliënttevredenheid	9
4.3.1 Definitie.....	9
4.3.2 Discussie.....	10
4.4 Doel van cliënttevredenheidsonderzoek.....	10
4.4.1 Interne kwaliteitsverbetering	10
4.4.2 Externe verantwoording	11
4.5 GGZ Thermometer	11
5. Onderzoeksopzet	13
5.1 Type onderzoek	13
5.2 Kwantitatief onderzoek	13
5.2.1 Onderzoeksmethode	13
5.2.2 Onderzoekspopulatie	14
5.2.3 Indicatoren.....	14
5.2.4 Dataverzameling.....	14
5.2.5 Dataregistratie	15
5.2.6 Dataverwerking	15
5.2.7 Data-analyse	15
5.3 Kwalitatief onderzoek	15
5.3.1 Onderzoeksmethode	15
5.3.2 Onderzoekspopulatie	15
5.3.3 Indicatoren.....	16
5.3.4 Dataverzameling.....	16
5.3.5 Dataregistratie en dataverwerking.....	16
5.3.6 Data-analyse	16
5.4 Betrouwbaarheid	16
5.4.1 Betrouwbaarheid in het kwantitatieve onderzoek	16
5.4.2 Betrouwbaarheid in het kwalitatieve onderzoek	17
5.5 Validiteit.....	17
5.5.1 Interne validiteit	17

5.5.2 Externe validiteit	18
6. Resultaten.....	19
6.1 Respons	19
6.2 Resultaatbeschrijving GGZ Thermometer	20
6.2.1 Achtergrondgegevens.....	20
6.2.2 Informatie	20
6.2.3 Inspraak	22
6.2.4 Hulpverlener.....	23
6.2.5 Resultaat van behandeling en begeleiding	24
6.2.6 Overige vragen	26
6.3 Resultaatbeschrijving aanvullende vragen	26
6.3.1 Behandeling.....	27
6.3.2 Woonvoorziening	27
6.3.3 DAC	28
6.3.4 Ambulante begeleiding	28
6.3.5 Continuïteit van zorg.....	29
6.3.6 Overige vragen	29
7. Conclusies.....	31
7.1 Informatie	31
7.2 Inspraak	31
7.3 Hulpverlener.....	31
7.4 Resultaat van behandeling.....	32
7.5 Zorgaanbod.....	32
8. Aanbevelingen.....	33
8.1 Organisatie	33
8.2 Behandeling.....	34
8.3 Klaassenstraat.....	34
8.4 Grenulaan	35
8.5 Ambulante begeleiding	35
8.6 DAC	36
8.7 Vervolgonderzoek	36
8.8 Samenvatting.....	36
Literatuurlijst	38
Stellingen	40
Bijlagen.....	41
Bijlage 1 GGZ Thermometer	42
Bijlage 2 Begeleidende brief / Instructies.....	47
Bijlage 3 Aanvullende vragen.....	49
Bijlage 4 Topicijst.....	51
Bijlage 5 Validiteit en betrouwbaarheid van GGZ Thermometer	53
Bijlage 6 Achtergrondgegevens.....	57
Bijlage 7 Opmerkingen bij vraag 18 en 19	59

1. Inleiding

Dit onderzoeksrapport betreft een onderzoek naar de kwaliteit van zorg binnen de Stichting Wonen en Psychiatrie. De naam ‘Wonen en Psychiatrie’ is de wettelijk vastgelegde naam van de organisatie. De werkomgeving en de voorzieningen worden echter aangeduid met de naam ‘Zeeuwse Gronden’. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding, de centrale vraag, de doelstelling, de methode en het tekstdoel van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Het kwaliteitsdenken in de zorg- en welzijnsector is volop in ontwikkeling. Kwaliteit van zorg is een speerpunt van het beleid van de overheid. Daarbij wordt kwalitatief goede zorg gezien als zorg die zoveel mogelijk toegesneden is op de individuele behoeften van de cliënt. Ook binnen Zeeuwse Gronden wordt de cliënt centraal gesteld en wordt de zorg afgestemd op zijn behoeften en wensen. Kwaliteitsverbetering staat daarin centraal. Een hulpmiddel waardoor kwaliteitsverbetering kan ontstaan, is het houden van een kwaliteitsonderzoek vanuit het perspectief van cliënten. Zeeuwse Gronden wil zo’n onderzoek inzetten om te komen tot de input die nodig is voor kwaliteitsverbetering.

1.2 Centrale vraag

De centrale vraag van dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

“Waar liggen, vanuit het perspectief van cliënten gezien, verbeteringsmogelijkheden in de zorg die Zeeuwse Gronden biedt met betrekking tot de onderwerpen ‘informatie’, ‘inspraak’, ‘bejegening’, ‘resultaat van behandeling’ en ‘het zorgaanbod’?”

Om te komen tot een goed beeld van de kwaliteit van zorg binnen Zeeuwse Gronden en daarmee bovenstaande vraag te beantwoorden, moet een antwoord gevonden worden op een tweetal deelvragen:

1. Wat zijn de ervaringen van de cliënten van Zeeuwse Gronden omtrent ‘informatie’, ‘inspraak’, ‘bejegening’, ‘resultaat van behandeling’ en ‘het zorgaanbod’?
2. Welke verbeterpunten met betrekking tot ‘informatie’, ‘inspraak’, ‘bejegening’, ‘resultaat van behandeling’ en ‘het zorgaanbod’ kunnen geformuleerd worden naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten en de interviews die gehouden zijn met de cliënten van Zeeuwse Gronden?

1.3 Doelstelling en methode

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is te komen tot aanbevelingen die leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg op bovenstaande gebieden. Tevens zullen de resultaten uit het onderzoek gebruikt worden voor verantwoording naar externe partijen (zorgverzekeraars, inspectie en andere instellingen).

Voor het vaststellen van het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg, wordt de GGZ-Thermometer ingezet; een instrument voor cliëntwaarderingsonderzoek, ontwikkeld door het Trimbos Instituut en GGZ Nederland. Hiermee worden tegelijkertijd knelpunten in beeld gebracht waardoor aandachtsgebieden naar voren komen. Naast de bestaande vragen uit de GGZ Thermometer worden extra vragen aan de vragenlijst toegevoegd die meer informatie verschaffen over het vijfde kwaliteitsaspect ‘zorgaanbod’. Ook worden interviews afgenomen met de cliënten van Zeeuwse Gronden om een beter beeld te krijgen van de huidige en de gewenste situatie. Op basis hiervan kunnen mogelijkheden tot verbetering geformuleerd worden.

1.4 Tekstdoel

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek met als doel een beschrijving te geven van de ervaringen van de cliënten van Zeeuwse Gronden met de zorg- en dienstverlening. Op grond van deze ervaringen, wordt een overzicht gegeven van punten waarop de zorg verbeterd kan worden.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport telt in totaal negen hoofdstukken. In deze inleiding is de aanleiding voor het onderzoek en de centrale vraag gepresenteerd. Ook zijn kort de doelstelling en de gebruikte methode genoemd. In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van Stichting Wonen & Psychiatrie. Hoofdstuk 3 vormt het eerste deel van het theoretisch kader. Dit hoofdstuk geeft een algemeen beeld van het werken aan kwaliteit in de zorgsector. Het vormt de basis voor hoofdstuk 4 waarin verder ingegaan wordt op kwaliteitstoetsing vanuit het perspectief van cliënten. In dit hoofdstuk wordt ook de GGZ Thermometer beschreven, het instrument wat gebruikt wordt voor het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de opzet van het onderzoek. Hoofdstuk 6 geeft de resultaten weer van de vragenlijst die afgenomen is en van de interviews die gehouden zijn. Vervolgens worden in hoofdstuk 7 de conclusies gepresenteerd. Op basis van de conclusies worden in hoofdstuk 8 de aanbevelingen gedaan.

2. Organisatiebeschrijving

De onderzoeksoopdracht is gegeven door de directeur van Stichting Wonen & Psychiatrie in Terneuzen. Stichting Wonen & Psychiatrie is de wettelijk vastgelegde naam; met de naam Zeeuwse Gronden worden de voorzieningen en de werkomgeving aangeduid. In dit hoofdstuk zal een beeld geschetst worden van deze organisatie. Achtereenvolgens zal er ingegaan worden op het ontstaan, de missie en doelstellingen, de doelgroep en het zorgaanbod van Stichting Wonen & Psychiatrie.

2.1 Ontstaan

Stichting Wonen en Psychiatrie is tot stand gekomen op initiatief van de oudervereniging Ypsilon Zeeuws Vlaanderen. Zij hebben in 2003 een symposium georganiseerd waarin stilgestaan werd bij het tekort aan woonvoorzieningen in Zeeuws-Vlaanderen voor mensen met een psychiatrische aandoening.

Na dit symposium is een werkgroep opgericht met daarin afgevaardigden van de verschillende gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen, de woningbouw, de GGZ (Emergis) en familieleden van mensen met een psychiatrische aandoening. Al snel bleek dat Emergis geen financiële ruimte meer had om deze woonvoorziening te verwezenlijken. Vervolgens is door familieleden die aangesloten zijn bij de oudervereniging Ypsilon, de stichting Wonen en Psychiatrie opgericht (12 april 2005).

Om de nodige zorg te kunnen leveren, is AWBZ-erkenning aangevraagd waarvoor in september 2005 toestemming gegeven is. Op 28 maart 2006 is de overeenkomst tussen Emergis en Zeeuwse Gronden getekend voor de overname van het sociaal pension in Terneuzen. Op 1 april 2006 was de woonvoorziening van Zeeuwse Gronden een feit. De organisatie heeft zich daarna fors uitgebreid en is momenteel nog steeds in ontwikkeling.

2.2 Missie en doelstellingen

De missie van stichting Wonen & Psychiatrie is als volgt beschreven:

“De stichting Wonen en Psychiatrie beoogt geïntegreerde zorg te bieden aan mensen met een langdurige psychiatrische aandoening. Geïntegreerde zorg houdt in dat cliënten ondersteuning wordt geboden op alle domeinen van hun leven waar zij een zorgvraag hebben die samenhangt met hun psychiatrische aandoening. Het kan gaan om behandeling, begeleiding, dagbesteding en het aanbieden van een eigentijdse woonvoorziening. Bijzondere aandacht is er voor de eenheid van zorg. Behandeling van de psychiatrische aandoening, begeleiding, wonen en het aanbieden van dagactiviteiten zijn niet van elkaar te scheiden. Goede zorg op het ene domein werpt vruchten af op de andere domeinen. In het bijzonder is er aandacht voor de participatie in sociale en culturele activiteiten. Daarnaast wordt waar mogelijk familie en andere belangrijke personen uit het sociale netwerk betrokken bij de zorg. Waar nodig zal de Stichting zelf initiatief nemen om de nodige voorzieningen voor cliënten tot stand te brengen”.¹

Vanuit deze missie heeft de organisatie verschillende doelstellingen opgesteld. In deze doelstellingen komt naar voren dat de Stichting Wonen & Psychiatrie de geestelijke gezondheid en het algemeen welzijn van mensen met een psychiatrische aandoening wil bevorderen. Deze doelstelling wordt in praktijk gebracht door het aanbieden van zorgactiviteiten die daarmee samenhangen. In het bijzonder gaat het dan om het aanbieden van begeleiding, behandeling, verblijf en het realiseren, in stand houden en beheren van eigentijdse woonvoorzieningen.

¹ www.zeeuwse-gronden.nl

2.3 Doelgroep

Stichting Wonen en Psychiatrie richt zich op de meest kwetsbare groep uit de geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn vooral mensen met een langdurige psychiatrische aandoening. Psychiatrische aandoeningen zijn stoornissen op het gebied van denken, emoties en gedrag. Voorbeelden hiervan zijn:

- manisch-depressieve stoornissen;
- angststoornissen;
- eetstoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- verslavingen.

Al deze stoornissen worden beschreven in de DSM-IV, een classificatiesysteem voor diagnostiek en statistiek van psychiatrische aandoeningen. Het verloop en de symptomen van de verschillende stoornissen staan hierin beschreven.²

2.4 Zorgaanbod

Stichting Wonen en Psychiatrie biedt ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en kleinschalig wonen (verblijf). Dit wordt concreet vormgegeven door het aanbieden van bepaalde zorg en activiteiten. Het zorgaanbod bestaat uit:

- behandeling;
- twee woonvoorzieningen (Klaassenstraat en Grenulaan);
- ambulante begeleiding;
- dagactiviteitencentrum;
- verblijfplaatsen;
- crisisdienst, 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar.

De organisatie is momenteel fors in ontwikkeling waardoor het aantal voorzieningen toe zal nemen.

² <http://nl.wikipedia.org/wiki/DSM-IV>

3. Kwaliteitszorg

Een onderzoek naar de tevredenheid van cliënten heeft alles te maken met de kwaliteit van zorg in een instelling. Dit hoofdstuk biedt daarom een theoretisch kader over kwaliteitszorg in de non-profit sector.

3.1 Kwaliteit

Het begrip kwaliteit is niet eenduidig te definiëren. Er worden verschillende definities gehanteerd waarbij een aantal gemeenschappelijke kenmerken te ontdekken zijn. Allereerst is kwaliteit een normatief begrip. Dit betekent dat er altijd een vergelijking gemaakt wordt tussen de feitelijke en de gewenste situatie. De gewenste situatie is dan de norm waaraan een bepaald aspect moet voldoen. Vervolgens is kwaliteit ook subjectief omdat het vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd. Een cliënt zal anders naar kwaliteit kijken dan de organisatie. Tenslotte is kwaliteit een relatief begrip. Dit houdt in dat opvattingen over kwaliteit veranderen als omstandigheden, personen of tijden veranderen. In dit onderzoek is niet gekozen voor één definitie maar er wordt uitgegaan van de veelzijdigheid van het begrip kwaliteit. Twee definities die in de gezondheidszorg vaak gehanteerd worden, worden hieronder genoemd.³

Harteloh en Casparie hanteren de volgende definitie van kwaliteit: “Er is sprake van kwaliteit indien er een optimale verhouding bestaat van het gerealiseerde ten opzichte van de verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg”.⁴

De vergelijking tussen de feitelijke en gewenste situatie komt in deze definitie duidelijk terug.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg hanteert de volgende definitie van kwaliteit: “Kwaliteit is het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst, dat leidt tot de mogelijkheid om te voldoen aan vastgestelde en impliciete behoeften”.⁵

Een voordeel van deze definitie is dat deze breed is opgesteld en niet specifiek is opgesteld voor de gezondheidszorg.

3.2 Kwaliteitszorg

In de non-profit sector is de belangstelling voor kwaliteit vanaf de jaren negentig enorm toegenomen. Vanaf het rapport Dekker in 1987 waarin een pleidooi werd gedaan voor de invoering van marktwerking en concurrentie in deze sector, zijn kwaliteitssystemen, kwaliteitsmanagers, kwaliteitsverslagen, kwaliteitskeurmerken geen onbekende begrippen meer. In 1989 en 1990 volgden de zogenoemde Leidschendamconferenties waarin door de overheid, verzekeraars en patiëntenorganisaties, afspraken gemaakt zijn over kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. In 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden die als belangrijkste eis stelt dat de zorgaanbieder de zorg zodanig moet organiseren dat zij daardoor kwaliteit biedt. Er moet continu en systematisch gewerkt worden aan verbetering van kwaliteit. Het geheel van activiteiten dat uitgevoerd wordt om de kwaliteit te handhaven en te verbeteren, wordt ook wel kwaliteitszorg genoemd. De basiselementen van kwaliteitszorg zijn:

1. Kwaliteitsnormering

Het vaststellen van het gewenste niveau van kwaliteit;

³ Schellekens, W.M.L.C.M., Everdingen, J.J.E. van, a.w. pag. 29-37

⁴ <http://www.depsychiatrie.nl/cms/filebase/1183239364.pdf>

⁵ <http://www.verslaafd.info/shared/publicaties/vpk-algemeen/project%20kwaliteitszorg.pdf>

2. Kwaliteitstoetsing
Het beoordelen of de beroepsuitoefening voldoet aan de kwaliteitseisen en kwaliteitsnormen.
3. Kwaliteitsverbetering
Verbetering omvat de activiteiten die erop gericht zijn om het gewenste kwaliteitsniveau te realiseren.
4. Kwaliteitsmanagement
Het scheppen van voorwaarden om de beoogde kwaliteit te handhaven.⁶

3.3 Kwaliteitssysteem

Om te werken aan kwaliteitszorg, is het noodzakelijk dat de organisatie werkt met een kwaliteitssysteem. Met een kwaliteitssysteem wordt het mogelijk om gestructureerd te werken aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. De hoofdmethoden van een kwaliteitssysteem zijn: meten, verbeteren/herontwerpen en borgen. Deze stappen zijn terug te vinden in de cirkel van Deming, die ook door Stichting Wonen en Psychiatrie gebruikt wordt. De theorie van Deming is gebaseerd op de PDCA cirkel en laat zien dat er vier stappen nodig zijn om tot verbetering te komen.



