

De psychometrische kwaliteiten van een Consumer Quality Index voor langdurende en klinische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

**Bob van Wijngaarden
Daniëlle Meije
Kathy Oskam
Ineke Kok**

Trimbos-instituut, Utrecht, 2009



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever

ZonMw

Financiering

ZonMw

24 deelnemende instellingen

Projectleiding

Bob van Wijngaarden

Ineke Kok

Projectuitvoering

Kathy Oskam

Daniëlle Meije

Bob van Wijngaarden

Begeleidingscommissie

Programma Zichtbare Zorg

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Methode	5
2.1	Ontwikkeling van de CQI versies voor de klinische en langdurende ggz	5
2.2	De prepilot	6
2.3	Setting	7
2.4	Dataverzameling	9
2.5	De kwaliteit van de dataverzameling	12
3	Resultaten	19
3.1	Databestand	19
3.2	Kwaliteit van de data van de CQI voor klinische opnames	20
3.3	Samenstelling van de responsgroepen van klinische opnameafdelingen	24
3.4	Kwaliteit van de data van de CQI voor Beschermd Wonen	28
3.5	Samenstelling van de responsgroepen van Beschermd Wonen	31
3.6	Kwaliteit van de data van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen	35
3.7	Samenstelling van de responsgroepen van Begeleid Zelfstandig Wonen	37
3.8	Kwaliteit van de data van de belangvragenlijsten	40
3.9	Factorstructuur van de CQI voor klinische opnames	44
3.10	Factorstructuur van de CQI voor Beschermd Wonen	52
3.11	Factorstructuur van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen	56
3.12	Factoranalyses samengevat	59
3.13	De belangscores en verbeterpunten	60
3.14	Samenhang tussen CQI schaalscores en achtergrondvariabelen	66
3.15	Scores per instelling	72
4	Conclusie en discussie	73
5	Aanpassingen van de vragenlijsten	77
Bijlage 1	Verslag focusgroep 27 maart 2008	80
Bijlage 2	Verslag focusgroep 2 april 2008	89
Bijlage 3	CQI Klinisch / deeltijd	95
Bijlage 4	CQI Klinisch / deeltijd Ontslagen cliënten	108
Bijlage 5	CQI Beschermd wonen	121
Bijlage 6	CQI Begeleid zelfstandig wonen	133
Bijlage 7	CQI Belangvragenlijst Klinisch / deeltijd	143
Bijlage 8	CQI Belangvragenlijst Klinisch / deeltijd Ontslagen cliënten	156
Bijlage 9	CQI Belangvragenlijst Beschermd wonen	169
Bijlage 10	CQI Belangvragenlijst Begeleid zelfstandig wonen	181
Bijlage 11	Rapport prepilot studie	192
Bijlage 12	Informatie pilot Consumer Quality Index	211
Bijlage 13	Voorbeeldcontract	216
Bijlage 14	Privacyprotocol	222
Bijlage 15	Draaiboek afname CQ Index	233
Bijlage 16	Logboek interviewers	237
Bijlage 17	Voorbeeld interviewbestand	240
Bijlage 18	Factoranalyse klinisch listwise	244
Bijlage 19	Factoranalyse Beschermd Wonen listwise	247
Bijlage 20	Factoranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen Listwise	250
Bijlage 21	Uitkomsten per instelling	253

1 Inleiding

In 2006-2007 is de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz, mede op basis van focusgroepen met cliënten, ontwikkeld. De eerste versie werd uitgezet in een pilotstudie bij vijf ggz-instellingen, met als doel het testen van de psychometrische kenmerken. Uit deze pilot bleek onder meer dat de vragenlijst goed werd ingevuld, en dat er schalen konden worden geconstrueerd. Op grond van de eerste ervaringen werd de vragenlijst aangepast, ook voor gebruik in verslavingszorginstellingen (vz). Het oorspronkelijk aantal vragen werd daarbij teruggebracht van 113 tot 79¹. In 2007-2008 werd een tweede pilotonderzoek uitgevoerd bij 20 instellingen voor ggz en vz. Doel van deze pilot was het onderzoeken van het onderscheidend vermogen van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz. Uit dit onderzoek bleek dat het mogelijk is met deze CQI een onderscheid te maken tussen instellingen die relatief beter en instellingen die relatief slechter worden beoordeeld dan de gemiddelde instelling. Ook werd een hernieuwde factoranalyse uitgevoerd die leidde tot een verbeterde schaalstructuur. Tenslotte werd op grond van de data-analyse het aantal items van de vragenlijst verder teruggebracht van 79 tot 63². Deze CQI werd goedgekeurd door het Centrum Klantervaring Zorg en wordt momenteel landelijk gebruikt.

Een volgende stap was de ontwikkeling van CQI versies voor klinische en deeltijd opnames, en voor de langdurende zorg. In november 2008 kreeg het Trimbos-instituut hiervoor de opdracht van ZonMw. Deze opdracht bestond uit drie delen:

- 1) De ontwikkeling van CQI versies voor de langdurende ggz en voor klinische opnames, met de bijbehorende belangvragenlijsten. Uitgangspunt hierbij was de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz. Het was de bedoeling dat de nieuw te ontwikkelen vragenlijsten zo veel mogelijk vragen bevatten uit de ambulante lijst, zodat er een familie van vragenlijsten zou ontstaan, gebaseerd op een modulair concept. Uiteraard was hierbij de input van cliënten uit de doelgroepen in de vorm van focusgroepen weer onontbeerlijk.
- 2) Een zogeheten prepilot onder maximaal 50 cliënten uit de doelgroepen, met als doel de haalbaarheid van een afname van een CQI onder deze groepen te onderzoeken. De ambulante lijst was als enquête via de post gestuurd. Hoewel dit bij de cliënten uit de kortdurende ambulante ggz geen probleem was geweest, was het de vraag of cliënten in de klinische en langdurende ggz in staat zouden zijn de CQI zelfstandig in te vullen.
- 3) De uiteindelijke pilot onder in totaal 4800 cliënten in de klinische³ en langdurende zorg, waarbij de volgende verdeling werd gemaakt:
 - 1200 CQI vragenlijsten bij klinische cliënten
 - 1200 Belangvragenlijsten bij klinische cliënten
 - 1200 CQI vragenlijsten bij cliënten in de langdurende zorg
 - 1200 Belangvragenlijsten bij cliënten in de langdurende zorg

Voor deze steekproeven zouden minimaal 10 ggz-aanbieders worden geworven. Bij een te verwachten respons van 30% zouden dan per cliëntengroep 400 bruikbare CQI vragenlijsten en 400 bruikbare Belangvragenlijsten kunnen worden verwacht, nodig voor het uitvoeren van de psychometrische analyses.

¹ Wijngaarden, B van, Kok, I, Meije, D, Fotiadis, L (2007). Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie. Utrecht: Trimbos-instituut.

² Wijngaarden, B van, Meije, D, Kok, I (2008). Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

³ Onder klinische zorg wordt ook deeltijdbehandeling verstaan.

2 Methode

In dit hoofdstuk zal eerst worden ingegaan op de ontwikkeling van de CQI versies voor de klinische en langdurende ggz, mede aan de hand van focusgroepen met cliënten. Vervolgens wordt de prepilot onder 50 cliënten besproken, en de beslissingen die hieruit volgden voor de uitvoering van de eigenlijke pilot. Daarna volgt de beschrijving van de setting van het onderzoek, het werven van instellingen en cliënten. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de dataverzameling en een analyse van de wijze waarop deze dataverzameling tot stand is gekomen en de hindernissen die we daarbij tegenkwamen.

2.1 Ontwikkeling van de CQI versies voor de klinische en langdurende ggz

In 27 maart en 2 april 2008 waren in afwachting van de toekenning van ZonMw ter voorbereiding van deze studie al focusgroepen gehouden met cliënten. De eerste focusgroep was gericht op de onderwerpen die voor cliënten belangrijk zijn om op te nemen in een CQI. Hierbij werd de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz als basismateriaal gebruikt. Op grond van de onderwerpen die in deze focusgroep naar voren kwamen, werden de eerste versies van de CQI opgesteld. Deze versies werden vervolgens voorgelegd aan de tweede focusgroep. In deze focusgroep werd vooral de vraagstellingen besproken (helderheid, terminologie, zinsbouw en dergelijke). Op grond van deze tweede focusgroep werden de CQI versies verder aangepast. Een bevinding van de focusgroepen was dat de CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz niet zonder meer naar de andere doelgroepen kon worden overgezet. Hoewel de onderliggende domeinen werden behouden, moesten veel vragen worden geherformuleerd om ze voor de beide doelgroepen geschikt te maken. Verder werden domeinen die voor deze doelgroepen niet van toepassing waren verwijderd en werden nieuwe domeinen toegevoegd (bijvoorbeeld over het verblijf in de instelling). De verslagen van beide focusgroepen zijn opgenomen in bijlagen 1 en 2.

In de aanloop naar de studie werden de versies nog een aantal malen door de ontwikkelaars en collega's doorlopen en aangepast. De laatste aanpassingen zijn uitgevoerd op basis van de ervaringen in de prepilot. De belangrijkste aanpassing hierbij was dat de CQI voor langdurende zorg werd beperkt tot Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen (zie paragraaf 2.2 voor een verdere uitleg). Uiteindelijk resulteerden acht vragenlijsten:

- CQI Klinisch/Deeltijd
- CQI Klinisch/Deeltijd ontslagen cliënten⁴
- CQI Beschermd Wonen
- CQI Begeleid Zelfstandig Wonen/Ambulante woonbegeleiding
- CQI Belangvragenlijst Klinisch/Deeltijd
- CQI Belangvragenlijst Klinisch/Deeltijd ontslagen cliënten
- COI Belangvragenlijst Beschermd Wonen
- COI Belangvragenlijst Begeleid Zelfstandig Wonen/Ambulante woonbegeleiding

Deze vragenlijsten zijn opgenomen in bijlagen 3 t/m 10, in de versie zoals zij uiteindelijk in het grote pilotonderzoek zijn gebruikt.

⁴ Deze versie is identiek aan de CQ klinisch/deeltijd. De vragen zijn alleen in de verleden tijd gesteld.

2.2 De prepilot

Omdat de CQI vragenlijsten worden ontwikkeld vanuit het zorgaanbod, werd voor de prepilot gezocht naar verschillende doelgroepen cliënten, te weten:

- cliënten die begeleid zelfstandig wonen
- cliënten die beschermd wonen
- cliënten die in een verslavingskliniek verblijven
- cliënten op een opname afdeling
- cliënten op een afdeling voor langdurig verblijf in een kliniek

Hiervoor werden vijf (afdelingen van) instellingen geworven, te weten:

- | | |
|---|---|
| • Verpleeghuis Laurens | afdeling voor langdurig verblijf voor cliënten met een somatische en een psychische of verslavingsachtergrond |
| • Bavo Europoort | afdeling voor langdurig verblijf |
| • Mediant | gesloten opnameafdeling |
| • RIBW Kennemerland Amstelland Meerlanden | begeleid zelfstandig wonen en beschermd wonen |
| • Iriszorg | klinische verslavingszorg |

Per instelling werden maximaal 10 cliënten geworven door deelname. Onderzoekers van het Trimbos-instituut bezochten de locaties en probeerden de lijsten bij cliënten af te nemen. In eerste instantie werd bekeken of cliënten zelf in staat waren de lijst in te vullen, welke cliënten dit met ondersteuning konden, welke cliënten geïnterviewd moesten worden, en bij welke cliënten het niet mogelijk was de vragenlijst af te nemen. Aan de hulpverleners/begeleiders werd gevraagd of zij een inschatting konden maken van de (on)mogelijkheden van hun cliënten.

De prepilot maakte duidelijk dat het afnemen van een CQI bij cliënten uit de langdurende en klinische ggz en vz veel inspanningen vergt. Dat gold voor de voorbereidingen van de kant van onderzoekers en voor de voorbereidingen van de kant van medewerkers op de locaties. Verder bleek slechts een gering aantal van de cliënten op de langdurende verblijfsafdelingen in staat te zijn de vragen van de CQI te beantwoorden. Voor de andere cliëntgroepen lag dit een stuk gunstiger. Wel werd geconstateerd dat in de meeste gevallen de CQI persoonlijk zou moeten worden afgenoem, in plaats van een enquête per post.

Op grond van de prepilot werd geadviseerd dat, door de combinatie van lage respons én een lage betrouwbaarheid van de verkregen data, het niet is aan te bevelen de CQI af te nemen bij cliënten in langdurende klinische verblijfsvoorzieningen. De hoeveelheid tijd en geld die in het onderzoek bij deze groepen cliënten moet worden aangewend, zou niet opwegen tegen de te verwachten opbrengst, te weten een betrouwbaar oordeel over de ervaringen van cliënten met de ontvangen zorg. Wat betreft de klinische cliënten en cliënten in Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen werd geconstateerd dat de afname van een CQI bij deze cliënten goed mogelijk is, maar dat er naar verwachting wel veel energie zou moeten worden gestoken in de werving van respondenten en de afname van de CQI⁵.

De rapportage over de prepilot is (minus de bijlagen) als bijlage 11 toegevoegd.

⁵ Wijngaarden, B van, Kok, I, Meije, D, Fotiadis, L (2008). Een Consumer Quality Index voor De langdurende en klinische ggz. De haalbaarheid van het afnemen van CQ-Index vragenlijsten bij Iza- en klinisch opgenomen cliënten: verslag van een kwalitatieve pre-pilotstudie. Utrecht: Trimbos-instituut.

2.3 Setting

Een andere constatering uit de prepilot was, dat het aantal cliënten per instelling dat klinisch opgenomen is, beschermd woont of begeleid zelfstandig woont vaak beperkt is. Dit betekende dat de steekproeftrekking moest worden aangepast. In het oorspronkelijke voorstel, waarin sprake was van 10 instellingen, werd uitgegaan van 240 potentiële deelnemers per instelling, om dan bij een respons van 30% uiteindelijk uit te komen op 40 ingevulde CQI lijsten en 40 ingevulde belangvragenlijsten. Omdat bleek dat de klinische opnamecapaciteit van veel instellingen kleiner was, en dat er ook kleinere RIBW's waren, moesten meer instellingen worden benaderd om aan de aantallen te komen. Teneinde grotere aantallen cliënten te kunnen benaderen, werd tevens besloten om niet alleen opgenomen cliënten te benaderen, maar ook degenen die onlangs, korter dan drie maanden geleden, met ontslag waren gegaan. Instellingen die zich aanmeldden zouden 60 cliënten moeten kunnen leveren, zo nodig verdeeld over meerdere locaties. Tenslotte werd een andere verdeling in de aantallen CQI en belangvragenlijsten aangebracht. Om voldoende aantallen CQI vragenlijsten per instelling te krijgen, werd de nadruk vooral op deze vragenlijsten gelegd (50 CQI vragenlijsten op 10 belangvragenlijsten). Bij voldoende aantallen zouden de uitkomsten op de CQI tussen de instellingen kunnen worden vergeleken.

Benaderen en werven van deelnemende instellingen

Voor dit pilotonderzoek zijn (geïntegreerde) ggz- en vz-instellingen en RIBW's benaderd. Voor een deel waren dit de instellingen die al aan een van de pilotonderzoeken naar de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz hadden deelgenomen. Andere instellingen hadden indertijd al aangegeven dat zij belangstelling hadden voor deelname aan een pilot naar de CQI voor klinische of langdurende ggz en vz. Deze en andere instellingen werden per post en telefonisch benaderd. Ook via de website van het Trimbos-instituut werd uitgebreid informatie over het pilotonderzoek gegeven. Een andere manier van werven betrof een presentatie tijdens het landelijk overleg van de kwaliteitsmedewerkers van de RIBW's is, waarin de RIBW's nadrukkelijk werden uitgenodigd om deel te nemen. Verder werd een oproep voor deelname geplaatst in de Ledennieuwsbrief van GGZ Nederland. Belangstellende instellingen ontvingen een informatiepakket en de instructie hoe zij zich digitaal konden inschrijven op de website van het Trimbos-instituut (bijlage 12).

Aanvankelijk meldden zich 26 instellingen aan. Hiervan haakten er twee tijdens de voorbereidingsfase af. Een instelling zag af van deelname vanwege organisatorische problemen binnen de eigen organisatie. De andere instelling besloot uiteindelijk niet deel te nemen, omdat de directie geen garantie kon krijgen dat de zorgverzekeraar de resultaten van de pilot niet zou gebruiken om de instelling op af te rekenen.

Er resulterden derhalve 24 deelnemende instellingen. Deze lagen verspreid over het hele land, en er was zowel sprake van grote geïntegreerde als kleine ggz-instellingen, van instellingen voor verslavingszorg en van zelfstandige instellingen voor beschermd en begeleid zelfstandig wonen. In het onderstaande overzicht zijn de deelnemende instellingen op alfabetische volgorde weergegeven. Per instelling is vermeld welke cliëntgroepen aan de pilot hebben deelgenomen.

Voorbereiding dataverzameling

Op 3 februari 2009 werd een startbijeenkomst georganiseerd waarvoor de contactpersonen van de deelnemende instellingen waren uitgenodigd. Aan de orde kwamen onder andere informatie over de opzet en uitvoering van het onderzoek, de acht versies van de CQI vragenlijsten, het privacyprotocol en de in- en exclusiecriteria. Bij

deze bijeenkomst lag de nadruk op het kiezen van de onderzoekslocaties, aan de hand van de in- en exclusiecriteria zoals weergegeven in bijlage 12. Uitgangspunt hierbij was te komen tot minimaal 60 voltooide vragenlijsten per type zorg (eventueel verdeeld over meerdere locaties). Daarnaast werd aanvullende informatie gegeven over het onderzoek, de werkwijze gedurende het project en de activiteiten die van de contactpersonen van de deelnemende instellingen verwacht werden. Deze betroffen:

- Locaties selecteren op basis van in- en exclusiecriteria.
- Een inschatting maken van potentiële deelnemers. Dit hield in dat een schatting werd gemaakt van het aantal cliënten dat naar verwachting in staat zou zijn de vragen van de CQI te beantwoorden.
- Vaststellen van de data waarop de interviews zouden worden afgenoem.
- Informatieverstrekking aan de cliënten op de te onderzoeken afdelingen.
- Genereren van het instellingsbestand, gesplitst naar interview- en achtergrondbestand (zie verder in dit hoofdstuk).

GGZ-instelling	
Altrecht GGZ	klinisch
Arkin	klinisch
De Grote Rivieren	klinisch
Dimence	klinisch
Emergis	klinisch (ook verslaving) + BW
GGz Eindhoven & De Kempen	BW + BZW
GGZ InGeest	klinisch
GGz Nijmegen	klinisch
GGZ Noord- en Midden-Limburg	klinisch (ook verslaving)
Lentis	klinisch + BW
Mondriaan	klinisch + BW
Parnassia Bavo	klinisch
Stichting GGZ Friesland	klinisch
Symfora groep	klinisch
Zelfstandige RIBW	
Kwintes	BW + BZW
RIBW Fonteynenburg	BW + BZW
RIBW Heuvelland en Maasvallei	BW + BZW
RIBW Nijmegen & Rivierenland	BW + BZW
RIBW Zaanstreek/Waterland en West Friesland	BW + BZW
RIBW Twente	BW + BZW
SBWU	BW + BZW (ook verslaving)
Stichting Anton Constandse	BW + BZW
Verslavingszorginstelling	
Stichting De Hoop	klinische verslavingszorg
Tactus Verslavingszorg	klinische verslavingszorg

De dataverzameling en de ontwikkeling van de CQI vragenlijsten werd grotendeels door ZonMw gefinancierd in het kader van het programma Meten Patiëntenervaringen. Een deel van de dataverzameling werd door de deelnemende instelling medegefincierd. De kosten per instelling bedroegen € 1.500. In ruil hiervoor zouden de instellingen de beschikking krijgen over de eigen dataset. Voor deze medefinanciering werden contracten opgesteld. Een voorbeeld van een dergelijk contract (in dit geval voor

metingen bij Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen) is opgenomen in bijlage 13. Bij de contracten was een uitgebreid privacyprotocol gevoegd, waarin precies stond beschreven op welke wijze met persoonsgegevens en onderzoeksdata zou worden omgegaan. Dit protocol is opgenomen in bijlage 14.

Ten behoeve van de interviewers werd een draaiboek en een logboek samengesteld. In het draaiboek stond onder meer beschreven hoe contact met de te bezoeken afdelingen moest worden gezocht, welke gegevens op locatie aanwezig moesten zijn, hoe de vragenlijsten moesten worden afgenoem, hoe deze naar het Trimbos-instituut moesten worden gestuurd en op welke wijze de ervaringen met de interviews moesten worden gerapporteerd. Dit laatste ging aan de hand van een logboek dat dagelijks door de interviewers moest worden bijgehouden. Draaiboek en logboek zijn opgenomen in bijlagen 15 en 16.

De interviewers

Voor de pilot werd gebruik gemaakt van het vaste interviewerbestand van het Trimbos-instituut. Deze interviewers hadden allen ervaring met het interviewen van moeilijke groepen respondenten. Op 6 maart 2009 werd een informatie- en trainingsbijeenkomst voor de interviewers georganiseerd. In deze bijeenkomst werd uitleg wordt gegeven over de verschillende doelgroepen (klinisch verblijf, beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen) en de hierbij passende verschillende benadering. Daarbij werd uitgebreid stil gestaan bij het doornemen van het draaiboek voor interviewers en het invullen van het logboek. Het afnemen van de verschillende vragenlijsten werd door middel van rollenspelen geoefend. Afgesproken werd dat de interviewers zoveel mogelijk in hun eigen regio aan de slag zouden gaan.

Het interviewbestand

Voordat de interviewers aan het werk gingen, moest er eerst een interviewbestand worden gemaakt. Deze bestond uit een lijst met namen en codenummers. Deze gecombineerde lijst werd in overleg met een medewerker van de afdeling M&B gemaakt. Dit interviewbestand werd aan het begin van de dataverzameling aan de interviewer overhandigd. Op dit formulier was vooraf aangegeven welke cliënten wel en welke niet in staat werden geacht aan de pilot deel te nemen. De interviewer moest op dit formulier bijhouden bij wie uiteindelijk de CQI werd afgenoemd, wat de reden was als dit niet was gelukt (weigering, niet aanwezig, niet in staat), of de cliënt de lijst zelfstandig had ingevuld, of dat daarbij hulp nodig was geweest. Verder kon worden aangegeven hoe de interviewer de betrouwbaarheid van de afname inschatte. Na afloop van de dataverzameling moesten de namen van het formulier afgeknippt en worden teruggegeven aan het locatiehoofd. Alleen de geanonimiseerde gegevens moesten naar het Trimbos-instituut worden opgestuurd. In een apart bestand moesten de achtergrondvariabelen geanonimiseerd worden aangeleverd. Een voorbeeld van het interviewbestand is opgenomen in bijlage 17.

2.4 Dataverzameling

De dataverzameling werd gezamenlijk gecoördineerd door medewerkers van de afdelingen Interview & Datamanagement (IDM) en Management & Beleid (M&B) van het Trimbos-instituut. De afdeling M&B, als ontwikkelaar van de CQI lijsten, onderhield het contact met de projectleiders van de deelnemende instellingen en maakte afspraken over de data wanneer de interviewers welkom waren. De afdeling IDM onderhield het contact met de interviewers en was verantwoordelijk voor de verzending van de vragenlijsten naar de deelnemende instellingen. Afgesproken werd dat het eerste aanspreekpunt voor

de interviewers de interviewcoördinator van de afdeling IDM was en in tweede instantie de datacoördinator van de afdeling M&B.

Voordat interviews konden plaatsvinden, moest er op locatie een aantal voorbereidingen worden getroffen. De projectleider/locatiehoofd moest er voor zorgen dat:

- Alle cliënten op de locatie (schriftelijke) informatie over deze pilot ontvingen.
- Op de interviewdatum het interviewbestand en de vragenlijsten beschikbaar waren voor de interviewer.
- Werd gecontroleerd dat in het interviewbestand was aangegeven wie er een potentiële deelnemer was en wie niet.
- Werd aangegeven welke cliënt de vragenlijst wel zelf kon invullen en wie niet.
- De interviewer op de locatie werd ontvangen en geïntroduceerd.
- Er een ruimte voor de interviewer en cliënten was geregeld waar zij ongestoord de vragenlijsten in konden vullen.

Omvang van de dataverzameling

De dataverzameling bleek logistiek een aanzienlijke operatie te zijn. In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel werd nog uitgegaan van een dataverzameling bij 10 instellingen. In de praktijk waren het er nu 24 geworden, met in totaal 177 locaties. Al deze locaties, verspreid door het land van Winschoten tot Gulpen, werden door 14 interviewers bezocht in de periode april tot half juni 2009. Dit betekende dat er door het Trimbos-instituut 177 interview- en achtergrondbestanden moesten worden aangemaakt die door de instellingen moesten worden gevuld en ter beschikking moesten worden gesteld aan de interviewers. Verder moesten voor al deze locaties afspraken worden gemaakt. De interviewers dienden 177 logboeken in te vullen en met een deel van het interviewbestand naar het Trimbos-instituut terug te sturen. Al met al betekende dit dat een aanzienlijke toename van werk voor de coördinatoren van het Trimbos-instituut.

Het verzenden van de vragenlijsten naar de cliënten die klinisch opgenomen waren geweest, maar inmiddels maximaal drie maanden met ontslag waren, ging in mei 2009 van start. Deze dataverzameling ging per post. Hiervoor werden aparte achtergrondbestanden en zogeheten ontslagbestanden aangemaakt.

Steekproef

In deze pilot is geen gebruik gemaakt van een steekproef. Omdat locaties soms klein zijn was het noodzakelijk om alle potentiële cliënten in het onderzoek te betrekken. Per locatie werd door het locatiehoofd een lijst gemaakt met potentiële kandidaten en cliënten die om de een of andere reden niet in staat werden geacht om deel te nemen (bijvoorbeeld te verward of te angstig). Interviewer en locatiehoofd moesten vooraf deze uitvallers (en de reden daarvoor) doornemen. De interviews werden in volgorde van het interviewbestand afgenoem. Bij afwezigheid van een cliënt of bij een weigering moest dit worden genoteerd door de interviewer en werd de volgende cliënt benaderd. In het geval van Beschermd Wonen werden de interviews per huis afgenoemd. Cliënten die daartoe in staat waren vulden de lijst zelfstandig in. Dit gebeurde soms groepsgewijs in een centrale ruimte. Wanneer het minimum van 60 respondenten was behaald, werd in principe met interviewen worden gestopt.

Bij vijf instellingen is de vragenlijst éénmalig opgestuurd naar cliënten die korter dan drie maanden met ontslag waren. Er heeft dus geen afname volgens de Dillman methode plaatsgevonden. Deze verzending werd beschouwd als een eventuele aanvulling van de vragenlijsten die op locatie werden afgenoemd, en had geen prioriteit.

Het streefgetal was 60 dus vragenlijsten per locatie. Instellingen die een grotere deel van hun populatie wilden laten deelnemen, werden in de gelegenheid gesteld de dataverzameling op eigen kosten uit te breiden. Hiervoor werd dan een apart contract opgesteld. Eén instelling heeft van deze gelegenheid gebruik gemaakt. Een ander instelling heeft na afloop van de dataverzameling voor de pilot aangegeven alsnog een aanvulling op hun databestand te willen hebben. Deze meting is apart uitgevoerd en is niet in deze rapportage opgenomen.

Benadering van cliënten

De wijze van benaderen van cliënten was niet aan een protocol gebonden. Aangezien dit een eerste pilot was, moest nog worden onderzocht wat efficiënte en niet-efficiënte strategieën zouden zijn. In de pre-pilot was al wel gebleken dat er vanuit de instellingen veel moeite moet worden gestopt in het motiveren van cliënten om mee te doen en afspraken te maken voor de interviews. Dit gold met name voor de cliënten van het Beschermd Wonen en (in een nog grotere mate) voor de cliënten van het Begeleid Zelfstandig Wonen. Cliënten van opnameafdelingen waren meestal op locatie bereikbaar en konden collectief door de interviewers worden benaderd. Cliënten van woonvoorzieningen of begeleid wonen waren echter vaak niet aanwezig als de interviewers aan de deur stonden en werden daardoor niet bereikt. Verder waren er aanzienlijke verschillen tussen de locaties wat betreft de omvang, variërend van één zelfstandig wonende cliënt tot locaties waar tientallen cliënten verblijven. Verder liepen de cliëntenpopulaties wat betreft cognitieve vaardigheden en beperkingen sterk uiteen, van cliënten met de diagnose Korsakov tot cliënten die in therapeutische dagbehandeling waren.

Deze verschillen vereisten een 'aanpak op maat' voor elke locatie. Daarom werd besloten het benaderen van cliënten en het afnemen van de vragenlijsten in nauwe samenwerking met de locaties te organiseren. Lokaal kon men immers de beste inschatting maken van de bereidwilligheid van de populatie om mee te doen, van de vaardigheden van hun cliënten, en van de meest efficiënte manier van benaderen. Met name het benaderen van cliënten uit het Begeleid Zelfstandig Wonen was lastig. Deze cliënten krijgen meestal op gezette tijden een begeleider aan de deur die de stand van zaken met hen doorspreekt. Verder hebben zij vaak weinig contact met de RIBW of ggz-instelling die hen begeleidt. Een overweging was de CQI per post aan hen te sturen. Dit werd ons echter door een aantal RIBW contactpersonen ontraden, met als argument dat deze cliënten hun post vaak niet openmaken, waardoor de verwachte respons zeer gering zou zijn. Hetzelfde zou gelden voor het sturen van een aankondiging dat er op een bepaalde datum en tijd een interviewer voor de deur zou staan. Een voorgestelde oplossing was om de vragenlijst met een antwoordenv envelop aan de begeleider mee te geven als deze weer op huisbezoek ging. Het nadeel van deze methode was echter dat de vereiste anonimiteit en onafhankelijkheid van de CQI afname hierdoor in gevaar kwam.

Hieronder is een aantal van de gevolgde strategieën weergegeven:

- Bij twee RIBW's werden de vragenlijsten door de begeleiders aan de cliënten uitgereikt en werd vijf of tien euro in het vooruitzicht gesteld als een cliënt de vragenlijst zou inleveren bij de interviewer op een vooraf afgesproken tijdstip en plaats (eventueel ter plekke samen invullen of als interview afnemen).
- Bij een RIBW kregen de cliënten de vragenlijst van hun persoonlijk begeleider uitgereikt die hen stimuleerde de vragenlijst in te vullen en door middel van een antwoordenv envelop direct naar het Trimbos-instituut te sturen.
- Een aantal instellingen stuurde de vragenlijsten met een begeleidende brief en antwoordenv envelop naar hun cliënten in het Begeleid Zelfstandig Wonen.

- Bij een RIBW werden de cliënten met een brief op de hoogte gesteld van het onderzoek en werd ook gemeld dat op een bepaalde dag en tijdstip de interviewer langs zou komen.
- Bij een RIBW werd een lunch voor de cliënten georganiseerd op de kantoren van de verschillende locaties en werd vooraf geïnventariseerd wie aanwezig zou zijn. Tijdens de lunch werden de vragenlijsten ingevuld. Bij een andere RIBW werd koffie en taart in het vooruitzicht gesteld.
- Bij een aantal RIBW locaties werd vooraf geïnventariseerd op welke momenten de meeste cliënten in huis waren en de interviewer werd uitgenodigd om dan aanwezig te zijn.
- Bij een aantal instellingen werd de interviewer van locatie naar locatie gebracht door de contactpersoon.
- Bij een instelling ging een interviewer langs bij cliënten van Begeleid Zelfstandig Wonen, terwijl niet duidelijk was of de cliënt thuis was.
- Bij een enkele RIBW ging de interviewer langs de locaties en interviewde dan ter plekke degenen die aanwezig waren en mee wilden doen.
- Bij de klinische locaties werden de cliënten door hun begeleiders vooraf om toestemming tot deelname gevraagd en werd een datum en tijd met de interviewer afgesproken.
- Bij een klinische locatie was een intekenlijst opgehangen waarop cliënten konden aangeven of zij wilden deelnemen of niet.
- Bij een instelling werd de cliëntenraad ingeschakeld voor het organiseren van de meting.

2.5 De kwaliteit van de dataverzameling

Bij de dataverzameling ging het, zoals vermeld, over onderzoek op 177 verschillende locaties en werden per locatie aparte afspraken gemaakt over de aanlevering van interviewbestanden, de wijze van benaderen van cliënten en de wijze van afname van de CQI vragenlijsten. Het risico van een dergelijke complexe situatie, waarbij veel verschillende personen een rol spelen, is dat er van alles fout kan gaan in de communicatie tussen het Trimbos-instituut en de interviewers, tussen het Trimbos-instituut en de contactpersonen op locatie, tussen de interviewers en de contactpersonen op locatie, tussen de contactpersonen en andere medewerkers op locatie, en tussen de Trimbos-instituut medewerkers onderling. Uit de ervaringen van deze dataverzameling is gebleken dat dit inderdaad heeft plaatsgevonden. In het navolgende wordt verslag gedaan van het onderzoeksproces aan de hand van de logboeken, interviewlijsten en de contacten met de instellingen. Ook wordt ingegaan op de zaken die niet zijn gelopen als was voorzien, en wordt getracht om aan te geven hoe dit in de toekomst bij de reguliere afname van deze CQI vragenlijsten zou kunnen worden voorkomen.

De dataverzameling op locatie heeft plaatsgevonden in de periode april – medio juni. Dat betekende een uitloop van bijna een maand op de geplande periode. Redenen voor uitloop was onder meer de voorbereidingstijd op de locaties en de beschikbaarheid van interviewers. Op de locaties moesten cliënten en medewerkers worden geïnformeerd en moest naar een geschikte datum voor de interviewrondes worden gezocht. Soms was het aan het begin ook nog niet duidelijk welke locaties meededen. Ook de afstemming tussen gewenste bezoekdata en de beschikbaarheid van interviewers was soms lastig. De 14 interviewers moesten heel Nederland bestrijken, en werden liefst zo dicht mogelijk bij de eigen standplaats ingezet. Ook het aantal beschikbare uren per interviewer speelde hier een rol. In een aantal gevallen was het niet mogelijk om op de gewenste data interviewers beschikbaar te hebben, zodat naar een nieuwe datum moest worden

gezocht. In twee gevallen kreeg een contactpersoon een nieuwe functie binnen de organisatie, en een nieuwe contactpersoon moest opnieuw over het onderzoek worden geïnformeerd. Hierdoor liep de geplande dataverzameling enkele weken uit.

In totaal 15 instellingen namen met hun (dag)klinische afdeling(en) aan het onderzoek deel. Het was de bedoeling dat van deze instellingen in principe ook hun recentelijk ontslagen cliënten per post zouden worden benaderd. Het aanleveren van de ontslagbestanden leverde echter veel problemen op. Uiteindelijk lukte het slechts vijf instellingen dit bestand aan te leveren. Gezien de vertraging die al bij de dataverzameling was opgelopen, werden alleen van deze instellingen de ontslagen cliënten per post benaderd. Om verdere uitloop van de dataverzameling te voorkomen, werd ook besloten de laatste rappelronde niet meer uit te voeren.

Zoals in paragraaf 2.3 werd beschreven, moesten de interviewers dagelijks een logboek bijhouden. Hierin konden zij aangeven hoe de interviews waren verlopen en wat hen die dag was opgevallen. Verder moesten zij op de interviewlijsten aangeven bij wie het wel was gelukt om een CQI af te nemen en bij wie niet (en om welke reden niet). Het was de bedoeling dat de interviewers deze logboeken na elke interviewdag samen met de interviewlijsten naar de afdeling M&B van het Trimbos-instituut zouden opsturen. Na afloop van de dataverzameling bleek dat van ongeveer 80 procent van de locaties het logboek en/of de interviewlijst was geretourneerd. Bij de overige locaties bleken de vragenlijsten zonder tussenkomst van een interviewer te zijn verspreid of zijn de interviewlijsten en logboeken nooit door de afdeling M&B ontvangen. Het overzicht is hierdoor niet helemaal volledig. Conclusies op basis van de logboeken en interviewlijsten moeten dus met enige voorzichtigheid worden beschouwd.

Voorbereiding van de cliënten

De interviewers gaven in het logboek aan, welke indruk zij hadden van manier waarop de cliënten waren geïnformeerd over het onderzoek. Bij het grootste deel van de locaties waren, aldus de interviewers, de cliënten en hulpverleners redelijk tot goed voorbereid op het onderzoek en de komst van de interviewer. De cliënten werden vooraf persoonlijk, in groepsverband dan wel via een brief op de hoogte gesteld, en zaten vaak al te wachten op de komst van de interviewer. Bij ongeveer 15 procent van de locaties was er sprake van geen of een slechte voorbereiding, met als gevolg dat cliënten niet aanwezig waren of van niets wisten als de interviewer op de locatie kwam. Bij een klinische instelling waren de cliënten met opzet vooraf niet geïnformeerd, omdat zij deze informatie, volgens de medewerkers, toch niet op zouden nemen. Een enkele keer waren de cliënten niet geïnformeerd en gestimuleerd om mee te doen, omdat de begeleiding het niet eens was met het onderzoek en daardoor obstructie pleegde. Op andere locaties was men het vergeten te doen, of was men zich er niet van bewust geweest dat dit had gemoeten. In die gevallen werd dan door de interviewer en/of begeleiding getracht de cliënten alsnog te informeren en te motiveren om mee te doen.

Non-respons

Het was de bedoeling om aan de hand van de interviewlijsten een inschatting te maken van de te behalen respons per afdeling (of locatie). Locatiehoofden zouden aangeven welke cliënten wel en welke niet in staat zouden zijn om deel te nemen (potentiële deelnemers) en verder zou van de anderen moeten worden aangetekend of het afnemen van de lijst was gelukt en, indien niet, wat hiervoor de reden was. In de praktijk bleek dat niet mogelijk te zijn. In de logboeken van de interviewers werden hiervoor verscheidene redenen genoemd:

- Ondanks de instructies vooraf waren de interviewlijsten vaak niet (volledig) ingevuld. Hierdoor was het niet duidelijk wie volgens de begeleiding in staat was om, al dan niet met hulp, de vragenlijst in te vullen (potentiële respondenten). Ook was vaak niet eens aangegeven hoeveel cliënten op de locatie aanwezig waren. Soms ontbraken de interviewbestanden geheel. Interviewers moesten in die gevallen zelf cliëntcodes aanmaken en konden verder in het interviewbestand alleen aangeven wie zij hadden geïnterviewd. Hoe dat met de anderen was, bleef dan onduidelijk.
- Het gebeurde regelmatig dat alleen de potentiële respondenten in het interviewbestand waren ingevuld.
- Bij sommige locaties werden alleen de cliënten die vooraf toestemming hadden gegeven aangemerkt als potentiële cliënt en werd geen opgave gedaan van het totale aantal cliënten van die locatie.
- Pogingen om in die gevallen dat de interviewbestanden ontbraken of onvolledig waren alsnog een volledig bestand te ontvangen, bleken meestal niet succesvol. Men was niet in staat deze bestanden alsnog aan te leveren.
- Bij elke deelnemende instelling was vooraf een streefgetal afgesproken wat betreft het aantal ingevulde vragenlijsten, verdeeld over meerdere locaties. In het geval van grote instellingen kreeg de interviewer de opdracht om al deze locaties te bezoeken en het afgesproken aantal interviews gelijkelijk over alle locaties te verdelen. Hierdoor werden niet alle cliënten op een locatie benaderd, waardoor het niet mogelijk was een inschatting te maken van de mogelijke respons.
- Bij RIBW's die een groot regio bestrijken, werd soms uit rendementsoverwegingen besloten bepaalde huizen niet te bezoeken. Dat gold vooral huizen die ver van de centrale locatie aflagen en/of waar maar een enkele cliënt woonde.
- Vaak werden cliënten niet bereikt omdat zij niet aanwezig waren als de interviewer op bezoek kwam. Deze kwamen doorgaans tijdens kantooruren op de locaties. Een enkele keer kwamen de interviewers in de avond terug om cliënten, waar nodig, te helpen bij het invullen van vragenlijsten. Verschillende interviewers rapporteerden terug dat de vrijdagen niet geschikt waren als interviewdagen, omdat veel cliënten dan afwezig zijn (weekendverlof). Met name bij voorzieningen voor Beschermd en Begeleid Zelfstandig Wonen gebeurde het dat de interviewer nauwelijks cliënten aantrof op het afgesproken tijdstip, omdat de cliënten vanwege dagactiviteiten of werk afwezig waren.

Vanwege het ontbreken van betrouwbare cijfers is het niet mogelijk een schatting van de maximaal haalbare respons te geven. Vanuit een deel van de logboeken kan wel een indruk worden verkregen van de non-respons onder de cliënten die wel door de interviewers werden benaderd. Deze cijfers zijn gebaseerd op 65 locaties en 222 opmerkingen in de logboeken:

- Een derde van de non-respons (35 %) betreft de afwezigheid van de cliënt, vanwege onder meer werk, dagactiviteiten, therapie, sport, familiebezoek of studie.
- Eveneens een derde (33 %) van de non-respons wordt veroorzaakt door een weigering van de cliënt. Men heeft geen zin, heeft het te druk, vindt dat men toch al zo veel moet, of heeft geen interesse.
- In totaal 18 % van de uitval wordt veroorzaakt door het feit dat men niet in staat is tot deelname. Men is te ziek, is niet aanspreekbaar, is slechthorend is de Nederlandse taal onvoldoende machtig, of heeft een te laag verstandelijk niveau. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit om cliënten die in principe als potentiële respondent waren aangemerkt.
- In nog eens 14% van de gevallen is er sprake van een onvoorzienige gebeurtenis (bijvoorbeeld een begrafenis), een andere afmelding, of is men de afspraak vergeten.

Tweederde van de non-respons bij cliënten die door de interviewers werden benaderd voor deelname wordt veroorzaakt door afwezigheid en weigering. Interviewers gaven in de logboeken aan dat door een andere wijze van dataverzameling de respons in deze gevallen groter had kunnen zijn. In totaal werden hierover 44 opmerkingen gemaakt:

- In ruim een derde van de gevallen (36%) werd een opmerking gemaakt over een onvoldoende voorbereiding. Een eerdere en betere voorbereiding en organisatie van de dataverzameling zou de respons hebben vergroot.
- Nog eens een derde van de opmerkingen (32%) betrof interviewen op een ander tijdstip, om de kans groter te maken dat cliënten aanwezig zijn. Bijvoorbeeld bezoeken in de avond of in het weekend zouden de respons hebben vergroot.
- Interviewers bemerkten dat een deel van de weigeringen werd veroorzaakt door een onvoldoende vertrouwen in de anonimitet van het onderzoek. Ruim een tiende (14%) noemt een betere bescherming van de privacy (geen nummers noteren vanaf een lijst waarop ook namen staan) bevorderlijk voor de respons.
- De overige 18% van de opmerkingen betrof vooral de rol van de begeleiding. In een aantal gevallen was er geen begeleiding aanwezig, of straalde de begeleiding weinig enthousiasme of zelfs sceptisisme uit. Een betrokken houding van de begeleiding zou een gunstig invloed hebben gehad op de respons.

Weigering en afwezigheid blijken de belangrijkste redenen tot non-respons te zijn, tenminste bij degenen die in principe aan het onderzoek met de CQI hadden kunnen deelnemen. Afwezigheid speelt vooral bij de woonvoorzieningen of het begeleid zelfstandig wonen een rol. Een betere planning van het bezoek, een betere voorbereiding, en alternatieve bezoektijden zouden hiervoor een oplossing kunnen zijn geweest. Weigeringen hadden volgens de interviewers deels te maken met een gevoel van wantrouwen wat betreft de privacy, een onvoldoende voorbereiding en een onvoldoende betrokkenheid van de begeleiders.

Behalve deze specifieke ervaringen gaven interviewers ook algemene tips voor een verbetering van de respons. Deze liggen deels in het verlengde van het voorgaande:

- *Een vorm van beloning.* De interviewers vermoeden dat een geldelijke beloning (bijvoorbeeld vijf euro) responsverhogend werkt. Dit zou ook gelden voor de 'koffie-met-taart' methode. Twee instellingen gaven hun Beschermd en Begeleid Zelfstandig Wonen cliënten een financiële vergoeding (5 of 10 euro). In beide gevallen leidde dit tot een goede respons. In het geval van de Begeleid Zelfstandig Wonen cliënten werd de vergoeding bij beide instellingen gecombineerd met de versturen van de vragenlijst per post. De vergoeding werd dan uitgekeerd als de vragenlijst werd ingeleverd. Het responspercentage bij één instelling liep op deze wijze bijna 50%. De 'koffie-met-taart' methode lijkt minder succesvol. Bij de twee RIBW's die deze methode toepasten, leidde dit niet tot een voldoende aantal ingevulde lijsten.
- *Een positieve houding van de medewerkers.* De houding van de medewerkers en de sfeer op de afdeling of locaties wordt door de interviewers belangrijk gevonden. Als de begeleiding prettig en behulpzaam is, alles goed is voorbereid, er duidelijke afspraken zijn over bezoeken aan locaties, cliënten zijn geïnformeerd en gestimuleerd om mee te doen en er sprake is van een rustige omgeving voor het afnemen van de vragenlijsten, zullen meer cliënten deelnemen, is de mening van de interviewers. In de praktijk van de dataverzameling kwam dit aspect ook naar voren. Bij instellingen waar sprake was van een enthousiaste houding van de medewerkers, verliep de dataverzameling soepeler dan bij instellingen waar dat niet of in mindere mate het geval was. Bij één instelling ging de interviewer altijd met een begeleider samen de RIBW huizen langs, wat meer dan 100 ingevulde vragenlijsten opleverde. Het onafhankelijke karakter van het onderzoek komt wel onder druk te staan wanneer de

begeleiding nadrukkelijk betrokken is bij het werven en stimuleren van cliënten. Anderzijds lijkt juist de inzet van de begeleiding onmisbaar voor een hogere respons.

- *Een betere selectie van locaties en cliënten.* In enkele gevallen vond de dataverzameling plaats op locaties die hiervoor niet geschikt waren, zoals een afdeling voor cliënten met Korsakov, dementie of een verstandelijke handicap. Een goede selectie vooraf zal de respons vergroten.

De respons bij de cliënten uit het Begeleid Zelfstandig Wonen was zeer wisselend. De instellingen die kozen voor het versturen per post of het persoonlijk uitreiken door de begeleider, al dan niet met de belofte van een financiële vergoeding, boekten de beste resultaten. Responspercentages varieerden van 20-50%. De invloed van een betaling is hier niet duidelijk. Zowel instellingen die betaalden als instellingen die vooral de cliënten stimuleerden, haalden vergelijkbare percentages. Bij instellingen waar andere strategieën werden gehanteerd, zoals de koffie-met-taart methode of huis aan huis langsgaan en kijken of er iemand thuis was, leverde nauwelijks respons op. Er werden dan slechts enkele ingevulde vragen verkregen.

De respons bij de per post verzonden CQI vragenlijsten aan cliënten, die onlangs een klinische opname hadden beëindigd, varieerde van 11 tot 37%. Het betrof hier vier ggz-instellingen en één vz-instelling. Zowel de laagste als de hoogste respons betrof een ggz-instelling. Voor een overzicht van de gereturneerde vragenlijsten zie hoofdstuk 3.

Verbeterpunten

Zoals uit het voorgaande al bleek, verliep de dataverzameling niet altijd naar wens. Bij toekomstige metingen zal gebruik moeten worden gemaakt van de ervaringen uit deze pilot. Hieronder is (nog eens) weergegeven waar we in de pilot tegenaan liepen.

Aspecten die bij één of meerdere instellingen niet optimaal verliepen waren:

- *Een onvoldoende voorbereiding en volgen van het protocol.*
 - interviewers kwamen op locaties waar de cliënten (en begeleiders) niet op de hoogte gebracht waren van het onderzoek
 - interviewers kwamen op locaties waar geen begeleiding aanwezig was
 - interviewers kwamen op locaties waar de interviewbestanden niet beschikbaar waren, waardoor de cliëntencodes niet op de vragenlijsten ingevuld konden worden
 - interviewers kwamen op een locatie waar geen vragenlijsten waren (terwijl deze wel waren opgestuurd)
- *Informatie is niet beschikbaar*
 - instellingen (met name RIBW's) die het achtergrondbestand niet volledig konden invullen omdat er geen diagnose bekend was van de cliënten
 - contactpersonen die moeite hadden met het vervaardigen van de interview- en achtergrondbestanden
 - aanlevering van databestanden in een ander format dan vooraf was afgesproken
 - in een aantal gevallen werd de privacy geschonden door lijsten met namen aan het Trimbos-instituut te sturen
- *Locatiekeuze*
 - contactpersonen die moeite hadden voldoende locaties te vinden die willen deelnemen aan het onderzoek
 - locaties laten deelnemen die eigenlijk niet geschikt waren: Korsakov afdeling, dagopvang (inloop zonder vaste PB-ers)
- *Tegenwerking locaties*

- medewerkers op de locatie die (zeer) onwelwillend waren, omdat zij geen zin hadden in interviewers over de vloer en vonden dat zij dit van hogerhand binnen de instelling opgelegd krijgen
- een gebrekkige interne communicatie die tot weerstand leidt
- *Gebrekkige organisatie*
 - interviewers die op locaties kwamen waar nauwelijks cliënten aanwezig waren omdat ze bezig zijn met dag- of werkactiviteiten. Hiermee was geen rekening gehouden bij het maken van de afspraken
 - interviewers die verdwaalden omdat zij onvoldoende informatie hadden gekregen over de ligging van woonvoorzieningen
 - interviewers die flink moesten reizen om uiteindelijk maar een á twee cliënten te kunnen spreken

Aspecten die bij het Trimbos-instituut niet optimaal verliepen waren:

- *Communicatiestoornissen*
 - communicatiestoornissen met instellingen, waardoor de uitwisseling van informatie niet altijd optimaal verliep
 - contactpersonen die te lang moesten wachten voordat duidelijk was wanneer interviewers de locaties zouden gaan bezoeken
 - interviewer die een locatie niet bezocht door een communicatiestoornis met de interviewcoördinator, waardoor de cliënten tevergeefs wachten
 - locaties die te laat op de hoogte werden gesteld van de exacte datum waarop de interviewers langs zouden komen
 - communicatiestoornissen tussen de afdelingen IDM en M&B. De gezamenlijke coördinatie leidde soms tot onduidelijkheden in de taakverdeling; hierdoor werd ook werk dubbel gedaan en werden interviewers niet altijd optimaal aangestuurd
- *Uitvoeringsfouten*
 - er werden soms geen of de verkeerde vragenlijsten naar een instelling verstuurd
 - soms maakte een interviewer zelf cliëntcodes aan als er geen interviewbestand op de locatie beschikbaar was. Dit leidde tot verwarring en databestanden waarin een (beperkt) aantal niet tot locaties herleidbare codes voorkomen.
 - interviewers die te laat bij een instelling kwamen, terwijl de cliënten allemaal al zaten te wachten.

