

Instrumenten voor de bepaling van cliënttevredenheid naast elkaar geplaatst¹

M. Schuurman en H. Finkenflügel

1 Inleiding¹

Het periodiek vaststellen van de tevredenheid van cliënten in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking behoort tot de reguliere taken van de zorgaanbieder. Die taak komt voort uit de wettelijke verplichting tot het leveren van kwaliteit, dat wil zeggen het leveren van veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid (VWS, 2006). Uitvoering van tevredenheidsonderzoek bij cliënten is daarom één van de eisen waaraan voldaan moet zijn om HKZ gecertificeerd te worden en wordt door zorgkantoren als voorwaarde voor bekostiging gesteld.

Cliëntenraadpleging is ook een van de pijlers van het programma Zichtbare Zorg (de andere pijler is het meten van zorginhoudelijke indicatoren). In dit programma werken voor

elke sector verzekeraars, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en de inspectie samen om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Deze informatie wordt gebruikt als:

- keuze-informatie voor patiënten en consumenten;
- inkoopinformatie voor zorgverzekeraars;
- toezichtinformatie voor de inspectie;
- verbeterinformatie voor zorgverleners.

Het inhoudelijke kader voor het programma Zichtbare Zorg, en dus ook voor het tevredenheidsonderzoek, wordt geboden door het Visiedocument Kwaliteitskader dat enkele jaren geleden door de brancheorganisatie werd vastgesteld (VGN, 2007). De waardering die dit document kreeg is een gevolg van het standpunt over cliëntgerichtheid dat wordt ingenomen: doel van de zorg en ondersteuning

Beleid & Management

In dit artikel doen de auteurs verslag van een vergelijkende studie naar de kenmerken van vijf instrumenten voor het onderzoek van cliënttevredenheid en cliëntervaringen in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Het artikel is relevant voor kwaliteitsmedewerkers, zorgmanagers en bestuurders in de sector maar ook voor beleidsmedewerkers van brancheorganisaties en zorgkantoren die te maken hebben met onderzoek van 'klanttevredenheid'. WB

is het vergroten van de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Kwaliteit van bestaan wordt geoperationaliseerd in de acht domeinen van Schalock (Schalock & Verdugo, 2002), te weten lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangen.

Veel zorginstellingen gaan in het uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoek hun eigen weg. De belangrijkste reden daarvoor is de weerstand tegen het landelijk ontwikkelde, gemeenschappelijke instrument voor het meten van cliënttevredenheid in de zorg aan mensen met een beperking, de CQ-Index, resp. haar opvolger de CE-Index. De twee belangrijkste bedenkingen tegen dit instrument zijn:

- *De beperkte dekking.* De inclusiecriteria die voor deze index worden gehanteerd, zijn: de cliënt heeft een IQ van 35 of hoger of een ontwikkelingsniveau van minimaal een 4-jarige (zijnde het niveau dat nodig is om de vragen te kunnen begrijpen) en hij/zij is benaderbaar en in staat tot communicatie met anderen. Uitgesloten zijn cliënten met ernstige gedragsproblemen (SGLVG of SGEVG) en cliënten met een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking. Voor deze groepen cliënten is het meetinstrument niet geschikt omdat het voeren van een vraaggesprek niet mogelijk is en/of omdat de vragen onvoldoende zijn toegespitst op de specifieke situatie van de cliënten. Deze criteria leiden ertoe dat veel cliënten worden uitgesloten. Grofweg be-

treft het cliënten die geïndiceerd zijn voor ZZP (Zorgzwaartepakket) 5 t/m 8. Voor 's Heeren Loo Zorggroep bijvoorbeeld vallen driekwart van haar VG-clieñten daaronder. Wel is het zo dat genoemde criteria niet gelden voor het tevredenheidsonderzoek dat onder ouders wordt uitgezet. Maar juist omdat zorgorganisaties steeds meer de nadruk leggen op zeggenschap van cliënten zelf in plaats van vertegenwoordigers, is een benadering waarbij voor een belangrijk deel van de cliënten alleen ouders worden bevraagd een te magere insteek. Het streven is om door gerichte keuze van instrumenten zoveel mogelijk de cliënten zelf aan het woord te laten. Organisaties zijn geïnteresseerd in de ervaringen van hun cliënten.

- *De onmogelijkheid om via deze index het meer specifieke eigen beleid te toetsen.* In de ontwikkeling van de index diende aangesloten te worden bij het standaardinstrument dat ook in andere sectoren (V&V, GGZ) werd gebruikt. Grootschalige toepassing, in 2008, van de CQ-Index in de zorg aan mensen met een beperking leverde weliswaar vergelijkingsinformatie op tussen zorgaanbieders maar niet de door zorginstellingen gewenste informatie voor kwaliteitsverbetering van het eigen aanbod. Daarvoor werden de vragen van het instrument als te algemeen ervaren. De CE-Index (Cliëntenervaringsindex) bevat in vergelijking tot de CQ-Index meer vragen die zijn toegesneden op de specifieke situatie in de zorg aan mensen met een beperking.