Figuur 1 De cirkel van Deming

Als eerste wordt een plan opgesteld voor de uitvoering van processen. Hierbij worden normen en doelstellingen vastgesteld (Plan). In de tweede fase worden de processen uitgevoerd (Do). Vervolgens wordt de uitvoering gecontroleerd en afwijkingen worden geregistreerd (Check). Als laatste stap worden de afwijkingen geëvalueerd en wordt er actie ondernomen (Act). De cirkel begint vervolgens weer van voren af aan.⁷ Een onderzoek naar de tevredenheid van cliënten begint dus met het stellen van normen: aan welke normen moet de zorg voldoen? Vervolgens wordt de kwaliteit van zorg gemeten door middel van het bevragen van cliënten. De resultaten worden geëvalueerd en er wordt gekeken of de kwaliteit van de zorg voldoet aan de gestelde normen. Daarna worden verbeterpunten en bijbehorende acties geformuleerd. De cirkel begint weer van voren af aan door de geplande acties uit te voeren.

⁶ Schellekens, W.M.L.C.M., Everdingen, J.J.E. van, a.w. pag. 19-24 en pag. 45-55

⁷ http://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteitscirkel_van_Deming

3.4 Kwaliteitsonderzoek

Om te komen tot verbetering van de kwaliteit van zorg, is het noodzakelijk dat er kwaliteitsonderzoek gedaan wordt. Kwaliteitsonderzoek kan zich richten op structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Een onderzoek gericht op structuurindicatoren geeft informatie over de organisatie en logistiek van een systeem en/of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren. Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Bijvoorbeeld: het gebruik van protocollen, de wachttijden tot de start van de behandeling etc. Het derde type indicator, de uitkomstindicator, meet het resultaat van de zorgverlening. Hierbij gaat het dan bijvoorbeeld over het percentage cliënten wat aangeeft tevreden/ontevreden te zijn over een bepaald kwaliteitsaspect. Dit tevredenheidsonderzoek is dus gericht op deze soort indicator.⁸

⁸ <http://www.zbc.nu/main.asp?ChapterID=2616>

4. Kwaliteitstoetsing door cliënten

Het toetsen en verbeteren van kwaliteit kan vanuit verschillende perspectieven gebeuren. In dit onderzoek staat het perspectief van de cliënt centraal. De eerste twee paragrafen beschrijven daarom het begrip cliëntenperspectief en de ontwikkeling daarvan. Vervolgens zullen in paragraaf 4.3 de begrippen ‘kwaliteit’ en ‘cliëntenperspectief’ gecombineerd worden tot het begrip ‘cliënttevredenheid’. Een stukje discussie over dit begrip zal daarin ook meegenomen worden. In paragraaf 4.4 komen de verschillende doeleinden van het meten van cliënttevredenheid aan bod. Tenslotte wordt een paragraaf gewijd aan de GGZ Thermometer, het instrument wat bij dit onderzoek gebruikt wordt voor het meten van de cliënttevredenheid.

4.1 Cliëntenperspectief

Bij het werken aan kwaliteitszorg is het belangrijk om duidelijk aan te geven vanuit welk gezichtspunt kwaliteit wordt benaderd. Zo zal het management van een organisatie op een heel andere manier naar kwaliteit kijken dan een cliënt. Dit onderzoek is afgebakend tot de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie spreekt van drie minimale eisen waaraan onderzoek naar kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief zou moeten voldoen. Het moet gaan om onderzoek naar aspecten die relevant zijn voor patiënten. Deze aspecten worden onderzocht met het doel om de zorg op die punten te verbeteren en deze verbeteringen moeten in samenspraak tussen patiënten en zorgaanbieders tot stand komen.⁹

4.2 Ontwikkelingen van het cliëntenperspectief

In de eerste instantie werden de wensen en eisen van de cliënt nauwelijks meegenomen bij de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid. Er was te weinig aandacht voor het cliëntenperspectief. Tijdens de Leidschendamconferenties zijn hierover afspraken gemaakt. De aanbeveling werd gedaan om op landelijk, regionaal en instellingsniveau, cliënten te betrekken bij de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en normen. Ook door andere maatschappelijke ontwikkelingen wordt kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief steeds belangrijker. Het gaat hier om de volgende ontwikkelingen: vraagsturing, vermaatschappelijking en co-makership.

Vraagsturing houdt in dat cliënten steeds meer middelen krijgen om het aanbod van de zorg, af te stemmen op hun eigen wensen. Vraagsturing wordt door de overheid gestimuleerd om de kwaliteit van zorg hoog te houden en de kosten zo laag mogelijk te houden. Daarom wordt gestreefd naar meer openheid en transparantie in de gezondheidszorg. Instellingen moeten jaarlijks aan de hand van vooraf opgestelde eisen, een verslag maken waarin hun prestaties worden beschreven. Deze jaarverslagen worden vervolgens op internet gepubliceerd (www.jaarverslagenzorg.nl), waardoor alle prestaties toegankelijk en inzichtelijk worden.

Deze toenemende transparantie heeft als gevolg dat zorginstellingen hun eigen functioneren veilig moeten stellen op de zorgmarkt. Dit kunnen ze doen door kwaliteit te leveren en de zorg zodanig in te richten dat ze aantrekkelijk is en blijft voor cliënten.

Een andere ontwikkeling is de vermaatschappelijking. Een groot deel van de zorg wordt nu geboden midden in de samenleving. Dit betekent dat cliënten die vroeger in een instelling gezeten zouden hebben, nu ‘volwaardig’ meedoen in de maatschappij. Hierdoor neemt de diversiteit in het zorgaanbod toe waardoor het belangrijker wordt om te meten wat de wensen

⁹ Wijedema, K. en Spoel-Meijer, A.van der, a.w. Pag. 8.

van de cliënten zijn. Kwaliteitsmeting geeft inzicht in deze wensen en ervaringen, en kan vervolgens weer leiden tot kwaliteitsverbetering.

Als derde ontwikkeling wordt het co-makship genoemd. Dit betekent dat cliënt en zorgaanbieder samenwerken aan het komen tot kwalitatief goede zorg. De verantwoordelijkheid voor het bieden van goede zorg ligt niet meer alleen bij de aanbieder, maar wordt gedeeld door zorgaanbieder en zorgvrager. Deze ontwikkeling komt tot uiting in het opzetten van cliëntenraden en het opzetten van kwaliteitsorganisaties door cliënten zelf.¹⁰

4.3 Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid wordt vaak als indicator gebruikt om inzichtelijk te maken hoe cliënten oordelen over de kwaliteit van zorg. Het begrip cliënttevredenheid zal daarom in deze paragraaf toegelicht worden en tevens zal er een stukje discussie opgenomen worden die er rondom dit begrip is.

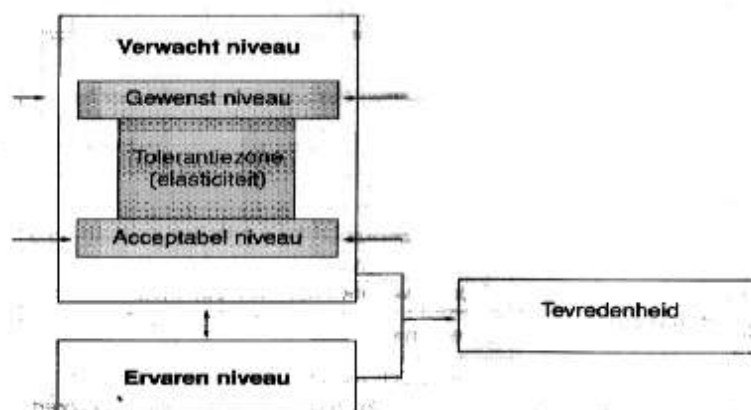
4.3.1 Definitie

De beoordeling die cliënten geven over de kwaliteit van zorg wordt gebaseerd op hun verwachtingsniveau. Elke individuele cliënt heeft bewuste en onbewuste verwachtingen van de zorg. Het verwachtingsniveau bestaat uit twee aspecten:

- het gewenste niveau: het niveau dat de cliënt zich wenst;
- het acceptabele niveau: het niveau dat de cliënt nog acceptabel vindt.

Deze niveaus worden door verschillende factoren beïnvloedt. Dit kunnen bijvoorbeeld persoonlijke behoeften zijn, ervaringen uit het verleden, reclame etc.

Volgens Thomassen (2003) is cliënttevredenheid de beleving van de cliënt als gevolg van het bewust of onbewust vergelijken van het verwachte en het ervaren niveau. Een cliënt is tevreden als de verwachtingen en ervaringen met elkaar overeen komen. Als de ervaringen afwijken, dan kan de cliënt heel tevreden of juist ontevreden zijn (zie figuur 2).



Figuur 2 *Tevredenheid als resultaat van het verwachte en het ervaren niveau.*¹¹

¹⁰ Blaauwbroek, Hans, a.w.

¹¹ Thomassen, J-P.R. Drs. *Klanttevredenheid, de zin en onzin. Grotere winstgevendheid door sturing op de waarde van en voor de klant.* Deventer: Kluwer bv, 2003. Pag. 56-63

4.3.2 Discussie

Kwaliteitstoetsing door cliënten wordt steeds belangrijker in de non-profitsector. De cliënt is immers de ervaringsdeskundige en heeft dagelijks te maken met de zorg die aan hem geboden wordt. Het betrekken van de cliënt bij het meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg heeft daarom een belangrijke meerwaarde. Toch is er ook al veel kritiek gekomen op deze wijze van kwaliteitstoetsing. De belangrijkste kritiek gaat over het feit dat er vanuit verschillende perspectieven naar kwaliteit gekeken wordt.¹² De verwachtingen die cliënten hebben zullen niet altijd overeenkomen met de normen die anderen stellen aan de kwaliteit van zorg. Zo kan bijvoorbeeld een behandeling ingezet worden die op wetenschappelijke gronden veel resultaat oplevert. Cliënten kunnen deze behandeling echter heel anders beoordelen omdat ze andere verwachtingen hebben van een behandeling.

Binnen de psychiatrie speelt daarnaast nog een extra moeilijkheid omdat de hulpverleningssituatie vaak gekenmerkt wordt door ingrijpende problemen, moeizame veranderingen en vaak moeilijk te bereiken doelstellingen. Cliënten moeten leren omgaan met beperkingen en hebben te maken met veel frustraties. Verwachtingen en wensen van cliënten zullen daarom niet altijd reëel zijn. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het meten van tevredenheid van cliënten geen doel op zich moet worden. Deze vorm van kwaliteitstoetsing is echter nuttig als ze wordt ingezet om knelpunten in de hulpverlening te signaleren. Vervolgens kan de kwaliteitscyclus ingezet worden om de hulpverlening te verbeteren.¹³

Door Thomassen (2003) worden nog andere bezwaren genoemd voor het onderzoeken van de klanttevredenheid. Een dergelijk onderzoek wordt vaak alleen gedaan onder klanten die diensten afnemen van de organisatie. Vaak zijn dit de tevreden klanten omdat ontevreden klanten al vertrokken zijn. Zij worden dus niet meer betrokken in het onderzoek. Daarnaast wordt zo'n onderzoek vaak eenmalig ingezet, omdat blijkt dat het onderzoek te weinig oplevert. Dit komt onder andere omdat de conclusies vaak cijfermatig van aard zijn en daardoor te vaag blijven om er daadwerkelijk iets mee te doen. Verbeteringen blijven daarmee uit. Tenslotte wordt bij dergelijke onderzoeken vaak uitgegaan van de gemiddelde klant terwijl er gekeken moet worden naar de individuele klant.¹⁴

4.4 Doel van cliënttevredenheidsonderzoek

In paragraaf 4.2 zijn een aantal maatschappelijke ontwikkelingen geschetst waardoor kwaliteitstoetsing vanuit het perspectief van cliënten steeds belangrijker wordt. Resultaten uit deze kwaliteitstoetsing worden dan ook voor verschillende doeleinden gebruikt.

4.4.1 Interne kwaliteitsverbetering

Op basis van de informatie die wordt verkregen uit de kwaliteitstoetsing kunnen zorginstellingen de kwaliteit van zorg beheersen en verbeteren. Door het houden van metingen kan de organisatie steeds doeltreffender en doelmatiger gaan werken. Dit houdt in dat een organisatie steeds beter voldoet aan de wensen van cliënten en dat ze daarvoor middelen gebruikt die een maximaal rendement opleveren.¹⁵ Doordat er ingespeeld wordt op de wensen van de cliënt, ontstaat er klantenbinding en klantentrouw. In de gezondheidszorg wordt dit steeds belangrijker vanwege de toenemende marktwerking.¹⁶

¹² Havenaar, J.M., Heemskerk, B., Bisseling, E. a.w. pag. 95-105

¹³ <http://www.kliniek-hfamilie.be/wieiswie/visieteksten/kwaliteitszorg.html>

¹⁴ Thomassen, J-P.R. Drs. *Klanttevredenheid, de zin en onzin. Grotere winstgevendheid door sturing op de waarde van en voor de klant*. Deventer: Kluwer bv, 2003. Pag. 64-78

¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *De toekomstbestendige eerstelijnszorg*, 2003. Pag. 4-12

¹⁶ Thomassen, J-P.R. Drs. *Waardering door klanten. Klantenmanagement als fundament voor Totale Kwaliteit*. Deventer: Kluwer; Zaltbommel: INK, 2002. Pag. 27-29

4.4.2 Externe verantwoording

De resultaten uit het onderzoek naar de cliënttevredenheid worden door de zorginstellingen gebruikt voor verantwoording naar consumenten, verwijzers, andere zorginstellingen, zorgverzekeraars en de Inspectie voor Gezondheidszorg. Consumenten en verwijzers kunnen op grond van de informatie over de zorginstelling, een weloverwogen keuze maken voor een zorgaanbieder. De informatie uit het tevredenheidsonderzoek wordt gepubliceerd op www.kiesbeter.nl waardoor de kwaliteit van zorg inzichtelijk wordt gemaakt.

Andere zorginstellingen gebruiken de informatie uit het tevredenheidsonderzoek om die te vergelijken met hun eigen resultaten (benchmarking).

Zorgverzekeraars gebruiken de informatie uit het tevredenheidsonderzoek voor het afsluiten van contracten met zorgaanbieders. Zij sluiten bij voorkeur contracten af met zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren tegen een scherpe prijs. Zorgaanbieders zullen daarom moeten kunnen aantonen dat ze goede kwaliteit leveren.¹⁷

Tenslotte worden de resultaten ook gebruikt voor verantwoording naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door de Inspectie wordt toezicht gehouden op de naleving van de Kwaliteitswet. Deze wet stelt globale eisen aan de kwaliteit van de zorg.¹⁸

4.5 GGZ Thermometer

Een instrument dat binnen de GGZ vaak ingezet wordt, om de waardering van cliënten over de geboden zorg te onderzoeken, is de GGZ Thermometer. Deze Thermometer is in 2001 geïntroduceerd en is ontwikkeld door het Trimbos Instituut in samenwerking met GGZ Nederland en met medewerking van verschillende cliëntenorganisaties. De Thermometer is ontwikkeld om op een uniforme, betrouwbare manier de cliënttevredenheid te meten. Voorheen ontwikkelde elke instelling zelf een vragenlijst met relatief veel vragen en met weinig aandacht voor de betrouwbaarheid en validiteit. Dit bracht veel nadelen met zich mee. De uitkomsten konden niet vergeleken worden met anderen instellingen en de respons viel vaak tegen, waardoor het een eenmalig onderzoek bleef en interne kwaliteitsverbetering achterwege bleef.

Met de introductie van de GGZ Thermometer bestaat de mogelijkheid om landelijk de gegevens van zorginstellingen met elkaar te vergelijken. Ook is de Thermometer bedoeld om aanwijzingen te geven voor interne kwaliteitsverbetering. De resultaten geven echter geen compleet beeld; ze tonen alleen de knelpunten in de kwaliteit van zorg. Om de precieze oorzaken van knelpunten te achterhalen is soms vervolgonderzoek nodig.

De Thermometer is opgesteld door een projectgroep met daarin bovengenoemde partijen. Deze projectgroep heeft thema's geformuleerd, waarop gemeten moest worden. Aan de hand daarvan zijn vragen opgesteld, die vervolgens getest zijn in vijf verschillende GGZ-instellingen. Uit deze test bleek dat de Thermometer een voldoende betrouwbaar en valide instrument is. Na de test is de definitieve Thermometer opgesteld en geschikt verklaard voor landelijke toepassing. In 2002 heeft er een evaluatie plaatsgevonden waaruit bleek dat de Thermometer voldoet aan het doel waarvoor deze is ontwikkeld. Ook bleek uit deze evaluatie dat de Thermometer een betrouwbaar en valide instrument is. Naar aanleiding van deze evaluatie is een aangepaste versie van de Thermometer gemaakt: 'de Thermometer voor de volwassenzorg, versie 2003'.¹⁹ (zie bijlage 1 voor de vragenlijst).

¹⁷ http://www.ggzbeleid.nl/artikel_marktwerkingGGZ.html#6

¹⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *de Kwaliteitswet zorginstellingen*, Rijswijk, 1996.

¹⁹ <http://www.qualiteit.nl/thermo.htm>

In deze Thermometer wordt een indicatie gegeven over de waardingen van cliënten betreffende:

- de verstrekte informatie;
- de mogelijkheden tot inspraak;
- de bejegening door en de deskundigheid van de hulpverlener;
- het resultaat van zorg/behandeling.