In de inleiding van deze paragraaf schreven we al dat in een complex traject als dit met 24 instellingen, 177 locaties en even zo vele contactpersonen, de kans op fouten en misverstanden aanwezig is. Dat is de praktijk ook gebleken. Een belangrijke bottleneck was het aanleveren van de juiste cliënten en hun cliëntgegevens gebleken. Ondanks uitgebreide protocollen was er toch (te) vaak een probleem met het aanleveren van interviewbestanden. Naar onze inschatting heeft dit vooral ter maken gehad met haperingen in de communicatie tussen het Trimbos-instituut en de instellingen, en binnen de instellingen zelf. De informatieoverdracht tussen het Trimbos-instituut en de instellingen ging vooral via kwaliteitsmedewerkers. De vraag is of de informatie binnen de instellingen voldoende is overgekomen op degenen met uitvoerende taken, zoals de systeembeheerder of de locatiehoofden. Op grond van het feit dat interviewbestanden vaak ontbraken of onvolledig waren, dat medewerkers onvoldoende waren geïnformeerd, of dat locaties deelnamen met cliënten buiten de doelgroep, valt op te maken dat hier haperingen zijn opgetreden. Het verdient daarom aanbeveling om in toekomstig onderzoek te werken met korte lijnen en veel meer in direct contact te treden met degenen die specifieke taken moeten uitvoeren. Hoe minder schijven, hoe kleiner de

kans op vergissingen of onduidelijkheden. Het uitvoeren van onderzoek of (in de toekomst) het doen van metingen ten behoeve van prestatie-indicatoren behoort niet tot het standaardrepertoire van hulpverleners. Een betere begeleiding vanuit een onderzoeksinstuut of meetbureau wordt daarom aanbevolen. Het direct in contact treden met de medewerkers op locatie kan tevens positief werken op hun enthousiasme en bereidheid tot medewerking. In een aantal gevallen had men immers het gevoel dat dit onderzoek weer een voorbeeld was van iets dat zonder overleg van bovenaf werd gedropt. Een directe communicatie tussen hulpverleners en onderzoekers zou weerstanden kunnen wegnemen en misverstanden in een vroeg stadium kunnen signaleert.

3 Resultaten

3.1 Databestand

In totaal zijn er 2096 vragenlijsten ingevuld, verdeeld over 1851 CQI vragenlijsten en 245 belangvragenlijsten. Na schoning (zie verderop in dit hoofdstuk) resteren 2048 lijsten, 1810 CQI vragenlijsten en 238 belangvragenlijsten. In tabel 3.1 is de verdeling over de verschillende versies van de vragenlijsten weergegeven.

Tabel 3.1 Geretourneerde vragenlijsten

Versie vragenlijst	Geretourneerd	Na schoning
Klinisch/dagklinisch opgenomen	868	844 (684/160)
Klinisch/dagklinisch ontslagen	66	66 (65/1)
Beschermd Wonen	576	562
Begeleid Zelfstandig Wonen	341	338
Klinisch belang opgenomen	118	114
Klinisch belang ontslagen	12	12
Beschermd Wonen belang	60	58
Begeleid Zelfstandig Wonen belang	55	54

In het oorspronkelijke voorstel werd uitgegaan van een bruikbare respons van 400 CQI en 400 belangvragenlijsten voor de klinische opnames en voor de langdurende zorg. Met de uitbreiding van het aantal instellingen werd ingezet op 50 CQI vragenlijsten en 10 belangvragenlijsten per instelling en per zorgsoort. Dit betekent een overall respons van 500 klinische CQI en 500 CQI voor Beschermd en Begeleid Zelfstandig Wonen (BW/BZW), en 150 klinische belangvragenlijsten en 120 BW/BZW belangvragenlijsten. De behaalde respons is 910 klinische CQI, 900 BW/BZW, 128 klinische belangvragenlijsten en 112 belangvragenlijsten BW/BZW. Dit betekent dat de respons voor de CQI lijsten ruimschoots is gehaald, maar dat het aantal belangvragenlijsten is achtergebleven. Uit de analyse op de logboeken bleek, dat cliënten vaak weigerden om de belangvragenlijst in te vullen, omdat ze dat veel te abstract vonden. Ze wilden dan alleen meedoen als ze de CQI konden invullen. De interviewers bleken dan aan deze wens toe te hebben gegeven vanwege de respons.

De vragenlijsten zijn verkregen bij 24 instellingen verkregen. In tabel 3.2 is per instelling weergegeven hoeveel lijsten zijn afgenoemt. Het betreft hier de bruikbare aantallen na schoning (totaal = 2048).

Zoals al in het voorgaande hoofdstuk werd besproken, is de respons nogal wisselend geweest. De tabel laat zien dat vooral bij een aantal instellingen voor beschermd en begeleid zelfstandig wonen een relatief groot aantal ingevulde vragenlijsten is verkregen. De streefgetallen waren 50 CQI lijsten per zorgtype, teneinde een vergelijking tussen instellingen mogelijk te maken. Uit tabel 3.2 blijkt dat van de 15 klinische afdelingen er slechts 10 in zijn geslaagd dit streefgetal te halen. Van de 12 voorzieningen voor Beschermd Wonen behalen er zes dit streefgetal, waarvan een instelling die op eigen kosten extra metingen heeft laten uitvoeren. Hoewel het totaal aantal geplande CQI vragenlijsten ruimschoots werd behaald, is er dus sprake van een scheve verdeling over de instellingen. Dit betekent dat een statistische vergelijking tussen de uitkomsten per instellingen (multi-level analyse) niet mogelijk is.

Tabel 3.2 Bruikbare vragenlijsten per instelling

Instel- ling	Klinisch opname	Klinisch ontslag	Klinisch opname belang	Klinisch ontslag belang	BW	BW belang	BZW	BZW belang	Tot
1					54	12	91	29	186
2	28	14	4	2					48
3					54	1	51		106
4	76		14		94	7			191
5					23	4	8		35
6	44		9		26	4			83
7	36	14	7	2					59
8					26	3	7	5	41
9 ¹					80	4	117	6	207
10	42		4		30	4			80
11	63		5						68
12	76		17						93
13	64	7	11						82
14	46	14	3	2					65
15					61	8	31	10	110
16	84	17	16	6					123
17	90		5						95
18					38	5	28	3	74
19	26		2						28
20					43	4	2	1	50
21	69		8						77
22	36		3						39
23	50		6						56
24					34	2	3		39
g.g.	14				1				15

¹ Deze instelling heeft op eigen kosten extra vragenlijsten laten afnemen

3.2 Kwaliteit van de data van de CQI voor klinische opnames

Van de 883 geretourneerde klinische lijsten bleken er 15 leeg te zijn of door een ander te zijn beantwoord. Deze lijsten werden verwijderd. Van de vragenlijsten die per post aan ontslagen cliënten waren toegezonden, werden er 66 ingevuld geretourneerd. Het klinische bestand bestaat hierdoor uit 934 ingevulde vragenlijsten.

Op de vraag of men in de afgelopen 6 maanden een klinische behandeling had ondergaan werd 40 keer met ‘nee’ geantwoord. In 52 gevallen werd deze vraag niet beantwoord. Omdat we er zeker van waren dat men het afgelopen half jaar in klinische behandeling was geweest (we hebben de cliënten persoonlijk in de kliniek opgezocht), werd besloten deze vragenlijsten toch in de data-analyse mee te nemen. Blijkbaar schept deze vraag verwarring en zal nog eens goed naar de formulering moeten worden gekeken. Voor de analyse van de psychometrische kenmerken van de vragenlijst is het verder van belang dat er de beschikking is over zo veel mogelijke ingevulde lijsten.

Vervolgens is bekeken welke van de doorkiesvragen ten onrechte werden beantwoord en welke vragen ten onrechte werden overgeslagen. Vragen worden ten onrechte beantwoord als respondenten op grond van de doorkiesvraag (bijvoorbeeld: gebruikt u

medicatie?) de vervolgvrragen hadden moeten overslaan. Dit geldt ook voor het geval dat de doorkiesvraag niet was beantwoord, maar wel de vervolgvrachten. In tabel 3.3 zijn de ten onrechte beantwoorde vervolgvrachten weergegeven. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen degenen die de lijst zelfstandig hebben ingevuld, en degenen die geholpen zijn door de interviewer, of die door de interviewer zijn geïnterviewd. De kolom 'N relevant' geeft aan bij hoeveel lijsten deze vragen niet hadden moeten worden ingevuld. Tabel 3.3 geeft aan dat in 9.8 tot 16.0% van de gevallen vragen ten onrechte waren ingevuld. In het geval dat cliënten zelf de vragenlijst invulden, waren deze percentages 12.1 tot 22.2%. Als zij hulp kregen, varieerden de percentages van 2.5 tot 4.3%. Hulp van een interviewer leidt dus minder vaak tot ten onrechte beantwoorde vragen, maar sluit dit niet volledig uit. De antwoorden op de ten onrechte beantwoorde vragen zijn in het databestand gecorrigeerd, dat wil zeggen dat deze antwoorden alsnog tot 'niet van toepassing' zijn omgecodeerd.

Tabel 3.3 Ten onrechte beantwoorde vragen op klinische vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Info medicatie	10	26	1	27	155	29	184	16.8	3.4	14.7
	11	26	1	27	155	29	184	16.8	3.4	14.7
Behandelplan										
	24	37	4	41	171	92	263	21.6	4.3	15.6
	25	38	4	42	171	92	263	22.2	4.3	16.0
Ontslag	26	34	3	37	171	92	263	19.9	3.3	14.1
	60	57	5	62	472	161	633	12.1	3.1	9.8
	61	58	4	62	472	161	633	12.3	2.5	9.8
	62	63	4	67	472	161	633	13.3	2.5	10.6

In tabel 3.4 is weergegeven welke doorkiesvragen ten onrechte niet werden beantwoord. In totaal was dat bij 2.1 tot 7.9% van deze vragen het geval. Het onderscheid tussen degenen die de lijst zelf invulden en degenen die daarbij werden geholpen, was niet zo groot. Alleen bij de vragen over een eventueel ontslag hadden degenen die de lijst zelf invulden wat meer missings. De ten onrechte niet beantwoorde vragen kunnen niet worden gecorrigeerd. Deze blijven missings in het databestand.

Tabel 3.4 Ten onrechte niet beantwoorde vragen op klinische vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Info medicatie	10	11	4	15	538	183	721	2.0	2.2	2.1
	11	13	5	18	538	183	721	2.4	2.7	2.5
Behandelplan										
	24	27	8	35	517	120	637	5.2	6.7	5.5
	25	26	5	31	517	120	637	5.0	4.2	4.9
Ontslag	26	35	7	42	517	120	637	6.8	5.8	6.6
	60	13	2	15	151	39	190	8.6	5.1	7.9
	61	11	1	12	151	39	190	7.3	2.6	6.3
	62	13	1	14	151	39	190	8.6	2.6	7.4

In tabel 3.5 is weergegeven hoeveel missende waarden er per vraag zijn. In acht gevallen is er sprake van meer dan 10% missende waarden per vraag. Dat geldt voor de vragen over het behandelplan (en dan met name bij degenen die de lijst zelf hebben ingevuld), een vraag over de dagactiviteiten, een vraag over het behandelteam en vragen over het ontslag. Deze vragen zouden eigenlijk uit het bestand moeten worden verwijderd. Eerst wordt echter gekeken of er respondenten zijn die veel missende waarden hebben. Het totaal aantal antwoorden op het merendeel van deze vragen is tamelijk gering (doorkiesvragen), zodat een beperkt aantal respondenten met veel missende waarden hierop al een aanzienlijke invloed kunnen hebben.

Tabel 3.5 Missings per vraag klinische vragenlijst

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
Bereikbaarheid	2	10	1	11	717	217	934	1.4	0.5	1.2
	3	18	1	19	717	217	934	2.5	0.5	2.0
	4	16	7	23	717	217	934	2.2	3.2	2.5
	5	23	17	40	717	217	934	3.2	7.8	4.3
Informatie	6	21	4	25	717	217	934	2.9	1.8	2.7
	7	23	7	30	717	217	934	3.2	3.2	3.2
	8	24	4	28	717	217	934	3.3	1.8	3.0
Info medicatie	9	16	3	19	717	217	934	2.2	1.4	2.0
	10	29	7	36	566	188	754	5.1	3.7	4.8
	11	31	8	39	566	188	754	5.5	4.2	5.2
Info rechten	12	19	6	25	717	217	934	2.6	2.8	2.7
	13	17	4	21	717	217	934	2.4	1.8	2.2
	14	22	10	32	717	217	934	3.1	4.6	3.4
	15	23	8	31	717	217	934	3.2	3.7	3.3
	16	17	4	21	717	217	934	2.4	1.8	2.2
	17	21	5	26	717	217	934	2.9	2.3	2.8
	18	22	8	26	717	217	934	3.1	3.7	2.8
Keuze/inspraak	19	34	7	41	717	217	934	4.7	3.2	4.4
	20	55	24	79	717	217	934	7.7	11.1	8.5
	21	27	6	33	717	217	934	3.8	2.8	3.5
	22	59	12	71	717	217	934	8.2	5.5	7.6
Behandelplan	23	38	6	44	717	217	934	5.3	2.8	4.7
	24	65	15	80	495	188	683	13.1	8.0	11.7
	25	64	12	76	495	188	683	12.9	6.4	11.1
	26	73	14	87	495	188	683	14.7	7.4	12.7
Bejegening	27	22	5	27	717	217	934	3.8	2.3	2.9
	28	19	2	21	717	217	934	2.6	0.9	2.2
	29	19	2	21	717	217	934	2.6	0.9	2.2
	30	25	3	28	717	217	934	3.5	1.4	3.0
	31	24	5	29	717	217	934	3.3	2.3	3.1
Deskundigheid	32	30	10	40	717	217	934	4.2	4.6	4.3
	33	24	9	33	717	217	934	3.3	4.1	3.5
	34	48	16	64	717	217	934	6.7	7.4	6.8
	35	24	10	34	717	217	934	3.3	4.6	3.6
	36	50	15	65	717	217	934	7.0	6.9	7.0

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
	37	31	8	39	717	217	934	4.3	3.7	4.2
	38	29	16	45	717	217	934	4.0	7.4	4.8
Functioneren	39	32	3	35	717	217	934	4.5	1.4	3.7
	40	33	5	38	717	217	934	4.6	2.3	4.1
	41	33	4	37	717	217	934	4.6	1.8	4.0
Huisvesting	42	21	1	22	717	217	934	2.9	0.5	2.3
	43	23	4	27	717	217	934	3.2	1.8	2.9
	44	24	5	29	717	217	934	3.3	2.3	3.1
	45	27	7	34	717	217	934	3.8	3.2	3.6
	46	26	4	30	717	217	934	3.6	1.8	3.2
	47	46	4	50	717	217	934	6.4	1.8	5.3
	48	50	19	69	717	217	934	7.0	8.8	7.4
	49	40	7	47	717	217	934	5.6	3.2	5.0
	50	27	4	31	717	217	934	3.8	1.8	3.3
	51	47	7	54	717	217	934	6.5	3.2	5.8
	52	32	5	35	717	217	934	4.5	2.3	3.7
Dagactiviteiten	53	31	7	38	717	217	934	4.3	3.2	4.1
	54	34	8	42	717	217	934	4.7	3.7	4.5
	55	71	34	105	717	217	934	9.9	15.7	11.2
Behandelteam	56	31	26	57	717	217	934	4.3	12.0	6.1
	57	68	37	105	717	217	934	9.5	17.0	11.2
	58	46	24	70	717	217	934	6.4	11.1	7.5
Ontslag	59	28	5	33	662	206	868	4.2	2.4	3.8
	60	27	5	33	255	57	312	10.6	8.8	10.6
	61	26	4	30	255	57	312	10.2	7.0	9.6
	62	28	5	33	255	57	312	11.0	8.8	10.6
Cijfer	63	23	3	26	717	217	934	3.2	1.4	2.8
Aanbevelen	64	37	7	44	717	217	934	5.2	3.2	4.7
Achtergrond	65	31	3	34	717	217	934	4.3	1.4	3.6
	66	31	6	37	717	217	934	4.3	2.8	4.0
	67	30	2	32	717	217	934	4.2	0.9	3.4
	68	36	2	38	717	217	934	5.0	0.9	4.1
	69	33	2	35	717	217	934	4.6	0.9	3.7
	70	52	3	55	717	217	934	7.2	1.4	5.9
	71	43	9	52	717	217	934	6.0	4.1	5.6
	72	58	11	69	717	217	934	8.1	5.1	7.4
	73	55	12	67	717	217	934	7.7	5.5	7.2
	74	40	9	49	717	217	934	5.6	4.1	5.2
	75	--	--	42	--	--	934	--	--	4.5
	77	39	0	39	717	217	934	5.4	0.0	4.2
	78	35	4	39	717	217	934	4.9	1.8	4.2

In tabel 3.6 is het aantal missende waarden per persoon weergegeven op een totaal van 78 vragen. Het gemiddeld aantal missings is 3.6 per persoon, met een mediaan van 1. Bijna de helft van de respondenten heeft geen enkele missende waarde, en minder dan 10% heeft er 10 of meer. Besloten is om de vragenlijsten met meer dan een derde

missende waarden ($N > 25$) uit het bestand te verwijderen. Dit betreft 24 vragenlijsten. Het uiteindelijke bestand bevat daarmee 910 vragenlijsten.

Door het verwijderen van de 24 vragenlijsten daalde het aantal missende waarden per vraag tot onder de 10% voor alle items. Er hoeven dus vooralsnog geen items te worden verwijderd uit het bestand. Ook de verdeling van de antwoorden per item geeft geen aanleiding tot het verwijderen van vragen. In geen van de gevallen is er sprake van een extreem scheve verdeling, met 90% scores in een van de extreme antwoordcategorieën. Ook alle onderlinge correlaties tussen items zijn kleiner dan 0.70.

Tabel 3.6 Aantal missings per persoon klinische vragenlijst

Aantal	Zelf		Hulp (%)		Totaal (%)	
	N	%	N	%	N	%
0	369	51.5	96	44.2	465	49.8
1-5	238	33.2	88	40.5	326	34.9
6-10	52	7.2	20	9.2	72	7.7
11-20	25	3.4	8	3.7	33	3.5
21 of meer	33	4.6	5	2.3	38	4.1

Samengevat kan worden vastgesteld dat de kwaliteit van de data van de klinische lijst redelijk is. Zoals vaker wordt geconstateerd, leveren doorkiesvragen regelmatig moeilijkheden op, ook als de respondent wordt geassisteerd of geïnterviewd door een onderzoeker. De kans is daardoor aanwezig dat op deze doorkiesvragen het aantal missende waarde groter wordt dan de toegestane 10%. Het aantal missende waarden op de overige vragen is beperkt. Meer dan 80% van alle vragenlijsten bevatten vijf of minder missings. Verder is er geen sprake van extreem scheve verdelingen of hoge onderlinge correlaties.

3.3 Samenstelling van de responsgroepen van klinische opnameafdelingen

In totaal hebben 15 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg aan het onderzoek met de CQI voor dag/klinische opnames deelgenomen. In tabel 3.7 zijn de achtergrondgegevens van de respondenten uit deze instellingen weergegeven. De totale groep bestaat voor ruim de helft uit mannen (54.3%). De leeftijdsopbouw is redelijk vlak. Het merendeel (67.3%) is tussen de 25 en 54 jaar, gelijk verdeeld over de leeftijdsklassen. Verder is 14.7% jonger dan 25 en 18.1% ouder dan 55.

Een meerderheid (40.3%) heeft een opleiding op LBO-MAVO niveau en 31.4% heeft MBO-VWO. Ongeveer een tiende (12.2%) heeft maximaal lager onderwijs gevolgd en 13.7% heeft HBO of WO. Driekwart (78.4%) heeft op dit moment geen betaalde baan, en 82.9% is in Nederland geboren.

De ervaren lichamelijke gezondheid is redelijk goed. Ruim de helft (58.0%) van de respondenten zegt dat hun gezondheid goed tot uitstekend is. Over de psychische gezondheid is men minder tevreden, hoewel toch nog 47.1% aangeeft dat deze goed tot uitstekend is.

Gevraagd naar de duur van het invullen van de CQI en de ervaren moeilijkheidsgraad geeft ruim de helft aan (55.8%) dat het invullen tussen de 11 en 20 minuten heeft geduurd, terwijl nog eens 25.5% er 10 minuten of minder over heeft gedaan. Een kleine minderheid (5.5%) was langer dan 30 minuten bezig geweest. Ook meer dan de helft

(58.3%) gaf aan dat ze de vragenlijst niet moeilijk vonden, terwijl nog een 33.3% een neutraal antwoord gaf (niet moeilijk, niet makkelijk). Minder dan een tiende van de respondenten (8.5%) vond de vragenlijst (zeer) moeilijk in te vullen.

Uitgesplitst naar de deelnemende instellingen zien we soms grote verschillen. Het percentage mannen varieert bijvoorbeeld van 30.6% (ggz-instelling 23) tot 81.3% (verslavingszorg-instelling 12). Ook in de leeftijdsopbouw vallen sommige verschillen op. Daar waar bij de meeste instellingen er niet of nauwelijks respondenten ouder dan 64 zijn, is er in drie gevallen sprake van een aanzienlijke vertegenwoordiging. Bij instelling 10 is 21.9% ouder dan 64, waarvan 14.6% zelfs ouder dan 75. Bij instelling 17 is dat respectievelijk 29.1 en 12.6%, en bij instelling 22 respectievelijk 12.9 en 11.1%.

Ook wat betreft opleidingsniveau zijn er verschillen waar te nemen. Er is bijvoorbeeld bij instellingen 7, 14, 19 en 21 sprake van een aanzienlijk aandeel van respondenten met een VWO-opleiding of hoger, respectievelijk 36.0%, 44.1%, 46.1% en 39.7%, terwijl het gemiddelde van alle instellingen samen op 23.4% ligt. Instellingen 4, 10, en 17 hebben daarentegen meer respondenten met maximaal lager onderwijs in het bestand zitten dan het algemeen gemiddelde, respectievelijk 21.1%, 24.4 en 20.5% tegen gemiddeld 12.2%.

De percentages betaalde banen variëren van 1.2% (instelling 17) tot 45.5% (instelling 21). Hoewel dit de instellingen zijn met een relatief groot aantal hoog opgeleiden (21) en een relatief groot aantal laag opgeleiden (17) lijkt er verder geen verband te bestaan tussen opleidingsniveau en percentage betaalde banen.

Ook wat betreft etnische achtergrond zijn de verschillen tussen instellingen aanzienlijk. Het percentage respondenten dat in Nederland is geboren varieert van 72.2% (instelling 14) tot 98.0% (instelling 23).

Ook wat betreft de ervaren lichamelijke en psychische gezondheid zijn er verschillen tussen de instellingen. Het percentage respondenten dat zich lichamelijk matig tot slecht voelt varieert van 24.0% (instelling 12) tot 57.7% (instelling 19). Het percentage respondenten met een matig tot slecht ervaren psychische gezondheid varieert van 25.3% (verslavingszorginstelling 12) tot 84.1% (ggz-instelling 6).

Ondanks alle verschillen in samenstelling van de respondentengroepen zijn de verschillen in duur van invullen van de CQI en de ervaren moeilijkheidsgraad gering. Het overgrote deel van de respondenten vult de lijst binnen 20 minuten in en ook een overgrote meerderheid vindt de CQI niet moeilijk. Het percentage dat de vragenlijst wel (zeer) moeilijk vindt, varieert van 2.4% (instelling 2) tot 21.4% (instelling 10). Er lijkt geen verband te bestaan tussen het aantal respondenten dat de lijst moeilijk vindt en het gemiddeld aantal missende waarden. De ervaren moeilijkheidsgraad lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de kwaliteit van de data.

Samengevat zijn er dus soms grote verschillen in de samenstelling van de respondentengroepen. Deze verschillen lijken echter geen aantoonbare invloed te hebben gehad op het beantwoorden van de vragen en de kwaliteit van de data.

Tabel 3.7 Achtergrondgegevens van deelnemende respondenten van klinische opnameafdelingen

		<i>Instellingsnummers</i>														
	Tot	2	4	6	7	10	11	12	13	14	16	17	19	21	22	23
N	910	42	76	44	50	42	63	76	71	60	101	90	26	69	36	50
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ervaren gezondheid																
- uitstekend	4.7	2.4	4.1	0.0	4.0	5.0	1.6	9.3	3.0	16.9	4.0	4.6	3.8	3.0	0.0	2.0
- zeer goed	9.1	2.4	16.2	9.1	6.0	7.5	8.1	20.0	13.6	8.5	8.9	3.4	11.5	6.1	8.3	2.0
- goed	44.2	45.2	43.2	34.1	40.0	40.0	48.4	46.7	59.1	47.5	42.6	37.9	26.9	43.9	52.8	50.0
- matig	34.3	40.5	29.7	54.5	34.0	45.0	33.9	20.0	22.7	23.7	39.6	39.1	30.8	37.9	33.3	40.0
- slecht	7.7	9.5	6.8	2.3	16.0	2.5	8.1	4.0	1.5	3.4	5.0	14.9	26.9	9.1	5.6	6.0
Psychische gezondheid																
- uitstekend	4.2	2.4	4.2	0.0	2.0	2.5	4.8	8.0	1.5	15.0	1.0	4.6	3.8	3.0	8.3	2.0
- zeer goed	7.2	2.4	13.9	2.3	2.0	7.5	4.8	18.7	9.1	5.0	9.9	2.3	7.7	4.5	5.6	4.0
- goed	35.7	45.2	40.3	13.6	30.6	37.5	29.0	48.0	47.0	41.7	32.7	49.4	26.9	22.7	44.4	12.0
- matig	39.3	35.7	38.9	65.9	44.9	37.5	43.5	21.3	36.4	30.0	40.6	34.5	34.6	42.4	27.8	60.0
- slecht	13.6	14.3	2.8	18.2	20.4	15.0	17.7	4.0	6.1	8.3	15.8	9.2	26.9	27.3	13.9	22.0
Geslacht																
- man	54.3	50.0	72.6	38.6	48.0	43.9	49.8	81.3	64.6	63.3	46.5	57.3	38.5	46.3	58.3	30.6
- vrouw	45.7	50.0	27.4	61.4	52.0	56.1	53.2	18.7	35.4	36.7	53.5	42.7	61.5	53.7	41.7	69.4
Leeftijd																
- 18-24	14.7	4.8	15.3	31.0	18.0	0.0	11.3	13.3	9.1	15.3	25.7	0.0	11.5	20.9	19.4	22.4
- 25-34	21.3	40.5	20.8	11.9	20.0	17.1	29.0	32.0	21.2	22.0	18.8	5.8	26.9	19.4	25.0	22.4
- 35-44	22.4	14.3	25.0	33.3	20.0	19.5	21.0	26.7	28.8	23.7	21.8	17.4	19.2	17.9	27.8	20.4
- 45-54	23.6	26.2	27.8	21.4	24.0	19.5	17.7	23.0	30.3	23.7	16.8	31.4	19.2	28.4	11.1	24.5
- 55-64	12.4	14.3	8.3	2.4	18.0	22.0	16.1	4.0	9.1	13.6	13.9	16.3	23.1	13.6	2.8	10.2
- 65-74	3.2	0.0	2.8	0.0	0.0	7.3	4.8	0.0	1.5	1.7	3.0	16.3	0.0	0.0	2.8	0.0
- 75>	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	14.6	0.0	0.0	0.0	0.0	12.8	0.0	0.0	11.1	0.0	
Betaalde baan																
- nee	78.4	68.3	81.4	80.0	82.0	70.7	82.0	80.6	95.5	74.1	73.5	98.8	61.5	54.5	72.2	78.3
- ja	21.6	31.7	18.6	20.0	18.0	29.3	18.0	19.4	4.5	25.9	26.5	1.2	38.5	45.5	27.8	21.7

		Instellingsnummers														
	Tot	2	4	6	7	10	11	12	13	14	16	17	19	21	22	23
N	910	42	76	44	50	42	63	76	71	60	101	90	26	69	36	50
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Opleiding																
- LO of lager	12.2	7.3	21.1	4.7	12.0	24.4	8.1	12.0	9.1	16.9	4.0	20.5	19.2	11.8	8.3	8.2
- LBO-MAVO	40.3	46.3	38.1	48.8	30.0	34.1	45.2	41.3	42.4	27.1	48.5	47.8	19.2	33.8	31.1	46.9
- MBO	21.7	29.3	25.4	18.6	18.0	22.0	29.0	24.0	28.8	8.5	24.8	14.8	15.4	11.8	30.6	26.5
- VWO	9.7	4.9	5.6	14.0	12.0	7.3	6.5	9.3	6.1	18.6	11.9	5.7	11.5	14.7	11.1	10.2
- HBO	8.8	4.9	8.5	9.3	12.0	7.3	4.8	5.3	7.6	13.6	9.9	4.5	19.2	13.2	8.3	8.2
- WO	4.9	4.9	0.0	2.3	12.0	2.4	4.8	4.0	4.5	11.9	0.0	2.3	15.4	11.8	8.3	0.0
Geboorteland																
- Nederland	82.9	89.5	95.7	90.5	84.0	95.1	90.0	84.7	90.8	72.2	87.9	75.0	91.3	86.2	86.1	98.0
- anders	17.1	10.5	4.3	9.5	16.0	4.9	10.0	15.3	9.2	27.8	12.1	25.0	8.7	13.8	13.9	2.0
Duur invullen																
- < 10 minuten	25.5	23.8	31.9	37.2	24.0	12.5	29.5	16.4	34.8	32.2	27.0	17.0	20.0	23.5	30.6	24.5
- 11-20 minuten	55.8	50.0	55.6	55.8	50.0	40.0	50.8	68.5	51.5	45.8	57.0	59.1	72.0	58.8	50.0	65.3
- 21-30 minuten	13.3	16.7	8.3	7.0	14.0	27.5	13.1	11.0	10.6	20.3	14.0	15.9	4.0	11.8	19.4	6.1
- 31-40 minuten	4.0	7.1	1.4	0.0	4.0	17.5	4.9	4.1	1.5	0.0	2.0	6.8	0.0	5.9	0.0	4.1
- 40 > minuten	1.5	2.4	2.8	0.0	8.0	2.5	1.6	0.0	1.5	1.7	0.0	1.1	4.0	0.0	0.0	0.0
Moeilijkheidsgraad																
- zeer moeilijk	1.8	2.4	4.2	0.0	0.0	7.1	0.0	1.4	1.4	0.0	1.0	4.5	4.3	0.0	0.0	2.1
- moeilijk	6.7	0.0	1.4	14.0	6.1	14.3	11.7	2.8	1.4	6.8	3.0	10.1	4.3	13.2	5.6	6.4
- neutraal	33.3	42.9	22.2	32.6	49.0	42.9	31.7	23.6	22.9	28.8	31.7	38.2	34.8	29.4	41.7	53.2
- makkelijk	42.0	40.5	40.3	37.2	36.7	26.2	48.3	55.6	45.7	44.1	42.6	43.8	43.5	38.2	41.7	27.7
- zeer makkelijk	16.3	14.3	31.9	16.3	8.2	9.5	8.3	16.7	28.6	20.3	21.8	3.4	13.0	19.1	11.1	10.6
- gemiddeld missing																
N missings per persoon	2.4	2.2	3.3	3.2	1.0	3.7	1.9	1.3	2.6	2.1	1.0	3.7	3.8	3.7	0.8	2.5

3.4 Kwaliteit van de data van de CQI voor Beschermd Wonen

Na verwijdering van leeg geretourneerde vragenlijsten resteerde een bestand van N=576. Ook bij de Beschermd Wonen lijsten bleek dat vraag 1 (heeft u de afgelopen 6 maanden beschermd gewoond) door 18 respondenten met 'nee' was beantwoord, en dat deze vraag 66 keer niet werd beantwoord. Omdat het zeker was dat de respondenten wel beschermd woonden, hebben we ook in dit geval alle lijsten gehandhaafd.

Eerst werd weer nagegaan in hoeveel gevallen doorkiesvragen ten onrechte wel of niet werden beantwoord. In tabellen 3.8 en 3.9 zijn deze gegevens weergegeven. In totaal werden 11.4 tot 20.4% van de doorkiesvragen ten onrechte niet beantwoord. Ook bij het Beschermd Wonen gebeurde dat vooral als de respondent de vragenlijst zelfstandig invulde. Wanneer de lijst als interview werd uitgevraagd, of wanneer de respondent op een andere wijze werd geassisteerd door een onderzoeker, varieerde het aantal missings van 3.3 tot 9.1%. Analoog aan de bevindingen met de CQI voor klinische opnames, is de assistentie van een onderzoeker dus geen garantie voor een juiste invulling van de doorkiesvragen. De ten onrechte beantwoordde doorkiesvragen werden weer omgecodeerd naar 'niet van toepassing'.

Tabel 3.8 Ten onrechte beantwoorde vragen op BW vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Begeleidingsplan	19	17	5	22	61	60	121	27.9	8.3	18.2
	20	16	3	19	61	60	121	26.2	5.0	15.7
	21	16	2	18	61	60	121	26.2	3.3	14.9
Zelfstandig wonen	47	43	7	50	253	185	438	17.0	3.8	11.4
2 ^e Behandelaar	49	24	3	27	81	66	147	29.6	4.5	18.4
	50	24	6	30	81	66	147	29.6	9.1	20.4
	51	22	4	26	81	66	147	27.2	6.1	17.7
	52	25	4	29	81	66	147	30.9	6.1	19.7

Het percentage vragen dat ten onrechte niet werd beantwoord, varieerde van 2.9 tot 23.6% (tabel 3.9). Uitschieter was hierbij de vraag naar het eventueel kunnen terugkeren naar Beschermd Wonen als (begeleid) zelfstandig wonen niet zou lukken. Opvallend hierbij was dat het hoogste percentage missende waarden werd gevonden in het geval dat de respondent werd geholpen bij het beantwoorden van de vragen.

Deze ontrecht niet beantwoorde vragen konden niet worden gecorrigeerd en bleven missing.

Tabel 3.9 Ten onrechte niet beantwoorde vragen op BW vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Begeleidingsplan	19	11	6	17	215	218	433	5.1	2.7	3.9
	20	11	5	16	215	218	433	5.1	2.3	3.7
	21	10	5	15	215	218	433	4.6	2.3	3.5
Zelfstandig wonen	47	11	11	22	66	27	93	16.7	40.7	23.6
2 ^e Behandelaar	49	14	7	21	258	152	410	5.4	4.6	5.1
	50	9	3	12	258	152	410	3.5	2.0	2.9
	51	14	15	29	258	152	410	5.4	9.9	7.1
	52	10	6	16	258	152	410	3.9	3.9	3.9

In tabel 3.10 zijn de missende waarden per vraag weergegeven. In vier gevallen is het percentage missings boven de 10%. De vragen of de respondent medicatie kan weigeren (vraag 13), en hoe de behandelaar met ruzie in huis omgaat (vraag 31) scoren net boven de 10% missing. Opvallend is weer het grote aantal missings bij de vraag over het kunnen terugkeren naar BW (vraag 47). Bijna de helft van de respondenten heeft hier geen antwoord gegeven. Verder is opvallend het aantal missings op de vraag naar het eigen geslacht (vraag 58). Twaalf procent geeft op deze vraag geen antwoord.

Tabel 3.10 Missings per vraag BW vragenlijst

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
Bereikbaarheid	2	9	2	11	356	220	576	2.5	0.9	1.9
	3	9	4	13	356	220	576	2.5	1.8	2.3
	4	17	8	25	356	220	576	4.8	3.6	4.3
Informatie	5	10	7	17	356	220	576	2.8	3.2	3.0
	6	14	5	19	356	220	576	3.9	2.3	3.3
	7	13	8	21	356	220	576	3.6	3.6	3.6
Keuze/inspraak	8	8	3	11	356	220	576	2.2	1.4	1.9
	9	14	3	17	356	220	576	3.9	1.4	3.0
	10	11	6	17	356	220	576	3.1	2.7	3.0
begeleidingsplan	11	15	10	25	356	220	576	4.2	4.5	4.3
	12	16	14	30	356	220	576	4.5	6.4	5.2
	13	39	20	59	356	220	576	10.9	9.1	10.2
Bejegening	14	11	4	15	356	220	576	3.1	1.8	2.6
	15	20	9	29	356	220	576	5.6	4.1	5.0
	16	17	9	26	356	220	576	4.8	4.1	4.5
	17	17	5	22	356	220	576	4.8	2.3	3.8
	18	20	2	22	356	220	576	5.6	0.9	3.8
	19	31	8	39	296	160	455	6.8	5.0	8.6
	20	30	8	38	296	160	455	6.6	5.0	8.3
	21	32	8	40	296	160	455	7.0	5.0	8.8
	22	12	3	15	356	220	576	3.3	1.4	2.6
	23	11	1	12	356	220	576	3.1	0.5	2.1
	24	11	1	12	356	220	576	3.1	0.5	2.1

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
	25	10	4	14	356	220	576	2.8	1.8	2.4
	26	12	4	16	356	220	576	3.3	1.8	2.8
Deskundigheid	27	16	6	22	356	220	576	4.5	2.7	3.8
	28	21	5	26	356	220	576	5.9	2.3	4.5
	29	18	10	28	356	220	576	5.1	4.5	4.9
	30	19	6	25	356	220	576	5.3	2.7	4.3
	31	38	20	58	356	220	576	10.7	9.1	10.1
	32	22	3	25	356	220	576	6.2	1.4	4.3
	34	14	2	16	356	220	576	3.9	0.9	2.8
Huisvesting	35	12	3	15	356	220	576	3.3	1.4	2.6
	36	11	3	14	356	220	576	3.1	1.4	2.4
	37	11	7	18	356	220	576	3.1	3.2	3.1
	38	24	8	32	356	220	576	6.7	3.6	5.6
	39	13	3	16	356	220	576	3.6	1.4	2.8
	40	16	3	19	356	220	576	4.5	1.4	3.3
	43	24	17	41	356	220	576	6.7	7.7	7.1
Dagactiviteiten	44	17	17	34	356	220	576	4.8	7.7	5.9
	45	29	16	45	356	220	576	8.1	7.3	7.8
	46	37	8	45	356	220	576	10.3	3.6	7.8
	47	48	19	67	103	35	138	34.8	54.3	48.5
	48	17	2	19	356	220	576	4.8	0.9	3.3
	49	31	9	40	275	154	429	7.2	5.8	9.3
	50	16	5	31	275	154	429	3.7	3.2	7.2
Zelfstandig wonen	51	25	15	40	275	154	429	9.1	9.7	9.3
	52	27	8	35	275	154	429	6.3	5.2	8.2
	53	14	3	17	356	220	576	3.9	1.4	3.0
	54	12	6	18	356	220	576	3.4	2.7	3.1
	55	12	2	14	356	220	576	3.4	0.9	2.4
	56	13	5	18	356	220	576	3.6	2.3	3.1
	57	13	3	16	356	220	576	3.6	1.4	2.8
Cijfer	58	56	17	73	356	220	576	15.7	7.7	12.7
	59	12	2	14	356	220	576	3.3	0.9	2.4
	60	14	3	17	356	220	576	3.9	1.4	3.0
	61	23	1	24	356	220	576	6.5	0.5	4.2
	62	26	2	28	356	220	576	7.3	0.9	4.9
	63	25	2	27	356	220	576	7.0	0.9	4.7
	64	18	0	18	356	220	576	5.1	3.6	3.1
	65	--	--	28	--	--	576	--	--	4.9
	67	20	4	24	356	220	576	5.6	1.8	4.2
	68	23	2	25	356	220	576	6.5	0.9	4.3

Het aantal missende waarden per persoon is gemiddeld drie. Veertig procent heeft geen enkele missing, bijna de helft vijf of minder (tabel 3.11). Bijna 5% heeft 10 tot meer missings. Cases met meer dan 20 missings (een derde van alle items) zijn uit het bestand verwijderd. Dit betreft 14 vragenlijsten. Dit brengt het uiteindelijk aantal bruikbare BW vragenlijsten op N=562. Het verwijderen van deze 14 vragenlijsten leidt ertoe dat het aantal missings per vraag overall minder dan 10% bedraagt, met

uitzondering van de vraag naar het kunnen terugkeren naar BW (vraag 47). Deze vraag wordt verder niet in de data-analyse meegenomen. Er is geen sprake van extreem scheve verdelingen in antwoordcategorieën of te hoge correlaties (>.70) tussen items. Dit betekent dat alle overige vragen kunnen worden meegenomen in de data-analyse.

Tabel 3.11 Aantal missings per persoon BW vragenlijst

Aantal	Zelf		Hulp (%)		Totaal (%)	
	N	%	N	%	N	%
0	136	38.2	95	43.2	231	40.1
1-5	158	44.4	110	50.0	268	46.5
6-10	42	11.8	9	4.1	51	8.9
11-20	9	2.5	3	1.3	12	2.1
21 of meer	11	3.1	3	1.3	14	2.4

Samengevat is de kwaliteit van de antwoorden op de CQI voor Beschermd Wonen redelijk. Evenals dit bij de klinische vragenlijst het geval was, leveren doorkiesvragen regelmatig moeilijkheden op, ook als de respondent wordt geassisteerd of geïnterviewd door een onderzoeker. Bij één vraag (vraag 47) is het aantal missende waarden zo groot dat deze niet in de verdere analyses kan worden meegenomen. Het aantal missende waarden op de overige vragen is beperkt. Bijna de helft van de vragenlijsten bevat vijf of minder missings. Verder is er geen sprake van extreem scheve verdelingen of te hoge onderlinge correlaties.

3.5 Samenstelling van de responsgroepen van Beschermd Wonen

In totaal hebben 12 instellingen voor Beschermd Wonen aan het onderzoek met de CQI voor Beschermd Wonen deelgenomen. In tabel 3.12 zijn de achtergrondgegevens van de respondenten uit deze instellingen weergegeven. De totale groep bestaat voor ruim de helft uit mannen (59.1%). De leeftijdsopbouw is redelijk vlak. De grootste groep bestaat uit respondenten tussen de 45 en 54 jaar (28.6%). Twee derde (67.6%) is tussen de 35 en 64 jaar. Verder is 9.4% jonger dan 25 en 7.4% ouder dan 64.

Een meerderheid (41.0%) heeft een opleiding op LBO-MAVO niveau en 25.6% heeft MBO-VWO. Ongeveer een vijfde (20.7%) heeft maximaal lager onderwijs gevolgd en 8.4% heeft HBO of WO. De meesten (90.0%) hebben op dit moment geen betaalde baan, en 87.5% is in Nederland geboren.

De ervaren lichamelijke gezondheid is redelijk goed. Ruim de helft (62.2%) van de respondenten zegt dat hun gezondheid goed tot uitstekend is. Over de psychische gezondheid is men minder tevreden, hoewel toch nog 57.7% aangeeft dat deze goed tot uitstekend is.

Gevraagd naar de duur van het invullen van de CQI en de ervaren moeilijkheidsgraad geeft bijna de helft aan (47.6%) dat het invullen tussen de 11 en 20 minuten heeft geduur, terwijl nog eens 25.7% er 10 minuten of minder over heeft gedaan. Een kleine minderheid (8.8%) was langer dan 30 minuten bezig geweest. Meer dan de helft (59.1%) gaf aan dat ze de vragenlijst niet moeilijk vonden, terwijl nog een 30.7% een neutraal antwoord gaf (niet moeilijk, niet makkelijk). Ongeveer een tiende van de respondenten (10.2%) vond de vragenlijst (zeer) moeilijk in te vullen.

Uitgesplitst naar de deelnemende instellingen zien we (soms grote) verschillen. Het percentage mannen varieert bijvoorbeeld van 45.0% (instelling 6) tot 67.5% (instelling

4). Ook in de leeftijdsopbouw vallen sommige verschillen op, vooral wat betreft de jongste en oudste leeftijdscategorieën. Daar waar gemiddeld 7.4% ouder is dan 64, varieert dat tussen de instellingen van 0.0% (instelling 3) tot 29.4% (instelling 24). Aan de andere kant van het spectrum varieert het percentage 18- tot 24-jarigen van 2.9% (instelling 24) tot 20.0% (instelling 10), tegen een gemiddelde van 9.4%. Dit doet vermoeden dat respondenten uit verschillende typen Beschermd Wonen voorzieningen aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Ook wat betreft opleidingsniveau zijn er opvallende verschillen waar te nemen. Bij instelling 5 heeft 69.5% een opleidingsniveau van VWO of hoger (gemiddeld 21.0%). Bij instelling 3 is dat 11.1%. Instellingen 8 (40.0%), 24 (32.4%), 18 (31.6%) en 20 (31.7%) hebben relatief meer respondenten met maximaal lager onderwijs (gemiddeld 20.7%).

De percentages betaalde banen variëren van 0.0% (instelling 5) tot 16.4% (instelling 15). Er lijkt geen verband te bestaan tussen opleidingsniveau en percentage betaalde banen. Van instelling 5 met zijn 69.5% hoger opgeleiden werkt niemand.

Ook wat betreft etnische achtergrond zijn er verschillen tussen de instellingen. Het percentage respondenten dat in Nederland is geboren varieert van 80.5% (instelling 20) tot 95.8% (instelling 6).

Ook wat betreft de ervaren lichamelijke en psychische gezondheid zijn er verschillen tussen de instellingen. Het percentage respondenten dat zich lichamelijk matig tot slecht voelt varieert van 17.3% (instelling 5) tot 46.3% (instelling 3). Het percentage respondenten met een matig tot slecht ervaren psychische gezondheid varieert van 26.0% (instelling 5) tot 53.3% (instelling 10).

De duur van het invullen van de CQI varieerde ook tussen de instellingen. Van instelling 24 deed 52.9% dit binnen 20 minuten, van instellingen 10 deed 93.4% dit. De overgrote meerderheid van alle respondenten vindt de CQI echter niet moeilijk. Het percentage dat de vragenlijst wel (zeer) moeilijk vindt, varieert van 0.0% (instelling 5) tot 19.5% (instelling 20). Er lijkt hier een verband te bestaan met het opleidingsniveau. Bij instellingen met een oververtegenwoordiging aan respondenten met een lager opleidingsniveau wordt vaker aangegeven dat men de vragenlijst (zeer) moeilijk vindt. Er wordt overigens geen verband gevonden tussen het aantal respondenten dat de lijst moeilijk vindt en het gemiddeld aantal missende waarden. De ervaren moeilijkheidsgraad lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de kwaliteit van de data.

Samengevat zijn er dus soms grote verschillen in de samenstelling van de respondentengroepen. Deze verschillen lijken echter geen aantoonbare invloed te hebben gehad op het beantwoorden van de vragen en de kwaliteit van de data.

Tabel 3.12 Achtergrondgegevens van deelnemende respondenten van Beschermd Wonen

		<i>Instellingsnummers</i>											
	Tot	1	3	4	5	6	8	9	10	15	18	20	24
N	562	54	54	92	23	26	26	80	30	61	38	43	34
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ervaren gezondheid													
- uitstekend	5.7	9.6	13.0	4.3	0.0	0.0	3.8	3.8	6.7	3.4	7.9	7.0	5.9
- zeer goed	9.7	3.8	5.6	6.5	26.1	15.4	0.0	8.8	13.3	13.6	10.5	14.0	11.8
- goed	46.8	46.2	35.2	47.8	56.5	46.2	57.7	50.0	36.7	47.5	47.4	44.2	50.0
- matig	31.0	36.5	38.9	31.5	13.0	34.6	34.6	35.0	23.3	33.9	23.7	25.6	23.5
- slecht	6.8	3.8	7.4	9.8	4.3	3.8	3.8	2.5	20.0	1.7	10.5	9.3	8.8
Psychische gezondheid													
- uitstekend	5.6	11.5	13.0	7.7	4.3	0.0	4.0	5.1	3.3	1.7	0.0	4.7	3.0
- zeer goed	9.0	9.6	9.3	7.7	21.7	7.7	4.0	7.6	3.3	8.5	10.5	14.0	9.1
- goed	43.1	34.6	37.0	44.0	47.8	53.8	44.0	35.4	40.0	44.1	52.6	48.8	54.5
- matig	36.6	36.5	37.0	35.2	21.7	38.5	44.0	49.4	40.0	40.7	26.3	23.3	30.3
- slecht	5.6	7.7	3.7	5.5	4.3	0.0	4.0	2.5	13.3	5.1	10.5	9.3	3.0
Geslacht													
- man	59.1	62.5	60.8	67.5	65.0	45.0	63.6	52.7	48.1	62.5	58.3	61.1	48.4
- vrouw	40.9	37.5	39.2	32.5	35.0	55.0	36.4	47.3	51.9	37.5	41.7	38.9	51.6
Leeftijd													
- 18-24	9.4	17.3	9.3	5.5	8.7	7.7	8.0	3.8	20.0	13.6	18.4	4.7	2.9
- 25-34	15.6	9.6	22.2	18.7	13.0	15.4	12.0	13.8	16.7	18.6	10.5	18.6	11.8
- 35-44	19.6	17.3	24.1	16.5	34.8	11.5	32.0	17.5	26.7	20.3	21.1	16.3	11.8
- 45-54	28.6	26.8	31.5	33.0	17.4	23.1	24.0	33.8	16.7	32.2	28.9	30.2	14.7
- 55-64	19.4	21.2	13.0	19.8	8.7	34.6	16.0	26.3	16.7	10.2	21.1	16.3	29.4
- 65-74	6.1	3.8	0.0	6.6	17.4	7.7	8.0	3.8	3.3	5.1	0.0	11.6	17.6
- 75>	1.3	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	2.3	11.8
Betaalde baan													
- nee	90.0	85.2	85.2	97.8	100	92.3	92.3	85.0	90.0	83.6	89.5	93.0	94.1

		<i>Instellingsnummers</i>											
	Tot	1	3	4	5	6	8	9	10	15	18	20	24
N	562	54	54	92	23	26	26	80	30	61	38	43	34
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
- ja	10.0	14.8	14.8	2.2	0.0	7.7	7.7	15.0	10.0	16.4	10.5	7.0	5.9
Opleiding													
- LO of lager	20.7	17.3	22.2	17.4	4.3	15.4	40.0	18.4	10.3	14.8	31.6	31.7	32.4
- LBO-MAVO	41.0	42.3	44.5	51.1	17.3	53.8	24.0	27.6	55.1	47.5	42.1	39.0	44.1
- MBO	13.0	7.7	18.5	12.0	8.7	15.4	24.0	26.3	10.3	18.0	10.5	7.3	8.8
- VWO	12.6	19.2	3.7	9.8	30.4	3.8	8.0	14.5	17.2	4.9	13.2	9.8	8.8
- HBO	4.8	7.7	3.7	5.4	17.4	3.8	4.0	7.9	0.0	18.0	2.6	4.9	2.9
- WO	3.6	1.9	3.7	1.1	21.7	7.7	0.0	5.3	3.4	4.9	0.0	2.4	0.0
Geboorteland													
- Nederland	87.5	90.7	84.3	88.6	81.8	95.8	92.3	89.5	83.3	88.5	86.8	80.5	85.3
- anders	12.5	9.3	15.7	11.4	18.2	4.2	7.7	10.5	16.7	11.5	13.2	19.5	14.7
Duur invullen													
- < 10 minuten	25.7	30.2	34.6	24.1	18.2	36.0	26.9	27.8	26.7	13.6	23.7	28.6	17.6
- 11-20 minuten	47.6	56.6	34.6	60.9	54.5	44.0	57.7	39.2	66.7	35.6	47.4	47.6	35.3
- 21-30 minuten	17.9	9.4	21.2	11.5	18.2	16.0	11.5	20.3	6.7	32.2	15.8	16.7	32.4
- 31-40 minuten	5.5	3.8	3.8	2.3	0.0	4.0	0.0	8.9	0.0	15.3	5.3	7.1	5.9
- 40 > minuten	3.3	0.0	5.8	1.1	9.1	0.0	3.8	3.8	0.0	3.4	7.9	0.0	8.8
Moeilijkheidsgraad													
- zeer moeilijk	1.8	0.0	3.8	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	5.3	4.9	0.0
- moeilijk	8.4	9.4	5.8	6.9	0.0	16.7	15.4	3.8	10.0	4.9	13.2	14.6	12.1
- neutraal	30.7	24.5	25.0	35.6	39.1	25.0	11.5	41.0	30.0	26.2	31.6	24.4	42.4
- makkelijk	43.7	43.4	51.9	43.7	34.8	25.0	57.7	37.2	50.0	44.3	42.1	46.3	45.5
- zeer makkelijk	15.4	22.6	13.5	11.5	26.1	33.3	15.4	17.9	10.0	21.3	7.9	9.8	0.0
N missing per persoon	2.0	1.6	1.9	2.6	0.6	2.8	2.5	1.9	2.0	1.6	1.9	2.3	2.7

3.6 Kwaliteit van de data van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen

Na verwijdering van leeg geretourneerde lijsten resteren 341 ingevulde vragenlijsten. Evenals bij de CQI voor de klinische opnames en Beschermd Wonen, geeft een deel van de respondenten aan niet in zorg te zijn geweest (N=6) en laat een deel de vraag onbeantwoord (N=26). Ook in dit geval wordt besloten de vragenlijsten te behouden, omdat het zeker is dat deze respondenten wel in zorg zijn.