Ook vindt differentiatie plaats: er zijn afzonderlijke vragenlijsten ontwikkeld voor intramuraal wonen, dagbesteding en ambulante ondersteuning. Toch vinden veel zorginstellingen dat ook de CE-Index tekort schiet. Zij willen dat informatie uit tevredenheidsonderzoek ten dienste moet staan van het uitvoerende management; zij zijn degenen die de informatie uit het onderzoek voor reflectie en sturing dienen te gebruiken. De CE-Index wordt hier minder geschikt voor gevonden.

Het uitvoeren van een cliënttevredenheidsonderzoek wordt door de zorgkantoren in het contract met de instelling opgenomen. In hoeverre dat de CE-Index moet zijn, zoals is afgesproken in het programma Zichtbare Zorg en opgenomen in de regels voor de jaarverantwoording van zorginstellingen (VWS, 2009), is niet altijd duidelijk. Al eerder hebben de zgn. VOBC instellingen (jeugd LVG) afgesproken de C-toets van Stichting Alexander te gebruiken.

Veel zorginstellingen staan dus voor de vraag welke kwaliteitsindicatoren en instrument voor cliënttevredenheidsonderzoek zij nu moeten toepassen. De VGN biedt bij de beantwoording van deze vraag ondersteuning door het beschikbaar stellen van de resultaten van een inventarisatie van werkwijzen rond kwaliteitsmeting die zij najaar 2010 onder haar leden hield; deze resultaten worden steeds geactualiseerd.² Het is zinvol dat, aanvullend op deze informatie, een stap verder wordt gegaan en, waar het gaat om het meten van cliënt-

tevredenheid, bestaande instrumenten met elkaar worden vergeleken. Dat doen we in dit artikel. Doel is het bieden van informatie aan zorginstellingen op basis waarvan zij een zo verantwoord mogelijke keuze kunnen maken voor hun eigen cliënttevredenheidsonderzoek. De vraag die wij in dit artikel beantwoorden, is: welke zijn de belangrijkste, meest toonaangevende instrumenten voor het meten van tevredenheid van cliënten over de ontvangen zorg- en dienstverlening die in Nederland thans worden gebruikt of in ontwikkeling zijn? Hoe zien die instrumenten er op een aantal belangrijke aspecten uit en waarin verschillen zij van elkaar?

2 De geselecteerde instrumenten

De selectie van instrumenten vormde uiteraard een belangrijke activiteit. Er worden op dit moment in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking diverse instrumenten voor cliënttevredenheid gebruikt, variërend van langdurig beproefde kwantitatieve instrumenten tot instrumenten als focusgesprekken, raadpleging van cliëntenraden en bewonersbijeenkomsten. De aandacht in deze studie ging uit naar het eerste type instrumenten. Bij de selectie van instrumenten werden de volgende criteria gehanteerd:

- De waardering die er voor het instrument binnen de sector is (deze is aantoonbaar).
- De leeftijd van het instrument (het instrument loopt enige tijd mee).
- De kwaliteit van het instrument (betrouwbaarheid en validiteit zijn onderzocht en naar behoren).

- De gerichtheid van het instrument op tevredenheid van cliënten als output-variabele.
- De gerichtheid van het instrument op ervaringskennis van cliënten en, eventueel, hun vertegenwoordigers.

Via documentatiebestanden, bestudering van digitale informatie, consultatie van enkele externe deskundigen met overzicht van bestaande instrumenten en raadpleging van het eerder genoemde overzicht van de VGN (2010) werd kennis genomen van zo veel mogelijk instrumenten. Hieruit werden er op basis van bovenstaande criteria vijf geselecteerd. In tabel 1 zijn deze instrumenten weergegeven. Ook zijn de referenties vermeld waaraan informatie over het instrument werd ontleend.

Niet alle instrumenten voldoen aan alle criteria. Het instrument POS is gericht op kwaliteit van bestaan en niet expliciet op tevredenheid met de ontvangen zorg- en dienstverlening. Gezien de plaats die dit instrument in de kwaliteitscyclus van de organisatie inneemt en het theoretische uitgangspunt dat tevredenheid in de ervaring van kwaliteit van bestaan is vervat, is dit instrument toch meegenomen. Andere instrumenten voor kwaliteit van bestaan, zoals de IDQOL³, zijn niet meegenomen omdat hier de verbinding met tevredenheid over de ondersteuning door een organisatie niet aan bod komt.