De meeste vragen zijn alleen met 'ja' of 'nee' te beantwoorden. Twee vragen hebben een open vraagstelling en als laatste is er een vraag naar een rapportcijfer (10-puntenschaal).

De Thermometer geeft geen allesomvattende meting van de zorg. De Thermometer is een instrument dat een indicatie geeft of iets wel of niet goed gaat, zonder de precieze oorzaak aan te geven. Het geeft een beeld van sterke en zwakke kanten in het zorgproces.²⁰

²⁰ Kok, Ineke en Mulder, Eta. a.w.

5. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet en methode van onderzoek. Het praktijkonderzoek bestaat voor een deel uit kwantitatief onderzoek en voor een deel uit kwalitatief onderzoek. In paragraaf 5.1 wordt op basis van de centrale vraag, het type onderzoek vastgesteld. In paragraaf 5.2 komen de methode, de populatie en de indicatoren van het kwantitatieve onderzoek aan de orde. Tevens wordt de wijze van dataverzameling, dataregistratie, dataverwerking en data-analyse besproken voor dit deel van het onderzoek. In paragraaf 5.3 komen al deze punten nog een keer aan bod voor het kwalitatieve onderzoek. Paragraaf 5.4 en 5.5 zullen ingaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

5.1 Type onderzoek

De vraag vanuit de opdrachtgever was om de ervaringen van cliënten met de zorg- en dienstverlening van Zeeuwse Gronden in kaart te brengen. De resultaten hiervan worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering en tevens wordt verantwoording afgelegd aan externe partijen (zie paragraaf 4.4). Een onderzoek, gegrond op deze doelstelling, wordt als een beschrijvend onderzoek getypeerd. Volgens Baarda en de Goede (2001) is een beschrijvend onderzoek aan de orde als het erom gaat een nauwkeurige beschrijving te geven van de onderzoekseenheden, zonder nadere aanduiding van relaties of verklaringen.²¹

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt gebruik gemaakt van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Het kwantitatieve onderzoek zou een tweede generatie klanttevredenheidsonderzoek genoemd kunnen worden. Dit houdt in dat een instelling jaarlijks onderzoek doet naar de tevredenheid van cliënten door middel van een enquête. De enquête wordt op anonieme basis uitgevoerd en er wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd instrument. Op basis van de uitkomsten worden verbetermaatregelen genomen.²² Dit onderzoek wordt op dezelfde wijze en voor hetzelfde doel ingezet.

Bij het kwalitatieve onderzoek is er per cliënt meer tijd gereserveerd. Dit geeft de mogelijkheid om diepgaand in te gaan op de mening, beleving en de ervaringen van de cliënt.²³

5.2 Kwantitatief onderzoek

In deze paragraaf zal de opzet van het kwantitatieve onderzoek geschetst worden.

5.2.1 Onderzoeksmethode

Voor dit deel van het onderzoek wordt een vragenlijst ingezet. Op basis van de resultaten uit deze vragenlijst wordt globaal in beeld gebracht hoe cliënten de zorg- en dienstverlening van Zeeuwse Gronden waarderen. Vervolgens wordt gekeken op welke punten verbeteringen noodzakelijk zijn. Deze vorm van onderzoek wordt een survey-onderzoek genoemd. Via systematische ondervraging of observatie worden gegevens verzameld bij een groot aantal onderzoekseenheden.²⁴

²¹ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w.

²² Thomassen, J-P.R. Drs. *Klanttevredenheid, de zin en onzin. Grotere winstgevendheid door sturing op de waarde van en voor de klant*. Deventer: Kluwer bv, 2003. Pag. 37-38.

http://books.google.nl/books?id=SUAlfTeFgtAC&pg=PA219&lpg=PA219&dq=tweede+generatie+klanttevredenheidsonderzoek&source=web&ots=JpRssBj_aZ&sig=NFDalfvayktJF2HRZjr3_AFMuQQ&hl=nl#PPA38,M1

²³ Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. a.w. pag. 14-17

²⁴ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 30

5.2.2 Onderzoekspopulatie

De vragenlijst wordt aangeboden aan alle cliënten van Zeeuwse Gronden die voor 1 januari 2008 behandeling of begeleiding kregen van Zeeuwse Gronden. De cliënten die alleen begeleiding krijgen op het dagactiviteitencentrum worden uitgesloten van het onderzoek. Als deze cliënten wel mee zouden doen in het onderzoek, zou dit een vertekend beeld geven in de resultaten. Zij krijgen namelijk behandeling en/of begeleiding van een andere zorginstelling terwijl de vragen voornamelijk betrekking hebben op behandeling en woonbegeleiding van Zeeuwse Gronden. Cliënten die momenteel geen behandeling en begeleiding meer krijgen van Zeeuwse Gronden worden ook buiten dit onderzoek gehouden. Zij hebben een eindgesprek gehad, waarin geëvalueerd is op de kwaliteit van zorg van Zeeuwse Gronden.

5.2.3 Indicatoren

Indicatoren zijn meetbare elementen en hebben een signalerende functie. In het onderzoek worden de volgende indicatoren gemeten:

- informatie;
- inspraak;
- bejegening;
- resultaat van behandeling;
- zorgaanbod.

Deze indicatoren zijn opgenomen in de GGZ Thermometer. Door het Trimbos Instituut is, onder cliënten, onderzoek gedaan naar indicatoren die een belangrijke rol spelen bij de waardering van zorg. Naar aanleiding hiervan kon gesteld worden dat de indicatoren informatie, inspraak, bejegening en het resultaat van behandeling heel belangrijk zijn als het gaat om de waardering van de hulpverlening.²⁵ De laatste indicator ‘zorgaanbod’ is opgesteld in samenspraak met de opdrachtgever. Omdat het zorgaanbod een grote rol speelt in het leven van de cliënten binnen Zeeuwse Gronden, is deze indicator toegevoegd. De meeste cliënten van Zeeuwse Gronden maken namelijk gebruik van een woonvoorziening en/of het dagactiviteitencentrum.

5.2.4 Dataverzameling

Voor het kwantitatieve onderzoek wordt gebruik gemaakt van een bestaand instrument: ‘de Thermometer voor de volwassenzorg, versie 2003’. In hoofdstuk 4 is een beschrijving gegeven van dit instrument en in bijlage 1 is de vragenlijst zelf opgenomen. Het gebruik van een vragenlijst is een gestructureerde vorm van dataverzameling. Vooraf is bekend welke informatie nodig is en welke antwoorden verwacht worden.²⁶ Het voordeel van deze manier van dataverzameling is dat er veel cliënten binnen relatief korte tijd bevraagd kunnen worden op hun tevredenheid over de vijf indicatoren. Met een vragenlijst is in betrekkelijk korte tijd, veel informatie over veel verschillende aspecten van een onderwerp te verkrijgen en er zijn veel mensen mee te bereiken.²⁷

De vragenlijst wordt samen met een begeleidende brief, verzonden aan alle cliënten. In deze brief wordt het doel, het gebruik, de privacy en de bescherming van de gegevens toegelicht. Ook worden instructies bijgevoegd voor het invullen van de vragenlijst. De begeleidende brief en bijbehorende instructies zijn opgenomen in bijlage 2.

²⁵ Wijngaarden, B. van, Kok, I., Kurt, A., Hull, H., Ooyen, M. van. a.w. pag. 4

²⁶ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 186

²⁷ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 226

De vragenlijsten worden persoonlijk opgehaald door de onderzoeker. Bij het ophalen van de vragenlijsten wordt met iedere cliënt een kort interview gehouden over de indicatoren zoals die zijn opgenomen in de GGZ Thermometer. Tijdens dit korte interview wordt de mogelijkheid geboden om hulp te vragen bij het invullen van de lijst omdat een groot deel van de cliënten van Zeeuwse Gronden langdurig zorgafhankelijk is. Uit onderzoek van het Trimbos Instituut is namelijk gebleken dat langdurig zorgafhankelijke cliënten moeite kunnen hebben met het invullen van de vragenlijst.²⁸ In de begeleidende brief wordt vermeld bij wie en wanneer er hulp gevraagd kan worden zodat er zo weinig mogelijk sprake zal zijn van beïnvloeding door verschillende personen.

5.2.5 Dataregistratie

Het registreren van de gegevens, vindt schriftelijk plaats. De cliënten kunnen het antwoord van hun keuze omcirkelen.

5.2.6 Dataverwerking

De verwerking van de vragenlijsten vindt plaats in het statistiekprogramma SPSS. Het Trimbos Instituut heeft een data-entry waarin de resultaten verwerkt kunnen worden. Om te kunnen vergelijken met andere organisaties, is het noodzakelijk om van deze data-entry gebruik te maken.

5.2.7 Data-analyse

De data die verzameld zijn, worden per vraag in percentages uitgedrukt. Op verzoek van de opdrachtgever wordt dit gedaan voor het totaal van de organisatie en voor elke zorgsoort apart. De zorgsoorten die onderscheiden worden zijn de woonlocatie Klaassenstraat, de woonlocatie Grenulaan en de ambulante begeleiding. Op deze wijze komen knelpunten per locatie naar boven en kunnen er per locatie verbeterpunten geformuleerd worden.

5.3 Kwalitatief onderzoek

In deze paragraaf wordt de opzet van het kwalitatief onderzoek besproken.

5.3.1 Onderzoeksmethode

Voor dit deel van het onderzoek wordt de kwalitatieve survey als onderzoeksmethode gebruikt. Dit is een vorm van onderzoek waarbij meestal gewerkt wordt met interviews. Het gaat hierbij vooral om de beleving van mensen.²⁹ Het kwalitatieve gedeelte is opgezet om concrete feedback van cliënten te krijgen over de indicatoren die gemeten zijn met behulp van de GGZ Thermometer. Deze concrete feedback is nodig om te komen tot interne kwaliteitsverbetering, blijkt uit de kritiek die Thomassen heeft op een onderzoek dat de tevredenheid van cliënten meet (zie hoofdstuk 4). Door middel van interviews kan er dieper ingegaan worden op de indicatoren en worden de cijfers uit het kwantitatieve onderzoek duidelijk en concreet gemaakt.

5.3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor dit deel van het onderzoek is dezelfde populatie als bij het kwantitatieve onderzoek. Het gaat dus om cliënten die voor 1 januari 2008 aangemeld waren voor behandeling en/of begeleiding van Zeeuwse Gronden. De cliënten die alleen gebruik maken van het dagactiviteitencentrum worden uitgesloten, zo ook de cliënten die momenteel geen behandeling en/of begeleiding meer krijgen van Zeeuwse Gronden.

²⁸ Kok, Ineke en Mulder, Eta. a.w. pag. 11

²⁹ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 225

5.3.3 Indicatoren

In de interviews komen dezelfde indicatoren terug als in de GGZ Thermometer: informatie, inspraak, bejegening, resultaat van behandeling en het zorgaanbod.

5.3.4 Dataverzameling

Voor dit gedeelte van het onderzoek zijn aanvullende vragen opgenomen in de vragenlijst die gebruikt is voor het kwantitatieve deel. Deze aanvullende vragen staan geheel los van de GGZ Thermometer (zie bijlage 3 voor de aanvullende vragen). Ze vormen het uitgangspunt voor het interview dat met elke cliënt wordt gehouden. Er wordt gebruik gemaakt van het halfgestructureerde interview. Dat wil zeggen dat de vragen en antwoorden niet van tevoren vastliggen maar de onderwerpen wel. Deze onderwerpen komen aan de orde door middel van een open beginvraag en vervolgens wordt hierop doorgevraagd.³⁰ In bijlage 4 is de topiclijst opgenomen zoals die wordt gebruikt in dit onderzoek.

5.3.5 Dataregistratie en dataverwerking

De gesprekken worden opgenomen met behulp van een bandrecorder. Hiervoor wordt vooraf toestemming gevraagd aan de cliënten. Vervolgens wordt van elk gesprek een korte samenvatting per topic gemaakt. Deze wordt gemaakt met behulp van de opnames zodat vertekening van data wordt tegengegaan. De bandopnames worden daarna weer gewist.

5.3.6 Data-analyse

Voor de analyse van de gegevens, wordt een samenvatting per topic gemaakt met daarin de opmerkingen die gemaakt zijn. Deze worden opgenomen in het hoofdstuk 'resultaten'. Aan de hand van deze samenvattingen worden conclusies getrokken en verbeterpunten geformuleerd. Verbeterpunten die gelden voor de hele organisatie worden onder het kopje 'organisatie' gezet. Tevens worden er ook verbeterpunten per zorgsoort opgenomen.

5.4 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wil zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn. Toevalligheden kunnen gelegen zijn in de situatie, de interviewer, de vragenlijst of in de geïnterviewde zelf.³¹

5.4.1 Betrouwbaarheid in het kwantitatieve onderzoek

Om de betrouwbaarheid zo min mogelijk van toevalligheden te laten afhangen, wordt een aantal maatregelen genomen. Allereerst wordt er gekozen om een bestaand instrument te gebruiken voor het kwantitatieve tevredenheidsonderzoek. Voor de GGZ Thermometer geldt dat deze, na de opstelling ervan, getest is binnen vijf GGZ instellingen. Onduidelijkheden in de vragenlijst zijn daarmee aan het licht gekomen en aangepast. Uit een vervolgonderzoek van het Trimbos Instituut is gebleken dat er wordt voldaan aan de betrouwbaarheid van de vragenlijst. In bijlage 5 is een document opgenomen over de validiteit en betrouwbaarheid van de Thermometer.

Wat verder de betrouwbaarheid ten goede komt, is dat alle onderzoekseenheden gevraagd worden de vragenlijst in te vullen. Er wordt geen steekproef genomen zodat bij een hoge respons, een goed beeld gevormd kan worden van de tevredenheid van cliënten.

Aan de cliënten wordt gevraagd of zij de vragenlijst in willen vullen voordat het interview met hen gehouden wordt. Dit wordt gedaan om beïnvloeding door de onderzoeker te voorkomen.

³⁰ Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. a.w.133

³¹ Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 194

Voor de verwerking en analyse van de gegevens wordt de computer gebruikt. Hierdoor neemt de kans op fouten af en is controle door andere onderzoekers beter mogelijk.

Wat de betrouwbaarheid negatief kan beïnvloeden, is het feit dat sommige cliënten geholpen moeten worden bij het invullen van de vragenlijst. De kans op beïnvloeding door de onderzoeker is daardoor groter. Om beïnvloeding toch zoveel mogelijk tegen te gaan, wordt in de begeleidende brief genoemd dat cliënten hulp kunnen vragen bij de onderzoeker. De medewerkers worden hierover ook geïnformeerd zodat zij de cliënten naar deze persoon kunnen verwijzen. Om iets te kunnen zeggen over de mate van beïnvloeding, wordt door de onderzoeker genoteerd hoeveel cliënten geholpen zijn bij het invullen van de lijsten.

5.4.2 Betrouwbaarheid in het kwalitatieve onderzoek

Ook bij het kwalitatieve deel van het onderzoek worden maatregelen genomen om de betrouwbaarheid te optimaliseren. Allereerst worden de interviews afgenomen door één persoon, waardoor de vragen eenduidig en in dezelfde stijl worden gesteld.

Tevens wordt vooraf een topiclijst opgesteld zodat aan alle cliënten dezelfde beginvragen worden gesteld en alle onderwerpen in elk gesprek aan bod komen.

Bij het registreren van de data wordt gebruik gemaakt van geluidsopnames waardoor zo min mogelijk vertekening van resultaten ontstaat. Voor het gebruik van deze apparatuur wordt vooraf toestemming gevraagd aan de respondenten.

Verder is sociale wenselijkheid altijd een ‘probleem’ bij het interviewen. Om sociale wenselijkheid toch zo veel mogelijk te voorkomen, wordt door de onderzoeker een duidelijk kader aangegeven waarin het gesprek zal plaatsvinden. In dit inleidend gedeelte wordt door de onderzoeker uitgelegd waar het interview voor dient en hoe de gegevens gebruikt worden. Er wordt duidelijk aangegeven dat de resultaten geheel anoniem verwerkt worden.

Een ander probleem bij interviewen is dat mensen vaak gekleurde kennis over hun eigen gedrag hebben. Ze hebben dan een idee over hun gedrag en zoeken voorbeelden die dit idee bevestigen. Om dit probleem gedeeltelijk te ondervangen wordt er zo veel mogelijk naar feiten gevraagd die de antwoorden van de respondenten kunnen bevestigen.

5.5 Validiteit

Validiteit wil zeggen dat datgene is gemeten, wat beoogd werd te meten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de interne en externe validiteit.³²

5.5.1 Interne validiteit

Interne validiteit is de mate waarin de conclusies van het onderzoek geldig zijn voor de onderzoeksgroep.³³ De validiteit van de GGZ Thermometer is vastgesteld. Dit instrument is ontworpen door het Trimbos Instituut en GGZ Nederland met behulp van verschillende cliëntorganisaties. Tevens is de Thermometer meerdere malen geëvalueerd waarbij, onder andere, gekeken is naar de validiteit van de vragenlijst. Uit deze evaluaties is elke keer gebleken dat de Thermometer een valide meetinstrument is (zie bijlage 5).³⁴

In het kwalitatieve onderzoek wordt gevraagd over dezelfde topics als in het kwantitatieve onderzoek. Deze topiclijst wordt eerst voorgelegd aan enkele medewerkers van Zeeuwse Gronden om te kijken of de juiste zaken onderzocht worden.

³² Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. a.w. pag. 197

³³ http://www.2reflect.nl/validiteit_en_betrouwbaarheid.htm

³⁴ <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AU0231.pdf>

5.5.2 Externe validiteit

Externe validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten van een empirisch onderzoek veralgemeenbaar zijn naar een bredere populatie en/of andere omstandigheden.³⁵ De uitkomsten uit dit onderzoek zijn niet generaliseerbaar omdat het gericht is op de cliënttevredenheid binnen Zeeuwse Gronden.

³⁵ <http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm>

6. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. In paragraaf 6.1 wordt een overzicht gegeven van de respons op de vragenlijsten en de interviews. In paragraaf 6.2 worden de resultaten van de GGZ Thermometer gerapporteerd. Bij elk onderwerp van de vragenlijst wordt tegelijkertijd een samenvatting gegeven van de resultaten uit de interviews. Dit wordt allereerst organisatiebreed genomen. Daarnaast wordt ook onderscheid gemaakt in de zorgsoorten Klaassenstraat, Grenulaan en ambulante begeleiding. In paragraaf 6.3 worden de resultaten van de aanvullende vragen gerapporteerd. Ook hierbij zijn telkens de resultaten uit de interviews opgenomen, in zoverre die nog niet aan de orde zijn geweest in paragraaf 6.2.

6.1 Respons

Respons vragenlijsten

In tabel 1 is aangegeven hoeveel cliënten benaderd zijn om de vragenlijst in te vullen en wat de respons hierop was. In tabel 2 is aangegeven hoeveel cliënten per zorgsoort de vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel 1 Onderzoeksgroep cliënten (vragenlijst)

	Uitgereikt	Respons
Aantal cliënten	44 (100%)	37 (84%)

Tabel 2 Onderzoeksgroep per zorgsoort (vragenlijst)

	Behandeling	Klaassenstraat	Grenulaan	Ambulante begeleiding
Aantal cliënten benaderd	4 (100%)	16 (100%)	15 (100%)	9 (100%)
Aantal cliënten	0 (0%)	15 (94%)	13 (87%)	9 (100%)

Er waren verschillende redenen waarom cliënten de vragenlijst niet hebben ingevuld. Opvallend hierbij is dat niet één van de cliënten die alleen behandeling krijgt (in totaal vier cliënten), de vragenlijst heeft ingevuld. Dit kan te maken hebben met het feit dat zij minder gemakkelijk te bereiken zijn en dat zij minder hebben met Zeeuwse Gronden. Enkele cliënten konden de lijst niet invullen vanwege de extra belasting die dit vroeg en één cliënt had het te druk met een verhuizing.

Bij het invoeren van de gegevens bleek dat bij twee vragenlijsten de aanvullende vragen niet ingevuld waren. Ook waren in verschillende vragenlijsten bepaalde vragen niet ingevuld of was het antwoord 'n.v.t.' aan de bestaande antwoorden toegevoegd.

Deelname interviews

In tabel 3 en 4 staat aangegeven hoeveel cliënten benaderd zijn voor een interview en hoeveel cliënten daadwerkelijk deelgenomen hebben aan het interview.

Tabel 3 Onderzoeksgroep cliënten (interview)

	Benaderd	Deelname
Aantal cliënten	44 (100%)	34 (77%)

Tabel 4 Onderzoeksgroep per zorgsoort (interview)

	Behandeling	Klaassenstraat	Grenulaan	Ambulante begeleiding
Aantal cliënten benaderd	4 (100%)	16 (100%)	15 (100%)	9 (100%)
Aantal cliënten	0 (0%)	14 (88%)	12 (80%)	8 (89%)

De meest voorkomende oorzaak dat cliënten niet deelgenomen hebben aan het interview, was tijdgebrek bij cliënten. Daarnaast wilden sommige cliënten niet meedoen omdat ze een interview een hele inspanning vonden. Twee cliënten waren niet bereikbaar.

Door de onderzoeker zijn twee mensen geholpen bij het invullen van de vragenlijsten. Verder bleek tijdens de interviews dat een aantal cliënten door familie geholpen is, bij het invullen van de vragenlijst.

6.2 Resultaatbeschrijving GGZ Thermometer

In onderstaande tabellen zijn de antwoorden op de vragen in procenten weergegeven. Dit zijn alleen de antwoorden op de vragen uit de GGZ Thermometer. In deze tabellen worden de antwoorden meegenomen van alle cliënten die de vragenlijst hebben ingevuld. Op verzoek van de opdrachtgever worden de resultaten ook nog een keer getoond per zorgsoort. Daarbij gaat het om de ‘Klaassenstraat’, de ‘Grenulaan’ en de ‘ambulante begeleiding’. In deze weergave worden ook de antwoorden op de open vragen 18 en 19 uit de GGZ Thermometer meegenomen en de resultaten uit de interviews. Alle opmerkingen die bij vraag 18 en 19 ingevuld zijn, zijn opgenomen in bijlage 7.

Leesaanwijzingen bij de tabellen:

- Bij elke vraag wordt het aantal missende antwoorden weergegeven in de kolom ‘NI’. Dit staat voor niet ingevuld.
- De procenten zijn afgerond naar hele getallen. Daardoor kan het voorkomen dat het totaal van de procenten niet altijd op 100 uitkomt.
- Voor alle tabellen in paragraaf 6.2 geldt dat n=37.
- Onder de tabellen worden elke keer de resultaten uit de interviews beschreven. Onder het kopje ‘algemeen’ staan zaken die gelden voor de hele instelling. Het gaat dan om opmerkingen die gemaakt zijn door cliënten van alle zorgsoorten.

6.2.1 Achtergrondgegevens

In deze subparagraaf worden kort een aantal opvallende kenmerken van de onderzoeksgroep weergegeven. In bijlage 6 is een compleet overzicht van de achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie opgenomen. De groep cliënten die onderzocht is, bestaat voor 62% uit mannen. Een groot deel (80%) van de cliënten is in Nederland geboren. Ongeveer 30% is in 2006 gestart met de behandeling/begeleiding op de afdeling.

6.2.2 Informatie

1. Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
92%	8%	0%	87%	13%	0%	92%	8%	0%	100%	0%	0%

2. Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
87%	13%	0%	93%	7%	0%	69%	31%	0%	100%	0%	0%

3. Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
83%	13%	3%	80%	13%	7%	85%	15%	0%	89%	11%	0%

Algemeen

In de interviews is dieper ingegaan op het onderwerp ‘informatie’. De resultaten hieruit hebben veelal betrekking op een specifieke zorgsoort zoals die hierna beschreven zijn. Een opvallend gegeven dat organisatiebreed is teruggekomen, is de bekendheid van de cliëntenraad. Het blijkt dat lang niet alle cliënten weten dat er een cliëntenraad bestaat (12 cliënten). Een even groot deel van de geïnterviewden weet dat de cliëntenraad bestaat, maar weten niet precies wat het doel van deze raad is. Ongeveer 14 cliënten zouden meer informatie willen over het doel en de werkzaamheden van de cliëntenraad.

Klaassenstraat

De helft van de cliënten die geïnterviewd zijn, zijn tevreden over de informatie die ze gekregen hebben voordat ze op de locatie kwamen wonen. De meeste andere cliënten weten niet goed meer hoe hun intake verlopen is omdat dit al langere tijd geleden is.

De meeste cliënten vinden dat ze voldoende informatie krijgen vanuit de organisatie/op de locatie zelf. Vijf cliënten geven aan dat ze soms niet of niet op tijd geïnformeerd worden over de afspraken met een behandelaar. Ook worden cliënten niet altijd geïnformeerd als een afspraak niet doorgaat of verzet wordt.

Grenulaan

Uit zowel de vragenlijst (vraag 2) als uit de interviews blijkt dat een aantal cliënten vooraf niet duidelijk is geïnformeerd over de aanpak van hun behandeling en/of begeleiding. In de interviews geven cliënten aan dat ze nog geen duidelijk beeld hadden hoe hun behandeling en het wonen op de locatie er uit zou komen te zien. Dit is gaandeweg duidelijk geworden.

Een groot deel van de cliënten vindt dat de informatiestroom vanuit de organisatie goed verloopt. Vooral de mensen die ook op het DAC komen, zijn hier erg tevreden over. Drie cliënten vinden dat het doorgeven van informatie op sommige punten beter kan (data van bewonersvergadering, nieuwe bewoners, nieuwe medewerkers).

Ambulant begeleiding

In de interviews wordt door vier cliënten aangegeven dat ze de informatie die ze gekregen hebben tijdens hun intake niet voldoende vonden. Ze hebben vooral informatie gemist over de organisatie en de aanpak van hun begeleiding. Opmerkelijk is dat dit niet blijkt uit de vragenlijst. Verder geven bijna alle cliënten aan dat ze tijdig geïnformeerd worden als er iets veranderd of nieuw is met betrekking tot de begeleiding die ze krijgen. Twee cliënten geven aan dat ze wel eens informatie missen over algemene dingen vanuit de organisatie,

bijvoorbeeld over het bestaan van de cliëntenraad, de patiëntenvertrouwenspersoon en andere dingen die nieuw zijn binnen de organisatie.

6.2.3 Inspraak

4. Kunt u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u krijgt?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
81%	19%	0%	67%	33%	0%	85%	8%	8%	89%	11%	0%

5. Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
95%	3%	3%	93%	0%	7%	92%	8%	0%	100%	0%	0%

6. Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
94%	6%	0%	87%	13%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%

Algemeen

Uit bovenstaande tabellen is af te leiden dat cliënten over het algemeen positief zijn over de inspraak die ze hebben in hun behandeling en/of begeleiding. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat het bestaan en/of het doel van de cliëntenraad bij een groot deel van de geïnterviewden niet bekend is. Dit ligt vooral aan het feit dat er weinig informatie over en vanuit de raad komt.

Verder blijkt uit de interviews dat het verschil tussen het behandel- en zorgplan bij cliënten niet altijd even duidelijk is. Het zorgplan is bij iedereen bekend maar niet iedereen weet dat er daarnaast ook nog een behandelplan is.

Klaassenstraat

Uit vraag 4 van de vragenlijst en uit de interviews blijkt dat niet alle cliënten tevreden zijn over het meebeslissen in hun behandel- en/of zorgplan. Zij geven aan dat er soms doelen in staan die zij er zelf niet in zouden hebben willen staan. Deze doelen komen meer vanuit de behandelaar en/of begeleider dan vanuit de cliënt zelf.

Vijf cliënten geven aan dat ze bij de invoering van nieuwe dingen of bij zaken die afgeschaft worden, te weinig inspraak hebben (gehad). Alle cliënten die hier ontevreden over zijn, kwamen met het voorbeeld van het koffie-uurtje op zondag dat afgeschaft is.

Bijna alle cliënten vinden de bewonersvergaderingen erg positief. Verder kunnen klachten, wensen etc. direct besproken worden met de begeleiders. Er wordt naar geluisterd en waar mogelijk, wordt er ook iets mee gedaan.

Grenulaan

Alle cliënten die geïnterviewd zijn, zijn erg tevreden over de inspraak in hun zorgplan. Deze ruimte wordt als heel positief ervaren.

Bewonersvergaderingen worden als positief ervaren door alle cliënten. Door vier cliënten wordt aangegeven dat de vergaderingen niet zo vaak plaatsvinden en dat ze soms onverwacht niet doorgaan omdat niet iedereen tijdig geïnformeerd is.

Ambulant begeleiding

Alle cliënten zijn tevreden over de inspraak die ze hebben wat betreft hun begeleiding. Er wordt aangegeven dat er zoveel mogelijk gehoor wordt gegeven aan wensen van cliënten (bezoektijden, het aantal bezoeken, de invulling van de bezoeken). Ook wordt door alle cliënten aangegeven dat ze betrokken worden bij de opstelling van het zorgplan en dat er voldoende inspraakmogelijkheden zijn.

6.2.4 Hulpverlener

7. Vindt u de hulpverlener voldoende deskundig?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
92%	8%	0%	80%	20%	0%	92%	8%	0%	100%	0%	0%

8. Kunt u de hulpverlener voldoende vertrouwen?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
92%	8%	0%	87%	13%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%

9. Toont de hulpverlener voldoende respect voor u?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
92%	8%	0%	87%	13%	0%	100%	0%	0%	89%	11%	0%

10. Vindt u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
95%	5%	0%	85%	15%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%

Algemeen

Op de schaal 'hulpverlener' wordt goed gescoord, zo blijkt uit bovenstaande tabellen. Dit blijkt ook uit de interviews waarin veel positieve dingen gezegd worden van de behandelaar en/of begeleiders. Vooral de gelijkwaardigheid en het als mens behandeld worden, komen vaak terug. Andere positieve dingen die genoemd worden over de begeleiders: respectvol, behulpzaam, gezellig en het tonen van interesse en belangstelling.

Veel cliënten geven aan dat er veel jonge begeleiders zijn. Zij missen vaak nog een stuk kennis en ervaring.

Klaassenstraat

Opvallend zijn de lagere scores op 'ja' in vergelijking met de andere zorgsoorten. Bij de vragen 18 en 19 (open vragen) is dit terug te zien in de opmerkingen die gemaakt zijn.

Uit de interviews en opmerkingen bij de vragenlijst kan opgemaakt worden dat ongeveer de helft van de cliënten niet tevreden is over de hoeveelheid tijd en aandacht die aan hen besteed wordt. Bijna alle cliënten geven aan dat begeleiders het te druk hebben maar de reden hiervoor is bij de meesten onbekend.

Drie van de geïnterviewde cliënten benoemen dat begeleiders soms slordig omgaan met privacy. Tijdens de koffie-uurtjes waar iedereen bij zit, worden soms persoonlijke dingen besproken. Ook gaat de deur niet altijd dicht als er iets besproken wordt op kantoor.

In de interviews wordt door vier cliënten aangegeven dat er soms op een kinderachtige manier afspraken gemaakt worden. Deze cliënten zouden meer als volwassenen behandeld willen worden.

Grenulaan

De scores uit de vragenlijst worden ondersteund door de resultaten uit de interviews. De meeste cliënten zijn erg positief over de begeleiders.

Een punt wat vooral bij de Grenulaan naar voren komt, is de deskundigheid van de begeleiders. Vier van de negen opmerkingen bij vraag 18 uit de vragenlijst gaan over de deskundigheid van begeleiders. Ook uit de resultaten van de interviews blijkt dat de deskundigheid van begeleiders beter kan.

Ambulant begeleiding

Ook bij deze zorgsoort geven cliënten vooral positieve dingen aan over de begeleiders. Het enige aandachtspunt dat genoemd wordt, is het punt van de jonge begeleiders.

6.2.5 Resultaat van behandeling en begeleiding

11. Wordt het behandel- en begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
78%	19%	3%	73%	23%	0%	84%	8%	8%	78%	22%	0%

12. Vindt u de behandeling en begeleiding de juiste aanpak van uw problemen?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
84%	14%	3%	80%	13%	7%	85%	15%	0%	89%	11%	0%

13. Heeft u door de behandeling en begeleiding meer greep op uw problemen?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
84%	14%	3%	87%	13%	0%	85%	15%	0%	78%	11%	11%

14. Bent u door de behandeling en begeleiding voldoende vooruit gegaan?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
84%	16%	0%	80%	20%	0%	85%	15%	0%	89%	11%	0%

15. Bent u door de behandeling en begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
78%	20%	3%	80%	20%	0%	69%	31%	0%	89%	11%	0%

16. Kunt u door de behandeling en begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
76%	22%	3%	80%	20%	0%	82%	17%	0%	44%	44%	12%

Algemeen

Iets minder dan de helft van de cliënten die geïnterviewd zijn, benoemen dat er te weinig met het behandel- en zorgplan wordt gedaan. Voor een deel van de cliënten is niet eens duidelijk wat nu het behandelplan is. Het zorgplan is bij alle cliënten bekend. Nadat het zorgplan is opgesteld, moet er ook aandacht zijn voor de uitvoering.

Klaassenstraat

De meeste cliënten geven aan dat ze vooruit gegaan zijn. De vooruitgang is meestal te zien in praktische dingen. Ook wordt geregeld het omgaan met de ziekte genoemd. Eén cliënt geeft aan dat hij achteruit is gegaan omdat hij andere medicatie slikt. De overige cliënten geven aan dat ze stabiel gebleven zijn.

Grenulaan

De meeste cliënten zijn tevreden over de begeleiding zoals die geboden wordt. Een groot deel van de cliënten geeft aan dat ze met behulp van begeleiding, prima zelfstandig kunnen wonen en stabiel blijven. Vier cliënten geven aan dat ze echt vooruit zijn gegaan, zowel in praktische dingen als in het omgaan met hun ziekte.

Ambulante begeleiding

Opvallend is de lagere score op 'ja' bij vraag 16 in vergelijking met de andere zorgsoorten. Tijdens de interviews is dit punt niet specifiek als knelpunt naar voren gekomen.