Het aantal onterecht wel of onterecht niet beantwoorde doorkiesvragen is weergegeven in tabellen 3.13 en 3.14. In totaal 10.5 tot 21.1% van de doorkiesvragen is onterecht beantwoord. Het merendeel van deze respondenten heeft de vragenlijst zelf ingevuld. Hun percentages zijn vergelijkbaar met die van de klinische en BW populaties. De foutief beantwoorde vragen zijn gecorrigeerd naar 'niet van toepassing'.

Tabel 3.13 Ten onrechte beantwoorde vragen op BZW vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Begeleidingsplan	15	11	0	11	46	6	52	23.9	0.0	21.1
	16	8	0	8	46	6	52	17.4	0.0	15.4
	17	8	0	8	46	6	52	17.4	0.0	15.4
2 ^e Behandelaar	32	12	3	15	65	21	86	18.5	14.3	17.4
	33	12	2	14	65	21	86	18.5	9.5	16.3
	34	10	2	12	65	21	86	15.4	9.5	13.9
	35	8	1	9	65	21	86	12.3	4.8	10.5

Het percentage ten onrechte niet beantwoorden vragen blijft beperkt van 2.2 tot 4.8%. Deze onterecht niet beantwoorde vragen worden niet gecorrigeerd en blijven missing.

Tabel 3.14 Ten onrechte niet beantwoorde vragen op BZW vragenlijst

Domein	Vraag	N ten onrechte			N relevant			% ten onrechte		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot	zelf	hulp	tot
Begeleidingsplan	15	5	3	8	200	77	277	2.5	3.9	2.9
	16	5	2	7	200	77	277	2.5	2.6	2.5
	17	4	2	6	200	77	277	2.0	2.6	2.2
2 ^e Behandelaar	32	12	0	12	205	63	248	5.8	0.0	4.8
	33	6	1	7	205	63	248	2.9	1.6	2.8
	34	10	1	11	205	63	248	4.9	1.6	4.4
	35	9	0	9	205	63	248	4.4	0.0	3.6

In tabel 3.15 zijn de missings per afzonderlijke vraag weergegeven. Op één na (vraag 30 over kunnen deelnemen aan een herstelcursus) is er op geen enkele vraag sprake van meer dan 10% missings.

Tabel 3.15 Missings per vraag BZW vragenlijst

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
Bereikbaarheid	2	3	0	3	254	84	338	1.2	0.0	0.9
	3	15	2	18	254	84	338	5.9	2.4	5.3
	4	24	5	29	254	84	338	9.4	5.9	8.6
Informatie	5	9	0	9	254	84	338	3.5	0.0	2.7
	6	11	0	11	254	84	338	4.3	0.0	3.3
	7	9	0	9	254	84	338	3.5	0.0	2.7
	8	7	1	8	254	84	338	2.8	1.2	2.4
	9	7	0	7	254	84	338	2.8	0.0	2.1
	10	1	0	1	254	84	338	0.4	0.0	0.3
	11	8	1	9	254	84	338	3.1	1.2	2.7
Keuze/inspraak	12	6	2	8	254	84	338	2.4	2.4	2.4
	13	2	3	5	254	84	338	0.8	3.6	1.5
	14	12	1	13	254	84	338	4.7	1.2	3.8
begeleidingsplan	15	23	4	27	212	78	290	10.8	5.1	9.3
	16	23	3	26	212	78	290	10.8	3.8	9.0
	17	23	3	26	212	78	290	10.8	3.8	9.0
	18	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
Bejegening	19	0	0	0	254	84	338	0.0	0.0	0.0
	20	0	0	0	254	84	338	0.0	0.0	0.0
	21	0	0	0	254	84	338	0.0	0.0	0.0
	22	0	1	1	254	84	338	0.0	1.2	0.3
	23	3	3	6	254	84	338	1.2	3.6	1.8
Deskundigheid	24	6	5	11	254	84	338	2.4	5.9	3.3
	25	2	2	4	254	84	338	0.8	2.4	1.2
	26	8	2	10	254	84	338	3.1	2.4	3.0
Dagactiviteiten	27	8	3	11	254	84	338	3.1	3.6	3.3
	28	29	5	34	254	84	338	11.4	5.9	10.1
	29	7	0	7	254	84	338	2.8	0.0	2.1
2 ^e Behandelaar	30	19	0	19	192	63	255	9.9	0.0	7.4
	31	13	1	14	192	63	255	6.8	1.6	5.5
	32	17	1	18	192	63	255	8.8	1.6	7.1
	33	15	0	16	192	63	255	7.8	0.0	6.3
	34	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
Cijfer	35	1	0	1	254	84	338	0.4	0.0	0.3
Aanbevelen	36	4	0	4	254	84	338	1.6	0.0	1.2
Achtergrond	37	1	0	1	254	84	338	0.4	0.0	0.3
	38	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
	39	4	0	4	254	84	338	1.6	0.0	1.2
	40	1	0	1	254	84	338	0.4	0.0	0.3
	41	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
	42	4	0	4	254	84	338	1.6	0.0	1.2
	43	3	0	3	254	84	338	1.2	0.0	0.9
	44	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
	45	2	0	2	254	84	338	0.8	0.0	0.6
	46	--	--	9	--	--	338	--	--	2.7
	47	1	0	1	254	84	338	0.4	0.0	0.3
	48	--	--	1	254	84	338	--	--	0.3

Domein	Vraag	N Missing			N Relevant			% Missing		
		zelf	hulp	tot	zelf	hulp	Tot	zelf	hulp	tot
	51	3	0	3	254	84	338	1.2	0.0	0.9

Ook het aantal missings per persoon is beperkt. Bijna 60% heeft geen enkele missende waarde en meer dan 90% heeft er vijf of minder (tabel 3.16). Slechts enkele respondenten ($N=9$) hebben 11 of meer missings. Drie cases met meer dan 15 missings (een derde van alle items) zijn verwijderd. Hierdoor resteren 338 vragenlijsten voor de data-analyse. Er is ook in dit geval sprake van extreem scheef verdeelde antwoorden of te hoge correlaties (>0.70) tussen items. Dit betekent dat alle vragen in de data-analyse kunnen worden meegenomen.

Tabel 3.16 Aantal missings per persoon BZW vragenlijst

Aantal	Zelf		Hulp (%)		Totaal (%)	
	N	%	N	%	N	%
0	144	56.0	58	69.0	202	59.2
1-5	89	34.6	24	28.6	113	33.1
6-10	15	5.8	2	2.4	17	5.0
11 of meer	9	3.5	0	0.0	9	2.6

Samengevat is de kwaliteit van de gegevens in de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen goed te noemen. Weliswaar is ook in dit geval sprake van ten onrechte beantwoorde doorkiesvragen, maar verder zijn er slechts weinig missings. Meer dan 90% van de respondenten heeft vijf of minder vragen niet beantwoord en bijna 60% van de lijsten is volledig ingevuld. Verder is er geen sprake van scheve verdelingen of te hoge onderlinge correlaties.

3.7 Samenstelling van de responsgroepen van Begeleid Zelfstandig Wonen

In totaal hebben negen instellingen voor Begeleid Zelfstandig Wonen aan het onderzoek met de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen deelgenomen. In vier gevallen deden er echter minder dan 10 cliënten mee. De data van deze instellingen (5, 8, 20 en 24) zijn daarom buiten de beschrijving van de responsgroepen gehouden. In tabel 3.17 zijn de achtergrondgegevens van de respondenten uit de resterende vijf instellingen weergegeven. De totale groep bestaat voor ruim de helft uit vrouwen (52.4%). De leeftijdsopbouw is redelijk vlak. De grootste groep bestaat uit respondenten tussen de 45 en 54 jaar (32.9%). Ruim twee derde (71.7%) is tussen de 35 en 64 jaar. Verder is 5.3% jonger dan 25 en 6.2% ouder dan 64 jaar.

Een meerderheid (46.2%) heeft een opleiding op LBO-MAVO niveau en 26.5% heeft MBO-VWO. Ruim een tiende (12.8%) heeft maximaal lager onderwijs gevolgd en 10.1% heeft HBO of WO. De meesten (81.7%) hebben op dit moment geen betaalde baan, en 82.7% is in Nederland geboren.

De ervaren lichamelijke gezondheid is meest matig goed (40.7%). Bijna de helft (48.1%) van de respondenten zegt dat hun gezondheid goed tot uitstekend is. De ervaren psychische gezondheid is vergelijkbaar; 39.5% vindt die matig en 48.7% goed tot uitstekend.

Gevraagd naar de duur van het invullen van de CQI en de ervaren moeilijkheidsgraad geeft bijna de helft aan (49.6%) dat het invullen tussen de 11 en 20 minuten heeft geduurde, terwijl nog eens 39.2% er 10 minuten of minder over heeft gedaan. Een kleine minderheid (2.7%) was langer dan 30 minuten bezig geweest. Meer dan de helft (56.1%) gaf aan dat ze de vragenlijst niet moeilijk vonden, terwijl nog een 35.8% een neutraal antwoord gaf (niet moeilijk, niet makkelijk). Minder dan een tiende van de respondenten (8.1%) vond de vragenlijst (zeer) moeilijk in te vullen.

Uitgesplitst naar de deelnemende instellingen zien we (soms grote) verschillen. Het percentage vrouwen varieert bijvoorbeeld van 43.1% (instelling 9) tot 77.8% (instelling 18). Wat betreft de leeftijdsopbouw zijn de verschillen gering. Van instellingen 1 en 18 komen wat meer respondenten uit de categorie boven de 64 jaar, respectievelijk 8.9% en 10.7%, tegen gemiddeld 6.2%.

Wat betreft opleidingsniveau zijn er wel wat verschillen waar te nemen. Bij instelling 15 heeft 29.0% een opleidingsniveau van VWO of hoger (gemiddeld 20.5%). Bij instelling 18 is dat 17.8%. Instellingen 15 en 18 hebben relatief minder respondenten met maximaal lager onderwijs (respectievelijk 3.2% en 7.1%, tegen gemiddeld 12.8%). De percentages betaalde banen variëren van 10.7% (instelling 18) tot 23.1% (instelling 9). Dit lijkt vooral verband te houden met het percentage ouderen.

Wat etnische achtergrond zijn er nauwelijks verschillen tussen de instellingen. Het percentage respondenten dat in Nederland is geboren varieert van 88.2% (instelling 3) tot 93.5% (instelling 15).

Ook wat betreft de ervaren lichamelijke en psychische gezondheid zijn er verschillen tussen de instellingen. Het percentage respondenten dat zich lichamelijk matig tot slecht voelt, varieert van 39.3% (instelling 18) tot 64.5% (instelling 15). Het percentage respondenten met een matig tot slecht ervaren psychische gezondheid varieert van 42.4% (instelling 18) tot 57.1% (instelling 15). De respondenten van instelling 18 voelen zich dus zowel lichamelijk als psychisch het gezondst, die van instelling 15 het meest ongezond.

De duur van het invullen van de CQI is voor alle instellingen ongeveer gelijk. De grote meerderheid kan het binnen 20 minuten. Ook wat betreft de moeilijkheidgraad was er niet veel verschil. Het percentage cliënten dat de CQI (zeer) moeilijk in te vullen varieerde van 5.5% (instelling 1) tot 14.3% (instelling 18). Er wordt geen verband gevonden tussen het aantal respondenten dat de lijst moeilijk vindt en het gemiddeld aantal missende waarden. De ervaren moeilijkheidsgraad lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de kwaliteit van de data.

Samengevat zijn er (soms grote) verschillen in de samenstelling van de respondentengroepen. Deze verschillen lijken echter geen aantoonbare invloed te hebben gehad op het beantwoorden van de vragen en de kwaliteit van de data.

Tabel 3.17 Achtergrondgegevens van deelnemende respondenten van Begeleid Zelfstandig Wonen

		Instellingsnummer¹				
		Tot	1	3	9	15
N	338	91	51	117	31	28
		%	%	%	%	%
Ervaren gezondheid						
- uitstekend	2.1	2.2	2.0	3.4	0.0	0.0
- zeer goed	10.1	2.2	9.8	13.8	6.5	7.1
- goed	35.9	35.3	37.3	35.3	29.0	53.6
- matig	40.7	46.2	41.2	38.8	48.4	25.0
- slecht	11.3	14.3	9.8	8.6	16.1	14.3
Psychische gezondheid						
- uitstekend	3.9	2.2	2.0	6.9	3.2	0.0
- zeer goed	5.0	1.1	2.0	8.6	3.2	7.1
- goed	39.8	31.9	51.0	37.9	35.5	50.0
- matig	39.5	18.4	33.3	37.9	38.7	39.3
- slecht	11.9	16.5	11.8	8.6	19.4	3.6
Geslacht						
- man	47.6	40.0	56.0	56.9	38.7	22.2
- vrouw	52.4	60.0	44.0	43.1	61.3	77.8
Leeftijd						
- 18-24	5.3	8.9	2.0	5.1	6.5	3.6
- 25-34	16.6	12.2	19.6	18.8	12.9	25.0
- 35-44	24.0	15.6	19.6	31.6	25.8	21.4
- 45-54	32.9	34.4	43.1	27.4	35.5	25.0
- 55-64	14.8	20.0	15.7	12.0	16.1	14.3
- 65-74	5.6	7.8	0.0	5.1	3.2	7.1
- 75>	0.6	1.1	0.0	0.0	0.0	3.6
Betaalde baan						
- nee	81.7	86.8	78.4	76.9	83.9	89.3
- ja	18.3	13.2	21.6	23.1	16.1	10.7
Opleiding						
- LO of lager	12.8	13.3	10.0	17.1	3.2	7.1
- LBO-MAVO	46.2	50.0	44.0	43.6	38.7	57.1
- MBO	16.1	12.2	16.0	17.9	25.8	17.9
- VWO	10.4	10.0	16.0	10.3	9.7	3.6
- HBO	6.8	5.6	8.0	4.3	16.1	7.1
- WO	3.3	4.4	0.0	1.7	3.2	7.1
Geboorteland						
- Nederland	91.3	92.2	88.2	92.2	93.5	88.9
- anders	8.7	7.8	11.8	7.8	6.5	11.1

		<i>Instellingsnummer¹</i>				
	Tot	1	3	9	15	18
N	338	91	51	117	31	28
	%	%	%	%	%	%
Duur invullen						
- < 10 minuten	39.2	36.7	35.3	44.4	48.4	46.4
- 11-20 minuten	49.6	52.2	56.9	41.9	45.2	46.4
- 21-30 minuten	8.6	7.8	5.9	11.1	3.2	3.6
- 31-40 minuten	1.8	3.3	2.0	0.9	3.2	0.0
- 40 > minuten	0.9	0.0	0.0	1.7	0.0	3.6
Moeilijkheidsgraad						
- zeer moeilijk	0.9	1.1	2.0	0.0	0.0	3.6
- moeilijk	7.2	4.4	6.0	7.7	10.0	10.7
- neutraal	35.8	43.3	36.0	33.3	43.3	25.0
- makkelijk	38.5	35.6	42.0	38.5	30.0	28.6
- zeer makkelijk	17.6	15.6	14.0	20.5	16.7	32.1
N missing per persoon	1.2	0.9	1.2	1.8	1.3	1.1

1 Vier instellingen (nrs 5, 8, 20, 24) hebben minder dan 10 BZW metingen. Deze aantallen zijn te gering om hier te presenteren.

3.8 Kwaliteit van de data van de belangvragenlijsten

In totaal 130 belangvragenlijsten voor de klinische opnames werden geretourneerd. Het aantal missende waarden per item varieerde van 0.0 tot 10.1% (tabel 3.18)

Tabel 3.18 Missings per vraag klinische belangvragenlijst

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
Bereikbaarheid	2	0	0.0
	3	2	1.5
	4	1	0.8
Informatie	5	1	0.8
	6	1	0.8
	7	1	0.8
Info medicatie	8	2	1.5
	9	4	4.2
	10	4	4.2
Info rechten	11	0	0.0
	12	1	0.8
	13	0	0.0
Keuze/inspraak	14	1	0.8
	15	2	1.5
	16	1	0.8
Behandelplan	17	0	0.0
	18	3	2.3
	19	3	2.3
	20	2	1.5
	21	2	1.5
	22	3	2.3

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
	23	5	4.8
	24	5	4.8
	25	5	4.8
Bejegening	26	2	1.5
	27	2	1.5
	28	2	1.5
	29	3	2.3
	30	1	0.8
Deskundigheid	31	1	0.8
	32	2	1.5
	33	1	0.8
	34	2	1.5
	35	2	1.5
	36	2	1.5
	37	1	0.8
Huisvesting	38	10	7.7
	39	1	0.8
	40	6	8.7
	41	2	1.5
	42	2	1.5
	43	4	4.2
	44	1	0.8
	45	3	2.3
	46	2	1.5
	47	5	3.8
	48	3	2.3
Dagactiviteiten	49	0	0.0
	50	1	0.8
Behandelteam	51	1	0.8
	52	3	2.3
	53	4	4.2
Ontslag	54	8	6.8
	55	6	8.7
	56	6	8.7
	57	7	10.1

Het aantal missings per persoon bleef beperkt. Twee derde had geen enkele missende waarde en meer dan 90% had er maximaal vijf. Vier uitbijters hadden 11 of meer missings en werden verwijderd uit het bestand (tabel 3.19). Hierdoor resteerden 126 belangvragenlijsten voor de klinische opname.

Tabel 3.19 Aantal missings per persoon klinische belangvragenlijst

Missings	N	%
0	87	66.9
1-5	33	25.4
6-10	6	4.6
11-20	3	2.3
21 of meer	1	0.8

Voor Beschermd Wonen werden 60 belangvragenlijsten verzameld. Het aantal missende waarden varieerde van 0.0% tot 8.9% (tabel 3.20)

Tabel 3.20 Missings per vraag BW belang vragenlijst

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
Bereikbaarheid	2	0	0.0
	3	0	0.0
	4	1	1.7
Informatie	5	1	1.7
	6	2	3.3
	7	2	3.3
	8	2	3.3
	9	2	3.3
	10	2	3.3
Keuze/inspraak	11	1	1.7
	12	1	1.7
	13	4	6.7
	14	1	1.7
	15	2	3.3
	16	2	3.3
	17	2	3.3
Begeleidingsplan	18	1	1.7
	19	2	4.3
	20	3	6.5
	21	2	4.3
Bejegening	22	3	5.5
	23	3	5.5
	24	3	5.5
	25	3	5.5
	26	3	5.5
Deskundigheid	27	2	3.3
	28	2	3.3
	29	3	5.5
	30	2	3.3
	31	2	3.3
	32	2	3.3
Huisvesting	34	4	6.7
	35	2	3.3
	36	3	5.5
	37	2	3.3
	38	5	8.3
	39	2	3.3
	40	2	3.3
Dagactiviteiten	41	3	5.5
	42	3	5.5
	43	2	3.3
Zelfstandig wonen	44	2	3.3
	45	2	8.9

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
2 ^e Behandelaar	46	2	3.3
	47	3	6.2
	48	3	6.2
	49	3	6.2
	50	3	6.2

Het aantal missende waarden per persoon was beperkt (tabel 3.21). Bijna twee derde had geen enkele missing, en meer dan 90% had er maximaal vijf. Er waren twee uitbijters met meer dan 20 missings. Deze werden verwijderd. Hierdoor resteren 58 belangvragenlijsten voor Beschermd Wonen.

Tabel 3.21 Aantal missings per persoon BW belangvragenlijst

Missing	N	%
0	37	61.7
1-5	19	31.6
6-10	2	3.4
11-20	0	0.0
21 of meer	2	3.4

Voor Begeleid Zelfstandig Wonen werden 55 belangvragenlijsten ontvangen. Het aantal missende waarden varieert van 0.0 tot 5.4% (tabel 3.22).

Tabel 3.22 Missings per vraag BZW belangvragenlijst

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
Bereikbaarheid	2	0	0.0
	3	1	1.8
	4	1	1.8
Informatie	5	1	1.8
	6	1	1.8
	7	1	1.8
	8	1	1.8
	9	1	1.8
	10	1	1.8
Keuze/inspraak	11	1	1.8
	12	1	1.8
	13	2	3.6
Begeleidingsplan	14	2	3.6
	15	2	4.4
	16	2	4.4
	17	2	4.4
Bejegening	18	1	1.8
	19	1	1.8
	20	1	1.8
	21	1	1.8
	22	2	3.6
Deskundigheid	23	1	1.8
	24	1	1.8

Domein	Vraag	N Missing	% Missing
	25	1	1.8
Dagactiviteiten	26	1	1.8
	27	2	3.6
	28	2	3.6
2 ^e Behandelaar	29	2	3.6
	30	2	3.9
	31	1	2.2
	32	1	2.0
	33	1	2.0
Achtergrond	34	1	1.8
	35	1	1.8
	36	2	3.6
	37	1	1.8
	38	1	1.8
	39	2	3.6
	40	2	3.6
	41	2	3.6
	42	3	5.4
	43	2	3.6
	44	3	5.4
	46	3	5.4
	47	3	5.4

Het aantal missende waarden per vraag is beperkt. Ruim de helft van de vragenlijsten is compleet, terwijl in meer dan 95% van de gevallen vijf of minder antwoorden ontbreken (tabel 3.23). Eén vragenlijst bevatte 44 missende waarden en deze is verwijderd uit het bestand, waardoor er 54 belangvragenlijsten voor Begeleid Zelfstandig Wonen resteren.

Tabel 3.23 Aantal missings per persoon BZW belangvragenlijst

Missings	N	%
0	30	54.5
1-5	23	41.8
6-10	1	1.8
11 of meer	1	1.8

Samengevat is de kwaliteit van alle drie belangvragenlijsten goed te noemen. Er is maar een beperkt aantal missende waarden, zodat vrijwel alle vragenlijsten bruikbaar zijn voor verdere analyses.

3.9 Factorstructuur van de CQI voor klinische opnames

De factoranalyses op alle drie versies van de CQI zijn uitgevoerd analoog aan de werkwijze die voor de CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz is gehanteerd. De CQI vragenlijsten bevatten ervaringsvragen die voor iedereen van toepassing zijn. De overige vragen betreffen achtergrondvariabelen, informatievragen en ervaringsvragen die alleen door een deel van de respondenten moet worden beantwoord, bijvoorbeeld vragen die alleen zijn bestemd voor cliënten die medicatie gebruiken. Deze algemene ervaringsvragen zijn deels geformuleerd in de vorm van een frequentie. Deze hebben als antwoordcategorie 'nooit – soms – meestal – altijd'. Verder komt bij vier vragen het

functioneren van de cliënt aan de orde. Deze vragen hebben als antwoordcategorie een ordinale vijfpuntsschaal (veel minder goed – iets minder goed – ongeveer hetzelfde – een beetje beter - veel beter). Verder heeft een aantal vragen over bereikbaarheid een driepuntsschaal (groot probleem – klein – probleem) en bevatten de CQI voor klinische opname en de CQI voor Beschermd Wonen een aantal vragen over de kwaliteit van de woonomgeving met een vijfpuntsschaal (uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht). De overige vragen zijn in de vorm van ‘ja/nee’ vragen gesteld.

In principe mogen alleen vragen met minimaal ordinale antwoordcategorieën in een factoranalyse worden opgenomen. Dit betekent dat de ja/nee vragen eigenlijk niet in een factoranalyse zouden mogen worden gebruikt.

Het feit dat op dichotome items formeel geen factoranalyse mag worden uitgevoerd, heeft tot gevolg dat op de twee schalen na alle andere vragen als losse items zouden moeten worden behandeld. Het werken met losse items is echter niet aantrekkelijk. Ten eerste geeft het een minder goed overzicht van de stand van zaken en bemoeilijkt daarmee de interpretatie van de resultaten. Ten tweede zijn er per domein meerdere vragen geformuleerd. Het ligt voor de hand dat de antwoorden op deze vragen met elkaar zouden moeten samenhangen, en samen ook schalen zouden moeten vormen. Door het berekenen van een totaal- of gemiddelde score zouden dan de prestaties per domein kunnen worden berekend. Dergelijke schalen kunnen ad hoc op inhoudelijke argumenten worden gevormd, door het maken van thematische clusters. Een andere methode is het met statistische middelen onderzoeken van de onderlinge samenhang tussen de vragen.

In het geval van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz is gekozen voor een gecombineerde aanpak. Teneinde een leidraad te hebben in het samenstellen van deze thematische clusters werd een factoranalyse op alle items uitgevoerd. Hierbij gold de aanname dat de gebruikte ‘ja/nee’ antwoorden kunnen worden opgevat als een ordinale schaal. Anders dan bij andere nominale antwoordcategorieën (zoals man/vrouw), betekent bij de ervaringsvragen van de CQ Index dat bij het antwoord ‘ja’ wel is voldaan aan een kwaliteitsaspect, en bij het antwoord ‘nee’ niet. Een ja is daarmee ‘beter’ dan een nee. Voor de analyse van de CQI vragenlijsten voor klinische opnames, Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen is gekozen voor dezelfde aanpak. Omdat er sprake is van verschillende antwoordcategorieën zijn alle antwoordcategorieën omgecodeerd naar een schaal van 0-100, waarbij ‘0’ de minimale score vertegenwoordigt (‘nee’, ‘nooit’, ‘groot probleem’, of ‘veel minder goed’) en 100 de maximale score (‘ja’, ‘altijd’, ‘geen probleem’, ‘uitstekend’, ‘slecht’ of ‘veel beter’). De meeste frequentievragen zijn zo geformuleerd dat ‘nooit’ de meest negatieve ervaring representeert en ‘altijd’ de meest positieve. Bij een aantal vragen is dat echter precies omgekeerd. De antwoorden op deze vragen zijn omgepoold. Bij vragen met ‘weet niet’ categorie, is deze antwoordcategorie omgecodeerd tot ‘missing’.

Al met al leidt dit tot de volgende omcoderingen (tabel 3.24).

Tabel 3.24 Omcoderingen antwoordcategorieën ten behoeve van de factoranalyses

Type antwoordcategorieën	Score
Nee	0
Ja	100
Groot probleem	0
Klein probleem	50
Geen probleem	100
Nooit	0
Soms	33
Meestal	66
Altijd	100
Veel minder goed	0
Iets minder goed	25
Ongeveer hetzelfde	50
Beetje beter	75
Veel beter	100
Uitstekend	100
Zeer goed	75
Goed	50
Matig	25
Slecht	0

Wat betreft de eisen die aan een factoranalyse worden gesteld, is enigszins afgeweken van de aanwijzingen in de CQ Handleiding van het Centrum Klantervaring Zorg⁶. Daarin wordt uitgegaan van een minimale factorlading van 0.30 voor het toevoegen van een item aan een factor. Verder worden geen eisen gesteld aan eventueel dubbel ladende items (items die ook op andere factoren > 0.30 laden). Een veel gebruikte vuistregel is echter dat factorladingen in principe groter moeten zijn dan 0.40 en dat de lading op andere factoren kleiner moet zijn dan 0.30. Voor deze factoranalyse is gekozen voor een middenweg: een factorlading moet groter zijn dan 0.40 en in het geval van dubbele ladingen wordt het item toegekend aan de factor waarop deze het hoogste laadt. Verder moet een schaal minimaal drie items bevatten. De analyses zijn uitgevoerd met een Principale Factor Analyse met Varimax rotatie.

Een Principale Factor Analyse is op drie manieren worden uitgevoerd, een keer met 'listwise deletion', een keer met 'pairwise deletion', en een keer met 'meansub'. In het geval van listwise deletion worden casussen in zijn geheel niet meegerekend wanneer er sprake is van één of meer missende waarden. Dat betekent dat er op een kleiner databestand wordt gerekend, bijvoorbeeld in het geval van de CQI voor klinische opname met 582 in plaats van 910 casussen. In het geval van pairwise deletion wordt elke keer per paar variabelen bekeken of er sprake is van een missing. In het geval dat beide variabelen geldig zijn wordt er wel een correlatie berekend, in het geval van één of meer missings niet. Met deze methode worden er meer gegevens voor de berekeningen behouden, vergeleken met listwise deletion. Hetzelfde geldt voor de meansub optie, waarbij voor elke missing het gemiddelde van alle casussen wordt ingevuld. De listwise deletion optie heeft de voorkeur, omdat hiermee op de meest zuivere wijze de factoranalyse wordt uitgevoerd.

⁶ Sixma H, Delnoij D, Stubbe J, Triemstra M, Damman O, Vriens B, Weert C van, Wilkinson C, Zuiddam R van, Rupp I, Asbroek, G ten. (2007). Handboek CQI Meetinstrumenten: Een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

Voor de factoranalyses werden uitgevoerd, is onderzocht of de items voldoen aan de Bartlett's test of Sphericity en aan de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy), beide onderdeel van de SPSS factoranalyse procedures. In het geval van de CQI voor klinische opname was de KMO minimaal 0.87, hoger dan de vereiste 0.70. Bartlett's test of Sphericity was significant ($p<0.001$). Beide waarden geven aan dat een factoranalyse op deze items geoorloofd is.

De factorladingen van de drie factoranalyses op de klinische data zijn weergegeven in bijlage 18. De ladingen zijn gesorteerd naar de factor waar zij het hoogst op laden. Vetgedrukte factorladingen geven aan dat items op meer dan één factor een lading >0.30 hebben.

Hieronder staan de verdelingen van de items per factor en per optie weergegeven. De getallen verwijzen naar de vraagnummers uit de vragenlijst. De diverse oplossingen ontlopen elkaar niet veel. Er lijken negen betekenisvolle, potentiële schalen aanwezig te zijn met tenminste drie items per schaal. Een aantal items clustert wel, maar vormen geen potentiële schaal, omdat het te weinig items betreft, andere items laden op geen van de factoren. Clustering alleen is echter niet voldoende. Er moet ook sprake zijn van een zekere betrouwbaarheid van de schalen, uitgedrukt in Cronbach's α . Een waarde groter dan 0.70 betekent dat de schaal voldoende betrouwbaar is, tussen de 0.60 en 0.70 is er sprake van een matige betrouwbaarheid en bij waarden kleiner dan 0.60 is de betrouwbaarheid gering.

Omdat sommige items op meerdere factoren laden, is met Cronbach's α de interne consistentie van de diverse combinaties bepaald, en op basis daarvan de optimale combinaties vastgesteld. Daarnaast is ook naar de interne consistentie van de items gekeken die niet in de factoranalyse zijn meegenomen, omdat ze niet voor iedereen van toepassing zijn, maar als ad hoc schaaltjes kunnen worden beschouwd. Het betreft de vragen over het behandelplan en de nazorg. De vragen over medicatie kunnen niet als een ad hoc schaaltje worden beschouwd, omdat dit slechts twee items betreft.

F1: Bejegening

Listwise	Pairwise	Means
18		18
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
50		
57	57	57

F2: Kwaliteit opnameafdeling

Listwise	Pairwise	Means
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
	48	48
49	49	49

F3: Eigen functioneren

Listwise	Pairwise	Means
39	39	39
40	40	40
41	41	41

F4: Info klachtenprocedure

Listwise	Pairwise	Means
13	13	
15	15	15
16	16	16
17	17	17

F5: Info aanpak behandeling

Listwise	Pairwise	Means
6	6	6
7	7	7
8	8	8
55		
	12	12
	21	

F6: Deskundigheid behandelaar(s)

Listwise	Pairwise	Means
4		
32	32	32
33	33	33
34	34	34
56	56	56
	58	58

F7: Veiligheid in de groep

Listwise	Pairwise	Means
35	35	35
36	36	36
37	37	37

F8: Toegankelijkheid behandelaars

Listwise	Pairwise	Means
2	2	2
3	3	3
4	4	4

F9: Info cliëntenrechten

Listwise	Pairwise	Means
12	12	12
13	13	13
14	14	14

Geen schalen

Keuze behandelaar en plaats

Listwise	Pairwise	Means
19	19	19
20	20	

Privacy bezoek

Listwise	Pairwise	Means
		-22
51	51	51
52	52	52

Onschaalbare items

Listwise	Pairwise	Means
		20
		21
22	22	
38	38	38
43	43	43
48		
	50	50
	54	
	55	
58		

De betrouwbaarheidsanalyses op de factoranalyse leverde de onderstaande oplossing op met elf schalen. Er kunnen zes schalen worden onderscheiden met een voldoende tot goede betrouwbaarheid, en drie met een matige betrouwbaarheid. Twee schalen hebben een onvoldoende betrouwbaarheid, ondanks het feit dat deze items wel clusteren. Zij bestrijken dus wel hetzelfde domein, maar binnen dit domein worden tegenstrijdige antwoorden gegeven. Het is raadzaam de items uit deze schalen (ook) apart te analyseren. Verder blijkt dat tien items niet in een schaal kunnen worden ondergebracht. Deze worden ook apart geanalyseerd.

F1: Bejegening

a = .86	
18	Begrijpelijke uitleg van behandelaar
27	Verpleegkundige heeft voldoende tijd voor u
28	Verpleegkundige luistert aandachtig
29	Verpleegkundige is beleefd tegen u
30	Verpleegkundige neemt u serieus
31	Verpleegkundige houdt zich aan afspraken
57	Behandelteam is het met elkaar eens

F2: Kwaliteit opnameafdeling

a = .71	
44	Kwaliteit van de afdeling
45	Kwaliteit van onderhoud
46	Kwaliteit van schoonmaak
47	Kwaliteit van eten
48	Aandacht voor brandveiligheid
49	Bescherming tegen diefstal

F3: Eigen functioneren

a = .86	
39	Hoe functioneert u nu
40	Hoe beoordeelt u uw klachten
41	Hoe gaat u met uw klachten om

F4: Info klachtenprocedure

a = .70	
15	Info over klachtenprocedure
16	Info over cliëntenraad
17	Info over vertrouwenspersoon

F5: Info aanpak behandeling

a = .61	
6	Info over aanpak behandeling
7	Info over omgaan met klachten
8	Info over te verwachten resultaat

F6: Deskundigheid behandelaar(s)

a = .70	
32	Behandelaar begrijpt uw klachten
33	Behandelaar besteed aandacht aan gezondheid
34	Behandelaar heeft juiste aanpak voor de klachten
56	Behandelteam weet wat er speelt
58	Alles opnieuw moeten vertellen

F7: Veiligheid in de groep

a = .62	
35	Verpleegkundige zorgt voor veilige sfeer
36	Verpleegkundige gaat goed om met ruzie in de groep
37	Verpleging voldoende op de groep

F8: Toegankelijkheid behandelaars

a = .70	
2	Verpleegkundige overdag kunnen spreken
3	Verpleegkundige 's avonds/weekend kunnen spreken
4	Behandelaar kunnen spreken

F9: Info cliëntenrechten

a = .46	
12	Info over behandelbaarheid elders
13	Info over recht tot inzien dossier
14	Info over recht op second opinion

F10: Behandelplan

a = .56	
24	Kunnen mee beslissen over behandelplan
25	Instemmen met behandelplan
26	In overleg bijstellen van het behandelplan

F11: Nazorg

a = .62	
60	De nazorg is geregeld
61	Afspraken in het geval van terugval
62	Kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar

Losse items

10	Info over werking medicatie
11	Info over bijwerking medicatie
19	Keuze uit verschillende behandelingen op de afdeling
20	Kiezen voor andere behandelaar
21	Kiezen voor betrekken familie of vrienden
22	Medicatie kunnen weigeren
38	Geen tegenstrijdige informatie van behandelaars
42	Eigen kamer hebben
43	Apart toilet voor mannen en vrouwen
50	Voldoende veilig voelen op afdeling
51	Mogelijkheid om apart te kunnen zitten
52	Aanwezigheid van een rookruimte
54	Stimuleren tot dagactiviteiten
55	Kunnen werken aan herstel

In tabel 3.25 zijn de correlaties tussen de schalen van de CQI voor klinische opname weergegeven. F1 (bejegening) correleert het hoogste met andere schalen, vooral met informatie over de aanpak van de behandeling en met de toegankelijkheid van de behandelaars. Voor het overige zijn de correlaties bescheiden. Er is dus sprake van min of meer onafhankelijke schalen

Tabel 3.25 Correlaties tussen de schalen van de CQI voor klinische opname

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
F1	---	.357	.271	.142	.406	.529	.444	.526	.188	.334	.235
F2		---	.091	.049	.188	.229	.369	.320	.083	.089	.183
F3			---	.138	.281	.364	.137	.174	.097	.213	.182
F4				---	.305	.189	.100	.066	.346	.093	.178
F5					---	.418	.255	.254	.320	.342	.360
F6						---	.377	.423	.194	.296	.255
F7							---	.327	.125	.186	.152
F8								---	.137	.178	.213
F9									---	.151	.253
F10										---	.113

3.10 Factorstructuur van de CQI voor Beschermd Wonen

Voor deze factorstructuur werd dezelfde strategie gevoerd als bij de CQI voor klinische opname. Ook hier werden de items omgecodeerd en werd onderzocht of de items voldoen aan de Bartlett's test of Sphericity en aan de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy), beide onderdeel van de SPSS factoranalyse procedures. In het geval van de CQI voor Beschermd Wonen was de KMO minimaal 0.87, hoger dan de vereiste 0.70. Bartlett's test of Sphericity was significant ($p<0.001$). Beide waarden geven aan dat een factoranalyse op deze items gegoorloofd is.

De ladingen van de drie factoranalyses zijn weergegeven in bijlage 19, ook weer gesorteerd op de hoogste ladingen, waarbij dubbele ladingen >0.40 in vet zijn aangegeven en dubbele ladingen van 0.30 tot 0.40 in vet cursief. De factoroplossingen zijn minder mooi dan die bij de klinische lijst. Er is soms sprake van hoge ladingen op meerdere factoren, wat het toewijzen aan een factor moeilijk maakt.

Op basis van de drie opties van de factoranalyse konden acht betekenisvolle potentiële schalen worden benoemd, twee schalen zonder betekenis en nog een aantal losse items. Da vele overlap gaf aan dat er een aanzienlijke correlatie tussen de verschillende schalen moest bestaan. Op basis van de interne consistentie werd weer naar de optimale schaalstructuren gezocht. Ook werden de items van de ad hoc schaaltjes over behandelplan en samenwerking tussen diverse zorgverleners in deze analyses meegenomen.

F1: Bejegening

Listwise	Pairwise	Means
10	10	10
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
	27	27
	28	28
	29	29

F2: Kwaliteit huisvesting

Listwise	Pairwise	Means
35		
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
	40	40

F3: Info cliëntenrechten

Listwise	Pairwise	Means
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

F4: Toegankelijkheid begeleiding

Listwise	Pairwise	Means
2	2	2
3	3	3
4	4	4

F5: Deskundigheid begeleiding

Listwise	Pairwise	Means
27		
28	28	28
29	29	29
	30	30
31	31	31
32	32	32

F6: Veiligheid

Listwise	Pairwise	Means
16		
30		
31		
40		

F7: Geen betekenis

Listwise	Pairwise	Means
27		
35		
43		
44		

F8: Rehabilitatie

Listwise	Pairwise	Means
43	43	43
44	44	44
45	45	45

F9: Keuzevrijheid

Listwise	Pairwise	Means
11	11	11
14	14	14
15	15	15
	16	16

F10: Geen betekenis

Listwise	Pairwise	Means
5		
17		
-34		

Niet schaalbaar

Listwise	Pairwise	Means
	5	5
12	12	12
13	13	13
	17	17
	34	34
	35	35
		36

Op basis van de betrouwbaarheidsanalyse konden vijf schalen met een voldoende tot goede interne consistentie worden samengesteld. Verder zijn er drie schalen met een geringe betrouwbaarheid, ondanks het feit dat deze items wel clusteren. Zij bestrijken wel hetzelfde domein, maar binnen dit domein worden tegenstrijdige antwoorden gegeven. Het is raadzaam de items uit deze schalen afzonderlijk te analyseren. Datzelfde geldt voor de losse items.

F1: Bejegening

a = .86	
10	Begrijpelijke uitleg van behandelaar
22	Begeleider heeft voldoende tijd voor u
23	Begeleider luistert aandachtig
24	Begeleider is beleefd tegen u
25	Begeleider neemt u serieus
26	Begeleider houdt zich aan afspraken

F2: Huisvesting

a = .72	
35	Grootte woonruimte
36	Kwaliteit van de woning
37	Kwaliteit van onderhoud
38	Kwaliteit van schoonmaak
39	Aandacht voor brandveiligheid

F3: Info cliëntenrechten

a = .70	
6	Info over inzage dossier
7	Info over klachtenprocedure
8	Info over cliëntenraad
9	Info over vertrouwenspersoon

F4: Toegankelijkheid behandelaars

a = .76	
2	Begeleider overdag kunnen spreken
3	Begeleider in weekend kunnen spreken
4	Begeleider 's avonds/ 's nachts kunnen spreken

F5: Deskundigheid begeleider(s)

a = .76	
27	Begeleider begrijpt uw klachten
28	Begeleider besteedt aandacht aan gezondheid
29	Begeleider stelt juiste vragen
30	Begeleider zorgt voor veilige sfeer
31	Begeleider gaat goed om met ruzie
32	Begeleiding is voldoende aanwezig
40	Voldoende veilig gevoel in huis

F6: Inspraak

a = .50	
11	Keuze begeleider
14	Keuze voor huis
15	Keuze voor medebewoners
16	Inspraak bij opstellen huisregels

F7: Begeleidingsplan

a = .38	
19	Kunnen meebeslissen over begeleidingsplan
20	Instemmen met begeleidingsplan
21	In overleg bijstellen van het begeleidingsplan

F8: Samenwerking meerdere zorgverleners

a = .42	
50	Alles opnieuw vertellen
51	Zorgverleners op een lijn
52	Tegenstrijdige informatie

Losse items

5	Info over noedsituatie
12	Info over betrekken familie
13	Medicatie kunnen weigeren
17	Kiezen voor locatie begeleidingsgesprekken
34	Apart toilet
43	Stimuleren dagactiviteiten
44	Stimuleren iets buitenhuis te doen
45	Herstelcursus
49	Begeleiders vragen toestemming informatie-uitwisseling

In tabel 3.26 zijn de onderlinge correlaties van de schalen van de CQI voor Beschermd Wonen weergegeven. Zoals de factoranalyse al liet zien correleren bejegening en deskundigheid tamelijk hoog met elkaar. Voor het overige blijven de correlaties op een redelijk niveau. Over de gehele linie is dus sprake van redelijk onafhankelijke schalen.

Tabel 3.26 Correlaties tussen de schalen van de CQI voor Beschermd Wonen

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F1	---	.372	.236	.439	.603	.263	.216	.421
F2		---	.180	.257	.306	.202	.212	.263
F3			---	.229	.183	.319	.159	.140
F4				---	.450	.209	.222	.411
F5					---	.288	.256	.432
F6						---	.202	.140
F7							---	.128

3.11 Factorstructuur van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen

Ook deze factoranalyse werd in drieën uitgevoerd op omgecodeerde antwoorden. Weer werd onderzocht of de items voldoen aan de Bartlett's test of Sphericity en aan de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy), beide onderdeel van de SPSS factoranalyse procedures. In het geval van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen was de KMO minimaal 0.84, hoger dan de vereiste 0.70. Bartlett's test of Sphericity was significant ($p<0.001$). Beide waarden geven aan dat een factoranalyse op deze items geoorloofd is.

De uitkomsten van de factoranalyses is weergegeven in bijlage 20, gesorteerd op hoogste ladingen, waarbij dubbele ladingen >0.40 in vet zijn aangegeven en dubbele ladingen van 0.30 tot 0.40 in vet cursief.

De factoranalyses leveren vijf potentiële schalen op. Deze schalen lijken op het eerste gezicht niet eenduidig interpreteerbaar. Deskundigheid laadt zowel op bejegening, als op een eigen potentiële schaal. Er is blijkbaar sprake van een grote overlap tussen de diverse factoren.

F1: Bejegening + 1 item bereikbaarheid + (deskundigheid)

Listwise	Pairwise	Means
2	2	2
10	10	10
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
	23	23
	24	24
	25	25

F2: Informatie

Listwise	Pairwise	Means
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

F3: Deskundigheid (+ cursus herstel?)

Listwise	Pairwise	Means
21		
23	23	23
24	24	24
25	25	25
	30	30

F4: Toegankelijkheid

Listwise	Pairwise	Means
3	3	3
4	4	4

F5: Keuzevrijheid

Listwise	Pairwise	Means
11	11	11
12	12	12
13	13	13

F6: Rehabilitatie

Listwise	Pairwise	Means
28	28	28
29	29	29
30		

Op basis van de betrouwbaarheidsanalyse zijn de items zo goed mogelijk aan schalen toebedeeld. Hierbij zijn ook inhoudelijke keuzes gemaakt. Vraag 2 (over bereikbaarheid) laadde op de schaal bejegening, maar hoort daar inhoudelijke niet bij. Weglaten van dit item uit de schaal leidt echter nauwelijks tot een lagere betrouwbaarheid (0.86 in plaats

van 0.87) en is daarom om inhoudelijke redenen weggelaten. Ook deze keer werden de items over het begeleidingsplan en de samenwerking tussen meerdere zorgverleners weer meegenomen in de analyses. Deze exercitie leidde tot drie schalen met een voldoende tot goede, en een met een matige interne consistentie. Van twee andere is de betrouwbaarheid onvoldoende en de items in deze schalen kunnen beter afzonderlijk worden geanalyseerd, evenals de losse items.

F1: Bejegening

a = .86	
10	Begrijpelijke uitleg van behandelaar
18	Begeleider heeft voldoende tijd voor u
19	Begeleider luistert aandachtig
20	Begeleider is beleefd tegen u
21	Begeleider neemt u serieus
22	Begeleider houdt zich aan afspraken

F2: Informatievoorziening

a = .75	
5	Info over noodssituatie
6	Info over inzage dossier
7	Info over klachtenprocedure
8	Info over cliëntenraad
9	Info over vertrouwenspersoon

F3: Deskundigheid begeleider(s)

a = .79	
23	Begeleider begrijpt uw klachten
24	Begeleider besteedt aandacht aan gezondheid
25	Begeleider stelt juiste vragen

F4: Keuzevrijheid

a = .48	
11	Keuze begeleider
12	Keuze voor betrekken familie
13	Keuze voor locatie begeleidingsgesprekken

F5: Begeleidingsplan

a = .35	
15	Kunnen meebeslissen over begeleidingsplan
16	Instemmen met begeleidingsplan
17	In overleg bijstellen van het begeleidingsplan

F6: Samenwerking meerdere zorgverleners

a = .60	
33	Alles opnieuw vertellen
34	Zorgverleners op een lijn
35	Tegenstrijdige informatie

Losse items

2	Bereikbaarheid begeleider overdag
3	Bereikbaarheid begeleider weekend
4	Bereikbaarheid begeleider 's avonds/'s nachts
28	Stimuleren dagactiviteiten
29	Stimuleren activiteiten buitenhuis
30	Herstelcursus
32	Toestemming gevraagd

In tabel 3.27 zijn de onderlinge correlaties van de schalen van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen weergegeven. Bejegening correleert hoog met deskundigheid, net zoals bij de CQI voor Beschermd Wonen, en met samenwerking tussen meerdere hulpverleners. Voor het overige zijn de correlaties bescheiden. Er is dus in zekere mate sprake van onafhankelijke schalen, met uitzondering van bejegening.

Tabel 3.27 Correlaties tussen de schalen van de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	---	.285	.623	.303	.159	.564
F2		---	.251	.273	.120	.205
F3			---	.237	.082	.477
F4				---	.057	.335
F5					----	.056

3.12 Factoranalyses samengevat

In tabel 3.28 zijn de uitkomsten van de factoranalyses nog eens samengevat. In deze tabel zijn de gevonden schalen weergegeven en per schaal of er sprake is van een voldoende tot goede betrouwbaarheid (+), een matige betrouwbaarheid (+/-) of een slechte betrouwbaarheid. Niet alle items komen in alle drie versies van de CQI voor (aangegeven met nvt).