De CE-Index voldoet slechts gedeeltelijk aan zowel het eerste criterium (de waardering is wisselend) als aan het tweede (er zijn slechts pilotgegevens beschikbaar). De huidige status

van het instrument en recente informatie over de kwaliteit ervan (Hoekman, 2010), alsmede de eisen vanuit het programma Zichtbare Zorg maakten het relevant om het toch mee te nemen.

Er zijn drie instrumenten bestudeerd die uiteindelijk niet zijn geselecteerd maar hier wel worden vermeld:

De LSR.⁴ Hoewel van de LSR door diverse zorginstellingen bij de bepaling van cliënttevredenheid gebruik wordt gemaakt, is het instrument niet meegenomen. De reden is dat het hier eerder om een cluster van meetinstrumenten gaat waaruit voor een zorgaanbieder een mix op maat wordt samengesteld (observatiemethoden, gespreksmethodieken, vragenlijsten, methode ‘Zeg ’t ons’), dan om één vast instrument.

De Groningen Zorgbarometer. Dit is een relatief nieuw maar inmiddels breed uitgezet instrument. Het grootste probleem is dat het nadrukkelijk de tevredenheid van ouders meet over de zorg en dus niet aan cliënten zelf voorgelegd wordt.

Het instrumentarium van bureau Effactory⁵ Dit bureau heeft bij een groot aantal VGN-lidinstellingen een medewerkeronderzoek uitgevoerd en ontwikkelt nu een instrument voor cliëntwaarderingsonderzoek. Kenmerkend voor dit instrument is dat gebruik wordt gemaakt van de CQ-Index (CE-Index), naar wens aangevuld met een kleinschalig of volledig ‘maatwerk onderzoek’.

Tabel 1: Overzicht van de geselecteerde instrumenten

Instrument	Eigenaar	Referenties
<i>Volledige naam</i>	<i>Afkorting</i>	
Clientveraringsindex	CE-Index	Centrum Klantervaring Zorg (CKZ)
Onderzoek kwaliteitservaringen in de langdurige zorg	OKE-LZ	Buntinx Training & Consultancy (BTC)
C-Toets Orthopedagogische Behandelcentra	C-Toets	Stichting Alexander
Instrument Evaluatie van de Dienstverlening	IED	Perspectief, Kenniscentrum voor Inclusie en Zeggenschap
Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten Schaal	POS	Stichting Arduin

3 Resultaten

3.1 Algemene informatie over de instrumenten

In tabel 2 worden de vijf geselecteerde instrumenten vergelijkenderwijs gepresenteerd.⁶ Van elk instrument wordt achtereenvolgens vermeld:

1. Het achterliggende gedachtegoed van het instrument.
2. Clienten op wie het instrument kan worden toegepast.
3. Overigen op wie het instrument wordt toegepast.
4. De inhoud: waar wordt naar gevraagd (domeinen, items, e.d.)?
5. Wijze van afname: door wie, op welke wijze en bij wie wordt het instrument afgenomen en hoe worden de data verwerkt.
6. Type data: levert het instrument kwalitatieve data, kwantitatieve data of beide?
7. De gebruiksmogelijkheden van resultaten: wat kun je met de resultaten, welke 'producten' levert de afname op.
8. Inbedding in de organisatie: welke plaats neemt toepassing van het instrument in de zorginstelling in, maakt het deel uit – c.q.

Instrumenten voor de bepaling van cliënttevredenheid naast elkaar geplaatst

Tabel 2: Samenvattend overzicht van de vijf geselecteerde instrumenten voor het meten van cliënttevredenheid

<i>Aspect</i>	<i>1. CE-Index</i>	<i>2. OKE-LZ</i>
Gedachtegoed	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (domeinen Schalock en domeinen voorwaarden organisaties).	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (domeinen Schalock en voorwaarden-scheppende domeinen) en eigen dimensie (relationele aspecten/dialogo).
Cliënten op wie van toepassing	Volwassen cliënten met een lichte of matige verstandelijke beperking (cliënten SGLVG/SGEVG en EMB zijn uitgesloten). Er wordt niet gebruik gemaakt van proxies.	Alle cliënten (vanaf 16 jaar). Geen proxies.
Overigen op wie toegepast	Ouders/cliëntvertegenwoordigers worden gevraagd naar eigen ervaringen.	Familie, vertegenwoordigers en medewerkers worden gevraagd naar eigen tevredenheid.
Inhoud	De 12 domeinen uit het Kwaliteitskader, afzonderlijk uitgewerkt voor: Wonen/24uurs-zorg. Dagbesteding. Ambulante zorg.	Drie dimensies van zorgkwaliteit: (a) Inhoudelijke kwaliteit van zorg (WAT) via acht domeinen. (b) Voorwaardenscheppende kwaliteit van zorg (HOE) via acht vier domeinen. (c) Relationele kwaliteit van zorg (WIE) via vijf domeinen.
Wijze van afname	Cliënten 24uurs-zorg/wonen en dagbesteding via interviews. Cliënten ambulant en ouders/ vertegenwoordigers schriftelijk. Beeldmateriaal beschikbaar.	Cliënten via interviews, familie, vertegenwoordigers en medewerkers schriftelijk. Beeldmateriaal beschikbaar.
Type data	Kwantitatief	Kwantitatief en kwalitatief
Data bruikbaar voor	Benchmarking, externe verantwoording en (in mindere mate) kwaliteitsverbetering intern.	Kwaliteitsverbeter-management, sturing binnen organisatie.