6.2.6 Overige vragen

17. Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organisatie	0%	0%	0%	3%	3%	8%	32%	46%	5%	3%
Klaassenstraat	0%	0%	0%	7%	0%	13%	40%	33%	0%	7%
Grenulaan	0%	0%	0%	0%	8%	8%	31%	46%	8%	0%
Ambulant	0%	0%	0%	0%	0%	0%	22%	67%	11%	0%

Het gemiddeld rapportcijfer

Organisatie totaal	7.4
Klaassenstraat	7.2
Genulaan	7.4
Ambulant begeleiding	7.9

20. Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
73%	24%	3%	73%	20%	7%	77%	23%	0%	100%	0%	0%

6.3 Resultaatbeschrijving aanvullende vragen

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd van de aanvullende vragen. Er is gekozen om de indeling van de vragenlijst aan te houden in deze paragraaf. Achtereenvolgens worden de resultaten van 'behandeling', 'woonvoorzieningen', 'DAC', 'ambulante begeleiding', 'continuïteit van zorg' en 'overige vragen' weergegeven. Ook in deze paragraaf zijn de resultaten uit de interviews verwerkt, in zoverre die nog niet aan de orde zijn geweest in de vorige paragraaf.

Leesaanwijzingen bij de tabellen:

- Bij elke vraag wordt het aantal missende antwoorden weergegeven in de kolom 'NI'. Dit staat voor niet ingevuld.
- De procenten zijn afgerond naar hele getallen. Daardoor kan het voorkomen dat het totaal van de procenten niet altijd op 100 uitkomt.
- Bij elke tabel staat aangegeven welk aantal cliënten meegenomen worden in de analyses (n=). Omdat er doorkiesvragen zijn opgenomen in de vragenlijst, is dit voor elke tabel verschillend.
- De tabellen bij de paragrafen 'behandeling', 'DAC' en 'ambulante begeleiding' zijn niet onderverdeeld omdat dit niet relevant is. Bij de paragraaf 'woonvoorzieningen' is onderscheid gemaakt in 'Klaassenstraat' en 'Grenulaan'.
- Vraag 3 is niet meegenomen in de analyses omdat deze in meer dan de helft van de vragenlijsten niet ingevuld was. Verder bleek uit gesprekken met cliënten dat deze vraag geen toegevoegde waarde geeft aan het onderzoek omdat de evaluaties van het behandelplan direct gepland worden na de vorige bespreking en/of evaluatie. Evaluaties vinden dus regelmatig plaats.

6.3.1 Behandeling

Enquêtevraag	Ja	Nee	NI
1. Bent u in behandeling bij Zeeuwse Gronden?	95%	5%	0%
n=37			
2. Bent u geïnformeerd over bijwerkingen van medicatie?	46%	46%	8%
4. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?	80%	3%	17%
n=35			

Zoals ook al blijkt uit vraag 2 zijn veel mensen niet geïnformeerd over de bijwerkingen van de medicatie die ze slikken. Een derde deel van hen zegt het ook niet nodig te vinden omdat ze de bijsluiter kunnen lezen. De anderen zouden geïnformeerd willen worden over de meest voorkomende bijwerkingen en over de bijwerkingen die gevaarlijk kunnen zijn.

Uit de interviews blijkt dat ongeveer zeven cliënten vinden dat ze onvoldoende geïnformeerd worden over de werking van hun medicatie. Dit vinden zij wel erg belangrijk om te weten. Verder blijkt dat behandelaren meer uitleg kunnen geven bij medicatieverandering, over het doel van de behandeling en over de inhoud van de behandeling.

Bij de vragen over het behandelplan kwam bij ongeveer een kwart van de geïnterviewden naar voren dat ze onvoldoende inspraak hebben gehad. Deze cliënten gaven aan dat er soms doelen in het plan staan die afkomstig zijn van de behandelaar en niet van henzelf.

Acht cliënten geven aan dat hun behandelaar eigenlijk te weinig tijd en aandacht voor hen heeft. Een aantal van deze cliënten voelt zich daarom niet serieus genomen.

6.3.2 Woonvoorziening

Enquêtevraag	Ja	Nee	Missend			
5. Woont u in een woonvoorziening van Zeeuwse Gronden?	76%	24%	0%			
n=37						
	Klaassenstraat (n=15)			Grenulaan (n=13)		
	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
6. Woonsituatie	80%	20%	0%	85%	15%	0%
7. Sociale contacten	73%	27%	0%	70%	15%	15%
8. Financiële situatie	60%	40%	0%	62%	23%	15%
9. Lichamelijke gezondheid	67%	33%	0%	62%	23%	15%

Klaassenstraat

Alle cliënten wonen naar hun zin. Het is een veilige, beschermde woonomgeving en de sfeer op de woonlocatie is heel goed. De meeste cliënten vinden de woonruimte goed. Een enkeling geeft aan dat de appartementen erg klein zijn. Door ongeveer de helft van de cliënten wordt aangegeven dat er te weinig bergruimte is.

Alle cliënten zijn erg positief over de koffie-uurtjes. Het is er gezellig en het is goed voor het contact met de begeleiders en medebewoners. Door vier cliënten wordt benoemd dat de begeleiders soms onvoldoende tijd en aandacht voor hen hebben tijdens het koffie-uurtje. Dit komt doordat de begeleiders soms individuele gesprekken voeren in kantoor of aan het bellen zijn.

Grenulaan

Voor de bewoners van de Jozinastraat zijn erg tevreden over hun woonsituatie: zelfstandig wonen met begeleiding op maat. Ook de cliënten van de Grenulaan waarderen hun woonruimte maar hier zijn vaker opmerkingen dat de appartementen klein zijn. Eén cliënt geeft aan dat hij veel huur moet betalen voor een klein appartement.

De koffie-uurtjes worden door bijna alle cliënten gewaardeerd. Twee cliënten geven aan dat begeleiders zich niet altijd aan de afspraken houden die gemaakt zijn voor het koffie-uurtje.

6.3.3 DAC

Enquêtevraag	Ja	Nee	NI
10. Bent u tevreden over uw werk en/of dagbesteding?	70%	24%	6%
11. Komt u wel eens in het DAC van Zeeuwse Gronden?	62%	32%	8%
			n=37
12. Bent u tevreden over het DAC?	86%	14%	0%
			n=32

Iedereen geeft aan dat er volop informatie wordt gegeven door middel van de activiteitenkalender, posters en ook mondeling door begeleiders. Vijf cliënten geven aan dat de voorwaarden om aan een bepaalde activiteit mee te doen, niet altijd duidelijk zijn (bijv. de kosten, het aantal deelnemers). Bijna alle cliënten vinden dat er genoeg activiteiten worden georganiseerd. De activiteiten sluiten aan bij hun behoeften en interesses. Vooral de cursussen worden door veel cliënten gewaardeerd.

Andere positieve dingen die genoemd worden: openingstijden, centrale ligging en de culturele pot. De meeste cliënten die het DAC bezoeken, vinden de sfeer op het DAC goed. Uit interviews met cliënten die het DAC niet (vaak) bezoeken, blijkt echter dat zij niet naar het DAC gaan vanwege het geroddel onder cliënten en de negatieve opmerkingen die door bepaalde mensen gemaakt worden. Ook een aantal cliënten, die het DAC wel bezoeken, benoemen dit punt.

Door een derde van de geïnterviewde cliënten wordt benoemd dat begeleiders niet altijd goed afgestemd zijn op elkaar. Dit blijkt uit de verschillende regels die ze hanteren en het niet op de hoogte zijn van afspraken die door andere begeleiders zijn gemaakt.

Ongeveer een kwart van de geïnterviewde cliënten geeft aan dat ze het op het DAC te druk vinden of dat er te veel bezoekers van buiten Zeeuwse Gronden zijn.

Vier cliënten zouden het fijn vinden als het DAC meer aandacht zou besteden aan het begeleiden van cliënten naar een baan op de arbeidsmarkt (jobcoaching).

6.3.4 Ambulante begeleiding

Enquêtevraag	Ja	Nee	NI
13. Krijgt u ambulante begeleiding?	24%	70%	6%
			n=37
14. Bent u tevreden over de ambulante begeleiding?	100%	0%	0%
			n=9

Uit de GGZ Thermometer, de aanvullende vragen en de interviews blijkt dat de cliënten die ambulante begeleiding worden erg tevreden zijn. Positieve dingen die vaak genoemd worden: flexibel, hulpverlening op maat, veel inspraak in de inhoud van bezoeken, ook praktische hulp is mogelijk (zoals hulp in de huishouding), geen kantoortijden, altijd bereikbaar.

6.3.5 Continuïteit van zorg

Enquêtevraag	Ja	Nee	NI
15. Krijgt u hulp van verschillende behandelaars/begeleiders?	92%	3%	5%
n=37			

16. Zitten de verschillende behandelaars/begeleiders op één lijn met elkaar?

Organisatie totaal			Klaassenstraat (n=14)			Grenulaan (n=11)			Ambulant begeleiding (n=8)		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
79%	21%	0%	86%	14%	0%	82%	18%	0%	63%	37%	0%

17. Bent u tevreden over de samenwerking tussen de behandelaars/begeleiders?

Organisatie totaal			Klaassenstraat (n=14)			Grenulaan (n=11)			Ambulant begeleiding (n=8)		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
79%	21%	0%	93%	7%	0%	82%	18%	0%	50%	50%	0%

Klaassenstraat

Uit de interviews blijkt dat de cliënten tevreden zijn over de samenwerking tussen de verschillende behandelaars en/of begeleiders.

Grenulaan

Door vijf cliënten worden voorbeelden gegeven van situaties waaruit blijkt dat de onderlinge communicatie tussen begeleiders beter kan. Voorbeelden die genoemd worden: het niet doorgeven van informatie, het krijgen van informatie op het laatste moment, het langs elkaar heen werken, verschillende/tegengestelde informatie krijgen van begeleiders, tegen alle begeleiders hetzelfde verhaal moeten doen).

Ambulante begeleiding

De ambulante begeleiding scoort op deze vragen veel lager dan de andere zorgsoorten. Dit blijkt ook uit de resultaten van de interviews. De afstemming van de begeleiders op elkaar kan beter. Dit blijkt uit het vergeten van afspraken, het maken van dubbele afspraken, informatie die aan iedere begeleider opnieuw verteld moet worden, het niet doen van taken of juist het opnemen van taken waar een ander al mee bezig is.

6.3.6 Overige vragen

18. Bent u tevreden over de bereikbaarheid van de begeleiding?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
89%	5%	5%	93%	7%	0%	72%	13%	15%	89%	11%	0%
n=37											

19. Vindt u dat de begeleiding voldoende tijd voor u heeft?

Organisatie totaal			Klaassenstraat			Grenulaan			Ambulant begeleiding		
Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI	Ja	Nee	NI
76%	19%	5%	53%	47%	0%	72%	13%	15%	100%	0%	0%
n=37											

De meeste cliënten vinden de bereikbaarheid van de begeleiding voldoende, blijkt uit vraag 18. Ook in de interviews kwam dit punt als voldoende naar voren.

Uit vraag 19 blijkt dat vooral een aantal cliënten van de Klaassenstraat niet tevreden zijn over de aandacht en tijd van de hulpverlener voor hen. Dit is ook al naar voren gekomen in paragraaf 6.2.4.

Heel veel cliënten geven aan dat 2007 een ‘rommelig’ jaar was met veel veranderingen, wisselingen in personeel en onderbezetting van personeel. Cliënten ervaren nu veel meer rust en zijn daar erg positief over.

7. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek gepresenteerd. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de centrale vraag:

“Waar liggen, vanuit het perspectief van cliënten gezien, verbeteringsmogelijkheden in de zorg die Zeeuwse Gronden biedt met betrekking tot de onderwerpen ‘informatie’, ‘inspraak’, ‘bejegening’, ‘resultaat van behandeling’ en ‘het zorgaanbod’?”

De ervaringen van de cliënten van Zeeuwse Gronden over de onderwerpen zoals die genoemd worden in de centrale vraag, zijn over het algemeen positief te noemen. In onderstaande paragrafen worden de conclusies per onderwerp gepresenteerd.

7.1 Informatie

De score op deze subschaal is goed te noemen met 85% ingevulde antwoorden ‘ja’. Toch blijkt vooral uit de interviews dat er nog wel verbeterpunten te noemen zijn. Als het gaat om de zorgsoort behandeling, blijken behandelaren nog weinig informatie te geven over de (bij)werkingen van medicatie. Veel cliënten hebben hier wel behoefte aan. Ook aan informatie over het traject van de behandeling blijkt behoefte te zijn. Een deel van de cliënten geeft aan dat er soms te weinig informatie wordt gegeven over het doel van medicatieverandering. Tenslotte worden cliënten niet altijd (op tijd) geïnformeerd over veranderingen in afspraken met de behandelaar.

Als het gaat om de andere zorgsoorten blijkt de informatievoorziening aan het begin van een hulpverleningstraject een aandachtspunt. Dit punt werd aangegeven door een aantal cliënten van de Grenulaan en de ambulante begeleiding. Zij misten informatie over het hulpverleningstraject en over de organisatie in het algemeen. Cliënten op de locaties zijn erg tevreden over de informatie die ze krijgen terwijl ambulante cliënten het gevoel hebben dat ze niet altijd geïnformeerd worden over vernieuwingen en veranderingen in de organisatie.

7.2 Inspraak

De tevredenheid van de cliënten over de schaal ‘inspraak’ is goed. Het gemiddelde percentage van het antwoord ‘ja’ op deze schaal is 86%. Een aandachtspunt is de cliëntenraad. Meer dan de helft van de geïnterviewde cliënten weet niet welke onderwerpen de cliëntenraad behandelt, weet niet wat het doel is van de cliëntenraad of weet niet eens van het bestaan van de cliëntenraad af. Daar tegenover staat dat de meeste cliënten wel hun problemen, klachten en wensen bij de begeleiders aan kunnen geven of het kwijt kunnen in bewonersvergaderingen. Alle cliënten geven aan dat er geluisterd wordt naar hun inbreng.

Een ander opvallend punt is de inspraak in het behandelplan. Een kwart van de geïnterviewde cliënten geeft aan dat de doelen die er in staan, soms meer vanuit de behandelaar komen dan vanuit henzelf. Op de locatie Klaassenstraat wordt ditzelfde punt aangegeven met betrekking tot het zorgplan.

7.3 Hulpverlener

De gemiddelde score ‘ja’ op deze schaal is 93% waaruit blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de hulpverleners. Een aandachtspunt is het aantal jonge begeleiders, die vaak een stuk kennis en ervaring missen. Bijna driekwart van de geïnterviewde cliënten benoemt dit punt en zou graag zien dat er vanuit de organisatie wat werd gedaan om die kennis te vergroten.

Een opvallend gegeven is dat de locatie Klaassenstraat een stuk lager scoort op deze schaal. Iets minder dan de helft van de cliënten vindt dat de begeleiders te weinig tijd en aandacht voor hen hebben. Tevens ligt er een aandachtspunt in het omgaan met privacy van cliënten en het maken van gelijkwaardige afspraken met cliënten.

7.4 Resultaat van behandeling

Door een groot deel van de geïnterviewde cliënten wordt de uitvoering van het behandel- en zorgplan als verbeterpunt aangegeven. Dit blijkt een verbeterpunt te zijn voor alle zorgsoorten. Cliënten geven aan dat het regelmatig bespreken, evalueren en bijstellen van doelen noodzakelijk is. Dit wordt nu te weinig gedaan zodat het een plan op papier blijft.

7.5 Zorgaanbod

Cliënten die in behandeling zijn bij Zeeuwse Gronden zijn over het algemeen tevreden over de zorgsoort(en) waar zij gebruik van maken. Toch zijn ook hier aandachtspunten te noemen. Deze punten zullen per zorgsoort benoemd worden.

Cliënten die behandeling krijgen, maken vooral opmerkingen over de informatie die zij niet voldoende krijgen. Dit is al beschreven onder het kopje ‘informatie’. Ook ‘tijd en aandacht’ wordt door een deel van de cliënten als onvoldoende beschouwd.

Cliënten van de woonlocaties zijn erg tevreden over de wijze waarop vorm gegeven wordt aan het ‘wonen’. De koffie-uurtjes worden door iedereen gewaardeerd. Een aandachtspunt hierbij is dat de begeleiders wel aanwezig moeten zijn tijdens het koffie-uurtje en dat ze zich moeten houden aan de afspraken die gemaakt zijn over het koffie-uurtje. Verder zijn een aantal cliënten van de Klaassenstraat niet tevreden over de hoeveelheid tijd en aandacht die er vanuit de begeleiding voor hen is. Een verbeterpunt voor de Grenulaan is de onderlinge communicatie tussen begeleiders.

Cliënten die ambulante begeleiding krijgen, zijn ook allemaal positief over de begeleiding. Een aandachtspunt is de samenwerking tussen de verschillende behandelaren en begeleiders. De afstemming op elkaar en de onderlinge communicatie kan beter.