Ondanks de verschillen in inhoud zijn er toch overeenkomsten in de drie factorstructuren. Bejegening en deskundigheid zijn in alle drie versies betrouwbare schalen. In beide verblijfssituaties vormen de vragen over de verblijfssituatie ook een betrouwbare schaal. De vragen over het behandelplan vormen in alle versies een zwakke schaal. Ook inspraak en keuzevrijheid doen het slecht, evenals de samenwerking tussen meerdere zorgverleners. De informatie over cliëntenrechten en de klachtenprocedure geven een wat veranderlijk beeld te zien. Deze vragen die in elkaars verlengde liggen, vormen in alle versies wel een betrouwbare schaal, al vallen daar wel steeds verschillende items onder. De toegankelijkheid van behandelaars of begeleiders vormen wel een betrouwbare schaal in de klinische setting en bij Beschermd Wonen, maar niet bij het Begeleid Zelfstandig Wonen.

Tabel 3.28 Factoranalyses samengevat met betrouwbaarheden

Factor	Klinisch	BW	BZW
Bejegening	+	+	+
Kwaliteit afdeling/woning	+	+	nvt
Eigen functioneren	+	nvt	nvt
Info klachtenprocedure	+		+
Info aanpak behandeling	+/-	nvt	nvt
Info cliëntenrechten	-	+	
Deskundigheid behandelaars/begeleiders	+	+	+
Veiligheid	+/-	¹	nvt
Toegankelijkheid behandelaars/begeleiders	+	+	
Behandelplan	-	-	-
Nazorg	+/-	nvt	nvt
Inspraak/keuzevrijheid		-	-
Samenwerking zorgverleners	nvt	-	-
Rehabilitatie			+

¹ de items over veiligheid vallen bij BW onder deskundigheid van de begeleiders

Al met al geven de factoranalyses een redelijk consistent beeld van de onderliggende domeinen. Ongeacht het type zorg komen vergelijkbare schalen naar voren. Dit mag worden beschouwd als een teken dat de respondenten niet zomaar wat hebben geantwoord, maar dat er wel degelijk betekenisvolle elementen van de zorg worden beoordeeld.

3.13 De belangscores en verbeterpunten

In tabel 3.29 zijn de belangscores van de CQI voor klinische opnames weergegeven, gesorteerd op belangrijkheid. De kopjes 'Item belang' en 'Item CQ' verwijzen naar de nummering van de vragen in beide lijsten.

De belangscores variëren van 2.08 tot 3.59 op een schaal van 1 tot 4. De respondenten hechten het meeste belang aan de vraag of de behandelaar de klachten begrijpt en de cliënt serieus neemt. Ook instemmen met het behandelplan en het bijstellen daarvan scoren hoog, gevolgd door duidelijke afspraken in het geval van terugval. Verder scoren aspecten van bejegening hoog en de deskundigheid van de behandelaars. Minst belangrijk vindt men informatie over allerlei cliëntenrechten zoals de cliëntenraad, een vertrouwenspersoon, de keuze van een andere behandelaar, of de klachtenprocedure. Ook aspecten als een rookruimte of aparte toiletten voor vrouwen en mannen worden niet zo belangrijk geacht.

Tabel 3.29 Belangscores klinische opname

Rang nr	Item belang	Item CQ	Omschrijving	Belang
1	31	32	Behandelaar begrijpt uw klachten	3.59
2	29	30	Verpleegkundige neemt u serieus	3.54
3	24	25	Instemmen met behandelplan	3.52
3	25	26	In overleg bijstellen van het behandelplan	3.52
5	55	61	Afspraken in het geval van terugval	3.51
6	46	50	Voldoende veilig voelen op afdeling	3.48
7	17	18	Begrijpelijke uitleg van behandelaar	3.44

Rang nr	Item belang	Item CQ	Omschrijving	Belang
7	27	28	Verpleegkundige luistert aandachtig	3.44
7	33	34	Behandelaar heeft juiste aanpak voor de klachten	3.44
10	51	56	Behandelteam weet wat er speelt	3.43
11	23	24	Kunnen mee beslissen over behandelplan	3.42
12	38	42	Eigen kamer hebben	3.38
13	54	60	De nazorg is geregeld	3.37
14	30	31	Verpleegkundige houdt zich aan afspraken	3.36
15	34	35	Verpleegkundige zorgt voor veilige sfeer	3.33
15	35	36	Verpleegkundige gaat goed om met ruzie in de groep	3.33
17	5	6	Info over aanpak behandeling	3.31
18	37	38	Geen tegenstrijdige informatie van behandelaars	3.30
19	9	10	Info over werking medicatie	3.29
20	42	46	Kwaliteit van schoonmaak	3.28
21	7	8	Info over te verwachten resultaat	3.25
21	10	11	Info over bijwerking medicatie	3.25
23	32	33	Behandelaar besteed aandacht aan gezondheid	3.24
24	6	7	Info over omgaan met klachten	3.20
25	43	47	Kwaliteit van eten	3.19
25	44	48	Aandacht voor brandveiligheid	3.19
25	52	57	Behandelteam is het met elkaar eens	3.19
28	26	27	Verpleegkundige heeft voldoende tijd voor u	3.18
28	45	49	Bescherming tegen diefstal	3.18
30	21	22	Medicatie kunnen weigeren	3.16
31	57	62	Kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar	3.13
32	4	4	Behandelaar kunnen spreken	3.12
32	53	58	Alles opnieuw moeten vertellen	3.12
34	47	51	Mogelijkheid om apart te kunnen zitten	3.11
35	2	2	Verpleegkundige overdag kunnen spreken	3.06
36	20	21	Kiezen voor betrekken familie of vrienden	3.04
36	40	44	Kwaliteit van de afdeling	3.04
38	12	13	Info over recht tot inzien dossier	3.03
39	3	3	Verpleegkundige 's avonds/weekend kunnen spreken	2.98
40	28	29	Verpleegkundige is beleefd tegen u	2.94
41	18	19	Kiezen uit verschillende behandelingen	2.90
41	19	20	Kiezen voor andere behandelaar	2.90
41	36	37	Verpleging voldoende op de groep	2.90
44	41	45	Kwaliteit van onderhoud	2.89
45	13	14	Info over recht op second opinion	2.87
45	50	55	Kunnen werken aan herstel	2.87
47	49	54	Stimuleren tot dagactiviteiten	2.83
48	39	43	Apart toilet voor mannen en vrouwen	2.80
49	14	15	Info over klachtenprocedure	2.67
50	48	52	Aanwezigheid van een rookruimte	2.66
51	11	12	Info over behandelmogelijkheid elders	2.60
52	16	17	Info over vertrouwenspersoon	2.51
53	15	16	Info over cliëntenraad	2.08

Aan de hand van de belangscores kan worden nagegaan wat de meest acute verbeterpunten zouden kunnen zijn. Hiervoor kan een ‘verbeterscore’ worden berekend, door de gemiddelde belangscore te vermenigvuldigen met het percentage negatieve ervaringen op een bepaald aspect, en dit product te delen door 100. Onder negatieve ervaringen wordt verstaan een score ‘nooit’ of ‘soms’ bij de vierpuntsschalen, een score ‘groot probleem’ of ‘klein probleem’ bij de driepuntsschalen, de score ‘nee’ bij de ja/nee vragen, en de scores ‘matig’ of ‘slecht’ bij de vijfpuntsschalen. In tabel 3.30 zijn de tien hoogste verbeterscores weergegeven.

Tabel 3.30 Tien hoogste verbeterscores CQI klinische opnames

Item	Belang	% Negatief	Verbeterscore
Info over recht op second opinion	2.87	75.0	2.15
Info over behandelmogelijkheden elders	2.60	70.8	1.84
Kunnen terugkeren naarzelfde behandelaar	3.13	58.5	1.83
Info over recht inzage dossier	3.03	57.4	1.74
Kiezen uit behandelingen	2.90	59.8	1.73
Info over te verwachten resultaat	3.25	47.3	1.54
Kiezen voor een andere behandelaar	2.90	52.5	1.52
Info over de klachtenprocedure	2.67	56.9	1.52
Afspraken in het geval van terugval	3.51	41.4	1.45
Verpleegkundige bereikbaar avond/weekeind	2.98	45.8	1.36

De hoogste verbeterscores treden vooral op bij items die te maken hebben met cliëntenrechten en keuzemogelijkheden. Dit zijn – opvallend – juist onderwerpen die door cliënten niet zo belangrijk worden gevonden. Wel belangrijker voor cliënten is de mogelijke terug te kunnen keren naar dezelfde behandelaar in het geval van terugval en informatie over wat de cliënt van de behandeling mag verwachten. Echter, slechts één van de items die tot de tien belangrijkste verbeterpunten behoren, valt binnen de voor cliënten belangrijkste 20 onderwerpen: afspraken in het geval van terugval (op plaats 5). Daar waar de cliënten het meeste belang aan hechten, zijn de ervaringen blijkbaar voldoende goed.

In tabel 3.31 zijn de belangscores van de respondenten van Beschermd Wonen weergegeven. De belangscores variëren van 1.82 tot 3.46. De respondenten van Beschermd Wonen hechten vooral belang aan de relatie met de begeleiders in de vorm van bejegening, betrouwbaarheid, deskundigheid en duidelijkheid. Minder belangrijk vinden zij om gestimuleerd te worden tot activiteiten buitenhuis en herstel, informatie over cliëntenraden en vertrouwenspersoon, of het hebben van een eigen toilet.

Tabel 3.31 Belangscores Beschermd Wonen

Rang nr	Item belang	Item CQ	Omschrijving	Belang
1	25	25	Begeleider neemt u serieus	3.46
2	27	27	Begeleider begrijpt uw klachten	3.31
3	23	23	Begeleider luistert aandachtig	3.30
4	50	52	Tegenstrijdige informatie	3.26
5	26	26	Begeleider houdt zich aan afspraken	3.23
6	40	40	Voldoende veilig gevoel in huis	3.19
7	20	20	Instemmen met begeleidingsplan	3.16
7	31	31	Begeleider gaat goed om met ruzie	3.16
9	5	5	Info over noedsituatie	3.12

Rang nr	Item belang	Item CQ	Omschrijving	Belang
9	10	10	Begrijpelijke uitleg van begeleider	3.12
9	22	22	Begeleider heeft voldoende tijd voor u	3.12
9	39	39	Aandacht voor brandveiligheid	3.12
13	24	24	Begeleider is beleefd tegen u	3.11
14	21	21	In overleg bijstellen van het begeleidingsplan	3.09
15	38	38	Kwaliteit van schoonmaak	3.07
16	36	36	Kwaliteit van de woning	3.05
17	49	51	Zorgverleners op een lijn	3.00
18	37	37	Kwaliteit van onderhoud	2.98
19	29	29	Begeleider stelt juiste vragen	2.95
19	30	30	Begeleider zorgt voor veilige sfeer	2.95
21	14	14	Keuze voor huis	2.93
22	45	47	Terugkeren als BZW niet lukt	2.90
23	47	49	Begeleiders vragen toestemming info-uitwisseling	2.87
24	28	28	Begeleider besteedt aandacht aan gezondheid	2.86
24	35	35	Grootte woonruimte	2.86
26	6	6	Info over inzage dossier	2.79
27	2	2	Begeleider overdag kunnen spreken	2.76
27	11	11	Keuze begeleider	2.76
27	16	16	Inspraak bij opstellen huisregels	2.76
27	48	50	Alles opnieuw moeten vertellen	2.76
31	32	32	Begeleiding is voldoende aanwezig	2.69
32	15	15	Keuze voor medebewoners	2.67
33	13	13	Medicatie kunnen weigeren	2.65
34	7	7	Info over klachtenprocedure	2.53
35	4	4	Begeleider 's avonds/ 's nachts kunnen spreken	2.46
36	3	3	Begeleider in weekend kunnen spreken	2.38
37	12	12	Info over betrekken familie	2.36
38	17	17	Kiezen voor locatie begeleidingsgesprekken	2.36
39	9	9	Info over vertrouwenspersoon	2.34
40	41	43	Stimuleren dagactiviteiten	2.25
41	19	19	Kunnen meebeslissen over begeleidingsplan	2.23
42	42	44	Stimuleren iets buitenhuis te doen	2.21
43	43	45	Herstelcursus	2.17
44	8	8	Info over cliëntenraad	2.10
45	34	34	Apart toilet	1.82

In tabel 3.32 zijn de tien belangrijkste verbeterpunten weergegeven. Ook bij de respondenten uit Beschermd Wonen worden de hoogste verbeterscores bereikt bij onderwerpen die zij zelf niet zo belangrijk vinden. Het gaat hierbij voornamelijk om informatie over cliëntenrechten en de mogelijkheid te kiezen voor de woning, medebewoners en begeleiders. Slechts twee van de belangrijkste verbeterpunten komen in de top-20 belangrijkste onderwerpen voor, het in overleg bijstellen van het behandelplan (plaats 14) en de kwaliteit van de woning (plaats 16). Ook voor de cliënten van Beschermd Wonen geldt blijkbaar dat de ervaringen met dat was ze het belangrijkste vinden voldoende goed zijn.

Tabel 3.32 Tien hoogste verbeterscores CQI Beschermd Wonen

Item	Belang	% Negatief	Verbeterscore
Keuze voor medebewoners	2.67	81.9	2.19
Keuze begeleider	2.76	62.8	1.73
Medicatie kunnen weigeren	2.65	58.7	1.56
Info over klachtenprocedure	2.53	58.9	1.49
Keuze voor huis	2.93	50.2	1.47
Info over inzage dossier	2.79	46.8	1.31
Info over vertrouwenspersoon	2.34	50.4	1.18
In overleg bijstellen begeleidingsplan	3.09	37.0	1.14
Beschikbaarheid herstelcursus	2.17	51.7	1.12
Kwaliteit van de woning	3.05	36.3	1.11

In tabel 3.33 zijn de belangscores voor Begeleid Zelfstandig Wonen weergegeven. De scores variëren van 1.94 tot 3.59. Net zoals bij de cliënten van Beschermd Wonen vinden de respondenten van het Begeleid Zelfstandig Wonen de omgang met de begeleiding het belangrijkst. Het betreft de bezegening, betrouwbaarheid en inspraak in de begeleidingsplannen. Minder belangrijk vinden zij om gestimuleerd te worden tot activiteiten buitenhuis en herstel, informatie over klachtenprocedures, cliëntenraden en vertrouwenspersoon, of de bereikbaarheid van begeleiders buiten kantooruren.

Tabel 3.33 Belangscores Begeleid Zelfstandig Wonen

Rang nr	Item belang	Item CQ	Omschrijving	Belang
1	21	21	Begeleider neemt u serieus	3.59
2	19	19	Begeleider luistert aandachtig	3.44
3	10	10	Begrijpelijke uitleg van behandelaar	3.43
3	23	23	Begeleider begrijpt uw klachten	3.43
5	17	17	In overleg bijstellen van het begeleidingsplan	3.33
6	18	18	Begeleider heeft voldoende tijd voor u	3.31
7	16	16	Instemmen met begeleidingsplan	3.28
8	33	35	Tegenstrijdige informatie	3.26
9	22	22	Begeleider houdt zich aan afspraken	3.25
10	20	20	Begeleider is beleefd tegen u	3.19
11	15	15	Kunnen meebeslissen over begeleidingsplan	3.16
11	32	34	Zorgverleners op een lijn	3.16
13	5	5	Info over noedsituatie	3.09
14	11	11	Keuze begeleider	3.07
15	25	25	Begeleider stelt juiste vragen	2.98
16	12	12	Keuze betrekken familie of vrienden	2.93
17	2	2	Begeleider overdag kunnen spreken	2.91
18	13	13	Kiezen voor locatie begeleidingsgesprekken	2.87
19	24	24	Begeleider besteedt aandacht aan gezondheid	2.80
20	6	6	Info over inzage dossier	2.76
21	30	32	Begeleiders vragen toestemming info-uitwisseling	2.73
22	31	33	Alles opnieuw moeten vertellen	2.66
23	27	29	Stimuleren iets buitenhuis te doen	2.45
24	7	7	Info over klachtenprocedure	2.43
25	28	30	Herstelcursus	2.28
26	9	9	Info over vertrouwenspersoon	2.24

26	26	28	Stimuleren dagactiviteiten	2.24
28	3	3	Begeleider in weekend kunnen spreken	2.11
29	4	4	Begeleider 's avonds/ 's nachts kunnen spreken	2.02
30	8	8	Info over cliëntenraad	1.94

In tabel 3.34 zijn de tien hoogste verbeterscores weergegeven. Ook in het geval van Begeleid Zelfstandig Wonen worden de hoogste verbeterscores verkregen bij de onderwerpen die de respondenten het minst belangrijk vinden. Slechts twee verbeterpunten behoren tot de top-20 belangrijkste onderwerpen, informatie over noodsituaties (plaats 13) en het kunnen kiezen van een begeleider (plaats 14).

Tabel 3.34 Tien hoogste verbeterscores CQI Beschermd Wonen

Item	Belang	% Negatief	Verbeterscore
Toestemming voor informatie-uitwisseling	2.73	67.8	1.85
Keuze begeleider	3.07	53.5	1.64
Beschikbaarheid herstelcursus	2.28	65.1	1.48
Info over klachtenprocedure	2.43	49.2	1.20
Bereikbaarheid begeleider avond/nacht	2.02	56.0	1.13
Info over vertrouwenspersoon	2.24	50.2	1.12
Bereikbaarheid begeleider in weekend	2.11	51.3	1.08
Info over inzage dossier	2.76	37.0	1.02
Info over noodsituatie	3.09	31.6	0.98
Alles opnieuw moeten vertellen	2.66	36.9	0.98

Alle drie cliëntgroepen zijn het redelijk eens over wat ze het belangrijkst vinden en wat niet (voor zover de items overlappen). In Tabel 3.35 zijn de belangscores voor de vergelijkbare vragen uit de drie belangvragenlijsten nog eens naast elkaar gezet (met tussen haakjes de rangorde in de eigen lijst). De range in belangscores is vergelijkbaar. Wel scoren de klinische cliënten iets vaker hogere belangscores dan beide andere groepen. De Beschermd Wonen cliënten scoren gemiddeld het laagst. In alle drie cliëntengroepen wordt veel belang gehecht aan bejegening, voldoende aandacht en duidelijkheid (bijvoorbeeld aan spraken houden). Dat laatste geldt vooral voor de Beschermd Wonen cliënten. Opvallend is het verschil in het belang dat wordt gehecht aan de behandel- of begeleidingsplannen. Klinische cliënten hechten hier veel meer waarde aan (vooral) Beschermd Wonen cliënten, en in mindere mate de Begeleid Zelfstandig Wonen cliënten. Voor wat betreft de overige belangvragen zijn de verschillen gering. In alle groepen wordt bijvoorbeeld even weinig belang gehecht aan aandacht voor dagactiviteiten en herstel, en aan informatie over cliëntenrechten.

Tabel 3.35 Vergelijking van belangscores tussen de drie cliëntgroepen

Omschrijving	Belang klinisch	Belang BW	Belang BZW
Behandelaar/begeleider begrijpt uw klachten	3.59 (1)	3.31 (2)	3.43 (3)
Behandelaar/begeleider neemt u serieus	3.54 (2)	3.46 (1)	3.59 (1)
Instemmen met behandelplan/begeleidingsplan	3.52 (3)	3.16 (6)	3.28 (7)
In overleg bijstellen van het behandelplan/begeleidingsplan	3.52 (3)	3.09 (10)	3.33 (5)
Begrijpelijke uitleg van behandelaar/begeleider	3.44 (5)	3.12 (7)	3.43 (3)
Verpleegkundige/begeleider luistert aandachtig	3.44 (5)	3.30 (3)	3.44 (2)
Kunnen meebeslissen over behandelplan/begeleidingsplan	3.42 (7)	2.23 (22)	3.16 (11)
Verpleegkundige/begeleider houdt zich aan afspraken	3.36 (8)	3.23 (5)	3.25 (9)
Geen tegenstrijdige informatie van behandelaars/begeleiders	3.30 (9)	3.26 (4)	3.26 (8)
Behandelaar/begeleider besteedt aandacht aan gezondheid	3.24 (10)	2.86 (12)	2.80 (16)
Behandelaars/begeleiders op één lijn	3.19 (11)	3.00 (11)	3.16 (11)
Verpleegkundige/begeleider heeft voldoende tijd voor u	3.18 (12)	3.12 (7)	3.31 (6)
Alles opnieuw moeten vertellen	3.12 (13)	2.76 (14)	2.66 (18)
Verpleegkundige/begeleider overdag kunnen spreken	3.06 (14)	2.76 (14)	2.91 (15)
Kiezen voor betrekken familie of vrienden	3.04 (15)	2.36 (19)	2.93 (14)
Info over recht tot inzien dossier	3.03 (16)	2.79 (13)	2.76 (17)
Verpleegkundige/begeleider 's avonds/weekend kunnen spreken	2.98 (17)	2.46 (18)	2.02 (23)
Verpleegkundige/begeleider is beleefd tegen u	2.94 (18)	3.11 (9)	3.19 (10)
Kiezen voor andere behandelaar/begeleider	2.90 (19)	2.76 (14)	3.07 (13)
Kunnen werken aan herstel	2.87 (20)	2.17 (23)	2.28 (22)
Stimuleren tot dagactiviteiten	2.83 (21)	2.25 (21)	2.24 (20)
Info over klachtenprocedure	2.67 (22)	2.53 (17)	2.43 (19)
Info over vertrouwenspersoon	2.51 (23)	2.34 (20)	2.24 (20)
Info over cliëntenraad	2.08 (24)	2.10 (24)	1.94 (24)

Bij alle drie cliëntgroepen doet zich het fenomeen voor dat de hoogste verbeterscores worden verkregen bij onderwerpen die de cliënten het minst belangrijk vinden. Men meldt goede ervaringen met datgene wat ze graag willen. Datgene wat ze niet of veel minder krijgen, zoals informatie over klachtenprocedures en cliëntenrechten en keuzevrijheid voor behandellocatie, bewoning en behandelaar of begeleider, lijkt ze niet zo veel uit te maken. Er is hier (relatief) weinig belangstelling voor. Het is dan ook de vraag welke waarde aan de verbeterscores moet worden gehecht. De hoogte daarvan wordt eerder bepaald door het relatief ontbreken van bepaalde informatie of kenmerken, dan door de voorkeuren of wensen van de cliënten.

3.14 Samenhang tussen CQI schaalscores en achtergrondvariabelen

In het onderzoek is getracht achtergrondbestanden met diagnostische gegevens te verzamelen. Dit leverde echter aanzienlijke problemen op. Gegevens konden niet worden verstrekt (RIBW's), werden in het verkeerde format verstrekt, of konden niet op cliëntnummer worden gekoppeld. Analyses naar de samenhang tussen CQI schaalscores en diagnosegroep zijn dan ook niet uitgevoerd.

In de tabellen 3.36 t/m 3.38 zijn significante verbanden tussen de schaalscores en de achtergrondvariabelen uit de CQI weergegeven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen schalen met een voldoende tot hoge betrouwbaarheid ($\alpha > 0.70$), een matige betrouwbaarheid ($\alpha > 0.60$) en een lage betrouwbaarheid ($\alpha < 0.60$). In de tabel zijn de resultaten van t-toetsen en correlaties weergegeven.

Wat betreft de CQI voor klinische opnames (tabel 3.36) blijkt er vooral een verband te bestaan met geslacht. Over de gehele linie scoren de mannen hoger dan de vrouwen. Dit is opvallend omdat bij alle andere onderzoeken met CQI lijsten vrouwen altijd hoger scoren. Verder wordt een verband gevonden tussen etniciteit en de schalen bejegening, toegankelijkheid van de hulpverleners en deskundigheid hulpverleners. In alle gevallen scoren respondenten met (ouders met) de Nederlandse nationaliteit lager op deze schalen. Zij scoren ook lager op veiligheid op de afdeling. Verder scoren degenen die een betere gezondheid ervaren hoger op de schalen kwaliteit van de afdeling en het eigen functioneren. Dat geldt ook voor de weinig betrouwbare schalen informatie over cliëntenrechten en inspraak bij het behandelplan. Degenen die korter hebben gedaan over het invullen van de lijst en/of er minder moeite mee hadden scoren hoger op de kwaliteit van de afdeling, het eigen functioneren en informatie over de aanpak van de behandeling. Zij geven ook een hoger rapportcijfer. Leeftijd en het hebben van een betaalde baan hangen nauwelijks met de schalen samen. Mensen met een baan ervaren minder veiligheid en jongere mensen scoren wat hoger op de kwaliteit van de afdeling en de informatie over de aanpak van de behandeling.

Het klinische bestand bestaat uit 844 opgenomen en 66 ontslagen cliënten. Beide groepen verschillen niet op de CQI schaalscores. Het klinische bestand bestaat verder uit 749 klinische en 161 dagklinische cliënten (op één na allemaal nog opgenomen) en 751 ggz- en 157 verslavingszorg cliënten. Tussen deze groepen worden wel verschillen gevonden (tabel 3.36). Dagklinische cliënten scoren op vijf schalen hoger dan klinische cliënten, verslavingszorg cliënten scoren op zes schalen hoger dan ggz-clients.

Tabel 3.36 Verschillen tussen klinische, dagklinische en vz-cliënten

	VZ-cliënten scoren hoger op	Dagcliënten scoren hoger op
Bejegening		< .001
Ervaren Functioneren	< .001	
Info over klachtenprocedure	< .001	
Info over de aanpak van de behandeling	< .001	< .001
Deskundigheid van de hulpverlener	< .001	< .001
Gevoel van veiligheid		< .001
Informatie over cliëntenrechten	< .001	
Inspraak bij behandelplan	< .01	< .001

Wat betreft de CQI voor Beschermd Wonen (tabel 3.37) wordt vooral een verband gevonden met de ervaren lichamelijke en psychische gezondheid en de taal die men thuis spreekt. Degenen die een slechtere gezondheid ervaren, scoren hoger op bejegening, kwaliteit van de huisvesting en de deskundigheid van de begeleiders. Zij geven ook een hoger rapportcijfer. Degenen die thuis een andere taal dan Nederlands spreken scoren hoger op bejegening, kwaliteit van de huisvesting, de toegankelijkheid van de begeleiders en de deskundigheid van de begeleiders. Degenen van hen die niet in Nederland geboren zijn, geven ook een hoger rapportcijfer. Er is verder een beperkte relatie met geslacht en leeftijd. Mannen en oudere respondenten hebben een hogere score op deskundigheid, en ouderen geven ook een hoger rapportcijfer. Verder scoren

degenen die minder moeite met de vragenlijst hadden hoger op bejegening en kwaliteit van de huisvesting. Tenslotte is er een duidelijk verband tussen alle schaalscore en de ervaren kwaliteit van leven. Hoe groter de kwaliteit van leven, hoe hoger de schaalscores.

Wat betreft de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen (tabel 3.38) zijn er weinig verbanden tussen de schaalscores en achtergrondvariabelen. Niet-Nederlanders scoren lager op bejegening en het rapportcijfer, en een betere lichamelijke gezondheid gaat samen met een hogere score op deskundigheid en de samenwerking tussen meerdere behandelaars. Verder scoren degenen die minder moeite hadden met het invullen van de lijst hoger op bejegening, informatievoorziening en het rapportcijfer. Tenslotte blijkt ook hier hogere schaalscores samen te gaan met een grotere ervaren kwaliteit van leven.

Tabel 3.36 Samenhang tussen schaalscores CQI klinische opname en achtergrondvariabelen

Schaal	Geslacht	Werk	Etniciteit zelf	Etniciteit vader	Etniciteit moeder	Taal thuis	Lich gezond	Psych gezond	Leeftijd	Opleiding	Duur invullen	Moeilijkheid
($\alpha > 0.70$)												
Bejegening	< 0.05		< 0.05	< 0.01	< 0.05							
Afdeling	< 0.001						< 0.01	< 0.01	< 0.05			< 0.01
Functioneren	< 0.001						< 0.01	< 0.01			< 0.01	< 0.01
Info klachten	< 0.05											
Toegankelijkheid	< 0.001		< 0.05	< 0.05	< 0.001							
Deskundigheid				< 0.001	< 0.01							
($\alpha > 0.60$)												
Info aanpak	< 0.01								< 0.05		< 0.01	
Veiligheid	< 0.05	< 0.05		< 0.01	< 0.05	< 0.05						
Nazorg	< 0.05											
($\alpha < 0.60$)												
Info rechten	< 0.001				< 0.05		< 0.01					
Behandelplan		< 0.05					< 0.05				< 0.05	
Rapportcijfer												< 0.05

Tabel 3.37 Samenhang tussen schaalscores CQI Beschermd Wonen en achtergrondvariabelen

Schaal	Geslacht	Etniciteit zelf	Etniciteit vader	Etniciteit moeder	Taal thuis	Lich gezond	Psych gezond	Leeftijd	QoL	Opleiding	Duur invullen	Moeilijkheid
(a > 0.70)												
Bejegening					< 0.01		< 0.001		< 0.001			< 0.001
Huisvesting					< 0.05	< 0.001	< 0.001		< 0.001			< 0.001
Info rechten									< 0.01			
Toegankelijkheid					< 0.01				< 0.001			
Deskundigheid	< 0.01				< 0.05	< 0.05	< 0.01	< 0.01	< 0.001			
(a < 0.60)												
Inspraak		< 0.01	< 0.05						< 0.001			
Begeleidingsplan									< 0.05			
Samenwerking					< 0.001			< 0.05	< 0.01			< 0.01
Rapportcijfer		< 0.01		< 0.05		< 0.01	< 0.001	< 0.01	< 0.001			

Tabel 3.38 Samenhang tussen schaalscores CQI Begeleid Zelfstandig Wonen en achtergrondvariabelen

Schaal	Geslacht	Etniciteit zelf	Etniciteit vader	Etniciteit moeder	Taal thuis	Lich gezond	Psych gezond	Leeftijd	QoL	Opleiding	Duur invullen	Moeilijkheid
(a > 0.70)												
Bejegening		< 0.01		< 0.001					< 0.001			< 0.01
Informatie									< 0.01			< 0.01
Deskundigheid						< 0.05			< 0.001			
(a > 0.60)												
Samenwerking						< 0.01			< 0.05			
(a < 0.60)												
Inspraak												< 0.05
Rehabilitatie												
Begeleidingsplan		< 0.05					< 0.05		< 0.05			
Rapportcijfer		< 0.05		< 0.05		< 0.05			< 0.001			< 0.05

3.15 Scores per instelling

De schaal- en itemscores zijn voor alle instellingen apart berekend en zijn weergegeven in de grafieken in bijlage 21. De verschillen tussen de scores van de instellingen is niet statistisch onderzocht door een te lage respons bij vijf ggz-instellingen en zes instellingen voor beschermd en begeleid zelfstandig wonen.

4 Conclusie en discussie

Zoals in het methodehoofdstuk al werd beschreven, was de pilot naar de CQ Index vragenlijsten voor klinische opnames en langdurende zorg een complexe onderneming, vanwege het aanzienlijk aantal van 177 locaties verdeeld over 24 deelnemende instellingen voor klinische ggz-opnames, ggz dagopnames, ontslagen klinische ggz-clients, klinische verslavingszorg opnames, beschermd wonen en/of begeleid zelfstandig wonen. Gezien de grote variëteit aan cliëntgroepen en zorgvormen was een geprotocolleerde afname van de CQI vragenlijsten niet mogelijk. Een prepilot had al uitgewezen dat maar een deel van de cliënten de vragenlijsten zelfstandig zouden kunnen invullen, en dat de rest geholpen zou moeten worden of moeten worden geïnterviewd. Een onderdeel van deze pilot was dan ook om te onderzoeken wat de beste strategie zou kunnen zijn bij de diverse cliëntengroepen.

Een eerste conclusie is dat het heel lastig bleek te zijn de juiste informatie over de cliëntenpopulaties te verkrijgen. Ondanks uitgebreide protocollen en overleg met contactpersonen, bleek er bij de dataverzameling vaak sprake te zijn van een onvolledige voorbereiding en/of het ontbreken aan cliëntinformatie. Hierdoor is het uiteindelijk niet mogelijk geweest een goede non-respons analyse te maken. Overzichten over de samenstelling van locaties waren vaak onvolledig of ontbraken geheel, er was soms sprake van een selectie van cliënten vooraf, er was niet altijd aangegeven welke cliënten wel en welke niet in staat waren aan het onderzoek deel te nemen, en er was soms gekozen voor locaties met cliënten die niet aan de doelgroep voldeden. Daarnaast werden veel potentiële respondenten gemist, omdat zij niet te bereiken waren of slecht waren ingelicht en daardoor weigerden. Dit was vooral het geval bij de woonvoorzieningen en het begeleid zelfstandig wonen. Hierdoor was slechts in een beperkte mate informatie beschikbaar over de mogelijk te behalen responspercentages in de onderzochte cliëntenpopulaties. Gezien onze ervaringen zijn deze omissies en misverstanden vooral te wijten aan communicatieproblemen en (wellicht) de onbekendheid met het doen van onderzoek. De keuze voor een contactpersoon per instelling, die op zijn/haar beurt de informatie weer doorgeeft naar locatieniveau of systeembeheer, lijkt niet een gelukkige te zijn geweest. Blijkbaar moet er sprake zijn van korte directe lijnen op uitvoeringsniveau, om er zeker van te zijn dat de dataverzameling naar wens verloopt. Dit houdt wel in er sprake is van een aanzienlijke investering in de coördinatie van de dataverzameling. grote of kleine locaties, alle zullen ze met evenveel aandacht moeten worden geleid en gecontroleerd.

Wat betreft de beste manier van data verzamelen geeft deze pilot wel enige aangrijppingspunten. Bij de klinische populaties geeft het bereiken van de cliënten weinig problemen, omdat zij zich in de regel op de afdeling bevinden. Het is dan nog wel zaak goede afspraken te maken over de datum en tijd van vragenlijstafname, om te zorgen dat iedereen aanwezig is en dat er geen interferentie optreedt met overige activiteiten op de afdeling. Bij Beschermd Wonen (BW) en Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) ligt dit anders. Veel cliënten hebben activiteiten buiten de deur en zijn niet aan een afdeling gebonden. Dit is vooral het geval bij de BZW-clients. Het is daarom zaak om goede afspraken te maken over wanneer een interviewer langs komt. Het kwam regelmatig voor dat een interviewer voor niets bij iemand aan de deur stond, of een woonvoorziening ontvolkt aantrof omdat bijna iedereen activiteiten buiten de deur had. Bij instellingen waar dit vaker voorkwam bleef de respons onder het gewenste niveau. Uit de pilot bleek dat twee (te combineren) strategieën de beste resultaten opleverden.

Allereerst het geven van een financiële vergoeding voor deelname. Instellingen die een geldbedrag in het vooruitzicht stelden als de vragenlijst ingevuld werd ingeleverd behaalden hoger responspercentages (tot 50%). Een andere succesvolle strategie was een enthousiaste inzet van begeleider, die de onderzoeker bij de cliënt introduceren en deze cliënt stimuleert tot deelname. Verder is een goede voorbereiding van belang. Cliënten behoren ruim van te voren op de hoogte te worden gebracht en te worden aangespoord tot deelname, en de administratie moet op orde zijn (interviewbestanden, data en tijden). Zoals ook al uit de prepilot bleek, is een grote steunende inzet van de begeleiding een belangrijke voorwaarde voor deelname aan onderzoek met een CQI. Zo maar bij iemand langs de deur gaan is vruchteloos. Deze inzet van begeleiders wringt echter wel met de eis van anonieme en onafhankelijke metingen. In het interviewprotocol van het CKZ wordt uitgegaan van anonieme metingen, waarbij de begeleiding bijvoorbeeld niet weet met welke cliënt is gesproken en waarbij geen enkele druk vanuit de begeleiding op de cliënt wordt uitgeoefend. In de ggz en vz lijkt dit een onhaalbaar streven. Zonder introductie van een begeleider kom je als onderzoeker het huis niet in en zullen cliënten niet bereid zijn om mee te werken.

Het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel is gedurende de voorbereiding van deze pilot aangepast, mede door een uitbreiding van het aantal instellingen van 10 naar 24 en het inlassen van een prepilot onder 50 cliënten naar de haalbaarheid van het afnemen van CQI vragenlijsten bij de beoogde doelgroepen. In het oorspronkelijke voorstel werd uitgegaan van een bruikbare respons van 400 CQI en 400 belangvragenlijsten voor de klinische opnames en voor de langdurende zorg. Met de uitbreiding van het aantal instellingen werd ingezet op 50 CQI vragenlijsten en 10 belangvragenlijsten per instelling en per zorgsoort. Dit betekent een overall respons van 500 klinische CQI en 500 CQI voor Beschermd en Begeleid Zelfstandig Wonen (BW/BZW), 150 klinische belangvragenlijsten en 120 BW/BZW belangvragenlijsten. De uiteindelijk behaalde respons was 910 klinische CQI vragenlijsten en 900 BW/BZW vragenlijsten, waarmee het gewenste aantal ruimschoots werd behaald. Het bleek echter dat de aantallen per instelling sterk varieerden. Slechts 10 van de 15 klinische afdelingen voldeden aan de eis van 50 CQI vragenlijsten. Bij de BW/BZW-instellingen waren dit er zes van de 12. Dit betekent dat het totaal aantal lijsten wel geschikt is voor psychometrisch onderzoek, maar dat een benchmark niet kan worden uitgevoerd.

Met 128 klinische belangvragenlijsten en 112 belangvragenlijsten BW/BZW bleef de totale respons hier onder de verwachting. Cliënten vonden het niet prettig deze lijsten in te vullen en wilde liever de CQI zelf. De interviewers bleken dan aan deze wens toe te hebben gegeven uit het oogpunt van respons. Dit betekent wel dat vooral in het geval van BW en BZW de uitkomsten van de belangvragenlijst minder betrouwbaar zullen zijn.

De kwaliteit van invullen van zowel de CQI vragenlijsten als de belangvragenlijsten was bevredigend. Zoals bij alle CQI vragenlijsten het geval is, leveren de doorkiesvragen regelmatig moeilijkheden op, zelfs als de respondent wordt geassisteerd of geïnterviewd door een onderzoeker. Voor een deel kunnen de foutief beantwoorde vragen worden gecorrigeerd naar 'niet van toepassing', maar voor de rest leveren deze vragen onnodige missings op. Digitale versies zouden hier uitkomst bieden. Verder is het opvallend dat 9% (BZW) tot 18% (BW) de eerste vraag (Krijgt u hulp?) ontkennend of helemaal niet beantwoordden, terwijl zeker was dat ze die hulp wel kregen. Volgen de voorschriften van de CQI zouden deze lijsten moeten worden verwijderd, terwijl dit in dit geval overduidelijk niet nodig was. Blijkbaar schept deze vraag verwarring en zal nog eens goed naar de formulering moeten worden gekeken. Het zou jammer zijn als door deze vraag een aanzienlijk 20% lagere respons zou worden behaald.

Bij alle versies van de CQI moest een beperkt aantal lijsten uit het bestand worden verwijderd vanwege te veel missende vragen. De grens werd hierbij gesteld op meer dan een derde van alle vragen. De vragenlijsten die overbleven waren (vrijwel) volledig ingevuld. Bij de klinische CQI had meer dan 80% van de vragenlijsten minder dan vijf missings. Bij de CQI voor Beschermd Wonen geldt dit voor ongeveer de helft van de vragenlijsten en voor de CQI Begeleid Zelfstandig Wonen is dit meer dan 90%. Verder is er op één item na geen sprake van extreem scheve verdelingen of hoge onderlinge correlaties.

De respondenten geven aan dat zij in grote meerderheid niet veel moeite hadden met de lijst. De klinische CQI werd door 80% binnen 20 minuten ingevuld, voor de CQI BW was dat 75% en voor de CQI BZW bijna 90%. Eveneens een grote meerderheid gaf aan dat de lijst makkelijk was in te vullen. Meer dan 90% van de respondenten van de klinische CQI vond de lijst neutraal tot makkelijk. Bij de CQI BW en de CQI BZW was dat eveneens ruim 90%. Deze cijfers geven aan dat de CQI vragenlijsten goed zijn af te nemen bij deze groepen cliënten. Dit geldt niet alleen over het totaal, maar ook voor de verschillende populaties binnen een zorgsoort. Hoewel er soms grote verschillen werden geconstateerd in de samenstelling van de diverse respondentgroepen (bijvoorbeeld op leeftijd, geslacht en opleidingsniveau), had dit geen invloed gehad op de ervaren moeilijkheidgraad en ook niet op het aantal missings in de vragenlijst. Dus voor alle CQI lijsten geldt dat de gevonden verschillen aantoonbare invloed hebben gehad op het beantwoorden van de vragen en de kwaliteit van de data.

Factoranalyses op de drie CQI vragenlijsten leverden wisselende resultaten op. de mooiste factoroplossing werd gevonden bij de CQI klinische opname. Er werden elf schalen gevonden, waarvan zes met een voldoende tot betrouwbaarheid, drie schalen met een matige betrouwbaarheid, en twee schalen met een onvoldoende betrouwbaarheid. Bij de CQI voor Beschermd Wonen werden acht schalen gevonden, waarvan vijf met een voldoende tot goede en drie schalen met een geringe betrouwbaarheid. Bij de CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen werden zes schalen gevonden, drie met een voldoende tot goede, één met een matige, en twee met een onvoldoende betrouwbaarheid (deze lijst heeft overigens wel minder items dan de andere twee). Uit de factoroplossingen, de betrouwbaarheden van de schalen en de correlatie tussen de schalen blijkt dat de CQI voor klinische opnames de mooiste structuur oplevert. In het geval van BW en BZW lijkt er toch meer sprake zijn van 'ruis', het wellicht minder consistent beantwoorden van vragen, of toch meer moeite hebben met het begrijpen van vragen (ondanks de eigen bewering dat de lijst niet moeilijk is). deze resultaten geven echter wel aanleiding nog eens goed naar de vraagformuleringen te kijken.

Ondanks de geconstateerde verschillen zijn er ook overeenkomsten tussen de drie factorstructuren. Bejegening en deskundigheid zijn in alle drie versies betrouwbare schalen. In beide verblijfssituaties vormen de vragen over de verblijfssituatie ook een betrouwbare schaal. De vragen over het behandelplan vormen in alle versies een zwakke schaal. Ook inspraak en keuzevrijheid doen het slecht, evenals de samenwerking tussen meerdere zorgverleners. De informatie over cliëntenrechten en de klachtenprocedure geven een wat veranderlijk beeld te zien. Al met al geven de factoranalyses een redelijk consistent beeld van de onderliggende domeinen. Ongeacht het type zorg komen vergelijkbare schalen naar voren. Dit mag worden beschouwd als een teken dat de respondenten niet zomaar wat hebben geantwoord, maar dat er wel degelijk betekenisvolle elementen van de zorg worden beoordeeld.

Bij de belangscores is iets opvallends aan de hand. In alle drie gevallen wordt de relatie met de behandelaar of begeleider het belangrijkst geacht. Het gaat hier om bejegening, betrouwbaarheid, deskundigheid en duidelijkheid en verder inspraak bij de behandelplannen. Op deze items in de CQI scoren zij in de regel hoog tot zeer hoog. Dit zou dus betekenen dat de ervaringen van cliënten met de ontvangen behandeling of begeleiding goed zijn. Op de voor hen belangrijkste punten hebben ze het minst vaak een slechte ervaring. Anderzijds vinden zij juist die zaken die door de instellingen niet zo goed zijn geregeld, zoals informatie over cliëntenrechten of klachtenprocedures het minst belangrijk. Hierdoor doet zich het fenomeen voor dat de hoogste verbeterscores worden behaald op kenmerken waar men niet zo veel mee heeft, of tenminste minder dan met bejegening. Het is dan ook de vraag welke waarde aan de verbeterscores moet worden gehecht. De hoogte daarvan wordt eerder bepaald door het relatief ontbreken van bepaalde informatie of kenmerken, dan door de voorkeuren of wensen van de cliënten.

De schalen van de CQI versies hangen op enkele punten samen met de achtergrondkenmerken van de cliënten. Het betreft hierbij vooral het geslacht, etniciteit, ervaren gezondheid, gemak van invullen van de vragenlijst, leeftijd en ervaren kwaliteit van leven. Met de schaalscores van de CQI voor klinische opnames worden de meeste en sterkste verbanden gevonden, gevolgd door de CQI voor Beschermd Wonen. De achtergrondvariabelen van CQI voor Begeleid Zelfstandig Wonen correleren nauwelijks met de schaalscores. Deze afnemende sterkte in verbanden is waarschijnlijk het gevolg van de mindere mooie schaalstructuur van de BW en BZW lijsten. Ook dit lijkt een gevolg te zijn van ruis en minder betrouwbare antwoorden.

Het is onbekend hoe representatief de onderzochte populatie is voor respectievelijk alle opgenomen cliënten en cliënten in het Beschermd Wonen of het Begeleid Zelfstandig Wonen. De respons was per locatie zeer verschillend, evenals de wijze waarop cliënten voor het onderzoek werden geworven. Verder werd er op een verschillende wijze, voorafgaande aan het onderzoek, een selectie uit het cliëntenbestand gehaald. Uit de rapportages van de interviewers bleek dat er soms een strenge selectie was gemaakt van alleen de betere cliënten, of cliënten die zich vrijwillig hadden opgegeven. Daarentegen werd er op andere locaties geen of nauwelijks een selectie gemaakt en werd van persoon tot persoon bekeken of men mee wilde doen. Bij de toekomstige toepassing van de CQI vragenlijsten zal een strikt protocol moeten worden gehanteerd om deze representativiteit te waarborgen.

Ondanks de verwikkelingen rond de dataverzameling heeft deze pilot voldoende vragenlijsten opgeleverd voor het testen van de psychometrische kwaliteiten van drie versies CQI vragenlijsten. Helaas was de verdeling over de deelnemende instellingen zodanig dat er onvoldoende instellingen overbleven om een multilevel benchmark uit te voeren. Hiervoor zal of een tweede pilot moeten worden uitgevoerd óf worden er analyses uitgevoerd op de landelijke steekproef voor de jaarverantwoording. De analyses op de vragenlijsten leveren een dubbel beeld op. Enerzijds is de kwaliteit van de gegevens bevredigend en geven respondenten aan weinig moeite te hebben met het invullen, anderzijds bestaat het vermoeden dat de betrouwbaarheid van de antwoorden bij de langdurende zorg achterblijft. Dat bleek soms al uit de logboeken die interviewers bijhielden en blijkt ook uit de factoranalyses op de lijsten. Hoewel er wel een factorstructuur wordt gevonden levert deze bij BW en vooral BZW tamelijk zwakke schalen op die onderling dan ook nog tamelijk hoog correleren. De onderliggende structuur schemert wel door, maar leidt niet tot heldere en sterke schalen. Bij de CQI voor klinische opnames is dit minder het geval, al zijn ook in dit geval een aantal schalen

matig tot slecht betrouwbaar. Inhoudelijk zijn alle schalen betekenisvol, maar de onderlinge samenhang tussen de items is soms beperkt.

5 Aanpassingen van de vragenlijsten

De CQI vragenlijsten die in de pilot zijn gebruikt, zijn op grond van een aantal argumenten aangepast. Dit betreft zowel technische als inhoudelijke argumenten.

Verwijderen items op grond van de uitkomsten van de pilot

Zoals uit deze rapportage blijkt, komt slechts een beperkt aantal vragen in aanmerking voor verwijdering op basis van te veel missende waarden, een te scheve verdeling, of een te grote onderlinge correlatie. Bij de CQI klinische ggz en de CQI Begeleid Zelfstandig Wonen kwam geen enkele vraag hiervoor in aanmerking. Bij de CQI Beschermd Wonen had vraag 47 ("Kunt u terugkomen als zelfstandig wonen niet lukt?") veel missende waarden (46%). Deze vraag en de bijbehorende vraag 46 zijn verwijderd. Verder is een aantal vragen verwijderd die niet naar de ervaringen van cliënten vroegen, bijvoorbeeld: "Heeft u een eigen kamer?". In het onderstaande overzicht is per CQI vragenlijst aangegeven welke vragen dit betreft.

Er is niet gekozen voor verwijdering van vragen op basis van het niet laden op een factor of de hoogte van de belangscore. Wel zijn de laatste twee vragen over de duur van het invullen van de vragenlijst en de moeilijkheidsgraad en de open vraag verwijderd. Dze waren alleen bestemd voor de pilotstudie. Deze drie zijn niet in het onderstaande overzicht opgenomen.

Uniforme formulering van vragen

Het bleek dat er soms kleine verschillen waren in de exacte formulering van een aantal vragen in deze drie versies van de CQI vergeleken met die in de CQI kortdurende ambulante ggz en vz. Met oog op de uniformiteit zijn deze formuleringen aangepast aan die in de ambulante lijst.

Herformuleren en aanpassen antwoordcategoriën op aanwijzing van het CKZ

Het CKZ had bezwaar tegen het gebruik van de antwoordcategorien ja/nee bij de vragen naar de deskundigheid van behandelaars of begeleiders, en de antwoordcategorieën uitstekend-slecht bij de vragen naar de woon/verblijfsituatie. Deze vragen zijn aangepast (zie overzicht).

Toegevoegde vragen

Op basis van een vergelijking met de laatste versie van de Basisset Prestatie-indicatoren, bleek een aanvulling op de CQI vragenlijsten noodzakelijk. Het betreft vooral de CQI BW en CQI BZW (vragen naar de vervulling van zorgwensen, het ervaren effect en informatie over de begeleiding). Deze vragen zijn overgenomen uit de CQI ambulant, waarbij 'behandeling' is vervangen door 'begeleiding'. Hierdoor lopen de CQI vragenlijsten nu allemaal synchroon met de Basisset (zie overzicht).

De herziene versie van de CQI klinisch bevat 73 vragen (was 78).

De herziene versie van de CQI Beschermd Wonen bevat 71 vragen (was 68).

De herziene versie van de CQI Begeleid Zelfstandig Wonen bevat 57 vragen (was 51).