3. C-Toets	4. IED	5. POS
Kwaliteit hulpverlening, via bottum up ontwikkelde domeinen (binnen jeugdzorg).	Kwaliteit van zorg in relatie tot kwaliteit van bestaan, via zelf ontwikkelde standaarden.	Kwaliteit van bestaan (subjectief en objectief), via domeinen Schalock.
Jongeren LVG, vanaf 12 jaar. Geen proxies.	Alle (volwassen) cliënten met een beperking (verstandelijk, motorisch, psychisch, visueel, etc.), in alle situaties waarin zij ondersteuning krijgen. Geen proxies.	Alle volwassen cliënten van de instelling (voor subjectieve kwaliteit van bestaan). Als cliënten zelf niet in staat zijn, worden proxies benaderd (professional, ouder).
Ouders/verwanten van deze jongeren gevraagd naar eigen tevredenheid.	Mensen die in het leven van betreffende cliënten van belang zijn (familie, vrienden, professionals, e.d.).	Ouders/professionals (voor geobjectieerde beoordeling kwaliteit van bestaan en eventueel als proxies voor subjectieve).
(a) Open vragen over kwaliteit, (b) stellingen over contact, deskundigheid, de groep, informatie, doel/resultaat en eigen instelling, (c) rapportcijfer over instelling.	Kern is of ondersteuning aansluit op persoonlijke behoeften en wensen. Alle levensdomeinen kunnen aan bod komen. Vier inhoudelijke thema's (standaarden): (a) zeggenschap, (b) inclusie, (c) respect en veiligheid, (d) persoonlijke ondersteuning.	De acht domeinen van kwaliteit van bestaan worden bevroegd.
Cliënten onder begeleiding, ouders/verwanten schriftelijk.	Groepsinterviews door teams waarin opgeleide personen (ook cliënten en verwanten).	Vragenlijst via interviews ingevuld: Subjectief: via zelfbeoordeling cliënt of proxy (ouder/professional). Objectief: via ouder/professional. Ondersteunende communicatie beschikbaar.
Kwantitatief en kwalitatief	Kwalitatief	Kwantitatief
Interactieve cliëntenfeedback, interne reflectie, verbetering primair proces.	Sturing door management.	Kwaliteitsverbetering op alle niveaus: van cliënt (persoonsgerichte ondersteuning), locatie en organisatie.

<i>Aspect</i>	<i>1. CE-Index</i>	<i>2. OKE-LZ</i>
Inbedding organisatie	Zijn geen expliciet onderdeel van de kwaliteitscyclus van de organisatie.	Uitkomsten zijn inpasbaar binnen het kwaliteitsmanagement van de organisatie. Verbeteracties maken deel uit van gewone werkprocessen. Er wordt ook geen projectorganisatie opgezet; het verbetertraject vindt plaats binnen de staande organisatie.

kan het deel uitmaken – van een cyclisch traject van kwaliteitsontwikkeling, sluit het aan op ondersteuningsplannen, werkprocessen en het dagelijkse leven, kortom bevat het werkzame bestanddelen?

3.2 Toepasbaarheid op kinderen en jongeren

Omdat kinderen en jongeren een belangrijk deel van de cliëntenpopulatie van de zorg aan mensen met een beperking uitmaken, is apart gekeken naar de instrumenten voor de bepaling van de tevredenheid van deze personen. We zien dat vier van de vijf bestudeerde instrumenten voornamelijk of uitsluitend volwassen cliënten bestrijken. De C-Toets, en in mindere mate de OKE-LZ, kunnen worden toegepast op jongeren. In tabel 3 is het bereik van deze twee instrumenten meer specifiek aangegeven. Onderscheid is gemaakt tussen drie leeftijdscategorieën (jonger dan 12 jaar, tussen 12 en 16 jaar en ouder dan 16 jaar), het niveau (LVG en overig) en of het de tevredenheid van de cliënt zelf of die van ouders/verwanten betreft.