Door cliënten worden veel positieve dingen genoemd betreffende het DAC. Informatie wordt er veel gegeven; een verbeterpunt ligt in het informeren over voorwaarden die gelden bij een activiteit. Ook de sfeer op het DAC is een aandachtspunt. Dit kwam vooral naar voren bij cliënten die niet regelmatig het DAC bezoeken. Hier kan een verband gelegd worden met de literatuur zoals die is beschreven in het theoretisch kader (hoofdstuk 4). Het gaat om de kritiek die Thomassen (2003) heeft betreffende een klanttevredenheidsonderzoek. Hij beschrijft dat de tevredenheid van cliënten vaak alleen gemeten wordt onder cliënten die producten en/of diensten afnemen van de organisatie. Ontevreden cliënten zijn reeds vertrokken en worden niet meer meegenomen in het onderzoek. Dit is waarschijnlijk de reden dat ‘de negatieve sfeer’ niet als knelpunt naar voren is gekomen in de resultaten van de vragenlijst. De cliënten die ontevreden zijn, komen namelijk niet meer in het DAC en hebben ‘nee’ ingevuld bij de doorkiesvraag. De opmerking is alleen gemaakt tijdens de interviews omdat er daar doorgevraagd is op de verschillende topics.

De afstemming van de begeleiders op elkaar kan beter als het gaat om het hanteren van afspraken en regels. Tenslotte zou het voor een specifieke groep cliënten fijn zijn als er vanuit het DAC meer aandacht zou zijn voor jobcoaching.

8. Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was om de ervaringen van cliënten met de zorg- en dienstverlening van Zeeuwse Gronden te beschrijven en op grond daarvan te komen tot kwaliteitsverbetering. In dit hoofdstuk zullen de aanbevelingen hiervoor volgen. De aanbevelingen die gelden voor de hele organisatie worden beschreven onder het kopje ‘organisatie’. Daarnaast zullen er ook per zorgsoort aanbevelingen gedaan worden.

8.1 Organisatie

Het eerste advies betreft de informatievoorziening aan het begin van een hulpverleningstraject. Cliënten blijken behoefte te hebben aan informatie over de organisatie in het algemeen en over de manier waarop de begeleiding er uit zal komen te zien. De organisatie zou er goed aan doen om naast de bestaande folder, een folder of boekje uit te brengen met specifieke informatie die belangrijk is voor nieuwe cliënten. Hierin moet dan informatie opgenomen worden over het zorgaanbod van Zeeuwse Gronden, de cliëntenraad, de patiëntvertrouwenspersoon, de bereikbaarheid van de begeleiding, het doel en de taken van een persoonlijk begeleider en informatie over het zorgproces. Bij de informatie die gegeven wordt over het zorgproces, is het belangrijk om het verschil tussen een behandel- en een zorgplan aan te geven omdat uit de gesprekken met cliënten bleek dat dit niet voor iedereen duidelijk is. Daarnaast zou het goed zijn om een checklist op te stellen waarin puntsgewijs de onderwerpen worden genoemd waarover nieuwe cliënten geïnformeerd moeten worden. Medewerkers kunnen deze checklist gebruiken bij een nieuwe aanmelding en afstrepen wat er gedaan is.

Een tweede advies wat betreft het onderwerp ‘informatie’ heeft betrekking op de cliëntenraad. Deze heeft nog weinig bekendheid en voor heel veel cliënten is niet duidelijk wat de raad precies doet. Het uitbrengen van een folder is een mogelijkheid om meer bekendheid te verkrijgen. Hierin kan uitleg gegeven worden over het doel, de bereikbaarheid en de praktische invulling van de cliëntenraad. Ook moet in de folder opgenomen worden wat cliënten nu concreet hebben aan de cliëntenraad en in welke situaties ze naar de cliëntenraad kunnen gaan. Verder is het belangrijk om cliënten regelmatig te informeren over de werkzaamheden van de cliëntenraad. Dit kan vorm krijgen door de notulen van vergaderingen openbaar te maken en/of regelmatig verslag te doen van de stand van zaken. Deze notulen of verslagen kunnen opgehangen worden in de woonvoorzieningen en op het dagactiviteitencentrum. De cliënten die hier geen gebruik van maken, kunnen geïnformeerd worden middels notulen en/of verslagen die opgestuurd worden.

Een laatste verbeteradvies wat betreft het aspect ‘informatie’ is de manier waarop cliënten worden geïnformeerd bij veranderingen of vernieuwingen in de organisatie. Vooral cliënten die ambulante begeleid worden, geven aan dat bepaalde zaken niet direct doorgegeven worden. Dit kan liggen aan het feit dat niet duidelijk is wiens taak het is om deze zaken door te geven. Het is daarom nodig dat de mensen die het bericht doorgeven aan anderen, aangeven hoe en door wie cliënten geïnformeerd zullen worden.

Door veel cliënten werd bij het onderwerp ‘hulpverlener’ de kennis en ervaring van jonge begeleiders genoemd. Een groot deel van deze cliënten vindt het niet erg om jonge begeleiders te hebben de cliënten geven wel aan dat zij een stuk kennis en ervaring missen. Het zou daarom goed zijn als een oudere, ervaren begeleider uit het team als coach voor de jonge begeleiders zou fungeren. Dit houdt in dat er regelmatig gesprekken worden ingepland waarin de jonge begeleiders verschillende werksituaties kunnen bespreken met hun coach.

De volgende aanbeveling geldt voor het onderwerp ‘resultaat van behandeling’. Uit het onderzoek is gebleken dat de uitvoering van het behandel- en zorgplan aandacht verdient. Iedere cliënt heeft een behandel- en zorgplan maar bij een groot deel van de cliënten wordt daar vervolgens weinig of niets mee gedaan. Vooral bij cliënten die behandeling en/of ambulante begeleiding krijgen, kwam dit punt vaak naar voren. Bij de ambulante begeleiding geldt het advies om per cliënt een medewerker aan te stellen die hoofdvantwoordelijke is voor de opstelling en uitvoering van het zorgplan. Op de locaties wordt er gewerkt met een persoonlijk begeleider en uit het onderzoek blijkt dat de uitvoering van het zorgplan hier beter verloopt. Verder is voor alle zorgsoorten van belang dat elke medewerker weet welke doelen in het zorgplan van een cliënt staan. Dit blijkt nu nog niet altijd het geval te zijn. Tenslotte is het belangrijk dat de persoonlijk begeleider regelmatig met de cliënt op de gestelde doelen evalueert en kijkt wat er nodig is om de doelen te bereiken. Dit kan op een informele wijze gebeuren. Deze evaluaties zijn belangrijk om alle partijen betrokken te houden bij de uitvoering van het zorgplan. De halfjaarlijkse evaluatie is daarvoor niet voldoende.

8.2 Behandeling

De aanbevelingen voor de zorgsoort ‘behandeling’ vallen voornamelijk onder het aspect ‘informatie’. De eerste aanbeveling geldt het voorschrijven van medicatie. De behandelaren moeten bij het voorschrijven van medicatie, de cliënt informeren over de werking en de bijwerkingen van de medicatie. Uit het onderzoek blijkt dat dit niet tot in detail hoeft maar er moet wel uitleg gegeven worden over de werking van de medicatie en over de meest voorkomende plus de meest gevaarlijke bijwerkingen. Ook als medicatie veranderd wordt, moet uitleg gegeven worden over de reden van deze wijziging. Het is hierbij belangrijk om naar de mening van de cliënt te vragen zodat hij de mogelijkheid heeft tot inspraak.

Een volgende aanbeveling gaat over de inspraak in het behandelplan. Een aantal cliënten is niet tevreden over de manier waarop het behandelplan tot stand komt. Er staan soms doelen in die door de behandelaar zijn toegevoegd, maar waar de cliënten het zelf niet mee eens zijn. Het advies wordt daarom gegeven om cliënten meer te betrekken bij de opstelling van het behandelplan en hun mening te vragen over de inhoud. Als cliënten het niet eens zijn met bepaalde doelen, is uitleg en overleg noodzakelijk om tot overeenstemming te komen. Er moet overeenstemming zijn, wil de cliënt gemotiveerd zijn om aan zijn doelen te werken.

De derde aanbeveling geldt het onderwerp ‘tijd en aandacht’. Uit de resultaten blijkt dat cliënten vooral verbetering wensen in de aandacht van een behandelaar tijdens een gesprek. De aanbeveling hiervoor is dan ook om genoeg tijd voor cliënten in te plannen en om actief deel te nemen aan het gesprek. Dit wordt vormgegeven door het tonen van belangstelling, interesse en het actief luisteren naar de cliënt.

8.3 Klaassenstraat

Voor de woonlocatie Klaassenstraat wordt als eerste een aanbeveling gedaan over de inspraak in het zorgplan. Een aantal cliënten gaf namelijk aan dat er soms doelen in het zorgplan staan waar zij het niet mee eens zijn. Deze doelen zijn er door de begeleider ingezet. Het advies wordt gegeven om cliënten meer te betrekken bij de opstelling van het zorgplan en hun mening te vragen over de inhoud. Als cliënten het niet eens zijn met bepaalde doelen, is uitleg en overleg noodzakelijk om tot overeenstemming te komen. Een cliënt moet het eens zijn met de doelen in het zorgplan omdat hij dan pas gemotiveerd is om er aan te werken.

Verder was op de locatie Klaassenstraat ‘tijd en aandacht’ een punt waarop lager gescoord werd dan bij andere locaties. Het is belangrijk dat er bij de bewoners wordt nagegaan wat zij precies verwachten van de begeleiders als het gaat om tijd en aandacht. Dit is namelijk nog niet geheel duidelijk geworden in dit onderzoek. Vervolgens moeten begeleiders onderling bespreken hoe dit aspect verbeterd kan worden. Uit de interviews is gebleken dat begeleiders

ook al aan dit aspect kunnen werken tijdens de koffie-uurtjes. Een deel van de cliënten vindt het namelijk jammer dat begeleiders soms individuele gesprekken voeren met cliënten tijdens de koffie-uurtjes. Ook wordt er veel gebeld door begeleiders waardoor zij een groot deel van het koffie-uurtje in kantoor verblijven en nauwelijks tijd hebben voor de cliënten die in de woonkamer zitten. Door individuele gesprekken en telefoontjes buitenom de koffie-uurtjes te plannen, komt er meer tijd en aandacht vrij voor de bewoners die in de woonkamer zitten.

Een volgende aanbeveling geldt de privacy van de cliënten. Dit speelt voornamelijk tijdens koffie-uurtjes als er meerdere cliënten aanwezig zijn in het appartement van de begeleiders. Begeleiders moeten er op letten dat er geen persoonlijke zaken besproken worden tijdens het koffie-uurtje. Dit moet individueel besproken worden met betreffende cliënt. Verder moet er ook op gelet worden dat de deur van kantoor dicht gaat als er persoonlijke gesprekken plaatsvinden.

De laatste aanbeveling voor de Klaassenstraat betreft het maken van afspraken met de cliënten. Het is belangrijk om dit op een gelijkwaardige manier te doen zodat cliënten zich serieus genomen voelen. Maak afspraken na wederzijds overleg en laat de cliënt ook inspraak hebben.

8.4 Grenulaan

Op de Grenulaan kwam als belangrijkste aandachtspunt de onderlinge communicatie tussen begeleiders naar voren. De onderlinge communicatie is niet optimaal. Dit blijkt uit het vergeten van afspraken, het niet doorgeven van informatie, het krijgen van tegengestelde informatie etc. Cliënten hebben geen duidelijk zicht op de precieze oorzaak hiervan. Door hen wordt alleen aangegeven dat er niet goed genoeg gecommuniceerd wordt tussen begeleiders onderling. Het zou goed zijn als begeleiders onderling zouden bespreken waar de oorzaken liggen van de zaken die door de cliënten zijn genoemd. Vervolgens moet gekeken worden op welke punten de communicatie verbeterd kan worden.

Als tweede advies wordt gegeven om consequent om te gaan met regels en afspraken die gemaakt zijn voor het koffie-uurtje. Het gaat hier voornamelijk om de regel van het niet roken in het eerste half uur van het koffie-uurtje. Twee cliënten maakten namelijk de opmerking dat begeleiders er niets van zeggen als er in het eerste half uur gerookt wordt. Verder komt het voor dat begeleiders zelf ook al gaan roken in dit half uur.

8.5 Ambulante begeleiding

Ook bij deze zorgsoort is de communicatie tussen begeleiders en behandelaren onderling een aandachtspunt. Het advies voor de ambulante begeleiding is om meer inzicht te verkrijgen in dit knelpunt. Een vervolgonderzoek is een middel om dit inzicht te verkrijgen. Er moet dan aan elke cliënt gevraagd worden naar concrete voorbeelden waarin de onderlinge communicatie beter had moeten verlopen. Vervolgens moeten begeleiders en behandelaren onderling bespreken waar oorzaken en verbeterpunten liggen in de onderlinge communicatie. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat cliënten zelf ook een (deel van de) oplossing hebben voor dit knelpunt. Een aantal cliënten blijkt namelijk behoefte te hebben aan een 'vaste' hulpverlener die verantwoordelijk is voor de administratie, de contacten met derden en de opstelling en uitvoering van het zorgplan. Dit voorkomt dat begeleiders langs elkaar heen werken waardoor zaken worden vergeten of dubbel gedaan worden. Het advies is dan ook om te gaan werken met persoonlijk begeleiders, zoals dit op de woonlocaties al gebeurt. Voordat het werkelijk ingevoerd wordt, dient wel duidelijk te zijn welke taken tot het takenpakket van een persoonlijk begeleider horen.

8.6 DAC

Door een deel van de cliënten die het DAC geregeld bezoeken en een deel van de cliënten die het DAC niet bezoeken, wordt het ‘roddelen’ genoemd. Sommige cliënten komen om deze reden niet naar het DAC. Het zou goed zijn als het DAC huisregels zou maken waarin dit punt meegenomen wordt. Begeleiders kunnen bezoekers die zich niet aan deze regels houden, gemakkelijker aanspreken op hun gedrag. Tevens zouden ‘huisregels’ kunnen helpen om de verschillende begeleiders meer op één lijn te krijgen wat betreft het hanteren van regels en afspraken. De onderlinge communicatie is namelijk ook op het DAC een aandachtspunt. Door dit onderzoek is geen duidelijkheid ontstaan over de mogelijke oorzaken hiervan. Door begeleiders van het DAC zou onderling besproken moeten worden hoe de afstemming op elkaar beter kan.

Een aantal cliënten zou het fijn vinden als het DAC meer aandacht zou besteden aan jobcoaching. In de eerste plaats is het belangrijk om duidelijk te krijgen om hoeveel cliënten het gaat die hier behoefte aan hebben en wat hun wensen en verwachtingen zijn. Daarna zou door begeleiders en directie bekeken moeten worden, wat de mogelijkheden zijn en welke vervolgstappen er genomen moeten worden.

8.7 Vervolgonderzoek

Om tot verbetering van kwaliteit te komen, is het noodzakelijk dat de vragenlijst regelmatig afgenomen wordt. Blijft het bij een eenmalig onderzoek, dan zal verbetering waarschijnlijk uitblijven (zie hoofdstuk 4). De aanbeveling is om de GGZ Thermometer (half)jaarlijks in te zetten zodat vergelijkingen gemaakt kunnen worden. Door de onderwerpen regelmatig terug te laten komen, worden en blijven medewerkers gestimuleerd om te werken aan de verbeterpunten.

8.8 Samenvatting

Hieronder worden de gedane aanbevelingen kort samengevat en puntsgewijs weergegeven.

Organisatie:

- Maak een folder met specifieke informatie voor nieuwe cliënten.
- Maak een checklist voor medewerkers met daarin de informatie die zij aan nieuwe cliënten moeten geven.
- Laat de cliëntenraad meer bekendheid krijgen door het maken van een folder en het verspreiden van notulen onder alle cliënten.
- Zorg voor een duidelijke taakverdeling als het gaat om het doorgeven van informatie.
- Zorg dat iedere jonge begeleider beroep kan doen op een coach: een medewerker met kennis en ervaring.
- Besteed aandacht aan de uitvoering van het behandel- en zorgplan door op de hoogte te zijn van de doelen van een cliënt en regelmatig, (op informele wijze) te evalueren.

Behandeling:

- Geef informatie over de werking en belangrijkste bijwerkingen van medicatie.
- Geef informatie over het doel van medicatiewijziging en betrek hierin de mening van de cliënt.
- Zorg dat cliënten meer inspraak hebben bij de opstelling van het behandelplan.
- Besteed tijd en aandacht aan de cliënt door voldoende tijd in te plannen en actief deel te nemen tijdens het gesprek.

Klaassenstraat:

- Zorg dat cliënten meer inspraak hebben bij de opstelling van het zorgplan.
- Ga bij bewoners na wat zij verwachten van de begeleiders als het gaat om ‘tijd en aandacht’ en bespreek wat er verbeterd kan worden.
- Houd koffie-uurtjes vrij; plan geen gesprekken en telefoontjes.
- Let op de privacy door deuren te sluiten en geen persoonlijke zaken te bespreken tijdens het koffie-uurtje.
- Maak op een gelijkwaardige wijze afspraken met cliënten.

Grenulaan:

- Bespreek knelpunten in de onderlinge communicatie en formuleer verbeterpunten.
- Ga consequent om met regels en afspraken.