Overzicht aanpassingen (vraagnummers in pilot en herziene versie)

	Pilot	Herzien
Verwijderd		
<i>CQI klinisch</i>		
. Heeft u een eigen kamer?	42	
. Apart toilet voor mannen en vrouwen?	43	
. Mogelijkheid om apart te zitten	51	
. Aanwezigheid van een rookruimte	52	
<i>CQI BW</i>		
. Apart toilet voor mannen en vrouwen?	34	
. Binnenkort zelfstandig wonen?	46	
. Terugkomen als zelfstandig wonen niet lukt	47	
<i>CQI BZW</i>		
. Geen vragen verwijderd		
Herformulering antwoordcategorieën		
<i>CQI klinisch</i>		
. Behandelaar begrijpt klachten	32	32
. Aandacht voor lichamelijke gezondheid	33	33
. Juiste aanpak van de behandeling	34	34
. Verpleegkundige zorgt voor veilige sfeer	35	36
. Omgaan met ruzie in de groep	36	37
. Verpleging op groep aanwezig	37	38
. Kwaliteit van de afdeling	44	43
. Staat van onderhoud van de afdeling	45	44
. Schoon houden van de afdeling	46	45
. Kwaliteit van het eten	47	46
. Brandveiligheid	48	47
. Bescherming tegen diefstal	49	48
. Aansporen dagactiviteiten	54	50
<i>CQI BW</i>		
. Begeleider begrijpt klachten	27	30
. Aandacht voor lichamelijke gezondheid	28	31
. Begeleider stelt juiste vragen	29	32
. Begeleiding zorgt voor veilige sfeer	30	33
. Omgaan met ruzie	31	34
. Verpleging in huis aanwezig	32	35
. Grootte woonruimte	35	42
. Kwaliteit van de woning	36	43
. Staat van onderhoud van de woning	37	44
. Schoon houden van de woonkamer	38	45
. Brandveiligheid	39	46
. Aansporen dagactiviteiten	43	50
. Aansporen vrijetijdsbesteding	44	51
<i>CQI BZW</i>		
. Begeleider begrijpt klachten	23	26
. Aandacht voor lichamelijke gezondheid	24	27
. Begeleider stelt juiste vragen	25	28
. Aansporen dagactiviteiten	28	36
. Aansporen vrijetijdsbesteding	29	37

Toevoegde vragen		
<i>CQI klinisch</i>		
. Behandelplan naar wens uitgevoerd.		35
<i>CQI BW</i>		
. Informatie over aanpak begeleiding	6	
. Informatie over omgaan met klachten	7	
. Informatie over resultaat van de begeleiding	8	
. Juiste aanpak begeleiding	36	
. Begeleidingsplan naar wens uitgevoerd	37	
. Ervaren functioneren	38	
. Omgaan met klachten	39	
. Beoordeling klachten	40	
<i>CQI BZW</i>		
. Informatie over aanpak begeleiding	6	
. Informatie over omgaan met klachten	7	
. Informatie over resultaat van de begeleiding	8	
. Juiste aanpak begeleiding	29	
. Begeleidingsplan naar wens uitgevoerd	30	
. Ervaren functioneren	31	
. Omgaan met klachten	32	
. Beoordeling klachten	33	

Bijlage 1

Verslag focusgroep vragenlijst 'Consumer Quality Index voor de geestelijke gezondheidszorg langdurig zorgafhankelijke en klinisch opgenomen cliënten' (CQ-Index LZA/klinisch)

27 maart 2008

Daniëlle Meije



Introductie

Tegenwoordig moeten instellingen in de gezondheidszorg steeds meer gaan aantonen welke resultaten zij met hun hulpverlening boeken. Dat geldt ook voor de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg (vz): de ggz in brede zin. Het gaat er dan niet alleen om of de cliënten er beter op worden, maar vooral ook hoe zij de hulpverlening ervaren hebben. Om dit te kunnen meten werken onderzoekers van het Trimbos-instituut aan de ontwikkeling van een vragenlijst, de zogeheten Consumer Quality Index (CQ-index).

De CQ-Index is gebaseerd op een vragenlijst die in de Verenigde Staten werd ontwikkeld door verzekeraars die van hun verzekерden wilden weten wat zij vinden van de kwaliteit van de zorg die zij van zorgverleners ontvangen. Deze manier van het meten van de ervaringen van cliënten is in Nederland overgenomen voor de hele gezondheidzorg. Er worden dus voor allerlei ziekten CQ-Index vragenlijsten ontwikkeld. Er is bijvoorbeeld een CQ-Index voor ziekenhuiszorg, een CQ-Index voor heup- en knie-operaties, en een CQ-Index voor huisartsen. En nu werkt het Trimbos-instituut aan een CQ-Index voor de ggz en verslavingszorg. De ontwikkeling van de vragenlijst is aan allerlei regels en procedures verbonden. De vraagstelling ligt voor een deel vast en dat geldt ook voor de manier waarop vragen gesteld worden.

Het is de bedoeling dat de uitkomsten van de CQ-index worden gebruikt voor verschillende doelen, onder andere:

- de uitkomsten worden op de website kiesBeter.nl getoond en cliënten van de ggz kunnen zien hoe andere cliënten de zorg van een bepaalde instelling ervaren (een sterrensysteem als in de Michelingids),
- de ggz-instellingen kunnen zien op welke punten de cliënten de zorg als goed ervaren en op welke punten verbetering mogelijk is,
- verzekeraars kunnen de uitkomsten gebruiken voor de onderhandelingen met de instellingen die zij contracteren,
- de inspectie voor de (geestelijke) gezondheidszorg krijgt zicht op de kwaliteit van de zorgverlening naar de mening van cliënten.

De eerste versie van de CQ-Index is ontwikkeld voor de cliënten van de kortdurende ambulante ggz. Deze vragenlijst is in een onderzoek bij vijf ggz-instellingen uitgetest. Momenteel vindt er een tweede onderzoek plaats bij twintig zorgaanbieders die ambulante zorg bieden. In dit onderzoek wordt nagegaan of het mogelijk is om verschillen in kwaliteit tussen deze zorgaanbieders aan te tonen.

De vragenlijst die voor de kortdurende ambulante ggz ontwikkeld is, vormt de basis voor de versies voor de langdurende en klinische zorg. De vraag aan de focusgroepen was om deze CQ-Index aan te passen vanuit het perspectief van de langdurende en klinische zorg. Te denken viel aan thema's als rehabilitatie, wonen, verblijf en veiligheid. Tijdens de focusgroep van 27 maart 2008 is gesproken over deze thema's en eventuele aanvullingen. De opmerkingen van de leden van de focusgroep zijn daarna verwerkt in een eerste versie van een CQ-Index voor de langdurende en klinische ggz. Deze vragenlijst is vervolgens besproken tijdens de focusgroep van 2 april 2008.

Voor u ligt het verslag van de bijeenkomst die gehouden is op donderdag 27 maart 2008 van 13.00 uur tot 17.00 uur bij het Trimbos-instituut. Bij deze bijeenkomst waren acht deelnemers, een voorzitter (Bob van Wijngaarden) en een secretaris (Daniëlle Meije) aanwezig. Twee personen hadden zich wel opgegeven, maar zijn niet gekomen. Bob van Wijngaarden is projectleider van het project ontwikkeling van de Consumer Quality Index

(CQ-I) voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Daniëlle Meije werkt ook aan dit project.

Doel van de focusgroepen

De CQ-Index LZA/klinisch is een vragenlijst voor het meten van de ervaringen van langdurig zorgafhankelijke cliënten. Het gaat dan om ervaringen met de begeleiding, behandeling en/ of het verblijf in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het betreft hier de ggz-instellingen in brede zin: algemene psychiatrische ziekenhuizen, verslavingszorg instellingen, regionale instellingen beschermd wonen (RIBW's), maatschappelijke opvang, psychiatrische afdelingen van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ/PUK).

Bij het meten van ervaringen gaat het niet alleen over de vraag of de behandeling resultaat heeft opgeleverd, maar juist ook over zaken als een respectvolle benadering, serieus genomen worden, goed geïnformeerd worden of een prettige woonomgeving.

Om dit goed te kunnen meten, is het van belang om eerst vast te stellen welke kenmerken van de behandeling voor cliënten belangrijk zijn. Uit eerdere onderzoeken naar de tevredenheid van cliënten en naar de mate waarin de ggz-zorg rekening houdt met de achtergrond en wensen van cliënten, blijkt dat cliënten de volgende zaken (ook wel *thema's* of *dimensies* genoemd) het meest belangrijk vinden:

1. De **bereikbaarheid** van de hulpverleners
2. De **informatie** die zij krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
3. De **inspraak** en keuzevrijheid die zij hebben bij de behandeling
4. De wijze waarop zij door de handelaar worden **bejegend**
5. De inhoudelijke **deskundigheid** van de hulpverlening
6. Het **resultaat** van de behandeling
7. De **woon- en leefomstandigheden** op de plaats waar ze wonen/verblijven
8. De **continuïteit van zorg en nazorg**: de afstemming tussen verschillende hulpverleners
9. Het aanbod op het gebied van **dagbesteding**

Het merendeel van deze thema's is tijdens de ontwikkeling van de CQ-index voor cliënten van de ambulante ggz besproken en passend bevonden. Tijdens de focusgroep van 27 maart 2008 is onderzocht in hoeverre deze thema's ook voor de langdurig zorgafhankelijke cliënten en klinisch opgenomen cliënten van belang zijn.

Voor elk van deze thema's is een aantal voorbeelden bedacht. Deze zijn ook afkomstig uit eerder onderzoek en uit bestaande vragenlijsten. Bij de ontwikkeling van deze nieuwe CQ-index wordt zoveel mogelijk aan deze thema's vastgehouden.

Het doel van de focusgroep bijeenkomst op 27 maart was om de volgende vragen te bespreken:

- Ontbreken er nog belangrijke thema's?
- Welke van de thema's zijn het meest belangrijk en welke minder?
- Wat zijn goede subthema's?
- Welke vragen kun je stellen bij de verschillende subthema's?
- Welke aanvullingen en opmerkingen kunnen worden gemaakt?

Deze vragen zijn per thema behandeld.

De deelnemers

De deelnemers deden mee aan de focusgroep namens het Basisberaad Rijnmond en de cliëntenraden van de Geestgronden, GGZ Buitenamestel, Cordaan, Tactus, Altrecht, Centrum Maliebaan en Novadic Kentron.

Bespreking per thema

In de focusgroep zijn de thema's stuk voor stuk besproken. In het vervolg van deze rapportage zijn de opmerkingen en aanvullingen van de leden van de focusgroep per thema in steekwoorden weergegeven. Deze opmerkingen zijn later verwerkt in de eerste versie van de CQ-Index voor de langdurende en klinische ggz. De deelnemers vonden alle thema's van belang en ook de voorbeelden die gegeven werden, waren relevant.

Thema 1: Bereikbaarheid

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Bereikbaarheid voor maken van afspraken	Afspraak maken (buiten kantooruren) Tijd tussen afspraak maken en afspraak hebben
Snel terecht kunnen	Een behandelaar even kunnen aanschieten

- hulpverleners zijn te druk met andere dingen
- op korte termijn gehoord worden
- medische zorg ondergeschoven kindje
- wachtlijsten is iets anders dan toegankelijkheid
- fysieke bereikbaarheid een belangrijk punt
- na kantoorijden kunnen bellen in geval van nood
- alleen kunnen bellen op vaste tijden, op wisselende dagen, verschillende tijdstippen: bijvoorbeeld vrij vroeg in de ochtend (nog niet wakker)
- crisdienst bellen
- wachtlijstgroepen
- combinatie nazorg en wachtlijstgroepen

Thema 2: Informatievoorziening over:

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Medicatie	(Bij)werking medicijnen
Begeleiding	Behandel- en begeleidingsvormen Betrekken familie of vrienden in de behandeling Wijzen op behandeling of woonmogelijkheden elders Wijzen op zelfhulpgroepen, cliëntondersteuning, E-hulp, alternatieve geneeswijzen
Rechten	Afdelingsregels Cliëntenraad Klachtenprocedure
Wonen en verblijf	Soorten woonvormen
Dagbesteding	Dagactiviteitencentra, werkprojecten

Medicatie:

- bijsluiter bijleveren bij medicatie
- alternatieven: wat zijn de mogelijkheden
- goede informatie over chemische processen
- inzicht verwerven (educatie)
- info over dik worden en lichamelijke klachten (Parkinson)
- inzetten ervaringsdeskundigen
- krijg je de beste medicijnen

Behandeling:

- over zelfstandig wonen
- alternatieven of zelfhulpgroepen moet je in programma zelf bouwen
- correcties op dossier

Rechten

- rookruimten
- PVP, cliëntenraad, behandelplan etc.
- duur separatie
- veel informatie wordt nu door vrijwilligers gegeven

Thema 3: Inspraak en keuzevrijheid

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Meebeslissen over de behandeling en begeleiding	Keuze hulpverlener Keuze waar wonen, behandeling Weigeren behandeling, medicatie
Begeleidingsplan/ behandelovereenkomst	Inspraak begeleidings/behandelovereenkomst Afspraken in overeenkomst wijzigen
Wilsbeschikking	Zelfbeschikkingscontract, crisiskaart of wilsverklaring

- kiezen voor waar je woont
- behandelplan, kiezen voor man of vrouw
- kunnen wisselen PB'er
- luiheid hulpverleners, tijd en energie van hulpverlener
- veranderingen in behandelplan, geen behandelplan krijgen
- kunnen weigeren
- inhoud behandelplan goed leesbaar, wat de cliënt belangrijk vindt
- persoonlijk behandelplan
- in- en uitstroom RIBW: welke keuzen heb je daarbij

Thema 4: Bejegening

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Aandacht	Hoeveelheid tijd die begeleider aan u besteedt Interesse in uw mening Aandachtig luisteren
Respect	Begrijpelijk uitleg hulpverlening Inbrengen eigen ervaring Afspraken nakomen Serieus genomen worden
Vertrouwen	Veilig voelen bij hulpverlener Omgaan met vertrouwelijke informatie
Persoonlijke achtergrond	Afstemmen op levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur

- respect ontbreekt bij hulpverlener
- gelijkwaardigheid
- tijd op zich niet voldoende, afspraken zijn zoals afgesproken
- het gaat om voldoende gehoord zijn
- geen routine van hulpverleners
- niet luisteren, de tijd volmaken
- geen afspraken nakomen
- leeftijd begeleiders te jong: vertellen wat ik moet doen, hebben zelf niets meegeemaakt
- positieve grondhouding opbouwen
- aandacht voor wat goed gaat
- zelfvertrouwen versterken.

Thema 5: Deskundigheid begeleider

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Kennis en kunde	Goed zijn in vak Juiste diagnosestelling Aandacht hebben voor sfeer Begrijpelijke uitleg door hulpverlener

- juiste diagnose
- je beperkingen durven te benoemen, je grenzen kennen: op tijd doorverwijzen
- te jong, geen ervaring
- levenservaring
- maar te oud is ook niet goed
- bereid om te gaan zoeken waar je niet goed in bent
- juiste vragen stellen vanuit wereld cliënt
- werkelijke aandacht hebben
- lotgenoten vaak effectiever
- positieve grondhouding, frisse blik
- draad steeds weer oppakken bij volgend gesprek
- steeds weer een ander
- fouten durven toegeven

- afstand is te groot
- aandacht voor psychische oorzaak voor verslaafd raken: dubbele diagnostiek en behandeling

Thema 6: Ervaren behandelresultaat

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Functioneren	Effect op functioneren: slapen, wonen, dagbesteding, werken
Behandeling naar wens uitgevoerd	Behandeling juiste aanpak klachten Uitvoering behandelingsplan

- geen issue
- heel wisselende reacties, geen direct effect

Thema 7: Continuïteit van zorg

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Informatie uitwisseling tussen hulpverleners	Onderling contact tussen hulpverleners Juiste informatie geven
Afstemming tussen hulpverleners	Herhaaldelijk uw verhaal moeten doen Hulpverleners op één lijn qua aanpak behandeling/begeleiding

- contact diverse disciplines
- continuïteit van leven
- steun van buiten
- verantwoordelijk persoon
- kunnen terugkomen op de eigen afdeling, bij eigen hulpverlener
- doorstroming naar andere afdeling
- nazorg op tijd starten, dat je iets hebt, dat de behandelaar je op iets wijst: begint al op het moment van binnenkomst
- ergens bij elkaar komen na ontslag uit ggz of vz, monitoren, toezicht, terugvalpreventie moeilijk om aan medicijnen te komen: moeten bellen naar apotheek, apotheek heeft medicijnen niet op voorraad, weer terug moeten komen bij apotheek

Thema 8: Woon- en leefomstandigheden

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Kwaliteit woonruimte	Grootte woonruimte Inrichting kamer of woonruimte Algemene ruimten
Privacy	Terugtrekken op rustige, privé-plek Gelegenheid alleen te zijn Onuitgenodigd binnen komen van anderen
Kwaliteit service	Maaltijden Schoonmaak
Fysieke veiligheid	Handelen in geval van brand of calamiteiten Veiligheid woonomgeving
Persoonlijke veiligheid	Op uw gemak voelen in woonomgeving Intimidatie Pesten Agressie

- eten, slaapzaal, hygiëne
- inrichting, sfeer, ongezellig
- samen koken is ook niet alles: toezicht is nodig op de kwaliteit
- slecht eten, magnetronwerk
- privacy, veiligheid, gevaar voor jezelf
- zelf kleuren kunnen kiezen
- tekeningen ophangen in gemeenschappelijke ruimte, niet door iedereen gewaardeerd.
- permanent toezicht
- moet bespreekbaar zijn
- beveiliging kan vaak niet
- geluidsoverlast
- brandveiligheidsvoorschriften
- wc voor vrouwen apart
- zijn de regels bekend? brandoefeningen?
- hygiëne, controle nodig?
- verhouding vrouwen en mannen
- praten over incidenten
- als je drinkt krijg je minder hulp
- kwalitatief goede huisvesting

Thema 9: Dagbesteding

Subthema	Steekwoorden als voorbeeld
Activiteiten binnen ggz	Dagactiviteitencentra, werkprojecten Aansluiting dagactiviteiten programma bij behoefte Aanwezigheid dagprogramma
Activiteiten buiten ggz	Contact met buurthuis Zorgen voor dagbesteding buiten ggz

- meer verplichtingen
- op maat verstrekken
- taak hulpverlener
- vaak geen aanbod, zit de hele dag binnen: zorg voor dagbesteding
- tips geven over contacten buiten
- meedenken met wat voor jou belangrijk is

Afsluiting

Na het bespreken van de thema's werd de bijeenkomst om 17.00 uur afgesloten. De deelnemers werden bedankt voor hun inzet en afgesproken is dat de deelnemers te zijner tijd het verslag krijgen. De opmerkingen worden zoveel mogelijk verwerkt in de nieuwe vragenlijst.

Bijlage 2

Verslag focusgroep vragenlijst 'Consumer Quality Index voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg langdurig zorgafhankelijke en klinisch opgenomen cliënten' (CQ-Index LZA/klinisch)

2 april 2008

Daniëlle Meije



Introductie

Momenteel zijn alle instellingen bezig met het meten van de prestaties. Zo ook de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz), verslavingszorg (vz) en maatschappelijke opvang: de ggz in brede zin. De onderzoekers van het Trimbos-instituut werken aan de ontwikkeling van een vragenlijst, de zogenaamde Consumer Quality Index.

De vragenlijst is oorspronkelijk ontwikkeld in de VS (2003) door verzekeraars die van hun verzekeren willen weten wat zij van de kwaliteit van de zorg vinden die zij van zorgverleners ontvangen. Ook willen de verzekeraars weten wat de verzekeren van de dienstverlening van de verzekeraar vinden. Het gaat er hier om hoe de cliënten de zorg- en dienstverlening ervaren. Een verzekeraarsmaatschappij in Nederland was enthousiast over de vragenlijst en wilde de vragenlijst ook in Nederland gaan gebruiken. Ook de overheid toonde belangstelling en ging de ontwikkeling van de vragenlijst voor de Nederlandse situatie stimuleren: de CQ-I genoemd. Inmiddels worden er voor verschillende sectoren (ziekenhuizen, thuiszorg etc.) vragenlijsten ontwikkeld. De uitkomsten van de vragenlijst zijn bruikbaar voor verschillende doelen, onder andere:

- de uitkomsten worden op kiesBeter.nl getoond en cliënten van de ggz kunnen zien hoe andere cliënten de zorg van een bepaalde instelling ervaren (een sterrensysteem als in de Michelingids),
- de ggz-instellingen kunnen zien op welke punten de cliënten de zorg als goed ervaren en op welke punten verbetering mogelijk is,
- verzekeraars kunnen de uitkomsten gebruiken voor de onderhandelingen met de instellingen die zij contracteren,
- de inspectie voor de (geestelijke) gezondheidszorg krijgt zicht op de kwaliteit van de zorgverlening naar de mening van cliënten.

Het Trimbos-instituut ontwikkelt de lijst voor de ggz. We zijn begonnen voor de cliënten van de kortdurende ambulante ggz en de vragenlijst wordt momenteel getest bij 21 zorgaanbieders die ambulante zorg bieden. De ontwikkeling van de vragenlijst is aan allerlei regels en procedures verbonden. De vraagstelling ligt voor een deel vast en dat geldt ook voor de manier waarop vragen gesteld worden. Ook heeft dit tot gevolg dat de vragenlijst lang is.

De vragenlijst die voor de kortdurende ambulante ggz ontwikkeld is, vormt de basis voor de versies voor de langdurende en klinische zorg. Tijdens deze focusgroepen gaan we dus spreken vanuit het perspectief van de langdurende en klinische zorg. Thema's als rehabilitatie, wonen, verblijf en veiligheid zijn belangrijk en spelen minder in de ambulante zorg. Tijdens de focusgroep van 27 maart 2008 is gesproken over de verschillende thema's en Bob heeft dat wat besproken is, verwerkt in de vragenlijst. Deze vragenlijst wordt besproken tijdens de focusgroep van 2 april 2008.

Voor het voorgaande stuk, zie mijn aanpassingen bij het vorige focusgroeprapport

Voor u ligt het verslag van de bijeenkomst die gehouden is op woensdag 2 april 2008 van 13.30 uur tot 17.00 uur bij het Trimbos-instituut. Bij deze bijeenkomst waren tien deelnemers, een voorzitter (Bob van Wijngaarden) en een secretaris (Daniëlle Meije) aanwezig. Vier personen die zich hadden opgegeven zijn niet gekomen. Bob van Wijngaarden is projectleider van het project 'Ontwikkeling van de Consumer Quality Index (CQ-I) voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz)' en Daniëlle Meije werkt ook aan dit project.

Doel van de focusgroepen

De CQ-Index langdurende en klinische ggz is een vragenlijst voor het meten van de ervaringen van langdurig zorgafhankelijke cliënten. Het gaat dan om ervaringen met de begeleiding, behandeling en/ of het verblijf in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het betreft hier de ggz-instellingen in brede zin: algemene psychiatrische ziekenhuizen, verslavingszorg instellingen, regionale instellingen beschermd wonen (RIBW's), instellingen voor maatschappelijke opvang, psychiatrische afdelingen van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ/PUK).

Bij het meten van ervaringen gaat het niet alleen over de vraag of de behandeling resultaat heeft opgeleverd, maar juist ook over zaken als een respectvolle benadering, serieus genomen worden, goed geïnformeerd worden of een prettige woonomgeving.

Om dit goed te kunnen meten, is het van belang om eerst vast te stellen welke kenmerken van de behandeling voor cliënten belangrijk zijn. Uit eerdere onderzoeken naar de tevredenheid van cliënten en naar de mate waarin de ggz-zorg rekening houdt met de achtergrond en wensen van cliënten, blijkt dat cliënten de volgende zaken (ook wel *thema's* of *dimensies* genoemd) het meest belangrijk vinden:

10. De **bereikbaarheid** van de hulpverleners
11. De **informatie** die zij krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
12. De **inspraak** en keuzevrijheid die zij hebben bij de behandeling
13. De wijze waarop zij door de handelaar worden **bejegend**
14. De inhoudelijke **deskundigheid** van de hulpverlening
15. Het **resultaat** van de behandeling
16. De **woon- en leefomstandigheden** op de plaats waar ze wonen/verblijven
17. De **continuïteit van zorg en nazorg**: de afstemming tussen verschillende hulpverleners
18. Het aanbod op het gebied van **dagbesteding**

Voor deze thema's is een eerste versie van een CQ-Index langdurende en klinische ggz ontwikkeld. Deze versie werd besproken in de focusgroep.

De belangrijkste vragen voor de focusgroep waren:

- 1) Zijn de vragen begrijpelijk, snappen cliënten wat er wordt gevraagd?
- 2) De lijst is erg (te) lang. Welke vragen zouden kunnen worden geschrapt?
- 3) De lijst is nu nog erg gemaakt voor cliënten in de ggz. Zijn de vragen toepasbaar voor de verslavingszorg?
- 4) De vragen 8 en 9 zijn op twee verschillende manieren geformuleerd. Wat is de beste formulering in uw ogen?
- 5) In hoeverre zullen cliënten in de langdurende en klinische zorg in staat zijn om deze vragen te beantwoorden?

De deelnemers

De deelnemers zaten er namens Ypsilon, Anoiks en de cliëntenraden van Novadic Kentron, Geestgronden, Altrecht, Tussenvoorziening Utrecht, Tactus en Centrum Maliebaan. Zowel de ggz als de verslavingszorg waren hiermee goed vertegenwoordigd.

Algemene opmerkingen over de vragenlijst

De deelnemers hebben tegenstrijdige ideeën over de vragenlijstlijst. Enerzijds vindt iedereen vrijwel alle vragen relevant. Ze zouden allemaal aan cliënten gesteld moeten worden om de kwaliteit van de zorg op uiteenlopende gebieden te kunnen verbeteren. Anderzijds is de vragenlijst echt te lang, te gedetailleerd en zal juist de doelgroep snel

afhaken omdat het te veel werk is en de vragen soms wat te lastig zijn. Voorgesteld wordt om de vragenlijst in etappes voor te leggen aan de cliënten, telkens een portie. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede. Bob merkt hierover op dat het praktisch waarschijnlijk moeilijk haalbaar is.

Veel cliënten zullen niet in staat zijn om de lijst in te vullen, zeker niet als ze in crisis zijn. Als mensen net in behandeling zijn, moeten ze nog niet lastiggevallen worden met de vragenlijst. Vraag: wanneer weet je genoeg ofwel ben je lang genoeg in zorg om de vragenlijst te kunnen invullen. Voorstel: de vragenlijst niet voorleggen in de eerste drie à vier maanden (is dat zo gezegd, ik dacht de eerste paar dagen?) van opname. Dit hangt wel af van de zorgsoort. Vergelijk een time out van tien dagen. Dan is het niet zinvol om de vragenlijst maanden later te laten invullen.

De aanwezigen pleiten ervoor dat de cliënten geholpen kunnen worden bij het invullen door ervaringsdeskundigen. Het succes staat of valt bij de hulp van anderen en dat moet gefinancierd worden. Bob en Daniëlle benadrukken dat dit ook de bedoeling is. Kwadraad, Steunpunten cliëntondersteuning ggz en cliëntenraden kunnen hierbij mogelijk een rol spelen. Wel is het belangrijk dat het interviewereffect zoveel mogelijk beperkt wordt. De interviewer moet zo goed mogelijk luisteren en de vragenlijst zo goed mogelijk in de geest van de cliënt invullen. Het moet een onafhankelijke partij zijn, zeker geen behandelaar.

Er bestaat een voorkeur voor verschillende versies per zorgsoort: voor klinisch gebruik, voor RIBW etc. Op deze manier kan het woordgebruik en de vraagstelling per zorgsoort aangepast worden. Het gaat bijvoorbeeld soms om de behandelaar, soms gaat het om de persoonlijk begeleiders, soms over de verpleegkundige. Er moet duidelijk worden gemaakt over welke hulpverlener het gaat. Soms moet je voor een hulpverlener op een kantoorje kloppen, soms moet je hem/haar bellen etc. Verder gaan de vragen per versie over één type aanbod, bijvoorbeeld alleen over de hulpverlening van de RIBW en niet over de ambulante hulp of het DAC.

Tekstsuggesties worden zoveel mogelijk rechtstreeks in de vragenlijst verwerkt en komen niet allemaal terug in het verslag. Andere opmerkingen en discussies komen hieronder per thema aan de orde.

Bereikbaarheid:

We moeten proberen vragen zo helder mogelijk te formuleren. Het antwoord moet zo eenduidig mogelijk geïnterpreteerd kunnen worden. Vraag 6 (bij behandelaar komen) is multi-interpretabel: is het moeilijk het pand binnen te komen, is de cliënt angstig en durft hij niet etc..

Vraag 1 (persoonlijk contact) & 2 (telefonisch contact) niet samen nemen, de telefoon pakken kan een drempel vormen.

De vraag komt of je alle vragen aan individuele cliënten moet vragen of dat sommige vragen ook door een cliëntenraad ingevuld kunnen worden. Deze optie gaan we bekijken.

Informatie behandeling, rechten en anders:

De vragen hebben betrekking op de afgelopen zes maanden. Lastig als dit gaat over een woonvoorziening, dan verandert bijvoorbeeld het ziektebeeld niet elke zes maanden. Er hoeft dan ook niet zo vaak informatie over gegeven worden. Sommige mensen worden helemaal niet behandeld. Het merendeel van de aanwezigen vindt dat eens per half jaar een aantal zaken besproken moeten worden.

Het gaat hier om: Is de frequentie voldoende? Ook al gebeurt het eens in de twee jaar, een cliënt kan het als voldoende ervaren.

22 vragen over informatie is veel maar vrijwel geen enkele vraag sneuvelt. Voorgesteld wordt wel om vragen die onder een ander onderdeel ook aan de orde komen te verwijderen. Bijvoorbeeld vraag 26 en 27 over dagactiviteiten/sporten, komen elders aan de orde.

Inspraak behandeling, wonen/verblijf, behandelplan:

Het voorstel is om in plaats van het werkwoord 'kunnen' het werkwoord 'mogen' te gebruiken.

Kiezen waar op welke locatie de behandeling plaats vindt en op welk tijdstip van de dag: verwijderen, meestal is deze keuze niet reëel. De vragen vervallen.

Bejegening:

De term bezegeling is lastig, de aanwezigen hebben de voorkeur voor omgang met.

De vraagstelling: 'Hoe vaak' wordt door de aanwezigen als storend ervaren. Het is echter een vraagstelling die 'verplicht is'.

Deskundigheid:

Voorgesteld wordt om te vragen of een behandelaar ook overbodige vragen stelt (staat bijvoorbeeld in het dossier).

Aanwezigheid op de groep dient hier ook een plaats te krijgen. Mengen de hulpverleners zich onder de mensen, zijn ze voldoende zichtbaar? De vraag is of dit onder deskundigheid hoort of elders.

Wonen

Vraag 81 (brandveiligheid): vaak zijn de cliënten niet op de hoogte van de voorzieningen op het terrein van de brandveiligheid.

Vraag 84 (kamer afsluiten): de sleutel is vaak kwijt. De vraag: Kunt u uw kamer afsluiten? is relevant.

Een vraag over de mogelijkheid van terugtrekken met bezoek moet ergens opgenomen worden.

Rehabilitatie:

De aanwezigen stellen voor om de term 'rehabilitatie' te vervangen door 'maatschappelijk herstel'.

De vraag over stigma wordt vervangen door een vraag over aandacht hebben voor buitengesloten zijn. Krijgt de cliënt voldoende hulp of advies op dit gebied.

Continuïteit:

De aanwezigen vinden de vragen over de huisarts relevant.

Voorgesteld wordt om te vragen naar de wisselingen in het personeel: telkens een nieuwe behandelaar of persoonlijk begeleider heeft consequenties.

Doorstroming en wachtlijsten:

Deze thema's kunnen onder bereikbaarheid vermeld worden. Het gaat dan om wachtlijstgroepen en andere voorzieningen die de instelling heeft om een wachttijd te overbruggen. Een instelling kan niet helpen dat er elders wachtlijsten zijn maar een instelling moet wel oog hebben voor de wachttijd aan de voor- en achterdeur. De vraag: Is er nazorg geregeld.

Afsluiting

Na het bespreken van de thema's werd de bijeenkomst afgesloten. De deelnemers werden bedankt voor hun inzet en afgesproken is dat de deelnemers te zijner tijd het verslag krijgen. De opmerkingen worden zoveel mogelijk verwerkt in een nieuwe versie van de vragenlijst.

Bijlage 3



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Klinisch / deeltijd

versie 4.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of verslavingszorg (vz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Over wie hebben we het?

- In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden behandelaars en begeleiders vaak verschillend genoemd. In deze lijst gebruiken we het woord **verpleegkundige** voor degene met wie u op uw afdeling het meest te maken heeft bij uw dagelijkse begeleiding. Dit is meestal een verpleegkundige, maar het kan bijvoorbeeld ook een maatschappelijk werker zijn.
- Met het woord **behandelaar** bedoelen we de psychiater, arts-assistent of psycholoog die voor uw behandeling verantwoordelijk is. Als u te maken heeft met meerdere behandelaars, dan gaan de vragen over de behandelaar met wie u het meeste contact heeft.
- Met het woord **behandeling** bedoelen we ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en dergelijke.
- **Behandelplan:** U kunt dit ook lezen als 'behandelovereenkomst' of 'behandelafspraken'.
- Met **klachten** bedoelen we de (psychische) klachten en problemen waarvoor u hulp ontvangt of heeft ontvangen.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst spreken we over 'hem'. U kunt dit lezen als 'hem/haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Bent u in de afgelopen 6 maanden klinisch opgenomen of bent u in dagbehandeling?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN DE BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de verpleegkundige en de behandelaar.

2. Is het een probleem voor u om overdag een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

3. Is het een probleem voor u om 's avonds of in het weekend een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem
- Niet van toepassing, ik ben in deeltijdbehandeling

4. Is het een probleem voor u om uw behandelaar te spreken te krijgen?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

5. Hoe lang heeft u op de wachtlijst gestaan voordat u de behandeling kon krijgen die u nu heeft?

- Niet van toepassing, ik zit op een gesloten opname afdeling
- Ik heb niet op de wachtlijst gestaan
- Twee weken tot één maand
- Eén tot drie maanden
- Drie tot vier maanden
- Vier tot acht maanden
- Acht maanden tot één jaar
- Eén tot twee jaar
- Langer dan twee jaar

INFORMATIEVOORZIENING DOOR UW BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt van uw behandelaar. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

6. Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling?

- Nee
- Ja

7. Heeft u informatie gekregen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Nee
- Ja

8. Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- Nee
- Ja

9. Heeft u in de afgelopen 6 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → **ga verder met vraag 12**
- Ja

10. Heeft u informatie gekregen over de werking van de medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

11. Heeft u informatie gekregen over de (lichamelijke) bijwerkingen van deze medicijnen?

- Nee
- Ja

12. Heeft u informatie gekregen over behandelmogelijkheden elders?

- Nee
- Ja

13. Heeft u informatie gekregen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

14. Heeft u informatie gekregen over het recht dat u heeft om een andere behandelaar naar zijn mening te vragen over uw situatie (second opinion)?

- Nee
- Ja

15. Heeft u informatie gekregen over de klachtenprocedure?

- Nee
- Ja

16. Heeft u informatie gekregen over de cliëntenraad?

- Nee
- Ja

17. Heeft u informatie gekregen over de patiëntvertrouwenspersoon (PVP)?

- Nee
- Ja

18. Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 6 maanden in gedachten. Vragen over het behandelplan kunt u ook lezen als vragen over de behandelovereenkomst of behandelafspraken.

19. Hebt u de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende soorten behandelingen op uw afdeling?

- Nee
- Ja

20. Hebt u de mogelijkheid om voor een andere behandelaar te kiezen?

- Nee
- Ja

21. Kunt u kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de behandeling?

- Nee
- Ja

22. Kunt u medicijnen weigeren zonder dat het gevolgen heeft ('straf', dwangmedicatie)?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik heb dwangmedicatie

23. Heeft u een beandelplan?

- Nee → **ga verder met vraag 27**
- Ja

24. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?

- Nee
- Ja

25. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?

- Nee
- Ja

26. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?

- Nee
- Ja

OMGANG MET UW VERPLEEGKUNDIGE

De volgende vragen gaan over hoe uw verpleegkundige met u omging in de afgelopen 6 maanden.

27. Besteедt uw verpleegkundige genoeg tijd aan u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

28. Luistert uw verpleegkundige aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

29. Is uw verpleegkundige beleefd tegen u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

30. Neemt uw verpleegkundige u serieuus?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

31. Houdt uw verpleegkundige zich aan afspraken met u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw behandelaar. Het gaat over de behandelaar met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

32. Begrijpt uw behandelaar voldoende wat uw klachten zijn?

- Nee
- Ja

33. Heeft uw behandelaar voldoende aandacht voor uw lichamelijke gezondheid?

- Nee
- Ja

34. Is de behandeling die u krijgt naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?

- Nee
- Ja

DESKUNDIGHEID VAN UW VERPLEEGKUNDIGE

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw verpleegkundige. Het gaat over de verpleegkundige met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

35. Zorgt uw verpleegkundige voor een veilige sfeer in de groep?

- Nee
- Ja

36. Gaat uw verpleegkundige goed om met ruzie in de groep?

- Nee
- Ja

37. Is de verpleging voldoende op de groep aanwezig?

- Nee
- Ja

38. Geven uw verpleegkundige en andere hulpverleners u tegenstrijdige informatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met 6 maanden geleden.

39. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

40. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter
- Ik heb geen klachten

**41. Vergelijken met 6 maanden
geleden, hoe vindt u dat u nu
met uw klachten omgaat?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter
- Ik heb geen klachten

DE AFDELING

De volgende vragen gaan over de afdeling waar u verblijft en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op heeft.

42. Heeft u een eigen kamer?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik ben in deeltijdbehandeling

**43. Is er een apart toilet voor
mannen en vrouwen?**

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik heb een eigen toilet

**44. Hoe vindt u de kwaliteit van de
afdeling? Denk bijvoorbeeld aan
geen geluidsoverlast door dunne
muren.**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**45. Hoe goed wordt de afdeling
onderhouden? Denk bijvoorbeeld
aan het schilderwerk en geen
kapotte dingen.**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**46. Hoe goed wordt de afdeling
schoongehouden?**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**47. Wat vindt u van de kwaliteit van
het eten op de afdeling?**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**48. Hoe goed besteedt de verpleging
aandacht aan de brandveiligheid
op de afdeling?**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**49. Wat vindt u van de bescherming
tegen diefstal op uw afdeling?**

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

50. Voelt u zich voldoende veilig op de afdeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

51. Zijn er mogelijkheden op uw afdeling om apart te zitten, bijvoorbeeld met bezoek?

- Nee
- Ja

52. Is er een rookruimte?

- Nee
- Ja

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen. Het gaat over activiteiten al dan niet binnen de instelling.

53. Doet u mee aan dagactiviteiten?

- Nee
- Ja

54. Hoe goed stimuleert uw verpleegkundige u om dagactiviteiten te ondernemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

55. Kunt u bij de instelling een cursus volgen om aan uw herstel te werken?

- Nee
- Ja

INFORMATIE-UITWISSELING IN HET BEHANDELTEAM

De volgende vragen gaan over de samenwerking binnen het behandelteam. Houd hierbij de laatste 6 maanden in gedachte.

56. Merkt u dat leden van het behandelteam niet weten wat er bij u speelt?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

57. Zijn de leden van het behandelteam het met elkaar eens als het gaat over de beste behandeling voor uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

58. Moet u (bijna) alles opnieuw vertellen wanneer de behandeling overgenomen wordt door een ander?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg is georganiseerd.

59. Gaat u binnenkort met ontslag?

- Nee → **ga verder met vraag 63**
- Ja

60. Is de nazorg geregeld, zoals regelmatig contact met een hulpverlener of een wachtlijstgroep?

- Nee
- Ja

61. Zijn er met u afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?

- Nee
- Ja

62. Zijn er met u afspraken gemaakt over het kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar/afdeling als dat nodig is?

- Nee
- Ja

ALGEMENE MENING OVER DE INSTELLING

De volgende vragen gaan over de instelling waarvan u behandeling en begeleiding ontvangt.

63. Welk cijfer geeft u aan de instelling waar u onder behandeling bent? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slechte instelling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende instelling

64. Zou u deze instelling aan andere mensen aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

65. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

66. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

67. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

68. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

69. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEOA, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

70. Heeft u op dit moment een betaalde baan?

- Nee
- Ja

71. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

72. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

73. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

74. In welke taal praat u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

75. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 77**
- Ja

76. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:
- _____
(a.u.b. in blokletters)

77. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

78. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 4



Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Klinisch / deeltijd
Ontslagen cliënten

versie 4.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of verslavingszorg (vz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Over wie hebben we het?

- In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden behandelaars en begeleiders vaak verschillend genoemd. In deze lijst gebruiken we het woord **verpleegkundige** voor degene met wie u op uw afdeling het meest te maken heeft bij uw dagelijkse begeleiding. Dit is meestal een verpleegkundige, maar het kan bijvoorbeeld ook een maatschappelijk werker zijn.
- Met het woord **behandelaar** bedoelen we de psychiater, arts-assistent of psycholoog die voor uw behandeling verantwoordelijk is. Als u te maken heeft met meerdere behandelaars, dan gaan de vragen over de behandelaar met wie u het meeste contact heeft.
- Met het woord **behandeling** bedoelen we ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en dergelijke.
- **Behandelplan:** U kunt dit ook lezen als 'behandelovereenkomst' of 'behandelafspraken'.
- Met **klachten** bedoelen we de (psychische) klachten en problemen waarvoor u hulp ontvangt of heeft ontvangen.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst spreken we over 'hem'. U kunt dit lezen als 'hem/haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken.

VRAAG VOORAF

1. Bent u in de afgelopen 6 maanden klinisch opgenomen geweest of heeft u dagbehandeling gekregen?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN DE BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de verpleegkundigen en de behandelaar.

2. Was het een probleem voor u om overdag een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig had?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

3. Was het een probleem voor u om 's avonds of in het weekend een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig had?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem
- Niet van toepassing, ik was in deeltijdbehandeling

4. Was het een probleem voor u om uw behandelaar te spreken te krijgen?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

5. Hoe lang heeft u op de wachtlijst gestaan voordat u de behandeling kon krijgen die u heeft gehad?

- Niet van toepassing, ik zat op een gesloten opname afdeling
- Ik heb niet op de wachtlijst gestaan
- Twee weken tot één maand
- Eén tot drie maanden
- Drie tot vier maanden
- Vier tot acht maanden
- Acht maanden tot één jaar
- Eén tot twee jaar
- Langer dan twee jaar

INFORMATIEVOORZIENING DOOR UW BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de informatie die u kreeg van uw behandelaar. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

6. Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling?

- Nee
- Ja

7. Heeft u informatie gekregen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Nee
- Ja

8. Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kon verwachten?

- Nee
- Ja

9. Heeft u in de afgelopen 6 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → **ga verder met vraag 12**
- Ja

10. Heeft u informatie gekregen over de werking van de medicijnen die u gebruikte?

- Nee
- Ja

11. Heeft u informatie gekregen over de (lichamelijke) bijwerkingen van deze medicijnen?

- Nee
- Ja

12. Heeft u informatie gekregen over behandelmogelijkheden elders?

- Nee
- Ja

13. Heeft u informatie gekregen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

14. Heeft u informatie gekregen over het recht dat u had om een andere behandelaar naar zijn mening te vragen over uw situatie (second opinion)?

- Nee
- Ja

15. Heeft u informatie gekregen over de klachtenprocedure?

- Nee
- Ja

16. Heeft u informatie gekregen over de cliëntenraad?

- Nee
- Ja

17. Heeft u informatie gekregen over de patiëntvertrouwenspersoon (PVP)?

- Nee
- Ja

18. Legde uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden die u had om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 6 maanden in gedachten. Vragen over het behandelplan kunt u ook lezen als vragen over de behandelovereenkomst of behandelafspraken.

19. Had u de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende soorten behandelingen op uw afdeling?

- Nee
- Ja

20. Had u de mogelijkheid om voor een andere behandelaar te kiezen?

- Nee
- Ja

21. Kon u kiezen of uw familie of vrienden betrokken werden bij de behandeling?

- Nee
- Ja

22. Kon u medicijnen weigeren zonder dat het gevolgen had ('straf', dwangmedicatie)?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik had dwangmedicatie

23. Had u een beandelplan?

- Nee → **ga verder met vraag 27**
- Ja

24. Kon u meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?

- Nee
- Ja

25. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?

- Nee
- Ja

26. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?

- Nee
- Ja

OMGANG MET UW VERPLEEGKUNDIGE

De volgende vragen gaan over hoe uw verpleegkundige met u omging in de afgelopen 6 maanden.

27. Besteerde uw verpleegkundige genoeg tijd aan u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

28. Luisterde uw verpleegkundige aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

29. Was uw verpleegkundige beleefd tegen u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**30. Nam uw verpleegkundige u
serieus?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**31. Hield uw verpleegkundige zich
aan afspraken met u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**DESKUNDIGHEID VAN UW
BEHANDELAAR**

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw behandelaar. Het gaat over de behandelaar met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

**32. Begreep uw behandelaar
voldoende wat uw klachten
waren?**

- Nee
- Ja

**33. Had uw behandelaar voldoende
aandacht voor uw lichamelijke
gezondheid?**

- Nee
- Ja

**34. Was de behandeling die u kreeg
naar uw mening de juiste aanpak
voor uw klachten?**

- Nee
- Ja

**DESKUNDIGHEID VAN UW
VERPLEEGKUNDIGE**

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw verpleegkundige. Het gaat over de verpleegkundige met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

**35. Zorgde uw verpleegkundige voor
een veilige sfeer in de groep?**

- Nee
- Ja

**36. Ging uw verpleegkundige goed
om met ruzie in de groep?**

- Nee
- Ja

**37. Was de verpleging voldoende op
de groep aanwezig?**

- Nee
- Ja

**38. Gaven uw verpleegkundige en
andere hulpverleners u
tegenstrijdige informatie?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met 6 maanden geleden.

39. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

40. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter
- Ik heb geen klachten

41. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter
- Ik heb geen klachten

DE AFDELING

De volgende vragen gaan over de afdeling waar u verbleef en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op had.

42. Had u een eigen kamer?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik was in deeltijdbehandeling

43. Was er een apart toilet voor mannen en vrouwen?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik had een eigen toilet

44. Hoe vond u de kwaliteit van de afdeling? Denk bijvoorbeeld aan geen geluidsoverlast door dunne muren.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

45. Hoe goed werd de afdeling onderhouden? Denk bijvoorbeeld aan het schilderwerk en geen kapotte dingen.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

46. Hoe goed werd de afdeling schoongehouden?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

47. Wat vond u van de kwaliteit van het eten op de afdeling?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

48. Hoe goed besteedde de verpleging aandacht aan de brandveiligheid op de afdeling?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

49. Wat vond u van de bescherming tegen diefstal op uw afdeling?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

50. Voelde u zich voldoende veilig op de afdeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

51. Waren er mogelijkheden op uw afdeling om apart te zitten, bijvoorbeeld met bezoek?

- Nee
- Ja

52. Was er een rookruimte?

- Nee
- Ja

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kon deelnemen. Het gaat over activiteiten al dan niet binnen de instelling.

53. Deed u mee aan dagactiviteiten?

- Nee
- Ja

54. Hoe goed stimuleerde uw verpleegkundige u om dagactiviteiten te ondernemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

55. Kon u bij de instelling een cursus volgen om aan uw herstel te werken?

- Nee
- Ja

INFORMATIE-UITWISSELING IN HET BEHANDELTEAM

De volgende vragen gaan over de samenwerking binnen het behandelteam. Houd hierbij de laatste 6 maanden in gedachte.

56. Merkte u dat leden van het behandelteam niet wisten wat er bij u speelde?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

57. Waren de leden van het behandelteam het met elkaar eens als het ging over de beste behandeling voor uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

58. Moest u (bijna) alles opnieuw vertellen wanneer de behandeling overgenomen werd door een ander?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg was georganiseerd.

59. Was de nazorg geregeld, zoals regelmatig contact met een hulpverlener of een wachtlijstgroep?

- Nee
- Ja

60. Zijn er met u afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten zouden terugkomen of verergeren?

- Nee
- Ja

61. Zijn er met u afspraken gemaakt over het kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar/afdeling als dat nodig zou zijn?

- Nee
- Ja

ALGEMENE MENING OVER DE INSTELLING

De volgende vragen gaan over de instelling waarvan u behandeling en begeleiding ontving.

62. Welk cijfer geeft u aan de instelling waar u onder behandeling was? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slechte instelling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende instelling

63. Zou u deze instelling aan andere mensen aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

64. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

65. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

66. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

67. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

68. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

69. Heeft u op dit moment een betaalde baan?

- Nee
- Ja

70. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

71. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

72. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

73. In welke taal praat u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk _____
(a.u.b. in blokletters)

74. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 76**
- Ja

75. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

76. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

77. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 5

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Beschermd wonen

versie 4.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Gebruikte woorden

- In deze vragenlijst gebruiken we het woord **begeleider**. Hiermee bedoelen we degene die u vanuit de instelling begeleidt, bijvoorbeeld een woonbegeleider maatschappelijk werker of uw persoonlijk begeleider. Als u meer begeleiders heeft, dan gaan de vragen over de begeleider met wie u het meeste contact heeft.
- **Begeleiding:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, en begeleiding verstaan.
- **Begeleidingsplan:** U kunt dit ook lezen als 'begeleidingsovereenkomst' of 'begeleidingsafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp heeft gezocht.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst wordt steeds het woord 'hem' gebruikt. U kunt dit lezen als 'hem of haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 6 maanden in een instelling voor beschermd wonen gewoond?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN DE BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de begeleider. Deze vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

2. Is het een probleem voor u om door de week overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

3. Is het een probleem voor u om in het weekend overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

4. Is het een probleem voor u om 's avonds of 's nachts een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

INFORMATIEVOORZIENING

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Heeft u informatie gekregen over wat u moet doen in een noodsituatie (bijvoorbeeld als het niet goed met u gaat)?

- Nee
- Ja

6. Heeft u informatie gekregen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

7. Heeft u informatie gekregen over de klachtenprocedure?

- Nee
- Ja

8. Heeft u informatie gekregen over de cliëntenraad?

- Nee
- Ja

9. Heeft u informatie gekregen over de cliëntvertrouwenspersoon?

- Nee
 Ja

10. Legt uw begeleider u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de begeleiding die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden. Met het woord begeleidingsplan bedoelen we ook een begeleidingsovereenkomst, cliëntplan of begeleidingsafspraken.

11. Kunt u kiezen wie uw begeleider is?

- Nee
 Ja

12. Kunt u kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de begeleiding?

- Nee
 Ja

13. Kunt u medicijnen weigeren zonder dat het gevolgen heeft ('straf')?

- Nee
 Ja

14. Heeft u kunnen kiezen in welk huis u wilt wonen?

- Nee
 Ja

15. Heeft u kunnen kiezen met wie u samen woont?

- Nee
 Ja

16. Heeft u inspraak in het opstellen van huisregels in uw huis?

- Nee
 Ja

17. Kunt u kiezen waar uw begeleidingsgesprekken plaatsvinden (bijvoorbeeld bij u thuis of op kantoor)?

- Nee
 Ja

18. Heeft u een begeleidingsplan?

- Nee → **ga verder met vraag 22**
 Ja

19. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw begeleidingsplan?

- Nee
 Ja

20. Heeft u ingestemd met uw begeleidingsplan?

- Nee
 Ja

21. Is uw begeleidingsplan in overleg met u bijgesteld?

- Nee
- Ja, korter dan een jaar geleden
- Ja, langer dan een jaar geleden

OMGANG MET UW BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over hoe de begeleider met u omging in de afgelopen 6 maanden.