Het blijkt dat met geen van de instrumenten kinderen beneden 12 jaar naar hun tevreden-

heid kan worden gevraagd. Bij jongeren tussen 12 en 16 jaar is feitelijk alleen de C-Toets toepasbaar en dan alleen nog voor de LVG groep. Dus bijvoorbeeld jongeren die matig of ernstig verstandelijk beperkt zijn, extramurale ondersteuning ontvangen, in crisisopvang zijn en/of logeren kunnen niet zelf worden benaderd.

4 Conclusies en discussie

Het voorafgaande heeft helderheid gebracht over de positie en mogelijkheden van vijf bekende instrumenten voor het meten van de tevredenheid van mensen met een verstandelijke beperking. De conclusie is dat er wat valt te kiezen. Maar dat geldt dan uitsluitend waar het gaat om de tevredenheid van volwassen cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Bij cliënten met een matige of ernstige verstandelijke beperking en/of gedragsproblematiek, alsook kinderen en jongeren, is de keuze beperkt of afwezig. Voor deze laatstgenoemde categorieën is er natuurlijk de mogelijkheid om gebruik te maken van informatie over de tevredenheid met de ondersteuning van vertegenwoordigers van de cliënt. Maar

3. C-Toets	4. IED	5. POS
Samen met andere methoden (cliëntenpanels, cliëntenraden, consultantenteams, e.d.) vormt C-Toets onderdeel van een integraal cliëntenfeedbacksysteem.	IED sluit aan op fase waarin dienstverlening en organisatie zich bevinden. Kan worden afgestemd op de gestandaardiseerde, door overheid / zorgverzekeraars verplichte, kwantitatieve toetsingen en/of op interne toetsingen/evaluaties. Kan worden aangevuld met trainingen, coaching en adviseringstrajecten.	POS maakt structureel deel uit van kwaliteitsproces (waarin ook SIS en monitoring tevredenheid).

Tabel 3: Beschikbaarheid van OKE-LZ en C-Toets voor jongeren/kinderen.

Tevredenheid van	Niveau	Leeftijd		
		< 12	12 - 16	> 16
Cliënt zelf	LVG	-	C-Toets	C-Toets OKE-LZ
	Overig	-	-	-
Ouders/verwanten	(N.v.t.)	OKE-LZ	C-Toets OKE-LZ	C-Toets OKE-LZ

juist in een tijd waarin zorgorganisaties en hun brancheorganisatie volop nadruk leggen op keuzevrijheid en zeggenschap van cliënten, is een benadering waarbij voor een belangrijk deel van cliënten alleen vertegenwoordigers worden bevroegd, onvoldoende. Het is dan ook noodzakelijk dat met inzet van middelen en expertise instrumenten worden ontwikkeld waarmee ook de persoonlijke ervaringen van mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking en/of gedragsproblematiek – kortom, mensen met meer complexe ondersteuningsbehoeften – kunnen worden vastgesteld. Datzelfde geldt voor de ervaringen van kinderen en jongeren.

Voor de cliëntengroepen waarvoor de bestudeerde instrumenten toepasbaar zijn, kan een zorginstelling voor het uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoek zijn eigen instrument of combinatie van instrumenten kiezen. De ideale keuze is uiteraard afhankelijk van het doel van het onderzoek; waarvoor heb je de informatie nodig? In relatie tot de eerder genoemde vier gebruiksdoelen (zie paragraaf 1), kunnen we hierin globaal een tweedeling maken:

Indien men door middel van tevredenheidsonderzoek vooral verbeterinformatie (stuuringsinformatie) voor het management beschikbaar wil krijgen, zou de combinatie OKE-LZ en C-Toets geschikt kunnen zijn, of

de combinatie IED en C-Toets. Het IED kan ook aanvullend worden ingezet daar waar bevindingen aanleiding geven tot diepgaand vervolgonderzoek. Zorgverzekeraars kunnen resultaten van dit onderzoek gebruiken als inkoopinformatie.

Wanneer het doel van het tevredenheidsonderzoek is het willen afleggen van externe verantwoording (toezichtinformatie) of het bieden van keuze-informatie aan (potentiële) klanten, dan komt de CE-Index in beeld. Zoals eerder aangegeven is het een gestandaardiseerd instrument dat specifieke wensen van zorginstellingen over onderwerpen waarop tevredenheid wordt gemeten, niet meeneemt. Maar dat is voor dit doel ook niet nodig. Het instrument geeft overall informatie. Wil men het toch inzetten voor het verkrijgen van informatie voor gerichte sturing binnen de organisatie, dan kan gebruik worden gemaakt van een constructie zoals bij bureau Effectory wordt toegepast (zie par. 2) of kan men als aanvullend instrument het IED of OKE-LZ gebruiken. Ook de hier verzamelde informatie kan door zorgverzekeraars worden gebruikt.