Ambulante begeleiding:

- Maak knelpunten in de onderlinge communicatie inzichtelijk door bewoners te vragen naar voorbeelden. Bespreek dit in het team en formuleer verbeterpunten.
- Werk met persoonlijk begeleiders.

DAC:

- Stel huisregels op.
- Ga na wat de verwachtingen en wensen zijn van cliënten als het gaat om jobcoaching.

Vervolgonderzoek:

- Zet de GGZ Thermometer (half)jaarlijks in en gebruik dit onderzoek als nulmeting.

Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. *basisboek Kwalitatief Onderzoek, praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren kwalitatief onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese, 2001.
- Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese, 2001.
- Schellekens, W.M.L.C.M., Everdingen, J.J.E. van. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Thomassen, Drs. J-P.R., *Klanttevredenheid, de zin en de onzin. Grotere winstgevendheid door sturing op de waarde van en voor de klant*. Deventer: Kluwer bv, 2003.
- Thomassen, Drs. J-P.R., *Waardering door klanten. Klantenmanagement als fundament voor Totale Kwaliteit*. Deventer: Kluwer; Zaltbommel: INK, 2002.

Artikelen

- Blaauwbroek, Hans. *Kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief*. 2004. http://www.bbvz.nl/files/kwaliteitstoetsing_vanuit_clientenperspectief.pdf
- Havenaar, J.M., Heemskerk, B., Bisseling, E. *Kwaliteit Quo Vadis, De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie*, Tijdschrift voor psychiatrie, 44 (2002), pag. 95-106.
- Kertzman, T., Kok, I., Wijngaarden, B. van. *De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut, Maart 2003. Te downloaden op: www.trimbos.nl
- Kok, Ineke en Mulder, Eta. *Cliëntwaardering in de GGZ, Handleiding bij de diverse Thermometers (versie 2005)*. Te downloaden op: <http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=16920&atoomsrt=2&actie=2>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *de Kwaliteitswet zorginstellingen*, Rijswijk, 1996. Te downloaden op: <http://www.minvws.nl/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *De toekomstbestendige eerstelijnszorg*. 2003. Te downloaden op: www.ggzbeleid.nl
- Pol, Frans van de. *Gereguleerde marktwerking in de GGZ*. 2005. Te downloaden op: <http://www.ggzbeleid.nl/artikel/marktwerkingGGZ.pdf>
- Wijedema, K. en Spoel-Meijer, A. van der, *Patiëntenoordelen: Meten en Verbeteren. Een overzicht van 15 methoden*. september 2002. Te downloaden op: www.npcf.nl
- Wijngaarden, B. van, Kok, I., Kurt, A., Hull, H., Ooyen, M. van. *Cliëntwaardering in de GGZ: verslag van een pilot*. Utrecht: Trimbos-instituut, november 2001. Te downloaden op: www.trimbos.nl

Websites

- <http://www.bbvz.nl>
- <http://www.bestuurskunde.nl/bestuurskunde/jg8/nr6/1999,,8,6,4.php>
- <http://www.depsychiatrie.nl/cms/filebase/1183239364.pdf>
- <http://www.ggzbeleid.nl>
- <http://www.kliniek-hfamilie.be/wieiswie/visieteksten/kwaliteitszorg.html>
- <http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm>
- <http://www.minvws.nl>
- <http://www.qualiteit.nl/thermo.htm>
- <http://www.trimbos.nl>
- <http://www.verslaafd.info/shared/publicaties/vpk-algemeen/project%20kwaliteitszorg.pdf>
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/DSM-IV>
- http://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteitscirkel_van_Deming
- <http://www.zbc.nu/main.asp?ChapterID=2616>
- <http://www.zeeuwse-gronden.nl>
- http://www.2reflect.nl/validiteit_en_betrouwbaarheid.htm

Stellingen

Stelling 1

Als cliënten positief zijn over de zorg die ze krijgen, betekent dit dat de instelling kwalitatief goede zorg levert.

Stelling 2

De tijd en aandacht die aan kwaliteit besteed wordt, gaat ten koste van de tijd en aandacht voor de cliënt.

Bijlagen

1. GGZ Thermometer
2. Begeleidende brief / Instructies
3. Aanvullende vragen
4. Topiclijst
5. Validiteit en betrouwbaarheid van de GGZ Thermometer
6. Achtergrondgegevens
7. Opmerkingen bij vraag 18 en 19

Bijlage 1 GGZ Thermometer

Vragenlijst

GGZ Thermometer voor waardering door cliënten (volwassenenzorg versie 2003.2)

Onderstaande gegevens vooraf in te vullen door de instelling!

Naam instelling:

Naam circuit:

Naam afdeling:

Zorgsoort:

- Ambulant kort
- Ambulant lang
- Klinisch kort
- Klinisch lang
- Deeltijd
- Transmuraal
- Zorg op maat / vernieuwde zorg
- RIBW
- BZW
- Anders, namelijk

GGZ Thermometer voor waardering door cliënten (2003)

*In deze vragenlijst wordt u gevraagd uw mening te geven. In veel gevallen wordt u gevraagd of u vindt dat iets voldoende of goed is (geweest). Als u het hier mee eens bent, **omcirkelt** u 'ja'. Als u het er niet mee eens bent of niet helemaal, **omcirkelt** u 'nee'.*

Informatie

In onderstaande vragen kan het gaan om (combinaties van) behandeling, begeleiding, verpleging of verzorging, al dan niet met verblijf of deeltijdzorg.

- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | Heeft u voldoende informatie gekregen over de
behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling? | ja nee |
| 2 | Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak
van uw behandeling of begeleiding? | ja nee |
| 3 | Heeft u voldoende informatie gekregen over het te
verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding? | ja nee |

Inspraak

Vraag 5 en 6 gaan over het behandel- of begeleidingsplan. Dit is een document waarin staat beschreven wat uw hulpvraag is, de behandeling of begeleiding die u hiervoor krijgt en hoelang dat zal duren.

- | | | |
|---|---|----------------------|
| 4 | Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling
of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)? | ja nee |
| 5 | Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt? | ja nee weet niet |
| 6 | Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan? | ja nee |

Hulpverlener

De volgende vragen gaan over de hulpverlener. Neem hierbij de hulpverlener in gedachten met wie u het meeste contact hebt of heeft gehad. Beantwoordt de vragen voor deze persoon.

- | | | |
|----|---|----------|
| 7 | Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig
(goed in zijn/ haar vak)? | ja nee |
| 8 | Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen? | ja nee |
| 9 | Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u? | ja nee |
| 10 | Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd
in u en uw mening? | ja nee |

Resultaat van de behandeling of begeleiding

De volgende vragen gaan over het resultaat van uw behandeling of begeleiding. Denk hierbij aan de behandeling of begeleiding die u nu krijgt of het laatst heeft gehad.

- | | | | |
|----|--|----|-----|
| 11 | Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd? | ja | nee |
| 12 | Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten? | ja | nee |
| 13 | Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)? | ja | nee |
| 14 | Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan? | ja | nee |
| 15 | Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt? | ja | nee |
| 16 | Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had? | ja | nee |

Overige vragen

Op school worden altijd rapportcijfers gegeven, een 9 is zeer goed, een 6 is voldoende en een 1 is zeer slecht.

17 Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 Wat moet de instelling volgens u verbeteren om dit rapportcijfer te verhogen?

.....
.....
.....
.....

19 Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?

.....
.....
.....
.....

20. Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?

- ja
- nee

Achtergrondgegevens

De mogelijkheid bestaat dat de mening van cliënten over de GGZ samenhangt met achtergrondkenmerken. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat:

- *jongere cliënten kritischer zijn dan oudere en hierdoor anders oordelen*
- *mannen kritischer zijn dan vrouwen en hierdoor anders oordelen*
- *mensen met verschillende culturele achtergronden in hun oordeel verschillen*

Wilt u daarom de onderstaande vragen invullen? Ook deze gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt.

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

2. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

3. In welk land bent u geboren?

.....

4. In welk land is uw (biologische) vader geboren?

.....

5. In welk land is uw (biologische) moeder geboren?

.....

6. Wanneer is uw behandeling/ begeleiding op deze afdeling gestart?

...-..... (maand-jaar)

7. Deze vragenlijst kan op verschillende momenten in de behandeling of begeleiding worden uitgereikt.

Is er bij u sprake van:

- een tussentijdse evaluatie van uw behandeling of begeleiding
- een belangrijke verandering in uw behandeling of begeleiding
- afsluiting van uw behandeling of begeleiding

8. Op welke dag heeft u deze vragenlijst ingevuld?

...-...-..... (dag-maand-jaar)

Bijlage 2 Begeleidende brief / Instructies

Geachte cliënt,

Op dit moment krijgt u behandeling en/of begeleiding van Zeeuwse Gronden. Als organisatie willen wij graag uw mening weten over een aantal punten:

- de kwaliteit van behandeling en/of begeleiding;
- de informatie die u ontvangt;
- de mogelijkheden tot inspraak bij Zeeuwse Gronden;
- de deskundigheid van de medewerkers;
- de kwaliteit van ons zorgaanbod.

Dit onderzoek geeft u de mogelijkheid om aan te geven hoe u over bepaalde zaken denkt en hoe u ze graag zou willen zien. Dit is voor ons belangrijk om ervoor te zorgen dat de zorg die Zeeuwse Gronden biedt, goed blijft of verbeterd wordt.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Ditta Westerbeke, stagiaire bij Zeeuwse Gronden.

U kunt uw mening geven door middel van de vragenlijst die is bijgevoegd. In het voorblad van de vragenlijst staan instructies voor het invullen.

Ik zal zelf de vragenlijst bij u op komen halen en tegelijkertijd wil ik dan een kort gesprekje met u houden naar aanleiding van deze vragenlijst. Daardoor hoopt Zeeuwse Gronden nog een duidelijker beeld te krijgen van uw ervaringen, uw wensen en uw verbeterpunten.

Ik zal hiervoor binnenkort een afspraak met u maken.

Mocht u hulp nodig hebben bij het invullen van de lijst, dan kunt u dit aangeven als ik bij u langskom.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Ditta Westerbeke

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de zorg- en dienstverlening van Zeeuwse Gronden. Alles wat u invult, wordt anoniem en vertrouwelijk verwerkt. U hoeft geen naam in te vullen op de vragenlijst.

Als alle vragenlijsten ingevuld zijn, wordt er een rapportage opgesteld. Naar aanleiding hiervan worden verbeterpunten geformuleerd. Het uiteindelijke doel is dat er verbeteringen gerealiseerd worden op die punten waar cliënten niet tevreden over zijn.

De vragenlijst dient bij voorkeur ingevuld te worden voordat u de afspraak met Ditta Westerbeke hebt. Als u vragen hebt of als u hulp nodig hebt bij het invullen van de lijst, dan kan dit tijdens deze afspraak gebeuren.

Instructies voor het invullen van de lijst

De vragenlijst bestaat voor het grootste gedeelte uit ‘ja’ – ‘nee’ vragen. Als u het eens bent met een vraag dan omcirkelt u ‘ja’. Als u het er niet mee eens bent, omcirkelt u ‘nee’.

Het is mogelijk dat bepaalde vragen niet van toepassing zijn voor u. In de lijst wordt dan aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u dan verder kunt gaan.

Voorbeeld:

- Ja (ga verder met vraag 7)
- Nee (ga verder met vraag 9)

Beantwoord de lijst vraag voor vraag. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaringen weergeeft.

Bijlage 3 Aanvullende vragen

- Aanvullende vragen -

Behandeling

De volgende vragen gaan over de behandeling van Zeeuwse Gronden.

1. Bent u in behandeling bij Zeeuwse Gronden?
 - Ja (ga verder met vraag 2)
 - Nee (ga verder met vraag 5)

2. Bent u geïnformeerd over eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van medicijnen die u gebruikt? ja nee

3. Hoe vaak wordt uw behandelplan geëvalueerd?keer per jaar

4. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld? ja nee

Woonvoorzieningen

De volgende vragen gaan over het wonen in een woonvoorziening van Zeeuwse Gronden.

5. Woont u in een woonvoorziening van Zeeuwse Gronden?
 - Ja (ga verder met vraag 6)
 - Nee (ga verder met vraag 10)

6. Bent u tevreden over uw woonsituatie? ja nee

7. Bent u tevreden over uw sociale contacten? ja nee

8. Bent u tevreden over uw financiële situatie? ja nee

9. Bent u tevreden over uw lichamelijke gezondheid? ja nee

Dagbesteding/werk

De volgende vragen gaan over uw dagbesteding /werk en over het dagactiviteitencentrum van Zeeuwse Gronden.

10. Bent u tevreden over uw dagbesteding en/of werk? ja nee

11. Komt u wel eens in het dagactiviteitencentrum van Zeeuwse Gronden?
 - Ja (ga verder met vraag 12)
 - Nee (ga verder met vraag 13)

12. Bent u tevreden over het dagactiviteitencentrum? ja nee

Ambulante woonbegeleiding

De volgende vragen hebben betrekking op de ambulante woonbegeleiding.

13. Krijgt u ambulante woonbegeleiding?

- Ja (ga verder met vraag 14)
- Nee (ga verder met vraag 15)

14. Bent u tevreden over de ambulante woonbegeleiding die u krijgt?

ja nee

Continuïteit van zorg

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen de verschillende behandelaars en/of begeleiders.

15. Krijgt u hulp van verschillende behandelaars en/of begeleiders?

- Ja (ga verder met vraag 16)
- Nee (ga verder met vraag 18)

16. Zitten de verschillende behandelaars en/of begeleiders op één lijn met elkaar?

ja nee

17. Bent u tevreden over de samenwerking tussen de verschillende behandelaars en/of begeleiders?

ja nee

Overige vragen

18. Bent u tevreden over de bereikbaarheid van de begeleiding?

ja nee

19. Vindt u dat de begeleiding voldoende tijd voor u heeft?

ja nee

Bijlage 4 Topiclijst

Informatie

- Hoe bent u geïnformeerd over de behandeling/begeleiding?
- Kunt u verbeterpunten noemen?

Inspraak

- Hebt u inspraak gehad in uw eigen behandeling en/of begeleiding? Hoe?
- Hoe kunt u uw wensen, verbeterpunten, klachten etc. kenbaar maken?
 - medewerkers
 - cliëntenraad
- Welke verbeterpunten hebt u als het gaat om inspraak?

Medewerkers

- Hoe wordt u door de medewerkers bejegend/behandeld?
 - respectvolle bejegening?
 - kennis van en begrip voor situatie?
 - aandacht en tijd?
 - als mens behandeld worden?
 - voorbeelden
- Hoe gaan medewerkers om met uw mening, wensen en behoeften?
 - ruimte om dit naar voren te brengen?
 - wordt er geluisterd
 - wat wordt er mee gedaan?
 - voorbeelden
- Wat vindt u van de deskundigheid van de medewerkers?
 - hoe blijkt deskundigheid?
 - voorbeelden
- Welke wensen en/of verbeteringen kunt u aangeven als het gaat om de medewerkers?

Resultaat van behandeling

Bij 'ja' op vraag 13, 14, 15, 16

- Kunt u voorbeelden geven? Hoe komt het dat u vooruitgegaan bent?

Bij 'nee' op vraag 13, 14, 15, 16

- Hoe komt het dat u niet vooruitgegaan bent?

Woonlocatie

- Welke goede en welke minder goede punten kunt u aangeven als het gaat om het wonen in deze woonvoorziening?
 - bereikbaarheid en toegankelijkheid
 - hygiëne
 - begeleiding
 - medebewoners
- Wat vindt u van de bereikbaarheid van de begeleiding?

DAC

- Welke goede en welke minder goede punten kunt u aangeven als het gaat om de inloop en het aanbieden van activiteiten?
 - bereikbaarheid en toegankelijkheid
 - andere bezoekers
 - begeleiding
 - activiteiten

Ambulante begeleiding

- Welke goede en minder goede punten kunt u aangeven met betrekking tot de ambulante begeleiding die u krijgt?
 - bereikbaarheid
 - hoeveelheid en duur begeleiding
 - begeleiders

Behandeling

- Welke goede en minder goede punten kunt u aangeven met betrekking tot de behandeling die u krijgt?
 - behandelaar
 - aantal en duur gesprekken
 - medicatie

Bijlage 5 Validiteit en betrouwbaarheid van GGZ Thermometer

Onderstaand stuk komt uit het rapport ‘Cliëntwaardering in de GGZ: verslag van een pilot’ (2001). In dit stuk worden de conclusies beschreven van deze pilot.

5 Samenvatting en slotopmerkingen

Het doel van de pilot was om een cliëntwaarderingsinstrument voor de GGZ volwassenenzorg te ontwikkelen, uit te testen en geschikt te maken voor landelijke toepasbaarheid. Het moest gaan om een kort en uniform instrument dat instellingen niet alleen een geschikte basis biedt om intern de kwaliteit van de zorg (verder) te verbeteren, maar het instrument diende tevens expliciet geschikt te zijn om op landelijk niveau instellingen met elkaar te kunnen vergelijken (‘benchmarking’). Daarvoor was het nodig meer eenheid te brengen in de inhoud en de procedure van cliëntwaarderingsonderzoek dan tot nu toe het geval was. Het uittesten van de in deze pilot ontwikkelde eerste versie van de Thermometer heeft in tweeërlei opzicht een positief resultaat opgeleverd. In de eerste plaats kan worden vastgesteld dat de Thermometer een voorlopig voldoende geschikt en betrouwbaar instrument is gebleken en derhalve landelijk gebruikt kan gaan worden. In de tweede plaats zijn de cliënten van de vijf instellingen die mee hebben gedaan aan de pilot over het algemeen redelijk tevreden over de geboden zorg.