22. Heeft uw begeleider genoeg tijd voor u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

23. Lijstert uw begeleider aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

24. Is uw begeleider beleefd tegen u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

25. Neemt uw begeleider u serieus?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

26. Houdt uw begeleider zich aan afspraken met u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

DESKUNDIGHEID VAN UW BEGELEIDER

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw begeleider centraal. Het gaat over de begeleider met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

27. Begrijpt uw begeleider voldoende wat uw klachten zijn?

- Nee
- Ja

28. Besteедt uw begeleider voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid?

- Nee
- Ja

29. Stelt uw begeleider meestal de juiste vragen?

- Nee
- Ja

30. Zorgt de begeleiding voor een veilige sfeer in huis?

- Nee
- Ja

31. Gaat de begeleiding goed om met ruzie in huis?

- Nee
- Ja

32. Is de begeleiding voldoende in huis aanwezig?

- Nee
- Ja

WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

De volgende vragen gaan over uw woning en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op heeft.

33. Met hoeveel mensen woont u in één huis?

- Ik woon alleen
- Ik woon met één ander persoon
- Ik woon met 2 of 3 andere personen
- Ik woon met 4 of 5 andere personen
- Ik woon met 6 of meer andere personen,
namelijk: (aantal invullen)

34. Is er in uw huis een apart toilet voor mannen en vrouwen?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing, ik heb een eigen toilet

35. Wat vindt u van de grootte van uw woonruimte?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

36. Wat vindt u van de kwaliteit van uw woning? Denk bijvoorbeeld aan geen geluidsoverlast door dunne muren.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

37. Hoe goed wordt uw woning onderhouden? Denk bijvoorbeeld aan het schilderwerk of geen kapotte dingen.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

38. Hoe goed wordt uw gemeenschappelijke huiskamer schoongehouden?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

39. Hoe goed besteedt de begeleiding aandacht aan de brandveiligheid in uw huis?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

40. Voelt u zich voldoende veilig in huis?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen.

41. Heeft u betaald of vrijwillig werk?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Nee
- Ja, betaald werk
- Ja, vrijwillig werk

42. Neemt u deel aan dagactiviteiten (bijvoorbeeld op een DAC of zorgboerderij)?

- Nee
- Ja

43. Hoe goed stimuleert de begeleider u om dagactiviteiten te ondernemen? Denk hierbij aan (vrijwilligers)werk en activiteiten bij een DAC of een zorgboerderij.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

44. Hoe goed stimuleert de begeleider u om buitenshuis iets met uw vrije tijd te doen? Denk hierbij aan vrienden en familie bezoeken of een cursus doen in een buurthuis.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

45. Kunt u bij de instelling een cursus volgen om aan uw herstel te werken?

- Nee
- Ja

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg is georganiseerd. Het gaat hier niet om tijdelijke overplaatsing als het tijdelijk slechter met u gaat.

46. Gaat u binnenkort zelfstandig of begeleid zelfstandig wonen?

- Nee, **ga verder met vraag 48**
- Ja

47. Kunt u terugkomen bij deze instelling als het (begeleid) zelfstandig wonen niet lukt?

- Nee
- Ja

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN ZORGVERLENERS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Het gaat om de afgelopen 6 maanden.

48. Krijgt u behalve hulp van uw begeleider ook nog hulp van andere zorgverleners (bijvoorbeeld van de Riagg, polikliniek, of huisarts)?

- Nee → **ga verder met vraag 53**
- Ja

49. Heeft uw begeleider aan u toestemming gevraagd om informatie over u met andere zorgverleners te delen?

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

50. Moest u aan de andere zorgverlener(s) alles opnieuw vertellen over uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

51. Zitten uw begeleider en de andere zorgverlener(s) op één lijn als het gaat over de beste behandeling voor uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

52. Geven uw begeleiders u tegenstrijdige informatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

ALGEMENE MENING OVER DE INSTELLING

De volgende vragen gaan over de instelling waarvan u begeleiding ontvangt.

53. Welk cijfer geeft u aan de instelling waar u woont. Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slechte instelling*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekende instelling*

54. Zou u deze instelling aan andere mensen aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

55. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

56. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

57. Hoe ervaart u de kwaliteit van uw leven op een schaal van 0 tot 10. Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*

58. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

59. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

60. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

61. Wat het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

62. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

63. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

64. In welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

65. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 67**
- Ja

66. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

67. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

68. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 6



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Begeleid zelfstandig wonen/
Ambulante woonbegeleiding

versie 4.0
20 februari 2009

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de verslavingszorg (vz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Gebruikte woorden

- In deze vragenlijst gebruiken we het woord **begeleider**. Hiermee bedoelen we degene die u vanuit de instelling begeleidt, bijvoorbeeld een woonbegeleider maatschappelijk werker of uw persoonlijk begeleider. Als u meer begeleiders heeft, dan gaan de vragen over de begeleider met wie u het meeste contact heeft.
- **Begeleiding:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en begeleiding verstaan.
- **Begeleidingsplan:** U kunt dit ook lezen als 'begeleidingsovereenkomst', 'cliëntplan' of 'begeleidingsafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp heeft gezocht.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst wordt steeds het woord 'hem' gebruikt. U kunt dit lezen als 'hem of haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 6 maanden begeleid zelfstandig gewoond, of kreeg u ambulante woonbegeleiding?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN DE BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van uw begeleider. Deze vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

2. Is het een probleem voor u om door de week overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

3. Is het een probleem voor u om in het weekend overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

4. Is het een probleem voor u om ''s avonds of 's nachts een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

INFORMATIEVOORZIENING

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Heeft u informatie gekregen over wat u moet doen in een noodsituatie (bijvoorbeeld als het niet goed met u gaat)?

- Nee
- Ja

6. Heeft u informatie gekregen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

7. Heeft u informatie gekregen over de klachtenprocedure?

- Nee
- Ja

8. Heeft u informatie gekregen over de cliëntenraad?

- Nee
- Ja

9. Heeft u informatie gekregen over de cliëntvertrouwenspersoon?

- Nee
- Ja

10. Legt uw begeleider u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de begeleiding die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden. Met het woord begeleidingsplan bedoelen we ook een begeleidingsovereenkomst, cliëntplan of begeleidingsafspraken.

11. Kunt u kiezen wie uw begeleider is?

- Nee
- Ja

12. Kunt u kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de begeleiding?

- Nee
- Ja

13 Kunt u kiezen waar uw begeleidingsgesprekken plaatsvinden (bijvoorbeeld bij u thuis of op kantoor)?

- Nee
- Ja

14. Heeft u een begeleidingsplan?

- Nee → **ga verder met vraag 18**
- Ja

15. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw begeleidingsplan?

- Nee
- Ja

16. Heeft u ingestemd met uw begeleidingsplan?

- Nee
- Ja

17. Is uw begeleidingsplan in overleg met u bijgesteld?

- Nee
- Ja, korter dan een jaar geleden
- Ja, langer dan een jaar geleden

OMGANG MET UW BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over hoe uw begeleider met u omging in de afgelopen 6 maanden.

18. Heeft uw begeleider genoeg tijd voor u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

19. Lijstert uw begeleider aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

20. Is uw begeleider beleefd tegen u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

21. Neemt uw begeleider u serieus?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

22. Houdt uw begeleider zich aan afspraken met u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

DESKUNDIGHEID VAN UW BEGELEIDER

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw begeleider centraal. Het gaat over de begeleider met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

23. Begrijpt uw begeleider voldoende wat uw klachten zijn?

- Nee
- Ja

24. Besteert uw begeleider voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid?

- Nee
- Ja

25. Stelt uw begeleider meestal de juiste vragen?

- Nee
- Ja

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen.

26. Heeft u betaald of vrijwillig werk?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Nee
- Ja, betaald werk
- Ja, vrijwillig werk

27. Neemt u deel aan dagactiviteiten (bijvoorbeeld op een DAC of zorgboerderij)?

- Nee
- Ja

28. Hoe goed stimuleert uw begeleider u om dagactiviteiten te ondernemen? Denk hierbij aan (vrijwilligers)werk en activiteiten bij een DAC of een zorgboerderij?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Niet van toepassing, ik heb geen werk of dagactiviteiten

29. Hoe goed stimuleert uw begeleider u om buitenshuis iets in uw vrije tijd te doen? Denk hierbij aan vrienden en familie bezoeken, of een cursus doen in een buurthuis.

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

30. Kunt u bij de instelling een cursus volgen om aan uw herstel te werken?

- Nee
- Ja

INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS EN BEGELEIDERS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars en begeleiders. Houd hierbij de afgelopen 6 maanden in gedachten.

31. Krijgt u behalve hulp van uw begeleider ook nog hulp van één of meerdere andere hulpverleners (bijvoorbeeld van een psychiater)?

- Nee → **ga verder met vraag 36**
- Ja

32. Heeft uw begeleider toestemming gevraagd om informatie over u met één of meerdere andere hulpverleners te delen?

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

33. Moest u aan uw andere hulpverlener(s) alles opnieuw vertellen over uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

34. Zitten uw begeleider en de andere hulpverlener(s) op één lijn als het gaat over de beste behandeling voor uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

35. Geven uw begeleider en andere hulpverleners u tegenstrijdige informatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

ALGEMENE MENING OVER DE BEGELEIDING DOOR DE INSTELLING

De volgende vragen gaan over de instelling waarvan u begeleiding ontvangt.

36. Welk cijfer geeft u aan de instelling waarvan u begeleiding ontvangt? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slechte instelling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende instelling

37. Zou u deze instelling aan andere mensen aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

38. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

39. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

40. Hoe ervaart u de kwaliteit van uw leven op een schaal van 0 tot 10. Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*

41. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

42. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

43. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

44. Wat is het geboorteland van u zelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

45. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

46. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

47. Welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

48. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 50**
- Ja

49. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(Kruis alles aan wat van toepassing is).

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

50. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

51. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Belangvragenlijst
Klinisch / deeltijd

versie 2.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de verslavingszorg (vz). Deze ervaringen kunnen over verschillende onderdelen van de zorg gaan. Bijvoorbeeld over goede informatie krijgen of over met respect behandeld worden. De vragenlijst heeft de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) gekregen en wordt aan ongeveer 2400 cliënten uit het gehele land voorgelegd. De resultaten van de onderzoeken met deze CQ-Index worden onder meer gebruikt om cliënten te helpen met het kiezen van de beste zorg (bijvoorbeeld via de website kiesBeter.nl).

Niet alleen de ervaringen van cliënten zijn belangrijk, maar ook de vraag wat zij in de zorg het meest belangrijk vinden. Daarom wordt er bij nog eens 400 (ex)cliënten uit het gehele land een 'Belangvragenlijst' afgenoemd. U bent één van deze personen. Wij verzoeken u vriendelijk deze lijst voor ons in te vullen. De resultaten van alle ingevulde vragenlijsten samen worden gebruikt om aan te geven, welke onderdelen van de zorg cliënten het meest belangrijk vinden. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Over wie hebben we het?

- In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden behandelaars en begeleiders vaak verschillend genoemd. In deze lijst gebruiken we het woord **verpleegkundige** voor degene met wie u op uw afdeling het meest te maken heeft bij uw dagelijkse begeleiding. Dit is meestal een verpleegkundige, maar het kan bijvoorbeeld ook een maatschappelijk werker zijn.
- Met het woord **behandelaar** bedoelen we de psychiater, arts-assistent of psycholoog die voor uw behandeling verantwoordelijk is. Als u te maken heeft met meerdere behandelaars, dan gaan de vragen over de behandelaar met wie u het meeste contact heeft.
- Met het woord **behandeling** bedoelen we ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en dergelijke.
- **Behandelplan:** U kunt dit ook lezen als 'behandelovereenkomst' of 'behandelafspraken'.
- Met **klachten** bedoelen we de (psychische) klachten en problemen waarvoor u hulp ontvangt of heeft ontvangen.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Bent u in de afgelopen 6 maanden klinisch opgenomen of bent u in dagbehandeling?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN DE BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de verpleegkundige en de behandelaar.

2. Hoe belangrijk vindt u het om overdag een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

3. Hoe belangrijk vindt u het om ''s avonds of in het weekend een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

4. Hoe belangrijk vindt u het om uw behandelaar te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIEVOORZIENING DOOR UW BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt van uw behandelaar. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de aanpak van uw behandeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

6. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

7. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

8. Heeft u in de afgelopen 6 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → **ga verder met vraag 11**
- Ja

9. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de werking van de medicijnen die u gebruikt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

10. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de (lichamelijke) bijwerkingen van deze medicijnen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

11. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over behandelmogelijkheden elders?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

12. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

13. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over het recht dat u heeft om een andere behandelaar naar zijn mening te vragen over uw situatie (second opinion)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

14. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de klachtenprocedure?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

15. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntenraad?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

16. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de patiëntvertrouwenspersoon (PVP)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

17. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 6 maanden in gedachten. Vragen over het behandelplan kunt u ook lezen als vragen over de behandelovereenkomst of behandelafspraken.

18. Hoe belangrijk vindt u het dat u de mogelijkheid hebt om te kiezen uit verschillende soorten behandelingen op uw afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

19. Hoe belangrijk vindt u het dat u de mogelijkheid hebt om voor een andere behandelaar te kiezen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

20. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de behandeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

21. Hoe belangrijk vindt u het dat u medicijnen kunt weigeren zonder dat het gevolgen heeft ('straf', dwangmedicatie)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

22. Heeft u een behandelplan?

- Nee → **ga verder met vraag 26**
- Ja

23. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

24. Hoe belangrijk vindt u het dat u instemt met uw behandelplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

25. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelplan in overleg met u wordt bijgesteld?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OMGANG MET UW VERPLEEGKUNDIGE

De volgende vragen gaan over hoe uw verpleegkundige met u omging in de afgelopen 6 maanden.

26. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige voldoende tijd voor u heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

27. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige aandachtig naar u luistert?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

28. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige beleefd tegen u is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

29. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige u serieus neemt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

30. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige zich aan afspraken met u houdt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw behandelaar. Het gaat over de behandelaar met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

31. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar voldoende begrijpt wat uw klachten zijn?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

32. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid besteedt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

33. Hoe belangrijk vindt u het dat u van uw behandelaar de juiste aanpak voor uw klachten krijgt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW VERPLEEGKUNDIGE

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw verpleegkundige. Het gaat over de verpleegkundige met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

34. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige voor een veilige sfeer in de groep zorgt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

35. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige goed omgaat met ruzie in de groep?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

36. Hoe belangrijk vindt u het dat de verpleging voldoende op de groep aanwezig is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

37. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige en andere hulpverleners u geen tegenstrijdige informatie geven?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DE AFDELING

De volgende vragen gaan over de afdeling waar u verblijft en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op heeft.

38. Hoe belangrijk vindt u het om een eigen kamer te hebben?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

39. Hoe belangrijk vindt u het dat er een apart toilet voor mannen en vrouwen is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

40. Hoe belangrijk vindt u de kwaliteit van de afdeling? Denk bijvoorbeeld aan geen geluidsoverlast door dunne muren.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

41. Hoe belangrijk vindt u het dat de afdeling goed wordt onderhouden? Denk bijvoorbeeld aan het schilderwerk en geen kapotte dingen.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

42. Hoe belangrijk vindt u het dat de afdeling goed wordt schoongehouden?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

43. Hoe belangrijk vindt u de kwaliteit van het eten op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

44. Hoe belangrijk vindt u het dat de verpleging aandacht besteedt aan de brandveiligheid op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

45. Hoe belangrijk vindt u het dat u op uw afdeling beschermd wordt tegen diefstal?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

46. Hoe belangrijk vindt u het dat u zich voldoende veilig voelt op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

47. Hoe belangrijk vindt u het dat er op uw afdeling mogelijkheden zijn om apart te zitten, bijvoorbeeld met bezoek?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

48. Hoe belangrijk vindt u het dat er een rookruimte is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen. Het gaat over activiteiten al dan niet binnen de instelling.

49. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige u stimuleert om dagactiviteiten te ondernemen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

50. Hoe belangrijk vindt u het om bij de instelling een cursus te kunnen volgen om aan uw herstel te werken?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIE-UITWISSELING IN HET BEHANDELTEAM

De volgende vragen gaan over de samenwerking binnen het behandelteam. Houd hierbij de laatste 6 maanden in gedachte.

51. Hoe belangrijk vindt u het dat de leden van het behandelteam weten wat er bij u speelt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

52. Hoe belangrijk vindt u het dat de leden van het behandelteam het met elkaar eens zijn als het gaat over de beste behandeling voor uw klachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

53. Hoe belangrijk vindt u het dat u niet alles opnieuw moet vertellen, als de behandeling wordt overgenomen door een ander?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg is georganiseerd.

54. Gaat u binnenkort met ontslag?

- Nee → **ga verder met vraag 58**
- Ja

55. Hoe belangrijk vindt u het dat de nazorg is geregeld, zoals regelmatig contact met een hulpverlener of een wachtlijstgroep?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

56. Hoe belangrijk vindt u het dat er met u afspraken worden gemaakt over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

57. Hoe belangrijk vindt u het dat er met u afspraken worden gemaakt over het kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar/afdeling als dat nodig is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

58. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

59. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

60. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

61. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

62. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

63. Heeft u op dit moment een betaalde baan?

- Nee
- Ja

64. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

65. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

66. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

67. Welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk _____
(a.u.b. in blokletters)

68. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 70**
- Ja

69. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

70. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

71. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Belangvragenlijst
Klinisch / deeltijd
Ontslagen cliënten

versie 2.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de verslavingszorg (vz). Deze ervaringen kunnen over verschillende onderdelen van de zorg gaan. Bijvoorbeeld over goede informatie krijgen of over met respect behandeld worden. De vragenlijst heeft de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) gekregen en wordt aan ongeveer 2400 cliënten uit het gehele land voorgelegd. De resultaten van de onderzoeken met deze CQ-Index worden onder meer gebruikt om cliënten te helpen met het kiezen van de beste zorg (bijvoorbeeld via de website kiesBeter.nl).

Niet alleen de ervaringen van cliënten zijn belangrijk, maar ook de vraag wat zij in de zorg het meest belangrijk vinden. Daarom wordt er bij nog eens 400 (ex)cliënten uit het gehele land een 'Belangvragenlijst' afgenoemd. U bent één van deze personen. Wij verzoeken u vriendelijk deze lijst voor ons in te vullen. De resultaten van alle ingevulde vragenlijsten samen worden gebruikt om aan te geven, welke onderdelen van de zorg cliënten het meest belangrijk vinden. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw (voormalige) hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Over wie hebben we het?

- In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden behandelaars en begeleiders vaak verschillend genoemd. In deze lijst gebruiken we het woord **verpleegkundige** voor degene met wie u op uw afdeling het meest te maken heeft bij uw dagelijkse begeleiding. Dit is meestal een verpleegkundige, maar het kan bijvoorbeeld ook een maatschappelijk werker zijn.
- Met het woord **behandelaar** bedoelen we de psychiater, arts-assistent of psycholoog die voor uw behandeling verantwoordelijk is. Als u te maken heeft met meerdere behandelaars, dan gaan de vragen over de behandelaar met wie u het meeste contact heeft.
- Met het woord **behandeling** bedoelen we ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en dergelijke.
- **Behandelplan:** U kunt dit ook lezen als 'behandelovereenkomst' of 'behandelafspraken'.
- Met **klachten** bedoelen we de (psychische) klachten en problemen waarvoor u hulp ontvangt of heeft ontvangen.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken.

VRAAG VOORAF

1. Bent u in de afgelopen 6 maanden klinisch opgenomen geweest of heeft u dagbehandeling gekregen?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN DE BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de verpleegkundige en de behandelaar.

2. Hoe belangrijk vindt u het om overdag een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig had?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

3. Hoe belangrijk vindt u het om 's avonds of in het weekend een verpleegkundige te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig had?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

4. Hoe belangrijk vindt u het om uw behandelaar te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig had?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIEVOORZIENING DOOR UW BEHANDELAAR

De volgende vragen gaan over de informatie die u kreeg van uw behandelaar. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de aanpak van uw behandeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

6. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

7. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over het resultaat dat u van de behandeling kon verwachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

8. Heeft u in de afgelopen 6 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → **ga verder met vraag 11**
- Ja

9. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de werking van de medicijnen die u gebruikt of gebruikte?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

10. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de (lichamelijke) bijwerkingen van deze medicijnen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

11. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over behandelmogelijkheden elders?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

12. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

13. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over het recht dat u had om een andere behandelaar naar zijn mening te vragen over uw situatie (second opinion)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

14. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de klachtenprocedure?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

15. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntenraad?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

16. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de patiëntvertrouwenspersoon (PVP)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

17. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uitlegde?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 6 maanden in gedachten. Vragen over het behandelplan kunt u ook lezen als vragen over de behandelovereenkomst of behandelafspraken.

18. Hoe belangrijk vindt u het dat u de mogelijkheid had om te kiezen uit verschillende soorten behandelingen op uw afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

19. Hoe belangrijk vindt u het dat u de mogelijkheid had om voor een andere behandelaar te kiezen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

20. Hoe belangrijk vindt u het dat u kon kiezen of uw familie of vrienden betrokken werden bij de behandeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

21. Hoe belangrijk vindt u het dat u medicijnen kon weigeren zonder dat het gevolgen had ('straf', dwangmedicatie)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

22. Had u een behandelplan?

- Nee → **ga verder met vraag 26**
- Ja

23. Hoe belangrijk vindt u het dat u kon meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

24. Hoe belangrijk vindt u het dat u instemde met uw behandelplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

25. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelplan in overleg met u werd bijgesteld?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OMGANG MET UW VERPLEEGKUNDIGE

De volgende vragen gaan over hoe uw verpleegkundige met u omging in de afgelopen 6 maanden.

26. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige voldoende tijd voor u had?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

27. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige aandachtig naar u luisterde?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

28. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige beleefd tegen u was?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

29. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige u serieus nam?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

30. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige zich aan afspraken met u hield?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw behandelaar. Het gaat over de behandelaar met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

31. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar voldoende begreep wat uw klachten zijn?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

32. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid besteedde?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

33. Hoe belangrijk vindt u het dat u van uw behandelaar de juiste aanpak voor uw klachten kreeg?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW VERPLEEGKUNDIGE

In de volgende vragen gaan over de kennis en kunde van uw verpleegkundige. Het gaat over de verpleegkundige met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

34. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige voor een veilige sfeer in de groep zorgde?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

35. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige goed omging met ruzie in de groep?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

36. Hoe belangrijk vindt u het dat de verpleging voldoende op de groep aanwezig was?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

37. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige en andere hulpverleners u geen tegenstrijdige informatie gaven?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DE AFDELING

De volgende vragen gaan over de afdeling waar u verbleef en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op heeft.

38. Hoe belangrijk vindt u het om een eigen kamer te hebben?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

39. Hoe belangrijk vindt u het dat er een apart toilet voor mannen en vrouwen is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

40. Hoe belangrijk vindt u de kwaliteit van de afdeling? Denk bijvoorbeeld aan geen geluidsoverlast door dunne muren.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

41. Hoe belangrijk vindt u het dat de afdeling goed wordt onderhouden? Denk bijvoorbeeld aan het schilderwerk en geen kapotte dingen.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

42. Hoe belangrijk vindt u het dat de afdeling goed wordt schoongehouden?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

43. Hoe belangrijk vindt u de kwaliteit van het eten op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

44. Hoe belangrijk vindt u het dat de verpleging aandacht besteedde aan de brandveiligheid op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

45. Hoe belangrijk vindt u het dat u op uw afdeling beschermd werd tegen diefstal?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

46. Hoe belangrijk vindt u het dat u zich voldoende veilig voelde op de afdeling?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

47. Hoe belangrijk vindt u het dat er op uw afdeling mogelijkheden waren om apart te zitten, bijvoorbeeld met bezoek?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

48. Hoe belangrijk vindt u het dat er een rookruimte is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kon deelnemen. Het gaat over activiteiten al dan niet binnen de instelling.

49. Hoe belangrijk vindt u het dat uw verpleegkundige u stimuleerde om dagactiviteiten te ondernemen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

50. Hoe belangrijk vindt u het om bij de instelling een cursus te kunnen volgen om aan uw herstel te werken?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIE-UITWISSELING IN HET BEHANDELTEAM

De volgende vragen gaan over de samenwerking binnen het behandelteam. Houd hierbij de laatste 6 maanden in gedachte.

51. Hoe belangrijk vindt u het dat de leden van het behandelteam wisten wat er bij u speelde?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

52. Hoe belangrijk vindt u het dat de leden van het behandelteam het met elkaar eens waren als het ging over de beste behandeling voor uw klachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

53. Hoe belangrijk vindt u het dat u niet alles opnieuw moest vertellen, als de behandeling werd overgenomen door een ander?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg is georganiseerd.

54. Hoe belangrijk vindt u het dat de nazorg is geregeld, zoals regelmatig contact met een hulpverlener of een wachtlijstgroep?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

55. Hoe belangrijk vindt u het dat er met u afspraken werden gemaakt over wat u moet doen als uw klachten zouden terugkomen of verergeren?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

56. Hoe belangrijk vindt u het dat er met u afspraken werden gemaakt over het kunnen terugkeren naar dezelfde behandelaar/afdeling als dat nodig was?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

57. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

58. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

59. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

60. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

61. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

62. Heeft u op dit moment een betaalde baan?

- Nee
- Ja

63. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

64. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

65. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

66. Welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk _____
(a.u.b. in blokletters)

67. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 69**
- Ja

68. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

69. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

70. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 9



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Belangvragenlijst
Beschermd wonen

versie 2.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de verslavingszorg (vz). Deze ervaringen kunnen over verschillende onderdelen van de zorg gaan. Bijvoorbeeld over goede informatie krijgen of over met respect behandeld worden. De vragenlijst heeft de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) gekregen en wordt aan ongeveer 2400 cliënten uit het gehele land voorgelegd. De resultaten van de onderzoeken met deze CQ-Index worden onder meer gebruikt om cliënten te helpen met het kiezen van de beste zorg (bijvoorbeeld via de website kiesBeter.nl).

Niet alleen de ervaringen van cliënten zijn belangrijk, maar ook de vraag wat zij in de zorg het meest belangrijk vinden. Daarom wordt er bij nog eens 400 (ex)cliënten uit het gehele land een 'Belangvragenlijst' afgenoem. U bent één van deze personen. Wij verzoeken u vriendelijk deze lijst voor ons in te vullen. De resultaten van alle ingevulde vragenlijsten samen worden gebruikt om aan te geven, welke onderdelen van de zorg cliënten het meest belangrijk vinden. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Gebruikte woorden

- In deze vragenlijst gebruiken we het woord **begeleider**. Hiermee bedoelen we degene die u vanuit de instelling begeleidt, bijvoorbeeld een woonbegeleider maatschappelijk werker of uw persoonlijk begeleider. Als u meer begeleiders heeft, dan gaan de vragen over de begeleider met wie u het meeste contact heeft.
- **Begeleiding:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, en begeleiding verstaan.
- **Begeleidingsplan:** U kunt dit ook lezen als 'begeleidingsovereenkomst' of 'begeleidingsafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp heeft gezocht.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst wordt steeds het woord 'hem' gebruikt. U kunt dit lezen als 'hem of haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 6 maanden in een instelling voor beschermd wonen gewoond?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN DE BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de begeleider. Deze vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

2. Hoe belangrijk vindt u het om door de week overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

3. Hoe belangrijk vindt u het om in het weekend overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

4. Hoe belangrijk vindt u het om 's avonds of 's nachts een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIEVOORZIENING

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over wat u moet doen in een noodsituatie (bijvoorbeeld als het niet goed met u gaat)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

6. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

7. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de klachtenprocedure?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

8. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntenraad?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

9. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntvertrouwenspersoon?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

10. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de begeleiding die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden. Met het woord begeleidingsplan bedoelen we ook een begeleidingsovereenkomst, cliëntplan of begeleidingsafspraken.

11. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen wie uw begeleider is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

12. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de begeleiding?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

13. Hoe belangrijk vindt u het dat u medicijnen kunt weigeren zonder dat het gevolgen heeft ('straf')?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

14. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen in welk huis u wilt wonen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

15. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen met wie u samen woont?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

16. Hoe belangrijk vindt u het om inspraak te hebben bij het opstellen van huisregels in uw huis?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

17. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen waar uw begeleidingsgesprekken plaatsvinden (bijvoorbeeld bij u thuis of op kantoor)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

18. Heeft u een begeleidingsplan?

- Nee → **ga verder met vraag 22**
- Ja

19. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt meebeslissen over de inhoud van uw begeleidingsplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

20. Hoe belangrijk vindt u het dat u instemt met uw begeleidingsplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

21. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleidingsplan in overleg met u wordt bijgesteld?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OMGANG MET UW BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over hoe de begeleider met u omging in de afgelopen 6 maanden.

22. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende tijd voor u heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

23. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider aandachtig naar u luistert?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

24. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider beleefd tegen u is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

25. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u serieus neemt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

26. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider zich aan afspraken met u houdt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW BEGELEIDER

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw begeleider centraal. Het gaat over de begeleider met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

27. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende begrijpt wat uw klachten zijn?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

28. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid besteedt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

29. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider de juiste vragen stelt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

30. Hoe belangrijk vindt u het dat de begeleiding voor een veilige sfeer in huis zorgt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

31. Hoe belangrijk vindt u het dat de begeleiding goed omgaat met ruzie in huis?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

32. Hoe belangrijk vindt u het dat de begeleiding voldoende in huis aanwezig is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

De volgende vragen gaan over uw woning en dan vooral over de zaken waar u zelf minder of geen invloed op heeft.

33. Met hoeveel mensen woont u in één huis?

- Ik woon alleen
- Ik woon met één ander persoon
- Ik woon met 2 of 3 andere personen
- Ik woon met 4 of 5 andere personen
- Ik woon met 6 of meer andere personen,
namelijk: (aantal invullen)

34. Hoe belangrijk vindt u het dat er in uw huis een apart toilet voor mannen en vrouwen is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

35. Hoe belangrijk vindt u de grootte van uw woonruimte?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

36. Hoe belangrijk vindt u de kwaliteit van uw woning? Denk bij voorbeeld aan geen geluidsoverlast.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

37. Hoe belangrijk vindt u het dat uw woning goed wordt onderhouden? Denk bij voorbeeld aan het schilderwerk of geen kapotte dingen.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

38. Hoe belangrijk vindt u het dat uw gemeenschappelijke huiskamer goed wordt schoongehouden?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

39. Hoe belangrijk vindt u het dat de begeleiding aandacht besteedt aan de brandveiligheid in uw huis?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

40. Hoe belangrijk vindt u het dat u zich voldoende veilig voelt in huis?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen.

41. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u stimuleert om dagactiviteiten te ondernemen?

Denk hierbij aan (vrijwilligers)werk en activiteiten bij een DAC of een zorgboerderij?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

42. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u stimuleert om buitenshuis iets in uw vrije tijd te doen? Denk hierbij aan vrienden en familie bezoeken, of een cursus doen in een buurthuis.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

43. Hoe belangrijk vindt u het om bij de instelling een cursus te kunnen volgen om aan uw herstel te werken?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

NAZORG

De volgende vragen gaan over de wijze waarop nazorg is georganiseerd. Het gaat hier niet om tijdelijke overplaatsing als het tijdelijk slechter met u gaat.

44. Gaat u binnenkort zelfstandig of begeleid zelfstandig wonen?

- Nee, **ga verder met vraag 46**
- Ja

45. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt terugkomen bij deze instelling als het (begeleid) zelfstandig wonen niet lukt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN ZORGVERLENERS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Het gaat om de afgelopen 6 maanden.

46. Krijgt u behalve hulp van uw begeleider ook nog hulp van andere zorgverleners (bijvoorbeeld van de Riagg, polikliniek, of huisarts)?

- Nee → **ga verder met vraag 51**
- Ja

47. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider toestemming vraagt om informatie over u met één of meerdere andere hulpverleners te delen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

48. Hoe belangrijk vindt u het dat u uw andere hulpverlener(s) niet alles opnieuw moet vertellen over uw klachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

49. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandelaars op één lijn zitten als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

50. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider en andere hulpverleners u geen tegenstrijdige informatie geven?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

51. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

52. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

53. Hoe ervaart u de kwaliteit van uw leven op een schaal van 0 tot 10. Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slecht
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekend

54. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

55. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

56. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

57. Wat het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

58. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

59. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

60. In welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

61. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 63**
- Ja

62. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(U mag meer dan één vakje aankruisen)

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

63. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

64. Hoe vond u het om deze vragenlijst in te vullen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 10

Ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg

Consumer Quality Index (CQ-Index)

Belangvragenlijst
Begeleid zelfstandig wonen/
Ambulante woonbegeleiding

versie 2.0
20 februari 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de verslavingszorg (vz). Deze ervaringen kunnen over verschillende onderdelen van de zorg gaan. Bijvoorbeeld over goede informatie krijgen of over met respect behandeld worden. De vragenlijst heeft de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) gekregen en wordt aan ongeveer 2400 cliënten uit het gehele land voorgelegd. De resultaten van de onderzoeken met deze CQ-Index worden onder meer gebruikt om cliënten te helpen met het kiezen van de beste zorg (bijvoorbeeld via de website kiesBeter.nl).

Niet alleen de ervaringen van cliënten zijn belangrijk, maar ook de vraag wat zij in de zorg het meest belangrijk vinden. Daarom wordt er bij nog eens 400 (ex)cliënten uit het gehele land een 'Belangvragenlijst' afgenoem. U bent één van deze personen. Wij verzoeken u vriendelijk deze lijst voor ons in te vullen. De resultaten van alle ingevulde vragenlijsten samen worden gebruikt om aan te geven, welke onderdelen van de zorg cliënten het meest belangrijk vinden. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. Uw hulpverleners krijgen geen informatie over wat u heeft geantwoord.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, voeren het onderzoek uit. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Kathy Oskam, tel. 030-2971140).

Gebruikte woorden

- In deze vragenlijst gebruiken we het woord **begeleider**. Hiermee bedoelen we degene die u vanuit de instelling begeleidt, bijvoorbeeld een woonbegeleider maatschappelijk werker of uw persoonlijk begeleider. Als u meer begeleiders heeft, dan gaan de vragen over de begeleider met wie u het meeste contact heeft.
- **Begeleiding:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning, therapie en begeleiding verstaan.
- **Begeleidingsplan:** U kunt dit ook lezen als 'begeleidingsovereenkomst', 'cliëntplan', of 'begeleidingsafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp heeft gezocht.
- **Hem of haar:** In deze vragenlijst wordt steeds het woord 'hem' gebruikt. U kunt dit lezen als 'hem of haar'.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Soms hoeft u een vraag niet te beantwoorden. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen gaan over de **afgelopen 6 maanden**.

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

Het veranderen van een antwoord

Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt dit veranderen dan dient u het goede (2^e vakje) ook aan te kruisen en zet u hier een cirkeltje omheen. Bijvoorbeeld:

- Nee
 Ja

Stel dat u vakje 'Ja' heeft aangekruist, terwijl u eigenlijk 'Nee' had willen aankruisen. Dat kunt u dit als volgt verbeteren:

- Nee
 Ja

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. U hoeft geen postzegel te plakken. Als er een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst ook aan hem of haar meegeven.

VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 6 maanden begeleid zelfstandig gewoond, of kreeg u ambulante woonbegeleiding?

- Nee
- Ja

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden. Wanneer een onderzoeker aanwezig is, kunt u de vragenlijst aan hem of haar teruggeven. Anders kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenv envelop. Dank u wel!

BEREIKBAARHEID VAN DE BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van uw begeleider. Deze vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

2. Hoe belangrijk vindt u het om door de week overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

3. Hoe belangrijk vindt u het om in het weekend overdag een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

4. Hoe belangrijk vindt u het om 's avonds of 's nachts een begeleider te spreken te krijgen, wanneer u hem nodig heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIEVOORZIENING

De volgende vragen gaan over de informatie die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden.

5. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over wat u moet doen in een noodsituatie (bijvoorbeeld als het niet goed met u gaat)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

6. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over uw rechten wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

7. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de klachtenprocedure?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

8. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntenraad?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

9. Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over de cliëntvertrouwenspersoon?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

10. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de begeleiding die u krijgt. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden. Met het woord begeleidingsplan bedoelen we ook een begeleidingsovereenkomst, cliëntplan of begeleidingsafspraken.

11. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen wie uw begeleider is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

12. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen of uw familie of vrienden betrokken worden bij de begeleiding?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

13. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen waar uw begeleidingsgesprekken plaatsvinden (bijvoorbeeld bij u thuis of op kantoor)?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

14. Heeft u een begeleidingsplan?

- Nee → **ga verder met vraag 18**
- Ja

15. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt meebeslissen over de inhoud van uw begeleidingsplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

16. Hoe belangrijk vindt u het dat u instemt met uw begeleidingsplan?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

17. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleidingsplan in overleg met u wordt bijgesteld?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OMGANG MET UW BEGELEIDER

De volgende vragen gaan over hoe uw begeleider met u omging in de afgelopen 6 maanden.

18. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende tijd voor u heeft?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

19. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider aandachtig naar u luistert?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

20. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider beleefd tegen u is?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

21. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u serieus neemt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

22. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider zich aan afspraken met u houdt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

DESKUNDIGHEID VAN UW BEGELEIDER

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw begeleider centraal. Het gaat over de begeleider met wie u in de laatste 6 maanden het meeste contact heeft gehad.

23. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende begrijpt wat uw klachten zijn?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

24. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider voldoende aandacht aan uw lichamelijke gezondheid besteedt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

25. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider de juiste vragen stelt?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

AANBOD VOOR MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

De volgende vragen gaan over de activiteiten waaraan u kunt deelnemen.

26. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u stimuleert om dagactiviteiten te ondernemen?

Denk hierbij aan (vrijwilligers) werk en activiteiten bij een DAC of een zorgboerderij?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

27. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider u stimuleert om buitenshuis iets in uw vrije tijd te doen? Denk hierbij aan vrienden en familie bezoeken, of een cursus doen in een buurthuis.

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

28. Hoe belangrijk vindt u het om bij de instelling een cursus te kunnen volgen om aan uw herstel te werken?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS EN BEGELEIDERS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars en begeleiders. Houd hierbij de afgelopen 6 maanden in gedachten.

29. Krijgt u behalve hulp van uw begeleider ook nog hulp van één of meerdere andere hulpverleners (bijvoorbeeld van een psychiater)?

- Nee → **ga verder met vraag 34**
- Ja

30. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider toestemming vraagt om informatie over u met één of meerdere andere hulpverleners te delen?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

31. Hoe belangrijk vindt u het dat u uw andere hulpverlener(s) niet alles opnieuw moet vertellen over uw klachten?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

32. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandelaars op één lijn zitten als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

33. Hoe belangrijk vindt u het dat uw begeleider en andere hulpverleners u geen tegenstrijdige informatie geven?

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

34. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

35. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

36. Hoe ervaart u de kwaliteit van uw leven op een schaal van 0 tot 10. Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*

37. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

38. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

39. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisonderwijs, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VBMO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS en MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

40. Wat is het geboorteland van u zelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

41. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

42. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands
Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

43. Welke taal spreekt u thuis het meeste?

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

44. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- Nee → **ga verder met vraag 46**
- Ja

45. Hoe heeft die persoon u geholpen?

(Kruis alles aan wat van toepassing is).

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

46. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 t/m 20 minuten
- 21 t/m 30 minuten
- 31 t/m 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

**47. Hoe vond u het om deze
vragenlijst in te vullen?**

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Niet moeilijk, niet makkelijk
- Makkelijk
- Zeer makkelijk

OPMERKINGEN

We willen de lijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 11

Bob van Wijngaarden
Ineke Kok
Danielle Meije
Leonie Fotiadis

Een Consumer Quality Index voor De langdurende en klinische ggz

De haalbaarheid van het afnemen van CQ-Index vragenlijsten bij Iza- en klinisch opgenomen cliënten: verslag van een kwalitatieve pre-pilotstudie

Trimbos-instuut, Utrecht, 2008

Colofon

Opdrachtgever

Financiering

ZonMw

Projectleiding

Dr. B. van Wijngaarden, Trimbos-instituut

Drs. I. Kok, Trimbos-instituut

Projectuitvoering

Drs. D. Meije, Trimbos-instituut

Drs. L. Fotiadis, Trimbos-instituut

© 2008, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inleiding

Een CQ-Index voor de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg (vz)

In de periode 2006-2008 heeft het Trimbos-instituut een CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz ontwikkeld. Deze ontwikkeling kende twee pilotfasen, een pilotonderzoek bij vijf ggz-instellingen naar de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst, en een validatiestudie bij 20 ggz- en vz-instellingen, waarin onderzoek is gedaan naar het onderscheidend vermogen van het instrument. De initiële keuze voor een CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz werd ingegeven door de kenmerken van vragenlijsten die volgens de CQ-Index methodiek worden geconstrueerd. Dergelijke vragenlijsten zijn in de regel tamelijk omvangrijk (100 of meer vragen) en de wijze van vraagstelling vereist een goede beheersing van de Nederlandse taal⁷. Er heerste enige twijfel of alle ggz-clients in staat zouden zijn een dergelijke vragenlijst in te vullen. Daarbij werd vooral gedacht aan clients uit de langdurende zorg, bij wie vaker sprake is van cognitieve beperkingen en clients die klinisch zijn opgenomen en bij wie sprake is van een floride stoornis. Op grond van deze bedenkingen werd daarom in eerste instantie gekozen voor een versie voor clients die kortdurende (<2 jaar) ambulante ggz- of vz-behandeling ontvangen, in de veronderstelling dat deze groep clients het beste in staat zou zijn de vragen van een CQ-Index te beantwoorden.

In de eerste pilotstudie werd de CQ-Index schriftelijk afgenoem in de vorm van een mailing via de post. Respondenten konden de ingevulde vragenlijst met behulp van een portvrije antwoordenv envelop weer terugsturen. Deze methode leverde een netto respons op van 31%, lager dan de 50-75% respons die met de CQ-Index vragenlijsten in de somatische zorg wordt behaald. Van de respondenten gaf 85% aan dat zij de lijst zelfstandig hadden ingevuld. De overige 15% had hulp gehad. Dit betekende in de meeste gevallen dat men de vragen had laten voorlezen. Dit percentage komt overeen met de 13% respondenten die aangaven dat zij de vragenlijst moeilijk vonden. Daarentegen vond 39% van de respondenten de vragenlijst niet moeilijk en niet makkelijk, terwijl bijna de helft aangaf de vragenlijst (zeer) gemakkelijk te vinden⁸.

De kwaliteit van de verzamelde data bleek redelijk goed te zijn. Over het algemeen was er sprake van 5% of minder missende waarden bij vragen die iedereen moest beantwoorden. Ruim een derde van de respondenten had alle vragen ingevuld, en bijna de helft miste maximaal vijf van de 113 vragen. Dat betekent dat een grote meerderheid van de geretourneerde vragenlijsten (82.4%) vrijwel volledig was.

Over de gehele linie waren de respondenten redelijk tot goed in staat binnen een niet al te lange tijd de CQ-Index in te vullen. Ongeveer 30% van de respondenten deed er naar eigen zeggen minder dan 10 minuten over en nog eens 40% tussen de 10 en 20 minuten. Daarentegen had ongeveer 10% van de respondenten meer dan 30 minuten nodig gehad.

⁷ Analyse taalniveau CQ Index; Ervaringen met de zorg thuis. Beusichem: BureauTaal; 2008.

⁸ Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L (2007). Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. De ontwikkeling van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Een factoranalyse op de verzamelde data resulteerde in zeven goed te interpreteren factoren met een interne consistentie van 0.69 tot 0.95 (Cronbach's α):

- Ervaren functioneren
- Bejegening door hulpverlener
- Informatie over cliëntenrechten
- Deskundigheid van de hulpverlener
- Informatie over de behandeling
- Communicatie tussen behandelaars
- Informatie over medicatie

In de tweede pilot werden vergelijkbare resultaten gevonden. Omdat deze pilot werd uitgevoerd met een verbeterde versie van de vragenlijst en bij een scherper omschreven doelgroep, zijn de resultaten beter dan in de eerste pilot. De respons nam toe tot 40%, het aantal missende gegevens was lager en de factorstructuur robuuster. Naast bovenstaande factoren konden vier nieuwe factoren worden gevormd:

- Bereikbaarheid van de hulpverlener
- Keuzemogelijkheden
- Overeenstemming tussen meerdere behandelaars (behandelaars op één lijn)
- Afronding van de behandeling

Verder bleek het mogelijk verschillen tussen zorgaanbieders met de CQ-Index aan te tonen. Al met al kan worden geconcludeerd dat de CQ-Index voor de groep cliënten die kortdurende ggz- of vz-zorg ontvangen goed bruikbaar is⁹.

Een CQ-Index voor de langdurende en klinische ggz en vz

In de Basisset Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008 is gekozen voor de CQ-Index voor het meten van de ervaringen van cliënten met de door hen ontvangen zorg¹⁰. Met de CQ-Index voor kortdurende ambulante ggz wordt slechts een deel van alle ggz- en vz-cliënten bereikt. Dit betekent dat op grond van de eerste positieve ervaringen met de CQ-Index bij ambulante cliënten werd besloten versies te ontwikkelen voor specifieke populaties cliënten. Het Trimbos-instituut kreeg van de Stuurgroep Zorgbrede Transparantie Kwaliteit de opdracht versies te ontwikkelen voor de langdurende ggz en vz en de klinische ggz en vz, te financieren door ZonMw¹¹.

In het onderzoeksvoorstel werd het ontwikkelingstraject in twee delen gesplitst¹². Zoals eerder beschreven, werd aangenomen dat cliënten in de langdurende en klinische ggz voor een deel niet in staat zijn, zelfstandig een CQ-Index in te vullen. Deze cliënten zouden geassisteerd moeten worden, variërend van hulp bij het invullen tot een afname in

⁹ Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L (2008). Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. Validatiestudie op onderscheidend vermogen. Utrecht: Trimbos-instituut (in voorbereiding).

¹⁰ Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg; Basisset 2007-2008. Utrecht: IGZ; 2007.

¹¹ Toekenningsbrief ZonMw, 17 december 2007.

¹² Onderzoeksvoorstel voor ZonMw.

de vorm van een interview. Uit de ervaringen met de GGZ Thermometer onder langdurig zorgafhankelijke cliënten was gebleken dat een deel van de cliënten in het geheel niet in staat was aan onderzoek deel te nemen, bijvoorbeeld vanwege cognitieve handicaps, concentratieverlies, of dementie^{13,14}.

Ervaringen in de gehandicaptensector

Bij de ontwikkeling van een CQ-Index voor de gehandicaptenzorg stuitte men op vergelijkbare beperkingen. Tijdens de uitvoering van het onderzoek bleek dat met name cliënten met een verstandelijke beperking soms veel problemen hadden met het taalniveau van de vragenlijst, met de lengte van de vragenlijst, en met de aard van de vragen. Voor de uitvoering van de pilot werd daarom eerst, op basis van een inschatting van de instelling, vastgesteld welke cliënten op grond van hun problematiek (geen communicatie mogelijk, te emotioneel belastend) niet konden worden geïnterviewd. Indien de inschatting was dat minder dan 20% van de cliënten tot deelname aan een interview in staat zou zijn, dan werden er in het geheel geen interviews afgenoem. Wanneer naar schatting 20 tot 30% van de cliënten mee zou kunnen doen, werden potentiële deelnemers door de instelling geselecteerd. Wanneer naar schatting 30% of meer zouden kunnen deelnemen, werd een steekproef getrokken. Bij deze vooraf geselecteerde steekproef kon vervolgens in 56% van de gevallen een interview worden afgenoemd¹⁵. Een schriftelijke afname onder cliënten die ambulante ondersteuning ontvingen, en die voor een gedeelte (exacte cijfers worden niet gegeven) uit cliënten met een (lichte) verstandelijke handicap bestond, leverde een respons op van 23%, veel lager dan de 50-75% respons bij steekproeven uit de somatische gezondheidszorg. Samengevat bleek dat het afnemen van een CQ-Index bij cliënten met een (verstandelijke) handicap tot lage responspercentages leidt en/of een selectie vooraf noodzakelijk maakt¹⁶.

Pre-pilot

Mede op grond van de ervaringen in de gehandicaptenzorg rees de vraag in hoeverre het zinvol is een CQ-Index af te (laten) nemen bij alle Iza- en klinische cliënten, gezien de inspanningen (en kosten) die hieraan verbonden zijn, tegen wellicht een beperkte opbrengst. Er werd daarom besloten het onderzoek op te splitsen in twee deelprojecten, een kwalitatieve pre-pilot naar de haalbaarheid van de afname van een CQ-Index bij deze cliënten, gevolgd door de eigenlijke psychometrische testfase. De resultaten van de pre-pilot moeten leidend zijn voor de uitvoering van die psychometrische testfase. Doel van de pre-pilot is om te onderzoeken welke cliënten geheel niet in staat zijn de vragen uit de CQ-Index te beantwoorden, welke cliënten in staat zijn de CQ-Index zelfstandig in te vullen, en welke cliënten dit 'kunnen' met assistentie, zoals hulp bij het invullen of in de vorm van een interview. Daarnaast wordt onderzocht wat de kwaliteit van de verkregen informatie is, zoals volledigheid en betrouwbaarheid. De pre-pilot zou uitgevoerd worden onder een steekproef van 50 cliënten.

¹³ Wijngaarden B van, Kok I, Kurt A, Hull H, Ooyen M van (2001). Cliëntwaardering in de GGZ: verslag van een pilot. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹⁴ Kertzman T, Wijngaarden B van, Kok I (2002). Een GGZ Thermometer voor ouderen? Verslag van een pilotonderzoek bij de RIAGG Zwolle. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹⁵ Brandt H, Zuideest M, Sixma H (2007). Pilot ontwikkeling CQ-index Gehandicaptenzorg. Meten van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg vanuit het cliëntperspectief. Utrecht:NIVEL.

¹⁶ Ibid.

In deze rapportage worden de resultaten uit de kwalitatieve pre-pilot beschreven. De vraagstellingen van deze pre-pilot zijn de volgende:

- 1 *In welke mate is een CQ-Index voor langdurende ggz toepasbaar bij de populatie langdurend zorgafhankelijke cliënten?*
 - 2 *In welke mate is een CQ-Index voor klinische ggz toepasbaar bij de populatie klinisch opgenomen cliënten?*
 - 3 *Wat is de kwaliteit en informatiewaarde van de bij deze populaties verzamelde data?*
- Op grond van deze pre-pilot zal een uitspraak worden gedaan over de haalbaarheid en de kosten van de eigenlijke testfase. Het resultaat van de pre-pilot moet dienen als input voor begeleidingscommissie om een argumenteerd beslissing te kunnen nemen over al dan niet verder gaan met ontwikkelen en testen van CQ vragenlijsten voor Iza cliënten en of klinisch opgenomen cliënten. De begeleidingscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van het Centrum Klantervaring Zorg, de Stichting Miletus, het Landelijk Platform GGZ, het Ministerie van VWS, GGZ Nederland, ZonMw en de Projectgroep Zorgbrede Transparantie in Kwaliteit.