Het is van belang dat de instelling, na keuze van het instrumentarium, voor de uitvoering van het tevredenheidsonderzoek een plan van aanpak samenstelt. Dit plan kan worden uitgevoerd onder regie van een stuurgroep waarvan deel uit kunnen maken personen van het centrale bureau van de organisatie, vertegenwoordigers van onderdelen (regio's) en zo nodig één of meerdere externe deskundigen/adviseurs. In het plan van aanpak kan worden geregeld:

Op welke wijze cliënten, cliëntenmedezeggenschapsorganen en cliëntenvertegenwoordigers invloed kunnen uitoefenen op de inhoud en vorm van het tevredenheidsonderzoek.

De wijze waarop het cliënttevredenheidsonderzoek wordt aangekondigd en in het bijzonder wanneer – en op welke wijze – de resultaten beschikbaar zijn.

Op welke wijze de resultaten leiden tot acties vanuit het management om de tevredenheid van cliënten te verbeteren of vast te houden.

De deelnemers aan het tevredenheidsonderzoek. Worden alle cliënten bij het onderzoek betrokken, wordt volstaan met steekproeven (van individuele cliënten of van teams, afdelingen, etc.) of wordt gekozen voor een combinatie hiervan? Vanzelfsprekend kan het antwoord op deze vraag per onderdeel van de organisatie, bijvoorbeeld regio, verschillen.

Wat de toekomst betreft, in het programma Zichtbare Zorg is er van uitgegaan dat voor de twee kwaliteitspijlars, zorginhoudelijke indicatoren en de cliënttevredenheid, goede informatie verzameld kan worden. Het grote probleem dat daarmee is ontstaan, is dat er instrumenten worden gebruikt die door directe begeleiders, cliënten en ouders niet herkend worden als 'waar het om gaat'. De informatie is losgeraakt van de dagelijkse werkelijkheid. Bij de cliëntenraadpleging, waarvoor in Zichtbare Zorg de CQ-Index en de CE-Index naar voren werden geschoven, zit hem dat in het beperkte bereik van de doelgroep, het feit dat het om een momentopname gaat en het algemene karakter van de vragen. Zorginstellingen reageren hierop door uit te kijken naar

andere instrumenten. Vier van deze instrumenten zijn in dit artikel besproken.

Van belang is nu om met betrekking tot cliëntenraadpleging een lijn van instrumenten te ontwikkelen die voor een bredere groep mensen te gebruiken is. Daarbij is het onontkoombaar om de informatie – en de wijze van verzamelen – te differentiëren naar het doel van de meting, ofwel het belang van de verschillende stakeholders. Specifiek noemen we hier nog drie punten.

In de eerste plaats, ontwikkel een instrument voor kinderen. Het is opvallend dat géén van de besproken instrumenten geschikt is gemaakt voor kinderen. Daarbij gaat het niet alleen om de manier van afname maar vooral om de zaken die kinderen belangrijk vinden. Het is van belang om nog eens goed te definiëren wat er voor kinderen toe doet om daarna een instrument – of een set instrumenten – te ontwikkelen die dat in kaart brengt.

In de tweede plaats, definieer een beperkte set voor vergelijkingsinformatie (benchmark) en geef meer ruimte aan ‘eigen’ vragen. Met de cliëntenraadpleging proberen we in feite een antwoord te krijgen op de vraag wanneer we het als zorg- en ondersteuningsorganisatie goed doen. En ‘het goed doen’ wordt steeds meer gedefinieerd in termen van de ervaring van de cliënt. Niet alleen kan dan worden volstaan met een beperkte set algemene vragen (vijf zou voldoende moeten zijn) maar zou er veel specifiek ingegaan moeten worden op de eigen situatie van die cliënt. Zijn wensen of uitingen zijn dan leidend voor de vragen. Dat zullen niet altijd vragen zijn die met enige

moeite gescoord kunnen worden, ook eigen vormen van zich uitdrukken zouden hierin een plaats moeten krijgen. Juist voor die cliënten die zich niet eenvoudig kunnen uitdrukken zal een instrument moeten worden ontwikkeld dat ons informeert over zijn tevredenheid met de ondersteuning.