De vragenlijst is afgenomen op een grote steekproef, verspreid over verschillende instellingen en zorgsoorten en de respondenten zijn random geselecteerd. Het blijkt dat de antwoordpercentages per vraag en de gemiddelde rapportcijfers elkaar niet tegenspreken. Dit is een indicatie voor de bruikbaarheid van de lijst als instrument om cliëntwaardering te meten. Tevens is er een positief significante samenhang tussen rapportcijfers en afzonderlijke items. Kortom: hoe hoger de score op elk afzonderlijk item hoe hoger het rapportcijfer en andersom. Ook bleek dat de meeste respondenten (74-82%) het invullen van de vragenlijst niet moeilijk vonden en er geen hulp bij nodig hadden gehad. De pilot heeft tot een klein aantal aanpassingen in de Thermometer zelf geleid. Daarnaast is besloten om een apart blad ‘achtergrondgegevens’ toe te voegen (zie ook bijlage 2: Handleiding bij de Thermometer).

Na factoranalyse bleek dat, met uitzondering van één item, de vragen uit de pilotversie verdeeld konden worden over vier factoren, die elk vier aspecten van de waardering van de hulpverlening meten, namelijk:

- waardering resultaat van zorg
- waardering hulpverlener
- waardering informatie
- waardering inspraak

De interne consistentie is voor alle schalen voldoende tot goed en de algemene betrouwbaarheid is hoog. Met 10 van 16 items van de Thermometer is de hoogte van het rapportcijfer redelijk goed te voorspellen (68% verklaarde variantie). Deze items komen uit elk van de subschalen.

Het is gebleken dat de cliënten van de vijf instellingen de ontvangen zorg positief beoordelen, met een gemiddeld rapportcijfer van 7. De onderlinge verschillen zijn gering. Op item- en subschaalniveau zijn alleen op ‘Informatie’ en ‘Inspraak’ kleine verschillen gevonden tussen de instellingen en tussen de zorgsoorten.

De Thermometer levert geen allesomvattende meting van de zorg op. Zoals de naam reeds aangeeft, is de Thermometer een instrument dat een indicatie geeft of iets wel of niet goed is zonder de precieze oorzaak aan te geven. Met de Thermometer wordt een globaal beeld verkregen van de zwakke en sterke onderdelen van het zorgproces. Het is daarom belangrijk de uitkomsten uitgebreid te bespreken met hulpverleners en cliënten om te achterhalen waarmee eventuele lage waarden te maken hebben en hoe de zorg kan worden verbeterd. (Donker & Hull, 2000) De resultaten kunnen aanleiding geven voor nadere beschouwing of meer diepgaand onderzoek naar

bepaalde onderdelen van het zorgproces. Uitgebreidere vormen van kwaliteitstoetsing zijn dus niet overbodig, maar kunnen gericht worden ingezet.

Ten slotte

Hoewel het totaal aantal respondenten van de vijf instellingen tezamen ruim voldoende was om de noodzakelijke statistische analyses uit te voeren, was het lage responspercentage een probleem om op een gedetailleerd niveau per instelling afdelingen en/of zorgsoorten zinvol met elkaar te vergelijken. Wanneer de Thermometer voor dergelijke vergelijkingen zou moeten worden gebruikt, omdat zo'n vergelijking aanwijzingen zou kunnen opleveren voor het intern verbeteren van 'de' kwaliteit, dan is het van belang, maatregelen te nemen om de respons te verhogen. In de Handleiding (zie bijlage 2) wordt daarom de suggestie gedaan om het meten van cliëntwaardering op termijn zoveel mogelijk een regulier onderdeel te laten uitmaken van de werkprocessen in de instellingen. In principe zou aan het dossier van elke cliënt een blanco Thermometer moeten worden toegevoegd. Deze kan dan bij een overgang van zorg of bij afsluiting van zorg door de cliënt worden ingevuld. Op het moment dat een instelling de beslissing neemt een cliëntwaardering meting daadwerkelijk uit te gaan voeren, beschikt men dan in principe over voldoende materiaal.³⁶

³⁶ Wijngaarden, B. van, Kok, I., Kurt, A., Hull, H., Ooyen, M. van. *Cliëntwaardering in de GGZ: verslag van een pilot*. Utrecht: Trimbo-instituut, november 2001. Te downloaden op: www.trimbos.nl

Onderstaand stuk komt uit het rapport ‘De GGZ Thermometer nader onderzocht, De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenzorg’ (2003).

2.3 Onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid

De Thermometer werd ontwikkeld voor het meten van cliëntwaardering in de GGZ. Het is de vraag of de vragenlijst dit ook daadwerkelijk doet. Met andere woorden: is de Thermometer een valide instrument? Bij de constructie van de vragenlijst is gestreefd naar een goede inhoudsvaliditeit. De Thermometervragen zijn gekozen uit een grote pool items afkomstig uit betrouwbare, valide en op theoretische constructen gebaseerde vragenlijsten voor het meten van cliëntwaardering. De vragen zijn uit deze bestaande vragenlijsten geselecteerd aan de hand van criteria, vastgesteld door experts en cliënten(vertegenwoordigers). Hierdoor hebben de vragen van de Thermometer betrekking op aspecten van de zorg die door zowel cliënten als experts gezien worden als relevante aspecten van de zorg. Dit betekent dat de inhoudsvaliditeit van de Thermometer voldoende groot is.

In de evaluatie is de validiteit op verschillende manieren onderzocht. Naast de inhoudsvaliditeit is ook de toegankelijkheid en duidelijkheid van de vragenlijst van belang. Bij de constructie van de Thermometer is getracht deze toegankelijkheid zo groot mogelijk te maken. Of dit is gelukt kan (deels) worden onderzocht door te kijken naar het percentage missende waarden en/of “onlogische” antwoorden. De aandacht is met name uitgegaan naar de categorieën ‘*weet niet*’ en ‘*niet van toepassing*’. In het pilotonderzoek bleek al dat deze categorieën voor problemen zorgen. Zo werd relatief vaak voor ‘*niet van toepassing*’ gekozen als deze categorie eigenlijk geen betekenis had, bijvoorbeeld bij “*Heeft u voldoende informatie gekregen...*”.

De categorie ‘*weet niet*’ werd in de berekeningen van het pilotonderzoek behandeld als een middencategorie, namelijk als score tussen ‘*ja*’ en ‘*nee*’.⁶ Het is echter de vraag of dit een juiste keuze is geweest. De categorie ‘*weet niet*’ heeft per vraag namelijk een verschillende betekenis. Bij de vraag: “*Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?*” zou het ‘*ik weet het niet*’ betekenen. Bij de vraag: “*Bent u door de behandeling voldoende vooruit gegaan?*” zou deze categorie ‘*ik weet het niet*’ kunnen betekenen, maar ook ‘*gedeeltelijk*’. In het eerste geval wordt dan gesproken van een missende waarde, in het tweede geval van een middencategorie.

Indien uit de analyses opnieuw zou blijken dat de categorieën ‘*weet niet*’ en ‘*niet van toepassing*’ voor verwarring zorgen, is dit een aanleiding om de scoringsmethode te herzien.

De vragen van de Thermometer zijn gekozen omdat zij de verschillende aspecten van cliëntwaardering weerspiegelen. In de pilot werd met een factoranalyse onderzocht of de items van de Thermometer die over hetzelfde aspect gaan onderling inhoudelijke samenhang vertonen. Uit deze factoranalyse kwamen vier goed te interpreteren factoren naar voren, te weten: ‘*Informatie*’, ‘*Inspraak*’, ‘*Hulpverlener*’ en ‘*Resultaten*’, die grotendeels overeenkwamen met de door de experts aangegeven belangrijke inhoudelijke aspecten. Deze inhoudelijke en statistische samenhang was een indicatie voor de goede constructvaliditeit.

In de evaluatie is opnieuw bij een groep respondenten een confirmerende factoranalyse uitgevoerd op de vragen van de Thermometer. Indien de factorstructuur uit de pilot opnieuw wordt gevonden, kan geconcludeerd worden dat de construct validiteit van de Thermometer hoog is.

Een andere manier om de vragenlijst te valideren is gebruik te maken van het rapportcijfer. Het rapportcijfer dat cliënten geven voor de totale zorg, wordt hierbij opgevat als weerspiegeling van de totale (algemene) waardering voor de zorg. Ervan uitgaande dat zowel de items (1-16) als het rapportcijfer cliëntwaardering meten, kunnen deze metingen als het ware opgevat worden als twee afzonderlijke metingen van hetzelfde construct.

Indien dit het geval is, moet er een hoge positieve samenhang zijn tussen de afzonderlijke itemscores en het rapportcijfer. Dit betekent dat hoge scores op de items (‘*ja*’) samenhangen met een hoog rapportcijfer en lage scores op de items (‘*nee*’) samenhangen met een laag rapportcijfer. Daarnaast moet de hoogte van het rapportcijfer voorspeld worden door de scores op de afzonderlijke items van de vier subschalen. Dit kan worden onderzocht met een stapsgewijze

regressieanalyse, waarbij het rapportcijfer als afhankelijke variabele en de items 1-16 als onafhankelijke variabelen worden gedefinieerd.

Uit de pilot bleek dat de afzonderlijke items en het rapportcijfer positief correleerden (variërend van 0,34 tot 0,62). Uit de regressie-analyse bleek dat de hoogte van het rapportcijfer kon worden voorspeld uit tien items die afkomstig waren uit alle vier de subschalen.

De hoge positieve correlaties tussen de afzonderlijke items en het rapportcijfer samen met het feit dat het rapportcijfer voorspeld kan worden door items uit alle vier de schalen, kan worden opgevat als een indicatie voor validiteit. Om na te gaan of deze resultaten ook met de data van de herziene Thermometer gevonden werden, zijn deze correlaties en regressie opnieuw berekend.

Ten slotte is de informatie die werd verzameld door middel van de open vragen geanalyseerd. Hierbij is vooral gekeken of de respondenten bepaalde vragen hebben gemist in de Thermometer. Dit zou betekenen dat niet alle relevante onderwerpen zijn opgenomen. Indien dit niet het geval is, is dit een indicatie van de inhoudsvaliditeit van de Thermometer.

Betrouwbaarheid

Naast de validiteit van het instrument is het van belang dat een instrument betrouwbaar is. De betrouwbaarheid van de Thermometer kan worden onderzocht met een schaalanalyse op de (met de factoranalyse) gevonden subschalen. Hierbij worden de interne consistenties bepaald van de schalen. De interne consistentie geeft aan in welke mate de respondenten consequent antwoorden op vragen die over hetzelfde onderwerp gaan. Hoge interne consistenties van de schalen zijn een indicatie van de betrouwbaarheid van de vragenlijst. Naast de interne consistentie van de verschillende schalen, kan ook de interne consistentie van de gehele vragenlijst bepaald worden. Dit wordt ook wel de algemene betrouwbaarheid genoemd. De interne consistenties van de subschalen van de pilot bleken voldoende tot goed te zijn. De algemene betrouwbaarheid was hoog (0,90).

De schaalanalyses werden opnieuw uitgevoerd met de data van de evaluatie. Indien de interne consistenties van de subschalen en de algemene betrouwbaarheid opnieuw hoog zouden zijn, is dit een indicatie voor de betrouwbaarheid van de Thermometer.

Sensitiviteit

Naast validiteit en betrouwbaarheid kan de sensitiviteit van de Thermometer worden onderzocht. De sensitiviteit van een instrument is de mate waarin een instrument bestaande verschillen tussen groepen respondenten ook daadwerkelijk meet. Een criteria waarop de items van de pilotversie zijn gekozen was dat ze voldoende differentieerden tussen cliënten met verschillende meningen. In de pilot met de Thermometer zijn verder geen uitspraken gedaan over de sensitiviteit, omdat er niet bekend was of respondenten daadwerkelijk een afwijkend oordeel hadden. Na het pilotonderzoek is er een achterblad toegevoegd aan de Thermometer waarop essentiële kenmerken van respondenten (en de instelling) konden worden verzameld. Hierdoor zijn er in deze evaluatie meer achtergrondgegevens bekend, waarop cliënten vergeleken kunnen worden. Voor de verschillende groepen respondenten zijn het gemiddelde rapportcijfer en de gemiddelde schaalscores berekend. Daarna is met t-toetsen en variantieanalyses onderzocht of er sprake is van significante verschillen tussen verschillende groepen respondenten. Indien er significante verschillen worden gevonden, is dit een eerste (zij het beperkte) indicatie voor de sensitiviteit van de Thermometer.³⁷

³⁷ Kertzman, T., Kok, I., Wijngaarden, B. van. *De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut, Maart 2003. Te downloaden op: www.trimbos.nl

Bijlage 6 Achtergrondgegevens

1. Wat is uw leeftijd?

Leeftijdsklasse	Percentage cliënten
1 – 19	0%
20 – 29	24%
30 – 39	24%
40 – 49	19%
50 – 59	24%
60 – 69	9%
Ouder dan 70	0%

n=37

2. Wat is uw geslacht?

Man	Vrouw
62%	38%

n=37

3. In welk land bent u geboren?

Land	Percentage cliënten
Nederland	81%
Duitsland	3%
Overige EG	3%
Overige landen	14%

n=37

4. In welk land is uw (biologische) vader geboren?

Land	Percentage cliënten
Nederland	86%
Duitsland	3%
Overige EG	3%
Overige landen	8%

n=37

5. In welk land is uw (biologische) moeder geboren?

Land	Percentage cliënten
Nederland	78%
Duitsland	3%
België	3%
Overige EG	5%
Overige landen	11%

n=37

6. Wanneer is uw behandeling/begeleiding op deze afdeling gestart?

Jaar	Percentage cliënten
1999	3%
2002	5%
2003	8%
2004	3%
2005	3%
2006	29%
2007	27%
NI	22%

n=37

7. Deze vragenlijst kan op verschillende momenten in de behandeling en/of begeleiding worden uitgereikt. Waarvan is er bij u sprake?

Bij alle cliënten gaat het om een tussentijdse evaluatie.

8. Op welke dag heeft u deze vragenlijst ingevuld?

Alle cliënten hebben de lijst tussen 7 en 23 april 2008 ingevuld.

Bijlage 7 Opmerkingen bij vraag 18 en 19

18. Wat moet de instelling volgens u verbeteren om dit rapportcijfer te verhogen?

- Begeleiders moeten meer vanuit het zorgplan werken.
- Begeleiders moeten doelgerichtere gesprekken voeren.
- Begeleiding meer inzicht in verslavingsproblematiek.
- Begeleiding moet respectvol zijn.
- Begeleiding moet meer vrijheid geven.
- Betere communicatie met elkaar.
- Communicatie kan beter.
- Deur dicht als er iets op kantoor besproken wordt.
- Er is niet veel te verbeteren; het is niet noodzakelijk.
- Frustratie begeleiders.
- Geen antwoord.
- Het is goed zo.
- Hulpverleners vaker langskomen.
- Ik ben gedwongen.
- In het zorgplan staan dingen die ik niet wil.
- Meer aandacht voor cliënten.
- Meer deskundigheid van begeleiding.
- Meer kennis van zaken.
- Meer langskomen.
- Mij tot Nederlands bekendste rapper maken.
- Minder wisseling in personeel.
- Niets.
- Nog beter op mijn problemen inspelen.
- Persoonlijke dingen niet bespreken in het koffie-uurtje.
- Psycholoog moet op tijd komen.
- Regelmatig behandel/begeleidingsdoelen bespreken.
- Soestdijk.
- Tevreden.
- Zorgplan is meer van begeleiders dan van cliënt.

19. Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?

- Begeleiders missen soms de levenservaring.
- Begeleiding heeft het soms erg druk.
- Begeleidster is lief en behulpzaam; ze doet goed haar werk; jammer dat ze een vriend heeft.
- Behandeling is goed.
- Behandelplan interesseert me niet.
- Ben zelf erg opgeschoten met doelen; voel me hierin soms afgeremd door gesprekken over koetjes en kalfjes.
- De begeleiding is goed en leuk.
- Een 'casemanager' aanstellen die het overleg mbt een cliënt stroomlijnt. Nu is onduidelijk wie wat doet.
- Het gaat goed zoals het nu gaat.
- Het wonen is goed en gewoon.
- Ik krijg hier meer vrijheid.
- Je kunt altijd bij begeleiding terecht met je problemen. Ik heb veel respect voor wat ze doen.
- Medicatie is verbeterd.
- Nee.
- Nee.
- Niet voor de zoveelste keer aan een cursus omgaan met verslaving meedoen.
- Overleg is mogelijk; ik gebruik geen drugs meer.
- Sfeer is goed.
- Soms te kinderachtige benadering.
- Zorgplan ook in de praktijk uitvoeren.