Leeswijzer

In deze rapportage wordt in hoofdstuk 2 eerst kort aandacht besteed aan de ontwikkeling van aangepaste versies van de CQ-Index voor de langdurende en klinische ggz en vz. Deze versies zijn in de pre-pilot uitgetest op hun bruikbaarheid. Dit zijn nog niet de definitieve versies. De uiteindelijke versies voor het psychometrische pilotonderzoek zullen mede op basis van de ervaringen in de pre-pilot ontwikkeld moeten worden.

Vervolgens wordt de methode van het onderzoek beschreven aan de hand van de keuze voor de deelnemende instellingen, de werving van respondenten, en de uitvoering van de pre-pilot.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de pre-pilot beschreven en in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen.

Methode

De ontwikkeling van aangepaste versies van de CQ-Index voor gebruik in de langdurende en klinische ggz en vz

De CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz bevat domeinen die voor de gehele ggz van toepassing zijn. Dit betreft domeinen als bejegening, informatie over de behandeling, medicatie en cliëntenrechten, ervaren functioneren en inspraak en keuzevrijheid. De langdurende en klinische ggz en vz omvat echter meer domeinen, zoals die op het gebied van verblijf en wonen. Dit betekent dat voor deze doelgroepen extra modules moesten worden ontwikkeld.

In eerste instantie bestond er voorkeur voor één alles omvattende vragenlijst voor alle doelgroepen. Dit stuitte echter op een aantal technische problemen, bijvoorbeeld in het geval dat er sprake is van meer dan één behandeling in de periode waarover met de CQ-Index wordt gemeten. In het geval van de CQ-Index voor kortdurende ambulante ggz en

vz betreft deze periode de afgelopen 12 maanden voor afname van de vragenlijst. Een cliënt kan in deze 12 maanden zowel ambulante als klinische zorg hebben ontvangen, én zowel langdurend als kortdurend, in diverse mogelijke combinaties (zoals een korte klinische opname, gevolgd door een korte ambulante nazorg, of een tijdelijke opname voor een bewoner van een RIBW die daarna weer ambulante zorg ontvangt). In deze gevallen zouden met één vragenlijst twee of meer verschillende aanbieders (en op verschillende aspecten) moeten worden geëvalueerd. De vraag is dan hoe het kwaliteitsoordeel van de cliënt moet worden geïnterpreteerd. In het geval van meerdere aanbieders zouden vragen uit de CQ-Index ook meerdere malen moeten worden gesteld, wat de vragenlijst (nog) veel uitgebreider en nodeloos ingewikkeld zou maken. De cliënt zou waarschijnlijk moeite hebben de verschillende soorten behandelingen apart te beoordelen.

Gezien deze bezwaren werd in de begeleidingscommissie besloten tot een modulaire aanpak, waarbij per type zorgaanbod een CQ-Index versie is ontwikkeld, met de CQ-Index voor de kortdurende ggz en vz als *basismodule*. In het geval van meerdere behandelingen wordt dan een keuze gemaakt vanuit welk zorgaanbod perspectief de cliënt wordt benaderd. Bijvoorbeeld in het geval van een cliënt die in een RIBW woont en de psychiatrische zorg ontvangt van een polikliniek. Men heeft dan de keuze de cliënt een oordeel te laten geven over de RIBW ondersteuning (bejegening door begeleiders, informatie, woonomgeving, begeleidingsplan, etc), of over de poliklinische behandeling (toegankelijkheid, bejegening, informatie, behandelplan, etc). Het werken volgens een modulair systeem heeft het voordeel dat de diverse typen zorgaanbod op een groot aantal domeinen onderling vergeleken kunnen worden.

Op deze wijze is er een (concept) ‘familie’ van vier CQ-Indices ontwikkeld, alle bestaande uit de basismodule aangevuld met een zorgspecifieke module:

- CQ Index GGZ versie beschermd wonen
- CQ Index GGZ versie begeleid zelfstandig wonen
- CQ Index GGZ versie klinisch wonen
- CQ Index GGZ versie klinisch kort

De ontwikkeling van de aanvullende modules volgde de voorschriften zoals opgenomen in het Handboek CQ Instrumenten van het Centrum Klantervaring Zorg¹⁷. Dat wil zeggen dat aan de hand van focusgroepen bestaande uit cliënten en aanbieders is nagegaan, wat in de langdurende en klinische ggz en vz de belangrijkste domeinen zijn voor het bepalen van de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg. Tevens is in deze voorbereidende fase een studie uitgevoerd naar bestaand bronnenmateriaal, met name de CQ-Index vragenlijsten voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en ziekenhuiszorg¹⁸.

Het werven van deelnemende instellingen

Gezien de ontwikkeling van CQ-Index vragenlijsten vanuit het zorgaanbod, werd voor de pre-pilot gezocht naar verschillende doelgroepen cliënten, te weten:

¹⁷ Sixma H, Delnoij D, Stubbe J, Triemstra M, Damman O, Vriens B et al. Handboek CQI Meetinstrumenten. Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 2007.

¹⁸ Een meer uitgebreide rapportage over de focusgroepen en de ontwikkeling van de diverse CQ-Index vragenlijsten zal plaatsvinden in het verslag over de psychometrische testfase.

- cliënten die begeleid zelfstandig wonen
- cliënten die beschermd wonen
- cliënten die in een verslavingskliniek verblijven
- cliënten op een opname afdeling
- cliënten op een afdeling voor langdurig verblijf in een kliniek

Bij de keuze van instellingen werd gekozen voor een pragmatische insteek. Een aantal instellingen dat voor deelname aan de beide pilots voor de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz was benaderd, had aangegeven (ook) interesse te hebben in deelname aan een pilot bij hun langdurend zorgafhankelijke (Iza) en/of klinische cliënten. Deze instellingen zijn vervolgens (nogmaals) benaderd. In eerste instantie werd telefonisch contact gezocht, met het verzoek aan deze prepilot deel te nemen. Vervolgens werd bij interesse schriftelijke informatie gestuurd. Vijf (afdelingen van) instellingen werden op deze wijze geworven:

- Verpleeghuis Laurens (langdurig verblijf voor cliënten met een somatische en een psychische of verslavingsachtergrond)
- Bavo Europoort (langdurig verblijf)
- Mediant (gesloten opname afdeling)
- RIBW Kennemerland Amstelland Meerlanden (begeleid zelfstandig wonen en beschermd wonen)
- Iriszorg (verslavingszorg)

Verpleeghuis Laurens: afdeling Aesopus

Afdeling Aesopus van verpleeghuis Laurens is een somatisch psychiatrische afdeling. Het betreft een gesloten woonvoorziening voor mensen met een dubbele indicatie: somatisch en psychiatrisch. Een deel van de mensen verblijft op de afdeling op basis van een rechtelijke machtiging (RM). De afdeling biedt zorg aan in totaal zestig bewoners, verdeeld over groepen van twaalf. Iedereen heeft een eigen kamer met een wastafel, maar sanitair en douches zijn op de gang. Er zijn een psychiater en een somatische arts aan de afdeling verbonden. De bewoners zijn onder andere oudere (ex)verslaafden, cliënten met Korsakow, schizofrenie, autisme, niet aangeboren hersenletsel, Huntington of borderline problematiek. Sommige cliënten zijn achterdochtig, of er is kans op boosheid en agressie en een aantal cliënten heeft cognitieve beperkingen. Sommigen maken seksueel ontremde opmerkingen en zijn handtastelijk. Daarnaast speelt bij de cliënten ook somatische problematiek, bijvoorbeeld een slecht regelbare diabetes.

Bavo Europoort: verblijfsvoorziening

De verblijfsvoorziening Heemraadsingel van Bavo Europoort is een open verblijfsafdeling met 24-uurs zorg. In totaal wonen er 25 cliënten in twee grachtenpanden. Zij hebben doorgaans de diagnose schizofrenie. De meeste bewoners wonen er al jaren en over het algemeen zullen zij altijd een vorm van zorg nodig hebben. Iedereen heeft een eenpersoons kamer. De douches en toiletten zijn gemeenschappelijk. Verder is er een grote gemeenschappelijke huiskamer. Zorg wordt geboden door een multidisciplinair team. De cliënten functioneren doorgaans op een laag niveau. Op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 staat voor extreem slecht functioneren, scoren deze cliënten volgens de begeleiding gemiddeld een 8. Zij hebben veel ondersteuning nodig, maar zijn wel zelfredzaam op het gebied van ADL. De cliënten hebben over het algemeen geen perspectief op beschermd wonen vanwege onvoorspelbaar gedrag en het feit dat zij te instabiel zijn. Veel bewoners hebben in het verleden op straat geleefd.

Mediant: gesloten opname afdeling

De gesloten opnameafdeling van Mediant maakt deel uit van het circuit langdurige zorg. Op de afdeling worden alle typen cliënten opgenomen. Het betreft zowel crisisopvang, diagnostiek, als opname. De cliënten hebben uiteenlopende diagnoses: stemmingsstoornissen (depressie, manie), persoonlijkheidsstoornissen, psychose en dubbele diagnostiek. De opnamecapaciteit bedraagt 16 bedden, verdeeld over zowel een- als tweepersoonskamers. Verder zijn er een overbed, vier separertruimtes en een 'comfort room' aanwezig. In principe verblijven de cliënten kort op de afdeling, maar soms stagneert dit door te weinig doorstroming. Veel cliënten op deze afdeling worden opgenomen met een inbewaringstelling (IBS), rechterlijke machtiging (RM) of met een artikel 37 maatregel. Op het moment van onderzoek waren veertien mensen opgenomen, waarvan een deel jonger dan 25 jaar was. Iedereen was ooit eerder opgenomen geweest.

RIBW Kennemerland Amstelland Meerlanden (KAM):beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen

RIBW KAM beschikt over 14 HAT-eenheden voor beschermd wonen (BW) in een woonwijk in Amstelveen. De bewoners huren de HAT-eenheden van een woningbouwvereniging. De bewoners hebben een eigen douche en toilet en er is een gezamenlijke huiskamer en een grote tuin. De mensen koken voor zichzelf. De RIBW begeleidt verder 15 cliënten in begeleid zelfstandig wonen (BZW). Zij huren zelf een woning bij de woningbouwvereniging. Vaak hadden deze cliënten de woning al voordat ze in zorg kwamen bij de RIBW. De leden van het RIBW team begeleiden zowel BW als BZW cliënten. Alle cliënten hebben een ggz-indicatie. In principe wonen er geen mensen met een verstandelijke handicap. Een beperkte groep heeft een verslavingsachtergrond. De cliënten verblijven doorgaans al lang in de ggz, sommigen al langer dan 20 jaar. Er is weinig doorstroming van BW naar BZW en soms worden cliënten teruggeplaatst naar een klinische setting voor langdurige zorg.

Iriszorg: dubbele diagnosekliniek

De Dubbele Diagnose Kliniek in Wolfheze is een onderdeel van de Zorgketen Dubbele Diagnose. Daarin richten IrisZorg, de Gelderse Roos en GGz Nijmegen zich gezamenlijk op cliënten met ernstige middelenafhankelijkheid én een ernstige psychiatrische stoornis. Cliënten worden aangemeld via een expertgroep (screening). Er zijn in totaal 22 bedden verdeeld over twee groepen. Groep I is een gesloten groep met 10 bedden en groep II is een open groep met 12 bedden. Er zijn zowel één- als tweepersoonskamers. In principe verblijven cliënten er gemiddeld drie maanden, maar deze termijn wordt geregeld overschreden als er geen geschikt vervolgtraject voor de cliënt vastgesteld kan worden. Er is grote variatie in de cliëntenpopulatie in de kliniek, maar de meerderheid bestaat uit cliënten met schizofrenie of een bipolaire stoornis, gecombineerd met een verslaving.

Werving van respondenten

Selectie vooraf door de medewerkers van de instellingen

Bij elk van deze vijf instellingen is voorafgaand aan de meting een introductiegesprek gevoerd met de locatiemanager, teamleider en/of verantwoordelijke stafmedewerker met als doel een algemeen beeld te krijgen van de kenmerken van de cliënten op de afdeling(en) waar de vragenlijsten getoetst zouden worden. Verder werd hen aan de hand van een korte vragenlijst gevraagd, een inschatting te maken van het aantal cliënten dat aan een afname van de CQ-Index deel zou kunnen nemen. Voor dit laatste

werd aan de medewerker gevraagd de CQ-Index door te nemen, te beoordelen op moeilijkheidsgraad en beargumenteerd aan te geven bij hoeveel cliënten de lijst zou kunnen worden afgenoemt, hoeveel van hen dat zelfstandig zouden kunnen doen, en hoeveel van hen met ondersteuning of in de vorm van een interview. Hierbij werden zij er met nadruk op gewezen dat het doel van pre-pilot juist was, te onderzoeken welke cliënten wel en welke cliënten niet de vragenlijst kunnen invullen, en dat op voorhand geen enkele cliënt werd uitgesloten van deelname. Indien de medewerkers toch van mening waren dat cliënten op voorhand niet zouden kunnen deelnemen, werd hen gevraagd naar de reden(en) waarom zij tot dit oordeel waren gekomen (contra-indicaties).

Als volgende stap werd aan de medewerkers gevraagd een selectie te maken uit de cliënten die in principe deel zouden kunnen nemen, met de vraag deze selectie een zo goed mogelijke afspiegeling te laten zijn van de totale cliëntenpopulatie. Dus niet alleen een keuze voor de best functionerende cliënten, maar ook voor degenen waarover men twijfel had of het wel zou lukken. Het streven was per instelling tien cliënten te bevragen.

Het benaderen van potentiële respondenten voor deelname

Met de medewerkers werd besproken op welke wijze en door wie de cliënten benaderd zouden worden. Ook hierbij werd gekozen voor een pragmatische insteek, afhankelijk van de kenmerken van de onderzochte setting. Daarbij werd rekening gehouden met aspecten als de zwaarte van de cliëntenpopulatie, en de benaderbaarheid van de cliënten voor onderzoekers/interviewers van buiten de instelling (open of gesloten afdeling, beschermde woonvorm of zelfstandig wonen, en dergelijke). Uitgangspunt was dat de onderzoekers in principe zelf cliënten zouden benaderen, teneinde de mogelijke beïnvloeding door de hulpverleners zo veel mogelijk uit te sluiten. Wanneer bleek dat dit niet mogelijk was, werd in het introductiegesprek besproken op welke wijze de cliënten wel konden worden geworven.

Als een cliënt zou deelnemen aan het onderzoek kreeg hij als dank een cadeaubon van 5 euro. Dit werd bij de werving aan de cliënten medegedeeld, als extra motivatie om mee te doen.

Beoordelingsformulier

Na afloop van het invullen van de vragenlijst of het interview werd door de onderzoeker een beoordelingsformulier ingevuld. Hierop werd aangegeven op welke wijze de afname had plaatsgevonden en (indien van toepassing) waarom de cliënt dat niet zelfstandig had gekund. Verder bevatte het formulier vragen over hoe goed of hoe slecht het invullen was verlopen, hoe lang het invullen had geduurd, welke vragen door de cliënt niet begrepen werden, of er bij de cliënt sprake was geweest van concentratieproblemen, en of de cliënt (naar de indruk van de onderzoeker) de vragen serieus had beantwoord of maar wat had gedaan. Ook werd aan de cliënt gevraagd hoe hij het invullen van de vragenlijst of het interview had ervaren en of het moeilijk was geweest. Tenslotte gaf de onderzoeker een inschatting van de kwaliteit van de verkregen gegevens, zoals volledigheid en betrouwbaarheid van de antwoorden.

Resultaten

Mening medewerkers over de vragenlijst

Tijdens het introductiegesprek met diverse medewerkers van de vijf verschillende instellingen is hen gevraagd hun mening te geven over de vragenlijst. De CQ-Index vragenlijst wordt door hen over het algemeen positief gewaardeerd. Men vindt de vragen duidelijk en van belang voor de doelgroep. Ook vindt men de vragenlijst volledig, maar ook vindt vrijwel iedereen de vragenlijst te lang. Op grond daarvan verwacht men dat cliënten met concentratieproblemen hier moeite mee zullen krijgen. De medewerkers wijzen verder op een aantal moeilijke woorden in de vragen, zoals 'incidenten' en 'second opinion'. Ook uiten zij het vermoeden dat de cliënten de termen 'persoonlijk begeleider' en 'behandelaar door elkaar gaan halen', zeker als ze meerdere persoonlijke begeleiders hebben, iets wat voorkomt.

Het blijkt dat een aantal vragen over behandeling of informatievoorziening niet altijd van toepassing is. Dit geldt vooral voor voorzieningen waar cliënten langdurig verblijven, hier de Bavo locatie Heemraadsingel en afdeling Aesopus van verpleeghuis Laurens. De cliënten van deze afdeling zijn in het verleden behandeld maar nu ligt de nadruk op prettig wonen. De vragen over behandeling zijn daarmee niet alle meer relevant. Datzelfde geldt ook voor het verstrekken van informatie over bijvoorbeeld keuzemogelijkheden. En dit laatste geldt tevens voor de cliënten van de gesloten opnameafdeling van Mediant. Deze zijn gedwongen opgenomen, waardoor veel vragen over informatieverstrekking en keuzemogelijkheden niet relevant zijn.

Bij de CQ-Index versie voor begeleid wonen werd bij de RIBW KAM opgemerkt dat het onderhoud van de kamer niet binnen de invloedsfeer van deze RIBW ligt. In het geval van beschermd wonen bestaat wel een relatie tussen de RIBW en de woningbouwvereniging, maar de cliënten huren zelf de woning. In het geval van begeleid zelfstandig wonen heeft de RIBW doorgaans geen relatie met de woningbouwvereniging. Veel cliënten hadden overigens hun woning al, voordat zij in begeleid zelfstandig wonen kwamen. De vragen hierover zijn in het geval van RIBW KAM daardoor niet van toepassing¹⁹. Iets dergelijks geldt voor de kwaliteit van het eten. De cliënten koken voor zichzelf.

Ten slotte benadrukte de consulent interculturele zaken van Bavo Europoort dat hij vragen miste over de culturele achtergrond en wees hij op het (semi)analfabetisme onder de eerste generatie migranten, maar ook onder de autochtone bevolking. Het beschikbaar zijn van vragenlijsten in andere talen is z.i. relevant voor de grote steden waar het percentage niet westerse allochtonen in 2007 al meer dan dertig procent was²⁰. De allochtone bevolking maakt immers ook gebruik van de ggz, maar wordt op deze wijze niet met de CQ-Index bediend.

¹⁹ De vragen over de woningen in beschermd wonen zullen bij andere RIBW's waarschijnlijk wel van toepassing zijn, omdat daar de woningen wel onder de verantwoordelijkheid van de RIBW zelf vallen.

²⁰ http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2194n21847.html

Inschatting door medewerkers: (on)mogelijkheden afnemen CQ-Index

Bij de keuze van de locaties in de pre-pilot is getracht cliënten uit alle relevante zorgvormen te betrekken, van kortdurende klinische opname tot langdurend verblijf. Gezien de verschillen in kenmerken en beperkingen van cliënten in deze zorgvormen is het te verwachten dat op elk van deze locaties een verschillende inschatting wordt gemaakt over de (on)mogelijkheid dat cliënten de vragen van de CQ-Index kunnen beantwoorden, hetzij door de lijst zelf in te vullen, hetzij met minder of meer hulp van een interviewer. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn.

Bij de **afdeling Aesopus** van verpleeghuis Laurens (totaal 60 bewoners) hadden de teamleider en de locatiemanager een lijst met tien bewoners opgesteld waarvan zij inschatten dat ze de vragenlijst zouden kunnen invullen, al dan niet met begeleiding. Naar de mening van de teamleider en de locatiemanager zouden slechts twee van de tien cliënten de lijst zelfstandig kunnen invullen, en zouden de anderen moeten worden geïnterviewd. Dit voorstel werd met de onderzoekers besproken. Omdat het doel van de pre-pilot is de grenzen te zoeken van wie nog wel en wie niet kan deelnemen en niet te kiezen voor een veilige selectie, werd verzocht deze lijst uit te breiden. Volgens de medewerkers was dat nauwelijks mogelijk. Zij konden nog twee personen aan de lijst toevoegen. Dit impliceert dat volgens de medewerkers 12 van de 60 bewoners in aanmerking kwamen en dat 80% door hen werd uitgesloten.

Als redenen om bewoners helemaal niet te vragen werden vooral genoemd:

- gedragsproblemen (te achterdochtig, autistisch, cliënten zou mogelijk boos en/of agressief kunnen worden)
- lichamelijke conditie (cliënt is somatisch te slecht zijn waardoor het te vermoeiend is, cliënt wordt teveel belast omdat hij zich te veel moet concentreren)
- verstoring van het dagelijks ritme (cliënt kan zich onveilig gaan voelen door vreemde gezichten op de afdeling, cliënt kan teveel uit balans raken)

Tijdens het introductiegesprek bij de **verblijfsafdeling van Bavo Europoort** (totaal 25 bewoners) werd door een stafmedewerker de inschatting gemaakt, dat twee a drie cliënten de lijst zelfstandig zouden kunnen invullen en dat drie tot vier cliënten geïnterviewd zouden kunnen worden. Deze mening week echter af van die van de teamleidster op de groep zelf. Zij maakte de inschatting dat niemand de lijst zelf zou kunnen invullen en iedereen geïnterviewd zou moeten worden. Redenen om bewoners uit te sluiten van deelname hadden hier vooral te maken met de cognitieve en andere beperkingen van de bewoners (teveel in zichzelf gekeerd, te onrustig, te wantrouwend).

Op de gesloten **opnameafdeling van Mediant** (totaal 14 cliënten) werd door het afdelingshoofd ingeschatt dat alle cliënten aan het onderzoek zouden kunnen deelnemen, en dat elf cliënten zelfstandig de vragenlijst zouden moeten kunnen invullen. Bij drie mensen raadde het afdelingshoofd aan te interviewen vanwege taalproblemen, concentratieproblemen en cognitieve beperkingen. Hoewel op voorhand niemand werd uitgesloten, werd aangegeven dat op het moment dat cliënten zouden worden benaderd voor deelname, dit toch niet zou kunnen bijvoorbeeld omdat de cliënt te psychotisch zou zijn of omdat de client in de separeer zou zijn.

Bij **RIBW KAM** (totaal BW 14 en BZW 15) schatte de locatiemanager in dat iedereen de vragen van de CQ-Index zou kunnen beantwoorden en de meesten ook zelfstandig. Geen van de cliënten werd op voorhand uitgesloten. Wel werden ook hier situaties genoemd

waardoor het uiteindelijk niet mogelijk zou zijn een lijst af te nemen (cliënt is te psychotisch, cliënt kan agressief zijn; het bezoek van een onderzoeker wordt gezien als een inbreuk op privacy van de bewoner).

Bij de Dubbele Diagnose-kliniek van **Iriszorg** (totaal 22 clienten) achtte de begeleider de meeste cliënten in staat de vragenlijst zelf in te vullen, afhankelijk van hun concentratie. Daarbij werd wel de opmerking gemaakt dat bij een interview waarschijnlijk de kans groter zou zijn dat de vragenlijst compleet zou worden ingevuld. Exclusiecriteria werden niet genoemd.

Samenvattend kunnen we stellen dat de medewerkers van de opnameafdelingen (Mediant, Irsizorg) en bij de RIBW inschattingen dat het afnemen van een CQ-Index, al dan niet in de vorm van een interview, goed mogelijk is. Uitzonderingen hier hebben vaak betrekking op de conditie van de client op een bepaald moment (slechte dag, client is momenteel te psychotisch etc.).

Op de verblijfsafdelingen (Aesopus en Bavo Europoort) lijkt dat toch duidelijk anders te liggen. Daar wordt door medewerkers voor een aanzienlijk deel van de bewoners op voorhand ingeschat dat zij niet in staat zijn mee te doen (ook niet in interviewvorm) vooral vanwege **structurele** (cognitieve) beperkingen en/of structurele gedragsproblemen.

Werven van cliënten en mogelijkheid van afname van de CQ-Index

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de onderzoekers zelf de cliënten zouden benaderen voor deelname aan het onderzoek, om beïnvloeding door medewerkers tot een minimum te beperken. De voorlichting zou daar waar mogelijk groepsgewijs plaatsvinden, waarna de cliënten om medewerking zou worden gevraagd. Hier moest vooral bij de verblijfsafdelingen van worden afgewezen

Bij afdeling **Aesopus** van verpleeghuis Laurens werden de cliënten allemaal apart benaderd door een medewerker. Deze medewerker stelde ook het verpleegkundige personeel van het onderzoek op de hoogte. De medewerker maakte voor de onderzoekers een agenda met daarop de afspraken. Hierdoor kon rekening worden gehouden met dagprogramma's, persoonlijke voorkeuren en afspraken van de cliënten. Toen een cliënt bij nader inzien toch niet wilde deelnemen omdat hij bezoek kreeg, heeft een verpleegkundige een andere aanwezige cliënt gevraagd, die in eerste instantie geëxcludeerd was. Deze bleek inderdaad nauwelijks in staat antwoorden te geven. Uiteindelijk hebben de beoogde 10 van de 60 bewoners meegedaan. En zoals al eerder hierboven vermeld bij de inschatting door de medewerkers zijn deze tien cliënten ongeveer het maximaal haalbare aantal voor een afdeling als Aesopus.

Ook op de locatie van **Bavo Europoort** hebben de medewerkers de cliënten individueel om deelname gevraagd. De onderzoekers zijn niet in het woongedeelte of de gemeenschappelijke huiskamer aanwezig geweest. De cliënten die wilden deelnemen, werden in een aparte ruimte geïnterviewd. In totaal deden zeven van de 25 bewoners aan het onderzoek mee. Ook hier is de inschatting dat dit het maximaal haalbare aantal was voor deze woonvoorziening. De anderen werden geëxcludeerd of weigerden medewerking.

Op de gesloten afdeling van **Mediant** werden de cliënten door een medewerker en een onderzoeker samen benaderd, ook op individuele basis. De onderzoekers lichten de cliënten in over de bedoeling van het onderzoek en vroegen om toestemming tot deelname. Het merendeel van de cliënten (9 van de 14) deed uiteindelijk mee aan het onderzoek. De overige cliënten wilden niet, waren niet aanwezig, hadden visuele beperkingen of waren de taal niet machtig.

Bij de locatie beschermd wonen van **RIBW KAM** hebben de onderzoekers het onderzoek zelf bij de bewoners van beschermd wonen geïntroduceerd en om toestemming tot deelname gevraagd. Medewerkers van de RIBW probeerden de bewoners tot deelname te motiveren. Dit alles gebeurde plenair, tijdens het gezamenlijke koffiedrinken, waarvoor alle bewoners naar de huiskamer kwamen. Er werden geen bewoners op voorhand geëxcludeerd. Van de 14 bewoners deden er uiteindelijk de beoogde 5 mee. Twee bewoners weigerden en de overigen waren afwezig.

Het benaderen van de beoogde vijf cliënten in begeleid zelfstandig wonen was vooral organisatorisch problematisch. Het was niet mogelijk dat de onderzoekers samen met de begeleiders de cliënten thuis bezochten voor de afname van de vragenlijst. Dat werd beschouwd als een inbreuk op de privacy. Men was van mening dat deze cliënten vooraf toestemming moesten geven. daarnaast zou een begeleider net op de dag dat de onderzoekers aanwezig waren een afspraak hebben met de cliënt. Het benaderen van deze cliënten zou dus meer tijd en een uitgebreide voorbereiding voor de begeleider betekenen. Dit werd als een te grote belasting opgevat. Vijf vragenlijsten en antwoordenvellen werden achtergelaten, met de vraag of de begeleiders deze onder de aandacht van hun cliënten wilden brengen. Uiteindelijk zijn twee van de vijf vragenlijsten teruggestuurd.

Op de dubbele diagnose-kliniek van **Iriszorg** werden de cliënten ook individueel door een medewerker benaderd. De onderzoekers kwamen niet op de afdelingen. De interviews vonden in een aparte kantoorruimte plaats. Hoewel vooraf niemand was uitgesloten, werd op de dag van het onderzoek vastgesteld dat vier cliënten niet in staat waren om de vragenlijst, al dan niet met hulp, in te vullen. Redenen hiervoor waren: cliënt heeft therapie, cliënt is psychotisch, cliënt is te gespannen en het is al een te drukke dag voor cliënt. Van de overige 18 cliënten werden er 10 gevraagd deel te nemen, vijf van de gesloten en vijf van de open afdeling. Uiteindelijk hebben negen cliënten deelgenomen, de tiende was op het laatste moment verhinderd.

Respons

In tabel 3.1.is weergeven wat de uiteindelijke respons per locatie was. Het is eenmaal gelukt bij 10 cliënten de CQ-Index af te nemen.

Tabel 3.1. Aantal deelnemende cliënten/totaal aantal cliënten

	Laurens	Bavo Europoort	Mediant	RIBW KAM	Iriszorg
Totaal aantal cliënten	60	25	14	BW: 14 BZW: 15	22
Deelnemende cliënten*	10	7	9	BW: 5 BZW: 2	9

Bij de uiteindelijke deelname van cliënten aan het onderzoek, blijkt dat de cadeaubon voor een deel van de mensen dé reden is om mee te doen. Een CQ Index afnemen zonder een attentie zal de respons niet ten goede komen, is de indruk (voor sommigen is een cadeaubon te weinig als tegenprestatie en zij willen daarom niet deelnemen). Ook geven sommige cliënten aan dat zij het leuk vinden de vragen te beantwoorden, of dat zij het prettig vinden een praatje te maken naar aanleiding van de vragenlijst. Ook doet een deel van de cliënten wel degelijk mee omdat zij hun mening kwijt willen; bij hen speelt de cadeaubon geen beslissende rol. Sommige mensen doen mee omdat het hen gevraagd wordt en niet iedereen beseft wat het doel is van dit onderzoek, ondanks dat het verteld is. De attentie die zij krijgen, lijkt geen rol te spelen. De begeleiding speelt vaak een belangrijke rol in het motiveren van de bewoners. Ook gewoonte en cultuur binnen een instelling kunnen belangrijk zijn; bij Iriszorg zijn cliënten gewend zijn om aan meerdere onderzoeken mee te werken en niemand van de gevraagde cliënten heeft dan ook geweigerd.

Redenen om niet deel te nemen zijn ook vrij divers: geen zin hebben, te moe zijn, het beantwoorden van de vragen is te inspannend, achterdochtig zijn (wat moeten ze van me weten?) of onzeker zijn; bang dat ze de vragen niet 'goed' kunnen beantwoorden.

Afname CQ-Index

Moeilijkheidsgraad

De afname van de CQ-Index duurde in 33 van de 42 gevallen (79%) tussen de 11 en 30 minuten, waarvan 18 (43%) korter dan 20 minuten. Vijf keer (12%) was 31 tot 40 minuten nodig (zie tabel 3.3.). Twee afnames duurden rond een uur. Dat is wat langer dan de invultijd die bij de pilot onder ambulante ggz-clients werd aangegeven. Van deze laatste groep was 72% korter dan 20 minuten bezig geweest, en 89% korter dan 30 minuten.

Tabel 3.2 Wijze van invullen

	Laurens	Bavo Europoort	Mediant	RIBW KAM (BW+BZW)	Iriszorg	Totaal
Zelf ingevuld	1	0	6	3	6	16
Geïnterviewd	9	7	3	4	3*	26
Totaal	10	7	9	7	9	42

* interview op verzoek van cliënten gedaan, maar dit was feitelijk niet nodig

De CQ-Index werd in 26 gevallen als interview afgenoem (62%), de rest deed het zelf (tabel 3.2)²¹. Het maakt voor de tijdsinvestering niet veel uit of de vragenlijst zelf wordt ingevuld of als interview wordt afgenoem (tabel 3.3). Alleen in het geval dat er sprake is van een langere afnameduur is er sprake van een oververtegenwoordiging van interviews. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat de opgegeven duur van de interviews wat vertekend is. In een aantal gevallen (vooral bij Laurens en Bavo Europoort, zie verderop) zijn delen van de vragenlijst overgeslagen omdat het interview

²¹ Dit getal is licht vertekend. In een aantal gevallen, zoals bij Iriszorg, is de lijst als interview afgenoem, terwijl de cliënt het best zelf had kunnen doen, maar liever koos voor een interview.

moeizaam verliep. Als de gehele vragenlijst zou zijn afgenoem, zou de interviewtijd langer zijn geweest.

Tabel 3.3 Benodigde tijd beantwoording CQ-Index (zelfstandig/interview)

	Laurens	Bavo Europoort	Mediant	RIBW KAM (BW+BZW)	Iriszorg	Totaal
< 10 min.			1/0		0/1	2
11-20 min.	1/3	2/0	5/1	3/0	1/3	18
21-30 min.	0/3	5/0	0/1	1/1	3/0	15
31-40 min.	0/2			1/1	0/1	5
41-50 min.						
51-60 min.			0/1			1
> 60 min.	0/1					1
Totaal	10	7	9	7	9	42

De cliënten zelf gaven aan dat de ze CQ-Index wel een erg lange vragenlijst vonden. Bij sommigen ging de beantwoording toch vrij snel omdat de CQ-Index gebruik maakt van een vast format wat betreft de formulering van vragen en responscategorieën. Daarnaast gaven de meeste cliënten aan dat zij het een makkelijke vragenlijst vonden, en ook een goede vragenlijst, met belangrijke onderwerpen zoals keuzemogelijkheden en informatie over medicijnen. Deze bevindingen gelden vooral de cliënten van Mediant, RIBW KAM en Iriszorg. De moeilijkheidsgraad lijkt wel groter te zijn voor de cliënten van de verblijfsafdelingen van Laurens en Bavo Europoort. Aan deze cliënten kon in een aantal gevallen niet gevraagd worden aan te geven of ze de lijst moeilijk vonden of niet (zij waren al gestopt), maar er lijkt een duidelijk onderscheid te zijn. Dit blijkt onder meer uit de oordelen die de onderzoekers gaven over de geschatte betrouwbaarheid van de ingevulde vragenlijsten. Bij de onderzoekers bestond de indruk dat cliënten vragen niet begrepen en 'zomaar' wat antwoordden.

Betrouwbaarheid van de verzamelde data

Na afloop van de afname van de CQ-Index gaven de onderzoekers een oordeel de manier waarop de afname was gegaan. Ze letten onder meer op eventueel verlies van concentratie, het niet begrijpen van vragen, het moeten overslaan van vragen, 'wegvallen' van de cliënt, irritatie en dergelijke (zie tabel 3.4). Uit deze tabel blijkt dat vooral op de verblijfsafdelingen van Laurens en Bavo Europoort zich problemen voordeden bij de afname van de vragenlijst. Op deze afdelingen haakten meer cliënten af vanwege moeheid, concentratieverlies, geheugenproblemen, irritatie, of verlies van interesse. Er was vooral sprake van concentratieverlies, waardoor de onderzoekers veel moeite moesten doen de cliënt bij de les te houden werd. Dit leidde er onder meer toe dat de onderzoekers bepaalde vragen of onderdelen van de vragenlijst over gingen slaan, om zodoende toch nog zoveel mogelijk informatie te verzamelen.

Mediant is een grensgeval. Ook hier was in drie gevallen sprake van concentratieproblemen. Bij de overige cliënten leverde de lijst echter geen problemen op. Bij RIBW KAM is er geen probleem bij het invullen van de vragenlijst. Eén cliënt vindt het wel wat lang duren, maar maakt het interview wel af. Bij Iriszorg worden geen problemen bij de afname geconstateerd.

Tabel 3.4 Problemen bij het invullen van de CQ-Index

	Laurens	Bavo Europoort	Mediant	RIBW KAM (BW+BZW)	Iriszorg	Totaal
geen problemen	4	1	6	6	9	26
deels problemen	4	5	3	1	0	13
veel problemen	2	1	0	0	0	3
Totaal	10	7	9	7	9	42

Naast problemen bij het invullen van de vragenlijst hebben de onderzoekers ook een algemeen betrouwbaarheidsoordeel gegeven. Het betreft hier de vraag of de cliënt de indruk heeft gewekt dat hij de vragen serieus heeft genomen en het meeste adequate antwoord heeft gegeven, of hij de indruk heeft gegeven de vragen te begrijpen, of dat hij zo maar wat gedaan heeft (tabel 3.5)

Tabel 3.5. Inschatting betrouwbaarheid antwoorden CQ-Index

	Laurens	Bavo Europoort	Mediant	RIBW KAM (BW+BZW)	Iriszorg	Totaal
serieus en betrouwbaar	5	3	6	7	8	29
deels betrouwbaar	4	2	2	0	1	9
niet betrouwbaar	1	2	1	0	0	4
Totaal	10	7	9	7	9	42

Dit oordeel is in overeenstemming met de resultaten in tabel 3.4. De geschatte betrouwbaarheid is het laagst bij Laurens en Bavo Europoort. Er was hier eerder sprake van sociaal wenselijke antwoorden, vragen die werden afgeraffeld, geheugenproblemen, vragen die niet werden begrepen, en cliënten die niet tot een antwoord kunnen komen. Daarentegen werd de betrouwbaarheid van de antwoorden het hoogst ingeschat bij RIBW KAM en Iriszorg.

Conclusies

Deze pre pilot maakt duidelijk dat het afnemen van een CQ index bij een LZA en klinische populatie veel inspanningen vergt wat betreft de voorbereidingen op locatie voorafgaand aan een daadwerkelijke afname. Dit betreft zowel uitgebreide voorbereidingen van de kant van onderzoekers als voorbereidingen van de kant van medewerkers. Medewerkers vooraf een inschatting laten maken van cliënten die wel of niet een lijst kunnen invullen(al dan niet met ondersteuning) lijkt een noodzakelijke stap zeker op de verblijfsafdelingen, hier Aesopus en Bavo Europoort.

Wat betreft de te verwachten responspercentages, kan op grond van deze pre-pilot worden gesteld dat op langdurende verblijfsafdelingen als Aesopos en Bavo Europoort maximaal 15 tot 30% van de bewoners in staat zijn om aan een onderzoek met de CQ-Index deel te nemen. Hierbij moet worden aangetekend dat in deze pre-pilot maximaal aandacht is besteed aan het werven van respondenten, inclusief een kleine vergoeding. Op de opnameafdelingen van Mediant en Iriszorg en bij de beschermd wonen cliënten van een RIBW kan een responspercentage van 40 tot 60% worden verwacht, wanneer er een persoonlijk bezoek wordt gebracht en de cliënten de mogelijkheid krijgen om te worden geïnterviewd. Een enquête over de post zal hoogstwaarschijnlijk lagere responspercentages opleveren. De implementatie van een CQ-Index bij deze populaties zal daarmee veel aandacht vergen.

Bij de cliënten van begeleid zelfstandig wonen ligt dit anders. De BW cliënten functioneren zelfstandig, zijn overdag vaak niet thuis, hechten zeer aan privacy en lijken wat dat betreft meer op een ambulante populatie. Echter wel met dit verschil dat bijvoorbeeld lijsten per post versturen voor hen vaak weer net een stapje te ver gaat. Veel cliënten hebben met dat soort zaken, administratie, post openen en afhandelen juist moeite.

Bij begeleid zelfstandig wonen zal dus een aangepaste wervingsstrategie moeten worden ontwikkeld.

Geconcludeerd kan worden dat bij de daadwerkelijke afname van de CQ-Index sprake is van een duidelijke tweedeling. De cliënten van de verblijfsafdelingen van Laurens en Bavo Europoort hebben beduidend meer moeite, de vragenlijst tot een goed einde te brengen. Zij haken eerder af door concentratieverlies of het niet begrijpen van de vragen en de betrouwbaarheid van de bij hen verzamelde gegevens is matig tot laag. Bij de opnameafdelingen van Mediant en Iriszorg en bij de RIBW KAM ligt de situatie anders. Naast het gegeven dat cliënten op deze locaties eerder in staat zijn de lijst zelf in te vullen, is de betrouwbaarheid van de antwoorden beduidend hoger.

De combinatie lage respons én een lage betrouwbaarheid van de verkregen data leidt tot de conclusie dat het niet is aan te bevelen de CQ-Index af te nemen bij cliënten in langdurende klinische verblijfsvoorzieningen. De hoeveelheid tijd en geld die in het onderzoek bij deze groepen cliënten moeten worden aangewend, wegen niet op tegen de te verwachten opbrengst, te weten een betrouwbaar oordeel over de ervaringen van cliënten met de ontvangen zorg. Bij de kortdurende klinische cliënten en cliënten in BW en BZW ligt dat anders. Hoewel bij deze groepen cliënten meer inspanning nodig is om respondenten te werven en te bevragen geven zowel de te verwachten respons als de te verwachten betrouwbaarheid van de gegevens vooralsnog aan dat de afname van een CQ-Index bij deze cliënten goed mogelijk is.

Bijlage 12



INFORMATIE PILOT CONSUMER QUALITY INDEX VRAGENLIJSTEN VOOR DE LANGDURENDE EN KLINISCHE GGZ EN VZ

Momenteel zijn in alle sectoren van de gezondheidszorg vragenlijsten in ontwikkeling voor het meten van de ervaringen van cliënten met de ontvangen zorg, de zogeheten Consumer Quality Index vragenlijsten (CQI/ CQ-Index). Het programma Management en Beleid (M&B) van het Trimbos-instituut ontwikkelt de CQI's voor de ggz en de verslavingszorg (vz). Op dit moment worden versies voor de langdurende en klinische ggz en vz ontwikkeld. Deze ontwikkeling wordt gefinancierd door ZonMw, in het kader van het programma Meten Patiëntenervaringen.

Wij zijn nu voor de testfase van deze vragenlijsten op zoek naar zorgaanbieders die willen deelnemen aan de pilots voor langdurende en klinische ggz en vz. Een lid van het CQI-team van het Trimbos-instituut heeft in dit kader contact gehad met uw instelling en in deze brief vindt u aanvullende informatie over het project.

Wat meten CQI-vragenlijsten voor de ggz?

De CQI's voor de ggz en vz zijn vragenlijsten voor het meten van de ervaringen van cliënten met de ontvangen hulpverlening. Het gaat hierbij vooral over kwaliteitsaspecten als een respectvolle benadering, serieus genomen worden en goed geïnformeerd worden. In tweede instantie gaat het ook over de vraag of de behandeling/begeleiding naar de mening van de cliënt resultaat heeft opgeleverd. Het is de bedoeling dat de CQ-Index vragenlijsten de standaard meetinstrumenten worden voor de prestatie-indicatoren uit de Basisset die betrekking hebben op de ervaringen van cliënten. De resultaten van de metingen zijn derhalve bruikbaar voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).

Net als in de andere sectoren wordt deze CQ-Index vragenlijsten ontwikkeld in nauw overleg met en onder toezicht van het Centrum Klantervaring Zorg. Dit centrum coördineert de ontwikkeling van vragenlijsten en stelt deze vast. Daarnaast houdt het centrum toezicht op het meetproces en zorgt het voor de vergelijkbaarheid van de meetresultaten.

Op termijn, dat wil zeggen zodra het instrument uitontwikkeld is, zullen de uitkomsten van de metingen op de website kiesBeter.nl gepubliceerd worden.

De eerste CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz die M&B ontwikkeld heeft, zal naar verwachting 16 december goedgekeurd worden door de Wetenschappelijke Advies Raad van het CKZ. Deze CQI heeft dan het stempel van het CKZ. Verschillende zorgaanbieders hebben meetorganisaties al de opdracht gegeven de vragenlijst in 2009 te gaan afnemen.

Wat is de bedoeling van dit project?

De CQI kortdurende ambulante ggz vormt de basis van de drie nieuwe lijsten die voor het beschermde wonen, begeleid zelfstandig wonen en de kortdurende klinische ggz ontwikkeld zijn. Ten eerste worden de psychometrische kwaliteiten getest (waaronder de

betrouwbaarheid) en ten tweede wordt het instrument getoetst op het discriminerend vermogen (in hoeverre toont de CQI verschillen aan tussen de zorgaanbieders).

Voor dit project is een grootschalig onderzoek nodig, waaraan zoveel mogelijk zorgaanbieders en cliënten deelnemen. We zoeken naar twintig RIBW's waar indien mogelijk minimaal zestig cliënten de vragenlijsten invullen. Daarnaast worden tien ggz-zorgaanbieders geworven (geïntegreerde ggz-instellingen, APZ'en, categorale ggz-instellingen) waar indien haalbaar 120 klinisch opgenomen cliënten de vragenlijst invullen.

Wat is de doelgroep?

Tijdens een vooronderzoek (de pre-pilot) is onderzocht bij welke klinische en langdurig zorgafhankelijke (LZA) cliëntengroepen de CQI al dan niet afgenoemt kan worden. Geconcludeerd is dat de cliënten van de klinische verblijfsafdelingen hier veelal niet toe in staat zijn door concentratieverlies en cognitieve beperkingen. De betrouwbaarheid van de verkregen data is daardoor laag. Op basis van de pre-pilot is besloten dat het afnemen van de CQI in deze vorm bij deze doelgroep niet wenselijk is.

In project worden de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Inclusiecriteria

Bij de zorgaanbieders wordt geprobeerd de volgende groepen te benaderen.

In geval van ingeschreven bij een zelfstandige RIBW:

- de doelgroep beschermde wonende cliënten **én**
- die ouder dan achttien jaar is
- de doelgroep begeleid zelfstandig wonende cliënten **én**
- die in de drie maanden voorafgaand aan de startdatum minimaal één begeleidingscontact heeft **én**
- die ouder dan achttien jaar is

In geval van ingeschreven bij een (geïntegreerde) ggz-instelling:

- de doelgroep beschermde wonende cliënten **én**
- die in de drie maanden voorafgaand aan de startdatum minimaal één begeleidingscontact heeft **én**
- ouder dan achttien jaar is
- de doelgroep die ambulante woonbegeleiding krijgt, bv. begeleid zelfstandig wonende cliënten of cliënten die ondersteuning krijgen van een Zorg Aan Huis-team (naamgeving wisselt per instelling) **én**
- die in de drie maanden voorafgaand aan de startdatum minimaal één begeleidingscontact heeft **én**
- ouder dan achttien jaar is

NB. Deze groep moet niet verward worden met de ambulante cliënten die (kortdurend) in behandeling zijn bij een poli, Riagg of vrijgevestigde behandelaar.

In geval van ingeschreven bij een klinische - of deeltijdafdeling van een geïntegreerde ggz-instelling, APZ of categorale ggz-instelling:

- de doelgroep klinisch verblijvende cliënten **én**
- die niet woont op een langdurig verblijfafdeling van de betreffende instelling **én**
- ouder dan achttien jaar is

In geval van uitgeschreven bij een klinische - of deeltijdafdeling van een geïntegreerde ggz-instelling, APZ of categorale ggz-instelling:

- de doelgroep voorheen klinisch verblijvende cliënten **én**

- die ten hoogste drie maanden voorafgaand aan de startdatum met ontslag of overgeplaatst is **én**
- niet woont op een langdurig verblijfafdeling van de betreffende instelling **én**
- ouder dan achttien jaar is

Exclusiecriteria

In principe kan iedere cliënt die voldoet aan de bovenstaande inclusiecriteria deelnemen. In gesprek tussen de contactpersoon (of het locatie- of unit hoofd) en een lid van het CQI team wordt besproken welke afdelingen deel gaan nemen en welke niet. Er kunnen binnen het boven geschetste kader toch specifieke afdelingen zijn waar het merendeel van de cliënten bijvoorbeeld dermate ernstige cognitieve beperkingen heeft dat deelname toch niet zinvol lijkt.

Op de dag dat de interviewer op locatie is, vindt er een voorbespreking plaats met het locatie- of unit hoofd. Dan wordt besproken welke cliënten wel of niet benaderd zullen worden. De volgende exclusiecriteria worden dan onder andere gehanteerd:

- cliënten die jonger zijn dan 18 jaar
- cliënten die wel horen bij de doelgroep maar door hun toestand op dat moment niet in staat zijn deel te nemen aan het onderzoek, dat wil zeggen cliënten die:
- ernstig psychotisch zijn, angstig zijn of angstig worden in contact met vreemden
- te snel vermoed zijn, in de war zijn of raken, 'ontregeld' raken
- een interview ervaren als een ernstige inbreuk op hun privacy

Twee vragenlijsten

In dit project worden twee verschillende typen vragenlijsten afgenoem (echter altijd één lijst per persoon). De CQI's voor de langdurende en klinische ggz en de zogeheten Belangvragenlijsten. In deze laatste lijsten wordt aan de respondenten gevraagd aan te geven hoeveel belang zij hechten aan de kwaliteitsaspecten die in de CQI's zijn opgenomen. Een voorbeeld: *Hoe belangrijk vindt u dat u kunt kiezen uit verschillende soorten behandelingen?* De uitkomsten van deze belangvragen worden gebruikt bij de keuze om items al of niet uit de definitieve versie van de CQ-Index voor de langdurende en klinische ggz te verwijderen.

De cliënten ontvangen de CQ-Index óf de belangvragenlijst, dit gebeurt willekeurig, in de verhouding 2/3 en 1/3.

Hoe vindt de dataverzameling plaats?

De dataverzameling vindt grotendeels op locatie bij de zorgaanbieder plaats en voor een klein deel via postenquêtes. Het Trimbos-instituut heeft Kwadraad gevraagd om de onderzoekers te leveren voor dit onderzoek. Deze organisatie biedt onderzoek, advies en trainingen vanuit cliëntenperspectief en werkt met ervaringsdeskundige onderzoekers. De afdeling Interview & Datamanagement (IDM) van het Trimbos-instituut zal de dataverzameling per post uitvoeren.

Dataverzameling bij de zorgaanbieders

Op de afgesproken datum melden zich één of meerdere onderzoekers zich bij uw instelling. Ze zullen kort met het afdelings- of locatiehoofd of een hulpverlener spreken over: de afdeling, wie wel en niet benaderd kan worden, wie naar verwachting de CQI zelf kan invullen en wie niet et cetera. De exacte werkwijze zal variëren per zorgaanbieder. De ervaring uit de pre-pilot is dat een deel van de mensen de lijst zelf kan invullen, dat een deel de CQI zelf invult met assistentie van de onderzoeker, en dat een ander deel daadwerkelijk geïnterviewd moet worden. Het invullen van de lijst duurt gemiddeld ongeveer twintig minuten.