In de derde plaats, integreer (delen van) de tevredenheidsmeting in de reguliere voortgangsbesprekingen van het zorg- of ondersteuningsplan. Een cliëntenraadpleging die eens in de twee of drie jaar bij alle cliënten of een steekproef daarvan wordt afgenomen, geeft ons op zijn best een foto van de situatie op dat moment. Het klassieke managementpatroon is dan dat er een plan van aanpak komt om de gesignaleerde tekortkomingen te verbeteren. Het signaleren en het oppakken van verbeterpunten komt daarmee in een vertragend, en in het ergste geval bureaucratiserend proces terecht. Veel directer op de dagelijkse ondersteuning zou zijn om in de reguliere evaluatiebesprekingen (bij het ondersteuningsplan in de regel eens per jaar) een aantal vragen op te nemen die heel direct de tevredenheid van de cliënt bij die ondersteuning bevragen en meten. Dan gaat het bijvoorbeeld om vragen als ‘zijn de afspraken nagekomen?’, ‘ben je voldoende betrokken bij de nieuwe afspraken?’, ‘woon je prettig?’, ‘voel je je veilig?’. Naast een score (het meten) levert het directe gespreksstof op, draagt het bij aan de zeggenschap van cliënten en geeft het direct mogelijkheden voor begeleiders en management om te handelen. Door het opnemen van deze informatie als een ‘prestatie indicator’ in de reguliere rapportage ontstaat bovendien een

managementtool dat direct zijn waarde heeft voor het uitvoerende management maar ook gegeneerd kan worden tot algemene scores en onderlinge vergelijkingen.

Auteurs

Dr. Martin Schuurman is zelfstandig onderzoeker en heeft een eigen bureau voor onderzoek en advies, Kalliope Consult te Nieuwegein.

Dr. Harry Finckenflügel is directeur bij de 's Heeren Loo Zorggroep.

Correspondentieadres:

kalliopeconsult@hetnet.nl



Noten

- 1 Dit artikel is gebaseerd op het rapport van een onderzoek dat voor 's Heeren Loo is uitgevoerd (Schuurman, 2010). De auteurs zijn 's Heeren Loo erkentelijk voor de mogelijkheid delen van de inhoud van dit rapport op deze wijze in de openbaarheid te brengen.
- 2 Zie VGN (2010). De publicatie kan worden gedownload op www.vgn.org (thema kwaliteit).
- 3 Intellectual Disabilities Quality of Life schaal. Zie Hoekman et al., 2001
- 4 Zie: <http://www.hetlsr.nl/uitgangspunten-kwaliteits-onderzoek>
- 5 Zie: www.effactory.nl
- 6 In de bijlage van het onderzoeksrapport (Schuurman, 2010) zijn de vijf instrumenten uitgebreid beschreven.

Literatuur

- Buntinx, Wil & Slisser, Serge (2010). Systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk. Kenniskatern bij *Markant* 3/2010, pag. 4-7.
- Buntinx, W.H.E. (2010a). Onderzoek kwaliteitservaringen in langdurige zorg (OKE-LZ). Methodiekoverzicht. www.buntinx.org
- Buntinx, W.H.E. (2010b). Quality Cube. Methodiekoverzicht. Symax in samenwerking met Buntinx Training en Consultancy. www.buntinx.org.
- Havinga, Lettie, Berg, Lotte van den, & Jurrius, Kitty (2007). *C-toets 2007: resultaten van 7 instellingen*.

- Amsterdam: Stichting Alexander.
- Hoekman, J., Douma, J.C.H., Kersten, M.C.O., Schuurman, M.I.M., & Koopman, H.M. (2001). IDQOL, Intellectual Disability Quality of Life. De ontwikkeling van een instrument ter bepaling van de 'kwaliteit van bestaan' van mensen met een verstandelijke handicap. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 27 (2001) 4, pag. 207-224.
- Hoekman, J. (2010). *Toepasbaarheid van de CE-Index in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Advies aan de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ)*. Zeist: Zonnehuizen. (Niet openbaar document).
- ITS (2010a). *Verstandelijk Gehandicaptenzorg. Meetprotocol Interviews Wonen en Dagbesteding*. Nijmegen: ITS.
- ITS (2010b). *CE-Index Verstandelijk Gehandicaptenzorg. Meetverantwoording cliëntenraadpleging*. Nijmegen: ITS.
- ITS (2010c). *Verstandelijk Gehandicaptenzorg. Ontwikkeling van een cliëntervaringsinstrument*. Nijmegen: ITS.
- Jurrius, Kitty (2009). *Cliënttevredenheid meten in de jeugdzorg. Twee instrumenten in één systeem*. Brochure. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Kendrick, Michael J. (2007). *A Brief Consultative Evaluation Of The Future Role Of Stichting Perspectief*. Holyoko: Kendrick Consulting Int.
- Kersten, M.C.O., Kieft, E., & Schuurman, M.I.M. (2002). *Kwaliteit in Perspectief. Resultaten van onderzoek naar de kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief*. Eindrapport. Utrecht: Bisschop Bekkers Instituut.
- Loon, Jos van, Hove, Geert van, Schalock, Robert, & Claes, Claudia (2008). *POS, Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal. Individuele Kwaliteit van Bestaan. Scoreboek*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Loon, Jos van, Hove, Geert van, Schalock, Robert, & Claes, Claudia (2009). *Schaal voor Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten. Handleiding voor afname en standaardisering*. Middelburg/Gent: Stichting Arduin/Universiteit Gent.
- Loon, J. van, Claes, C., Hove, G. van, & Schalock, R. (2010). De ontwikkeling van de Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten Schaal (POS). *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, jaargang 36, nr. 3, september 2010, pag. 180-196.
- Perspectief (2008). *Overzichtsrapport LSW-Project. Resultaten van onderzoek naar 'Kwaliteit van leven in wooninitiatieven'*. Utrecht: Perspectief.
- Perspectief (2010a). De kern van evaluaties. www.perspectief.org

- Perspectief (2010b). *Perspectief in beeld. Kenniscentrum voor Inclusie en Zeggenschap*. Folder. Utrecht: Perspectief.
- Schalock, R., & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schuurman, M.I.M. (2010). *Cliënttevredenheidsonderzoek binnen 's Heeren Loo Zorggroep. Resultaten van een voorstudie*. Nieuwegein: Kalliope Consult.
- Stichting Alexander (2003). *Verantwoording C-toets*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Stichting Alexander (2004). *Handleiding C-toets voor de jeugdzorg*. Feedback van jongeren en ouders over de jeugdzorg. Utrecht: MOgroep.
- Stichting Alexander (2007). Beschrijving C-toets. www.mogroep.nl.
- VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2007). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Visie document*. Utrecht: VGN.
- VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2010). *Werkwijzen kwaliteitsmeting*. Versie 15 november 2010. Utrecht: VGN.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Jaarverantwoording zorginstellingen 2010*. Den Haag: Ministerie VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda*. Brief aan de Tweede Kamer 10 februari 2006. Den Haag: Ministerie van VWS.

Samenvatting

Instellingen in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zijn verplicht om periodiek de tevredenheid van hun cliënten over de zorg en ondersteuning te peilen. In het programma Zichtbare Zorg is de CQ-Index, resp. CE-Index, ontwikkeld als te gebruiken instrument. Door de beperkte toepasbaarheid van deze index (gering bereik van cliënten, onvoldoende levering van verbeterinformatie) gaan veel zorginstellingen in de keuze van instrumentarium hun eigen weg.

In dit artikel zijn vijf belangrijke, toonaangevende instrumenten voor het meten van tevredenheid van cliënten met een verstandelijke beperking naast elkaar gezet. De resultaten van de vergelijking laten zien dat de ideale keuze van het instrument afhankelijk is van het doel van de informatie: als men vooral verbeterinformatie voor uitvoerende managers

Summary

Support service organisations for persons with intellectual disabilities are requested to periodically assess the satisfaction of their clients. In the program 'Zichtbare Zorg', the CQ-Index and CE-Index have been developed as instruments for this assessment. However, due to the limited applicability of the indexes (small range of clients, insufficient delivery of improve-information), many institutions are going their own way in the choice of instruments.

In this article five authoritative instruments for the assessment of client satisfaction in services for persons with intellectual disabilities in the Netherlands, have been compared. The results of the comparison show that the best choice of an instrument depends on the specific needs or aims of the organization. For service improvement information other instruments are advised than for screen-

wil, dan worden andere instrumenten aangeraden dan wanneer het doel is het leveren van toezichtinformatie of het bieden van keuze-informatie aan potentiële klanten.

Een tekortkoming van vrijwel alle instrumenten is dat zij uitsluitend toepasbaar zijn op volwassen cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Voor het meten van de tevredenheid van kinderen beneden 12 jaar of cliënten met ernstige gedragsproblemen en/of met een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking is geen enkel instrument beschikbaar.

Aanbevolen wordt dat er een lijn van instrumenten wordt ontwikkeld die voor een bredere groep mensen te gebruiken zijn. Daarbij moet worden gedifferentieerd naar het doel van de informatie, een apart instrument voor kinderen worden ontwikkeld, meer aandacht aan 'eigen' vragen worden gegeven en worden gezorgd voor integratie van (delen van) de tevredenheidsmeting in de reguliere voortgangsbesprekingen van het zorg- of ondersteuningsplan.

ing or comparison between organizations or for choice information for potential clients.

Shortcoming of nearly all instruments is that they are implementable for only adult persons with a mild intellectual disability. For persons beneath 12 years old, clients with behaviour problems and/or persons with severe intellectual disabilities no instruments are available.