Dataverzameling via postenquêtes en reminders

Cliënten die in de drie maanden voorafgaand aan de start van de dataverzameling met ontslag zijn gegaan en aan de inclusiecriteria voldoen krijgen een vragenlijst thuisgestuurd:

- 1 Alle geselecteerde cliënten ontvangen een vragenlijst, met een toelichtende brief op het postpapier van de zorgaanbieder en een antwoordenv envelop
- 2 Na één week ontvangen alle personen een kaartje of brief met daarin een dankbetuiging voor het meedoen of een herinnering voor het geval men nog niet gerespondeerd heeft
- 3 Na vier weken ontvangen degenen die niet gerespondeerd hebben een nieuw pakket, dus een vragenlijst met een toelichtende (herinnerings)brief en een antwoordenv envelop
- 4 Na zeven weken ontvangen degenen die niet gerespondeerd hebben een laatste herinnering

In verband met de privacy wordt alles in een witte gesloten envelop verzonden.

Voor de dataverzameling (via de post) is een privacyprotocol ontwikkeld dat wij u desgewenst toezenden en dat besproken zal worden tijdens de startbijeenkomst.

Wat wordt van u verwacht?

ZonMw financiert in het kader van het programma Meten Patiëntenervaringen de ontwikkelkosten en een groot deel van de dataverzameling (onderzoekers op locatie, verzendkosten etc.). De kosten voor het overige deel van de dataverzameling, de analyse en de terugrapportage van de CQ-Index moeten de aanbieders zelf financieren. Deze kosten zijn vastgesteld op 1.500 euro per zorgaanbieder. In ruil hiervoor kunt u de verzamelde data gebruiken voor het vullen van de Basisset Prestatie-indicatoren

Wanneer uw instelling besluit deel te nemen aan dit onderzoek, zal een lid van het CQI-team met de contactpersoon van uw instelling bespreken:

- welke afdelingen gaan deelnemen aan het onderzoek.
- hoeveel cliënten potentiële respondenten zijn (de aan de afdeling verbonden cliënten)
- hoeveel cliënten die in de drie maanden voorafgaand aan de start van het onderzoek, met ontslag zijn gegaan, per postenquête benaderd kunnen worden en hoe dat georganiseerd wordt (in het geval van een klinische opname)
- wanneer het onderzoek bij uw instelling van start gaat (tussen begin februari en eind april 2009)
- hoe de hulpverleners en cliënten van de deelnemende afdelingen op de hoogte gesteld worden
- hoe het afnemen van de CQI concreet wordt georganiseerd (de contactpersoon brengt de betreffende afdelingen op de hoogte en geeft aan het CQI-team door wie de onderzoeker op de afdeling zal ontvangen)
- om de afspraken vast te leggen wordt een contract opgesteld.

Wat levert het onderzoek uw instelling op?

De betrokken aanbieders krijgen naar afloop van het onderzoek de resultaten van de meting op instellingsniveau. Met GGZ Nederland is afgesproken dat de gegevens ter beschikking gesteld worden voor het JMV 2009. Wanneer de CQ-Index voldoende discriminerend vermogen blijkt te hebben, ontvangen de aanbieders tevens een vergelijking ten opzichte van de rest van de geanonimiseerde zorgaanbieders.

De betrokken aanbieders krijgen hun eigen databestand en kunnen daar desgewenst nog andere analyses op doen. Er kunnen bijvoorbeeld afdelingscodes op de vragenlijsten gezet worden waardoor beperkte analyse op afdelingsniveau mogelijk is. De kanttekening die het onderzoeksteam hierbij plaats is dat het waarschijnlijk om kleine aantallen gaat waardoor de zeggenschap beperkt is.

Hoe kunt u zich opgeven voor deelname?

Op de site van het Trimbos-instituut staat het aanmeldingsformulier. Deze is te benaderen met de link <http://www.trimbos.nl/default23992.html> of via een zoekmachine door 'trimbos m&b actueel' in te typen.

Om enig zicht te hebben op het aantal deelnemende zorgaanbieders willen we graag zo snel mogelijk maar zeker vóór 29 januari 2009 weten welke aanbieders mee gaan doen. Na aanmelding nemen we contact met u op en kunnen de voorbereidingen starten.

Wij vragen u om dinsdag 3 februari 2009 van 15.00 tot 17.00 uur te reserveren in uw agenda, dan vindt namelijk de startbijeenkomst plaats voor de deelnemende zorgaanbieders.

Wie zijn wij?

Het CQ-I team bestaat uit

Bob van Wijngaarden, bwijngaarden@trimbos.nl, projectleider, tel. 030-2959205
Daniëlle Meije, dmeije@trimbos.nl, algemene coördinatie, tel. 030-2959321 (afwezig van 26-1-2009 tot 9-3-2009)

Kathy Oskam, koskam@trimbos.nl, coördinatie dataverzameling, tel. 030-2971140

Leonie Fotiadis, lfotiadis@trimbos.nl, projectmedewerker, tel. 030-2959386

Planning

November, december 2008 en januari 2009
- Benaderen en contracteren aanbieders voor onderzoek
Februari, maart en april 2009
- Startbijeenkomst dinsdag 3 februari 2008 van 15.00 tot 17.00 uur bij het Trimbos-instituut - Dataverzameling
Mei en juni 2009
- Data-analyse - Eventueel aanpassen CQ-Index - Terugrapportage naar deelnemende aanbieders

Trimbos-instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

**Overeenkomst tot het verzamelen van data in het kader van de ontwikkeling van
een CQ-Index voor de langdurende geestelijke gezondheidszorg en
verslavingszorg**

Versie BW/BZW

PARTIJEN:

De stichting **Trimbos-instituut**, gevestigd te Utrecht, Da Costakade 45, 3521 VS, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de voorzitter van de Raad van Bestuur Dr. J.A. Walburg, nader aan te duiden als Trimbos-instituut,

en

..... gevestigd te, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door, nader aan te duiden als Opdrachtgever,

nemen het volgende in overweging;

- a. Het Trimbos-instituut is een onafhankelijk instituut voor informatie, onderzoek en advies op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de verslavingszorg en laat zich leiden door wetenschappelijke normen bij het vinden van oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken die toepasbaar zijn in de praktijk,
- b. Opdrachtgever stelt zich ten doel,
- c. Opdrachtgever wenst data te verzamelen die gebruikt kan worden om de dataset prestatie-indicatoren te voeden zoals die is opgezet door GGZ Nederland t.b.v. het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording,
- d. De in c genoemde data kan verzameld worden door middel van de zogeheten CQ-Index voor de langdurende geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg (vz),
- e. Het Trimbos-instituut is bereid deze CQ-Index ten behoeve van opdrachtgever af te nemen en daarover zodanig te rapporteren dat opdrachtgever de gegevens t.b.v. c kan gebruiken. Het Trimbos-instituut zal de gegevens gebruiken t.b.v. de validatie van de CQ-Index,
- f. Opdrachtgever wenst daartoe aan het Trimbos-instituut opdracht te verlenen,

komen het volgende overeen:

1. Verplichtingen Trimbos-instituut

- 1.1 Binnen vier weken na ondertekening van deze overeenkomst levert de afdeling Management & Beleid (M&B) van het Trimbos-instituut aan Opdrachtgever inclusiecriteria aan ten behoeve van de keuze van de te onderzoeken locaties. Deze inclusiecriteria zijn toegevoegd.
- 1.2 M&B levert aan Opdrachtgever een set unieke codes, bestaande uit een instellingscode, een locatiecode en een cliëntcode, en tevens een instructie voor de wijze van aanleveren van de interview- en achtergrondbestanden van de deelnemende locaties (art 2 Privacyprotocol).
- 1.3 De afdeling Interview en datamanagement (IDM) van het Trimbos-instituut werft en instrueert interviewers in het afnemen van de CQ-Index voor langdurende ggz. IDM coördineert tevens de dataverzameling.

- 1.4 M&B en IDM maken afspraken met de leidinggevende van de te onderzoeken locaties en met de interviewers over de datum waarop en de plaats waar de afname van de CQ-Index zal plaatsvinden.
- 1.5 De interviewers van het Trimbos-instituut nemen de CQ-Index vragenlijsten op locatie af. Hierbij confronteren zij zich aan de regels rond privacy en zorgvuldigheid, zoals deze zijn weergegeven in het Privacyprotocol. De ingevulde, ganonimiseerde CQ-Index vragenlijsten worden door de interviewers opgestuurd aan IDM.
- 1.6 IDM neemt de antwoorden van de ingevulde vragenlijsten over in een SPSS database en koppelt de van Opdrachtgever ontvangen ganonimiseerde set achtergrondgegevens (art 2) aan deze database. IDM schoont de database conform het 'Handboek CQI metingen: richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument' van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). De geschoonde database wordt door IDM aangeleverd aan M&B.
- 1.7 M&B analyseert de data t.b.v. de opdrachtgever en rapporteert aan de Opdrachtgever over de kwaliteit van de data en over de uitkomsten van de data t.o.v. andere ganonimiseerde instellingen (benchmark). De opdrachtgever ontvangt daartoe uiterlijk op 31 juli 2009 digitale rapportages, mits voldoende instellingen aan de uitvoering van het project hebben deelgenomen. In gevallen waarin het eindproduct niet bestaat uit een eindrapport wordt een aangepaste formulering gehanteerd.
- 1.8 Wanneer de datum van daadwerkelijke start van het onderzoek nog niet duidelijk of nog niet zeker is, kan de formulering gebezigd worden: drie maanden na de aanvang van het onderzoek.
- 1.9 Het Trimbos-instituut levert vier weken nadat de rapportage is opgeleverd de data in de vorm van een excelbestand aan opdrachtgever. Het Trimbos-instituut houdt een back-up van dit bestand in bezit ten behoeve van louter wetenschappelijke doeleinden.

2. Verplichtingen opdrachtgever

- 2.1 Opdrachtgever betaalt voor de diensten van het Trimbos-instituut zoals in deze overeenkomst omschreven € 1500 en voldoet daartoe de factuur die wordt verstuurd binnen vier weken na ontvangst.
- 2.2 Opdrachtgever levert binnen twee weken nadat het van het Trimbos-instituut de set unieke codes heeft ontvangen (art 1.2) het interview- en achtergrondbestand van elke deelnemende locatie volgens de instructie van M&B. Het interviewbestand wordt aan de interviewers ter beschikking besteld, het achtergrondbestand wordt ganonimiseerd verzonden aan M&B. Hierbij wordt het Privacyprotocol.
- 2.3 Opdrachtgever informeert de cliënten en eigen medewerkers over het onderzoek. Het Trimbos-instituut kan op verzoek teksten leveren t.b.v. (elektronische) nieuwsbrieven etc. van Opdrachtgever.
- 2.4 Opdrachtgever informeert M&B zo snel mogelijk wanneer de Opdrachtgever om wat voor reden dan ook wil afwijken van de instructies en/of afspraken die met het Trimbos-instituut gemaakt zijn.

3. BEHEER VAN GEGEVENS

- 3.1 Persoonsgegevens, in het kader van het project verzameld, worden door het Trimbos-instituut omgeven met de waarborgen zoals omschreven staat in het Privacyprotocol. Voor situaties waarin het Privacyprotocol niet voorziet, conformeert het Trimbos-instituut zich aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek. De Opdrachtgever zal zich in zijn opstelling en in zijn gedrag ten opzichte van te onderzoeken, respectievelijk onderzochte personen conformeren aan het gestelde in het Privacyprotocol en aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek en zal het Trimbos-instituut niet verplichten in strijd met protocol en code te handelen.
- 3.2 De rangorde tussen het Privacyprotocol en de Gedragscode Onderzoek en Statistiek indien deze elkaar tegenspreken is:
 1. Privacyprotocol
 2. Gedragscode Onderzoek en Statistiek

4. OPENBAARMAKING

Opdrachtgever kan de data en de analyse gebruiken ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Het Trimbos-instituut is vrij om bekendheid te geven aan de werking van het instrument CQ-index en over het onderscheidend vermogen waarover het instrument beschikt. Het Trimbos-instituut mag te allen tijden publiceren over de uitkomsten zoals die in het kader van deze overeenkomst worden verzameld mits de uitkomsten anoniem worden gepresenteerd.

Indien in het kader van een justitieel onderzoek of op grond van wettelijke verplichting gevraagd wordt uitkomsten van opdrachtgever vrij te geven, wordt dit door het Trimbos-instituut gedaan nadat Opdrachtgever hiervan op de hoogte is gesteld.

5. INTELLECTUELE EIGENDOMSRECHTEN (IER) TRIMBOS-INSTITUUT

- 5.1 De uitvoering van de analyses worden verricht door medewerkers van het Trimbos-instituut die deze taken verrichten in het kader van hun functie. Trimbos-instituut investeert in de ontwikkeling en kennistoename van zijn medewerkers.
- 5.2 Alle IER op alle krachtens deze overeenkomst ontwikkelde en/of ter beschikking gestelde tussen- en eindrapporten, adviezen, cursusmateriaal, ontwerpen, schetsen, tekeningen, programmatuur, prototypen, alsmede voorbereidende materialen en concepten daarvan, hierna te noemen: Materiaal, berusten uitsluitend bij het Trimbos-instituut, tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen. Het Trimbos-instituut vermeldt in het Materiaal dat het tot stand gekomen is met medewerking van Opdrachtgever en licht de aard en wijze van de medewerking kort toe. Indien van toepassing wordt op het Materiaal aangegeven dat alle IER berusten bij Trimbos-instituut en het Trimbos-instituut zal daarop zijn copyright notice © plaatsen.
- 5.3 Voor zover uit enige wettelijke bepaling voortvloeit dat Opdrachtgever aanspraak zou kunnen maken op enig IER of een medegerechtigheid in een zodanig recht in het Materiaal, verplicht Opdrachtgever zich alle noodzakelijke medewerking te verlenen aan het, op eerste verzoek van het Trimbos-instituut, overdragen van die rechten aan het Trimbos-instituut.

- 5.4 Het Trimbos-instituut behoudt het recht de door de uitvoering van de werkzaamheden toegenomen kennis voor andere doeleinden te gebruiken, voor zover hierbij geen vertrouwelijke informatie ter kennis van derden wordt gebracht.

6. EIGENDOMSRECHTEN OPDRACHTGEVER

- 6.1 Opdrachtgever is eigenaar van de voor hem door het Trimbos-instituut verzamelde data.
- 6.2 Na afloop van het project draagt het Trimbos-instituut de data t.b.v. Opdrachtgever verzameld over aan Opdrachtgever in een Excel-format.
- 6.3 Opdrachtgever is gerechtigd na levering van de data door het Trimbos-instituut deze zelf aan een analyse te onderwerpen en er over te publiceren en presenteren, echter alleen indien bij publicatie en/of presentatie de vindplaats van het rapport van het Trimbos-instituut expliciet gemeld wordt.
- 6.4 In publicaties en/of presentaties over eigen analyses door Opdrachtgever wordt recht gedaan aan de wetenschappelijke uitgangspunten van het Trimbos-instituut en wordt het Trimbos-instituut niet in de goede naam aangetast.

7. VROEGTIJDIGE BEEINDIGING

- 7.1 Contractanten hebben elk het recht het project bij gemotiveerde twijfel aan een zinvolle voortzetting, in onderling overleg te beëindigen.
- 7.2 In geval van vroegtijdige beëindiging is opdrachtgever gehouden om het hele bedrag in artikel 2.1 te betalen, tenzij het Trimbos-instituut nog niet begonnen is met de voorbereiding van de mailing.
- 7.3 Partijen hebben het recht om deze overeenkomst op te zeggen indien de wederpartij niet voldoet aan zijn verplichtingen welke aan deze overeenkomst zijn verbonden en nadat de wederpartij tevoren schriftelijk is gemaand de overeenkomst na te komen, en deze één maand na deze aanmaning nog niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan.

8. ARBITRAGE/BEHANDELING VAN GESCHILLEN

- 8.1 Er is sprake van een geschil als een van beide partijen schriftelijk aan de andere partij heeft laten weten dat er een geschil is.
- 8.2 Partijen komen ten aanzien van alle geschillen welke mochten ontstaan naar aanleiding van de onderhavige overeenkomst, dan wel van nadere overeenkomsten die daarvan het gevolg mochten zijn, overeen deze geschillen te behandelen overeenkomstig het ACB Mediation reglement*. Indien met betrekking tot deze geschillen door partijen geen vergelijk bereikt wordt overeenkomstig dat reglement, zullen deze geschillen op verzoek van de meest gerede partij worden beslecht door de bevoegde rechter te Utrecht.
- 8.3 Over zaken waarin deze overeenkomst niet voorziet, wordt beslist in overleg tussen contractanten.

- 8.4 Op de overeenkomst en de uitvoering ervan zijn voor zover niet anders vermeld de bepalingen van Nederlands recht van toepassing.

*ACB is de Stichting ADR Centrum voor Bedrijfsleven (Alternative Dispute Resolution)

9. Documenten die van toepassing zijn op deze overeenkomst

- 9.1 Ter waarborging van de persoonlijke levenssfeer van te onderzoeken en onderzochte personen verbinden alle partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de overeenkomst zich aan het Privacyprotocol en aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek en garanderen de partijen dat de betrokken medewerkers van deze codes op de hoogte zijn.
- 9.2 Voor zover in deze overeenkomst niet anders is bepaald gelden de algemene leveringsvoorwaarden van Trimbos-instituut.
- 9.3 Opdrachtgever verklaart kennis genomen te hebben van de algemene leveringsvoorwaarden.

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt.

Namens de Opdrachtgever:

d.d.

Namens het Trimbos-instituut:

d.d.

.....

.....

Naam: Dr. J.A. Walburg
Functie: Voorzitter Raad van
Bestuur

Bijlage 14

Privacyprotocol pilot CQ-Index vragenlijsten voor de langdurende en klinische ggz en vz²²

Inleiding en achtergronden

Het programma Management en Beleid van het Trimbos-instituut ontwikkelt de Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de verslavingszorg (vz). In 2008 is een versie voor de kortdurende ambulante ggz en vz gereed gekomen en in 2009 worden versies voor langdurende ggz en klinische behandeling ontwikkeld. Deze ontwikkeling wordt gefinancierd door ZonMw in het kader van het programma Meten Patiëntenervaringen. Er wordt verder samengewerkt met GGZ Nederland, het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), het Platform GGZ en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De met de CQI vragenlijsten verkregen informatie wordt in de toekomst gebruikt door:

- Cliënten: als ondersteuning bij het kiezen van zorgaanbod,
- Hulpverleners: inzichtgevend voor de behoeften van cliënten,
- Managers: benchmarking, inzichtgevend voor het kwaliteitsbeleid en verbeterpunten, externe verantwoording via Jaarbericht Maatschappelijke Verantwoording,
- Inspectie: ter beoordeling van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg
- Overheid: ter beoordeling van de macroprestaties van de verschillende sectoren
- Instellingen: ter beoordeling van de kwaliteit van zorg en de ervaringen van cliënten met de gecontracteerde zorg

Het voorliggende privacyprotocol is bedoeld voor de pilotstudies naar de psychometrische kwaliteiten van de CQI vragenlijsten voor de langdurende en klinische ggz en vz. De focus ligt hier op het wetenschappelijk onderzoek, namelijk het testen van de vragenlijst. Het onderzoek wordt uitgevoerd conform het Handboek CQI Meetinstrumenten van het Centrum Klantervaring Zorg.

De deelnemende instellingen financieren een deel van de dataverzameling. In ruil daarvoor mogen zij hun eigen gegevens gebruiken als benchmark gegevens voor de Basisset Prestatie-indicatoren ten behoeve van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Hiervoor sluit het Trimbos-instituut een contract af met de deelnemende instellingen.

Het Trimbos-instituut levert onderzoekers die bij de deelnemende instellingen de CQI vragenlijsten afnemen. De ingevulde vragenlijsten worden naar het Trimbos-instituut verzonden. Twee los van elkaar opererende programma's van het Trimbos-instituut verrichten het onderzoek. Het programma Interview en Datamanagement (IDM) doet de dataverzameling en het programma Management en Beleid (M&B) doet de analyse en maakt de rapportages.

Het Trimbos-instituut acht het, gelet op de aan de orde zijnde grondrechten en wettelijke verplichtingen, maar ook gezien haar maatschappelijke verantwoordelijkheid, van groot belang dat de gegevens die tijdens het onderzoek worden verzameld en

²² Versie 1 Trimbos-instituut gebaseerd op versie 1-2 van Stichting Miletus/ Nivel

verwerkt zo zorgvuldig mogelijk worden beschermd. Voor een groot onderzoeksproject als dit is het wenselijk een privacyprotocol op te stellen, waarin zo helder mogelijk wordt aangegeven op welke wijze de bescherming van de gegevens plaats zal vinden. Immers, de bij de ervaringsonderzoeken betrokken cliënten moeten op adequate en effectieve privacybescherming kunnen rekenen.

Er is naar gestreefd inzichtelijke privacyregels te formuleren waarbij de afzonderlijke onderdelen van het onderzoek uitdrukkelijk aan de orde komen. De voornaamste doelstellingen van dit privacyprotocol zijn:

- Het concreet aangeven van de privacy waarborgen in de verschillende fasen van gegevensverkrijging en gegevensverwerking van de CQI vragenlijsten.
- Het concretiseren van de rechten van de bij het onderzoek betrokken cliënten.
- Het garanderen van adequate voorlichting aan de bij het onderzoek betrokken cliënten in alle fasen van het onderzoek.
- Het waarborgen dat de betreffende gegevens uitsluitend gebruikt worden voor het doel waarvoor ze zijn verzameld, dat wil zeggen:
 - voor wetenschappelijk onderzoek,
 - voor externe verantwoording van de deelnemende instellingen.

Dit privacyprotocol gaat uit van een steekproef op basis van gegevens van de zorgaanbieder en is van toepassing op alle CQI vragenlijsten van het Trimbos-instituut tenzij anders bepaald.

Algemene bepalingen

Artikel 1. Begripsbepalingen

- Het Trimbos-instituut = het instituut dat het onderzoek uitvoert en dan in het bijzonder het programma Management en Beleid en het programma Interview en Datamanagement.
- Programma Interview en Datamanagement (IDM)= programma van het Trimbos-instituut dat het verzenden en verwerken van de vragenlijsten voor haar rekening neemt. Programma IDM heeft een autonome functie als het gaat om gegevensverzameling en beveiliging.
- Programma Management en Beleid (M&B)= programma van het Trimbos-instituut dat de ontwikkeling en validatie van de vragenlijst en wetenschappelijk onderzoek op basis van de verzamelde gegevens voor haar rekening neemt. M&B doet de analyse en maakt rapportages. Programma M&B heeft een autonome functie in het verwerken van geanonimiseerde data.
- De Instelling = de zorgaanbieder die de selectie van cliënten voor de afname van CQI vragenlijst maakt.
- Selectie van cliënten = de steekproef op het cliëntenbestand dat voldoet aan de inclusiecriteria.
- De Opdrachtgever = de organisatie die opdracht geeft voor uitvoering van het vragenlijsonderzoek. De opdrachtgever is meestal de Instelling maar kan ook een externe partij zijn.
- Respondenten = alle personen die een CQI vragenlijst hebben ontvangen, ingevuld en teruggestuurd.
- Geënquêteerden = alle personen die een vragenlijst ontvangen, ongeacht of zij de vragenlijst invullen en terugsturen.
- Inclusiecriteria = cliënten kunnen deelnemen aan het pilotonderzoek wanneer zij voldoen aan de inclusiecriteria die vooraf bepaald zijn (zie document In- en exclusiecriteria pilot langdurende en klinische ggz en vz).
- De onderzoeker = de persoon die op locatie zorg draagt voor de vragenlijst afname en ingevulde vragenlijsten naar het Trimbos-instituut stuurt. Onderzoekers zijn niet werkzaam bij het Trimbos-instituut en worden gecoördineerd door IDM.

- Databeheerder = het Trimbos-instituut, in het bijzonder het Programma Interview en Datamanagement (IDM), dat de databestanden van alle vragenlijsten beheert.
- De uitvoerende organisatie = het Programma Interview en Datamanagement (IDM) en het Programma Management en Beleid (M&B) van het Trimbos-instituut.
- Contracten = overeenkomsten die zijn gesloten tussen het Trimbos-instituut en de instellingen waarin de voorwaarden voor de uitvoering zijn opgenomen.
- Gegevensverzameling = het geheel van de met de CQI's verkregen en verwerkte gegevens van cliënten en anderen die bij deze studie betrokken zijn.
- Pilotonderzoek = gegevensverzameling ten behoeve van het onderzoek naar de psychometrische aspecten en de validatie van de vragenlijst.
- Meting = gegevensverzameling ten behoeve van analyse en rapportage van een gevalideerde vragenlijst.
- Beheer = de feitelijke zeggenschap over de gegevensverzameling.
- Beveiligde omgeving = een afgesloten ruimte die alleen toegankelijk is voor medewerkers van IDM.

Artikel 2. Uitgangspunten ten aanzien van de bescherming van de gegevens

De persoonsgegevens die voortkomen uit de vragenlijst worden uitsluitend in gecodeerde vorm in de gegevensbestanden opgenomen, dat wil zeggen zodanig gecodeerd dat er geen één-op-één relatie bestaat tussen de gecodeerde gegevens en een individueel persoon. De codering hiervoor is gebaseerd op een instellingscode, een locatiecode en een cliëntcode (samen het cliëntnummer). M&B analyseert de data uit het geanonimiseerde, gecodeerde resultatenbestand. IDM verzorgt de verzending van de postvragenlijsten naar de geënquêteerden en aanlevering van vragenlijsten aan de onderzoekers op locatie. Verder ontvangt IDM de gereturneerde vragenlijsten en verwerkt ze door ze in te lezen in databases. In het geval van afname op locatie worden alle vragenlijsten geanonimiseerd ontvangen. In het geval van directe verzending naar geënquêteerden wordt gebruik gemaakt van twee gescheiden databases, een bestand met adressen in gebruik bij IDM en een geanonimiseerd resultatenbestand in gebruik bij M&B. Hierdoor is het redelijkerwijs uitgesloten dat analysegegevens kunnen worden gekoppeld aan een identificeerbaar natuurlijke persoon. Het Trimbos-instituut die de eerste verantwoordelijkheid draagt voor de verzamelde en verwerkte gegevens, legt de verantwoordelijkheden voor feitelijk beheer van en toegang tot de gegevensverzameling schriftelijk vast (art 3,4,5). Het Trimbos-instituut draagt zorg voor een optimaal niveau van beveiliging (art 6) en is ervoor verantwoordelijk dat de respondenten en andere bij het onderzoek betrokkenen hun rechten kunnen uitoefenen (art 10-13).

Verantwoordelijkheid, beheer en procedure

Artikel 3. Verantwoordelijkheid voor gegevensverzameling en gegevensverwerking

Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de met de CQI's verzamelde en verwerkte gegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens. Het Trimbos-instituut leeft de in de wet en de in dit privacyprotocol getroffen regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer na. Het Trimbos-instituut conformeert zich aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek in situaties waarin het privacyprotocol niet voorziet. Het College Bescherming persoonsgegevens heeft deze gedragscode van een goedkeurende verklaring voorzien.

Artikel 4. Beheer

- 4.1 Het programma IDM is belast met de dagelijkse zorg en het beheer van de gegevensverzameling en navolgende verwerking. Na verwerking en overdracht van de gegevensverzameling wordt de taak van dagelijkse zorg en beheer overgedragen aan het programma M&B.
- 4.2 De instellingen en het Trimbos-instituut verplichten zich in het contract de voorschriften uit dit privacyprotocol na te leven.

Artikel 5. Procedure met betrekking tot de gegevens

De gegevensbestanden bij de Instelling

Waar verschillen zijn tussen de vragenlijstafname bij enerzijds cliënten die klinisch opgenomen zijn en anderzijds cliënten die beschermd wonen (BW) of begeleid zelfstandig wonen (BZW), wordt bij de artikelen een A (klinisch) en B (BW en BZW) variant beschreven.

- 5.1. In de bestanden met cliëntengegevens van de Instelling staan naam en adresgegevens en andere persoonsgegevens, waarbij ieder record is voorzien van een uniek persoonsnummer.
- 5.2. De Instelling ontvangt van het programma M&B de benodigde codes, waaronder de instellingscode en de locatiecode(s).
- 5.3.A (Klinisch) De Instelling genereert een lijst (instellingsbestand) van alle cliënten die op een locatie per deelnemende afdeling aanwezig zijn. Aan deze lijst wordt voor elke cliënt de instellingscode, de locatiecode en een cliëntcode (1 t/m ..) toegevoegd. Het instellingnummer (bijvoorbeeld 15), de locatiecode (bijvoorbeeld 03) en het de cliëntcode (bijvoorbeeld 001) vormen samen het cliëntnummer (bijvoorbeeld 1503001). Vervolgens noteert de Instelling per cliënt de naam, geslacht, geboortedatum, en diagnose. Daarbij noteert de instelling of de betreffende cliënt een potentiële respondent is aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Wanneer de cliënt geen potentiële deelnemer is wordt de reden vermeld aan de hand van een door het Trimbos-instituut vervaardigde checklist. De instelling genereert een tweede lijst voor de ontslagen cliënten die aan de inclusiecriteria voldoen. Hier wordt per cliënt cliëntnummer, naam, adres, geslacht, geboortedatum, en diagnose vermeld. Hieraan wordt een ontslagcode toegevoegd. Aan dit instellingsbestand kunnen eventueel nog extra variabelen worden toegevoegd, ten behoeve van aanvullende analyses.
- 5.3.B (BW / BZW) De Instelling genereert een lijst (instellingsbestand) van alle cliënten die op een locatie per deelnemende afdeling aanwezig zijn. Op deze lijst wordt voor elke cliënt de instellingscode, de locatiecode en een cliëntcode (1 t/m ..) toegevoegd. Het instellingnummer (bijvoorbeeld 15), de locatiecode (bijvoorbeeld 03) en de cliëntcode (bijvoorbeeld 001) vormen samen het cliëntnummer (bijvoorbeeld 1503001). Vervolgens noteert de Instelling per cliënt de naam, adres, geslacht, geboortedatum en diagnose. Daarbij noteert de instelling of de betreffende cliënt een potentiële respondent is aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Wanneer de cliënt geen potentiële deelnemer is wordt de reden vermeld aan de hand van een door het Trimbos-instituut vervaardigde checklist. Aan dit instellingsbestand kunnen eventueel nog extra variabelen worden toegevoegd, ten behoeve van aanvullende analyses.

5.4.A(klinisch) De Instelling splitst het verkregen bestand vervolgens in verschillende deelbestanden:

- Een ontslagbestand met alleen naam, adres, geslacht en cliëntnummer, bestemd voor de afdeling IDM. IDM krijgt dit bestand bij aanvang van het onderzoek.
- Een interviewbestand met alleen naam, geslacht, cliëntnummer en de notatie of een cliënt een potentiële respondent is, bestemd voor de onderzoeker op locatie. De onderzoeker krijgt het bestand op het moment dat hij de instelling bezoekt, zie 5.5.
- Een achtergrondbestand met cliëntnummer, geslacht, geboortedatum, diagnose en de notatie of een cliënt een potentiële respondent is (geen naam en adres), is bestemd voor programma M&B ten behoeve van de non-responsanalyse. Aan dit achtergrondbestand kunnen eventueel nog extra variabelen worden toegevoegd, ten behoeve van aanvullende analyses. M&B krijgt dit bestand bij aanvang van het onderzoek.

5.4.B(BZW / BZ) De Instelling splitst het verkregen bestand vervolgens in verschillende deelbestanden:

- Een interviewbestand met alleen naam, adres, geslacht, cliëntnummer en de notatie of een cliënt een potentiële respondent is, bestemd voor de onderzoeker op locatie. De onderzoeker krijgt het bestand op het moment dat hij de instelling bezoekt, zie 5.5.
- Een achtergrondbestand met cliëntnummer, diagnose, geboortedatum en de notatie of een cliënt een potentiële respondent is (geen naam en adres), is bestemd voor programma M&B ten behoeve van de non-responsanalyse. Aan dit achtergrondbestand kunnen eventueel nog extra variabelen worden toegevoegd, ten behoeve van aanvullende analyses. M&B krijgt dit bestand bij aanvang van het onderzoek.

5.5. De onderzoeker ontvangt (bijvoorbeeld van het locatiehoofd) bij aankomst op de locatie het interviewbestand voor de cliënten die deze dag benaderd zullen worden. De onderzoeker tekent voor ontvangst. De onderzoeker benadert de cliënt en noteert het juiste cliëntnummer op de vragenlijst die de cliënt heeft ingevuld. De anonieme vragenlijst gaat in een gesloten envelop. Zodra de onderzoeker op de betreffende locatie klaar is, levert hij/zij de het interviewbestand weer in en de ontvanger (bijvoorbeeld het locatiehoofd) tekent voor ontvangst. Getracht wordt de Instelling zo min mogelijk te informeren over welke cliënten wel en welke niet hebben deelgenomen. De onderzoeker stuurt dezelfde dag de ingevulde vragenlijsten in een (bulk)retourenvelop met antwoordnummer naar programma IDM. Wanneer de cliënt het wenst kan hij de vragenlijst ook zelf op de post doen in een antwoord envelop die hij dan krijgt van de onderzoeker.

5.6. Na afloop van de dataverzameling worden het geanonimiseerde databestand van IDM en het bestand met achtergrondgegevens door de M&B onderzoekers aan elkaar gekoppeld, op grond van de cliëntnummers. Op deze wijze zijn de achtergrondvariabelen door M&B en IDM niet te traceren tot natuurlijke personen.

5.7. Het ontslagbestand dient uitsluitend voor de adressering en verwerking van de te verzenden vragenlijsten en de remindermailing naar de cliënten die recentelijk met ontslag zijn gegaan.

De gegevensbestanden bij het programma IDM

Betreft postvragenlijsten:

5.8. IDM ontvangt de onder 5.4. A genoemde deelbestand – het ‘ontslagbestand’ - via gecontroleerd vervoer conform het ‘Protocol schriftelijke dataverzameling bij ex-cliënten van de klinische- en deeltijdafdeling’.

- 5.9. IDM controleert of het aantal geselecteerde adressen strookt met de vooraf opgegeven grootte van de steekproefomvang en controleert of personen meerdere malen voorkomen in het bestand. IDM rapporteert aan de Instelling en aan M&B over deze controle.
- 5.10. IDM maakt een back-up van het oorspronkelijke bestand zoals bedoeld onder 5.4 op een daartoe geschikt medium (bijv. CD-ROM) en bewaart deze in een beveiligde omgeving.
- 5.11. IDM maakt op basis van het ontslagbestand een extract – het zogenaamde ‘non-respons-databestand’- dat het cliëntnummer en het geslacht van de cliënten bevat. Dit bestand wordt samen met het achtergrondbestand gebruikt door M&B voor de non-respons analyse.
- 5.12. Het oorspronkelijke ontslagbestand zoals bedoeld onder 5.4 en alle overige varianten van deze bestanden worden van alle systemen van IDM verwijderd, uiterlijk 6 maanden na oplevering van het resultaatbestand.
- 5.13. De retourenvelop, die mee gezonden wordt met de vragenlijst, bevat een antwoordnummer, zodanig dat de vragenlijst wordt afgeleverd bij IDM.

Betreft postvragenlijsten en op locatie afgenoem vragenlijsten:

- 5.14. De verwerking van de vragenlijsten (zowel de postvragenlijsten als de op locatie verzamelde vragenlijsten) vindt plaats bij IDM. De enveloppen worden geopend, beoordeeld, gescand en verwerkt. Met behulp van een Access database wordt de ontvangstregistratie bijgehouden. Indien de post onbestelbaar blijkt (betreft alleen postvragenlijsten), dan wordt dit vastgelegd met vermelding van de daarbij geldende reden (verhuisd, overleden, geweigerd). Met behulp van de Access database wordt het zogenoemde responsbestand gegenereerd.

Betreft postvragenlijsten:

- 5.15. De gescande aantallen worden gecontroleerd met de ontvangstregistratie van de retourenveloppen.
- 5.16. Met behulp van de Access database wordt op basis van het ontslagbestand een bestand gecreëerd met alle respondenten die nog niet hebben gereageerd. Dit is het non-respons bestand.
- 5.17. Het ontslagbestand wordt in zijn geheel gebruikt voor de eerste remindermailing (non-respondenten wordt gevraagd alsnog de vragenlijst in te vullen en op te sturen, respondenten worden bedankt voor hun medewerking).
- 5.18. Het onder 5.16 bedoelde non-respons bestand wordt gebruikt voor de tweede remindermailing.
- 5.19. Voor de derde remindermailing wordt een geupdate non-respons bestand, zoals vermeld onder 5.16, gebruikt.

Betreft postvragenlijsten en op locatie afgenoem vragenlijsten:

- 5.20. De door IDM digitaal ingelezen vragenlijsten resulteert in een databestand met op iedere regel het cliëntnummer en de bijbehorende antwoorden op de vragen uit de vragenlijst. In dit bestand komen naam (voorletters, tussenvoegsel, naam), adres en woonplaats niet voor. IDM rapporteert aan M&B over de respons op cliëntnummer.
- 5.21. IDM maakt een back-up van het onder 5.20 bedoelde databestand op een daartoe geschikt medium (bijv. CD-ROM) en deponeert deze in een beveiligde omgeving.

IDM draagt er zorg voor dat deze back-up een bruikbare koppeling tussen achtergrondgegevens en responsgegevens mogelijk zal maken.

- 5.22. Op signaal van het Trimbos-instituut worden alle (versies) van de bestanden verwijderd van de systemen van IDM en de vragenlijsten vernietigd. De projectleider (M&B) informeert bij IDM of de bestanden zijn vernietigd waarna hij IDM volledige decharge verleent van de taak als beheerder. M&B houdt het geanonimiseerde databestand.

De koppeling en analyse van gegevensbestanden

- 5.23. Indien een koppeling door de opdrachtgever is gewenst met specifieke achtergrondgegevens kan M&B de anonieme achtergrondgegevens en de responsgegevens koppelen en met dit databestand desgewenst een analyse uitvoeren. De opdrachtgever moet dan een nieuw achtergrondbestand maken met de oorspronkelijke codes (zie 5.3). De opdrachtgever krijgt de data zonder codes terug.
- 5.24. De analyses zullen door M&B worden uitgevoerd op het databestand.
- 5.25. De Instelling en het Trimbos-instituut hebben geen inzicht in tot individuen herleidbare responsgegevens, zoals bedoeld onder 5.23.
- 5.26. Het Trimbos-instituut zal de onder 5.23 bedoelde gegevens in een beveiligde omgeving beheren.

De bewaring en het gebruik van gegevensbestanden na afloop van een meting

- 5.27. De Opdrachtgever wordt eigenaar van het databestand middels een akte-overdracht. Het Trimbos-instituut behoudt het in tijd onbeperkte gebruikersrecht over het databestand. Dit houdt in dat het Trimbos-instituut het databestand mag gebruiken ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en het vervaardigen van benchmarkrapportages. Het Trimbos-instituut zal daarbij geen resultaten op naam van of herleidbaar tot de externe opdrachtgevers publiceren zonder hun toestemming.
- 5.28. Het databestand dat slechts gegevens bevat van de cliënten van de betreffende opdrachtgever wordt overgedragen aan deze opdrachtgever. De opdrachtgever krijgt een bestand terug dat niet herleidbaar is tot een individuele persoon waardoor de anonimitet van de cliënten gewaarborgd is. De opdrachtgever dient een schriftelijke bevestiging (contract) te geven dat hij de bepalingen in dit privacyprotocol zal naleven. Het Trimbos-instituut bewaart een back-up van het databestand ten behoeve van eventuele wetenschappelijke toetsing.
- 5.29. Indien de opdrachtgever het databestand wenst te ontvangen waarin de locatiecodes zijn opgenomen, worden door het Trimbos-instituut de achtergrondgegevens (geboortedatum, diagnose en geslacht) verwijderd. Dit om de anonimitet van de deelnemende cliënten te waarborgen. Afdelingen zijn immers kleine eenheden waardoor kans op herkenning afzonderlijke respondenten te groot is.
- 5.30. Het Trimbos-instituut kan het databestand na afloop van de meting gebruiken voor ad-hoc analyses en voor vergelijkingen met de gegevens van nieuwe metingen. Alleen wanneer het doel overeenkomt met het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld, mogen de gegevens uit het databestand opnieuw gebruikt worden.

Artikel 6. Beveiliging

Het Trimbos-instituut en de instellingen treffen alle technische en organisatorische maatregelen, noodzakelijk voor een optimale beveiliging van de gegevensverzameling zodat toegang door onbevoegde derden uitgesloten is.

Gegevensverkrijging

Artikel 7 Gegevens van cliënten

Gegevens van cliënten worden op de volgende wijze verkregen.

- 7.1. Alle cliënten die ingeschreven zijn bij de geselecteerde afdelingen worden opgenomen in de onder 5.4 genoemde bestand. Dit is inclusief de ontslagen cliënten (van afdelingen waarvan de ontslagen cliënten deelnemen aan het onderzoek). Dit bestand wordt gebaseerd op de cliëntenbestanden van de Instelling.
- 7.2. De adresgegevens worden opgevraagd uit de cliëntenbestanden van de Instelling.
- 7.3. De CQI vragenlijst wordt afgenomen bij de cliënten die daartoe in staat zijn en bereid zijn deel te nemen aan dit onderzoek. De mening van de aan de afdeling verbonden hulpverlener/ leidinggevende is hierin leidend. Wanneer gemeld wordt dat een cliënt, om wat voor reden dan ook, niet benaderd kan worden, gebeurt het niet. De reden wordt wel opgenomen in het interview- en het achtergrondbestand. De cliënt heeft altijd het recht om zijn medewerking te weigeren.

Artikel 8 Publicatie

Het Trimbos-instituut en de instellingen dragen er zorg voor dat bij publicatie van onderzoeksresultaten uitgesloten is dat deze kunnen worden herleid tot een identificeerbare persoon.

Gegevensverstrekking aan derden

Artikel 9 Uitdrukkelijke toestemming opdrachtgever

- 9.1. Het Trimbos-instituut geeft geen data aan derden. De opdrachtgever is vrij om data aan derden te geven. Wanneer een verzoek hiertoe bij het Trimbos-instituut komt, wordt verwezen naar de opdrachtgever. Wanneer het Trimbos-instituut een verzoek ontvangt voor levering van gegevens aan derden die eigendom zijn van een opdrachtgever, informeert het Trimbos-instituut de opdrachtgever over het verzoek.
- 9.2. Slechts gegevensverstrekking van niet tot identificeerbare individuen herleidbare gegevens is toegestaan.
- 9.3. De opdrachtgever geeft alleen data aan derden als de opdrachtgever verzekerd is dat deze data conform de Wet op de Persoonsgegevens wordt behandeld, wat blijkt uit een schriftelijke verklaring: De anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd en publicaties mogen de belangen van het Trimbos-instituut niet schaden. Indien de opdrachtgever heeft ingestemd met het verstrekken van gegevens, mogen de daaruit voortvloeiende wetenschappelijke rapporten of artikelen van derden worden gepubliceerd zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Informatie aan en rechten van betrokkenen.

Artikel 10 Actieve voorlichting

Het Trimbos-instituut draagt zorg voor toegankelijke voorlichting aan cliënten over opzet, onderdelen en doelstellingen van de CQI's, over de hoofdpunten van dit privacyprotocol en over de wijze waarop de betrokkenen nadere informatie kunnen verkrijgen.

Artikel 11 Informatie op verzoek

Cliënten kunnen zich wenden tot het Trimbos-instituut met vragen om nadere informatie. Het privacyprotocol wordt op het Internet beschikbaar gesteld en wordt op verzoek kosteloos door het Trimbos-instituut toegestuurd.

Artikel 12 Inzage in registratie

Op schriftelijk verzoek van de cliënt verstrekt het Trimbos-instituut binnen vier weken een schriftelijk overzicht van de over hem in het kader van het onderzoek vastgelegde gegevens. Dit is alleen mogelijk bij de cliënten die opgenomen zijn in het ontslagbestand (zie 5.4). De gegevens van de overige cliënten zijn niet herleidbaar. Hier toe dient de cliënt schriftelijk IDM te verzoeken een koppeling tot stand te brengen tussen het databestand en het ontslagbestand.

Artikel 13 Verwijdering, verbetering of aanvulling

- 13.1 Op schriftelijk verzoek van de cliënt verwijdert het Trimbos-instituut de over hem in het kader van de CQI's vastgelegde gegevens uit het databestand. Dit is alleen mogelijk bij de cliënten die opgenomen zijn in het ontslagbestand (zie 5.4). Het Trimbos-instituut zal hiervan een bevestiging sturen aan betrokkene.
- 13.2 Op schriftelijk verzoek van de cliënt verbetert het Trimbos-instituut de over hem vastgelegde gegevens in het databestand of vult deze aan, indien deze feitelijk onjuist zijn, voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt. Dit is alleen mogelijk bij de cliënten die opgenomen zijn in het ontslagbestand (zie 5.4). Het Trimbos-instituut zal hiervan een bevestiging sturen aan betrokkene. Het verzoek van de betrokkene bevat de aan te brengen wijzigingen.
- 13.3 De procedure voor de verwijdering of aanpassing van de gegevens door het Trimbos-instituut is als volgt. Wanneer het verzoek bij M&B binnenkomt, geeft M&B de naam en adresgegevens van de cliënt, het databestand en de gewenste verwijdering of aanpassing door aan IDM. IDM koppelt voor deze cliënt de twee bestanden en verwijdert of wijzigt de gegevens. Vervolgens ontkoppelt IDM zowel de naam en adresgegevens van de cliënt van het databestand. IDM stuurt het gewijzigde databestand naar M&B.
- 13.4 Daarnaast informeert het Trimbos-instituut de opdrachtgever over het verzoek. Het Trimbos-instituut stuurt het gewijzigde databestand naar de opdrachtgever met het verzoek om het oorspronkelijke databestand te verwijderen.

Overzicht verschillende bestanden

Bestand	Inhoud	Gebruikers	Gebruiksperiode
Bestand met cliëntengegevens	Persoonsnummer en NAW-gegevens cliënt	Instelling	Permanent. Is onderdeel van de eigen bedrijfsvoering
Instellingsbestand	Cliënnummer, naam, adres, geslacht, diagnose, geboortedatum, de notatie of een cliënt een potentiële respondent is of de notatie dat een cliënt ontslagen is, en eventueel extra variabelen	Instelling	Basisbestand, op basis van dit bestand krijgen de onderzoeker, IDM en M&B de benodigde gegevens (deelbestanden)
Ontslagbestand	Naam, adres, geslacht en cliënnummer	a. Instelling b. IDM	Tijdens de gegevensverzameling middels postvragenlijsten. Het bestand wordt nadien door IDM veilig bewaard.
Interviewbestand	Naam, adres (bij meerdere locaties), geslacht, cliënnummer, de notatie of een cliënt een potentiële respondent is, bestemd voor de onderzoeker op locatie. Onderzoeker vult ook in deel-name, betrouwbaarheid en wijze van afnemen.	a. Instelling b. Onderzoeker op locatie	Onderzoeker op locatie moet tekenen voor ontvangst en aan het eind van de dag weer inleveren. Ontvanger moet dan ook tekenen voor ontvangst.
Achtergrondbestand	Cliënnummer, diagnose, geboortedatum, geslacht en eventueel extra variabelen	a. Instelling b. M&B	Voor de (non-respons) analyse wordt dit bestand gekoppeld aan het databestand.
Responsbestand	Cliënnummer en responsgegevens van teruggestuurde vragenlijsten. Betreft alleen respondenten uit ontslagbestand	IDM	Tijdens de rappelronden. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het databestand is gemaakt
Non-respons databestand	Cliënnummer, respons en geslacht van de cliënt. M&B voegt het achtergrondbestand toe voor de non-respons analyse	a. IDM b. M&B	a., b.: tijdens de uitvoering van het onderzoek. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het onderzoek is afgerond
Databestand (van het pilotonderzoek)	Cliënnummer, antwoorden op de vragen van respondenten	a. IDM b. M&B c. Opdrachtgever d. Andere organisaties na schriftelijke toestemming van de opdrachtgever	a.: tijdens de uitvoering van het onderzoek. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het onderzoek is afgerond. b., c.: permanent M&B verwijderd achtergrond gegevens wanneer Opdrachtgever gegevens op afdelingsniveau wil ontvangen

Klinisch opgenomen Instellingsbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam = Samen het cliëntnummer	Geslacht	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)	Potentiële deelnemer Ja Nee

Klinisch reeds ontslagen Instellingsbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam Adres	Geslacht	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)	Status: (O)ntslagen
----------------------	--------------------	------------------	---------------	----------	---------------	----------	-------------------	---------------------

Beschermd wonen / begeleid zelfstandig wonen Instellingsbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam Adres	Geslacht	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)	Potentiële deelnemer Ja Nee
----------------------	--------------------	------------------	---------------	----------	---------------	----------	-------------------	-----------------------------------

Onderzoeker op locatie klinisch opgenomen Interviewbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam	Geslacht	Potentiële deelnemer Ja Nee	Deelname J = ja W= weigering A = afwezig N = niet in staat	Zelf of interview Z = zelfstandig ingevuld H = zelf ingevuld met assistentie I = interview	Betrouwbaarheid B = betrouwbaar T = twijfel O = onbetrouwbaar
----------------------	--------------------	------------------	------	----------	-----------------------------------	--	---	--

Onderzoeker op locatie beschermd wonen / begeleid zelfstandig wonen Interviewbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam Adres	Geslacht	Potentiële deelnemer Ja Nee	Deelname J = ja W= weigering A = afwezig N = niet in staat	Zelf of interview Z = zelfstandig ingevuld H = zelf ingevuld met assistentie I = interview	Betrouwbaarheid B = betrouwbaar T = twijfel O = onbetrouwbaar
----------------------	--------------------	------------------	---------------	----------	-----------------------------------	--	---	--

IDM klinisch ontslagen cliënten t.b.v. postvragenlijsten Ontslagbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Naam	Adres	Geslacht	Status: (O)ntslagen
----------------------	--------------------	------------------	------	-------	----------	---------------------

M&B klinisch opgenomen Achtergrondbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Geslacht	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)
----------------------	--------------------	------------------	----------	---------------	----------	-------------------

M&B beschermd wonen / begeleid zelfstandig wonen Achtergrondbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Geslacht	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)
----------------------	--------------------	------------------	----------	---------------	----------	-------------------

M&B klinisch ontslagen cliënten Achtergrondbestand

Code Instelling (Ti)	Code afdeling (Ti)	Volg Nummer (Ti)	Geboortedatum	Diagnose	Extra (optioneel)	Status: ontslagen
----------------------	--------------------	------------------	---------------	----------	-------------------	-------------------

Bijlage 15

Draaiboek afname CQ Index

Achtergrondinformatie

Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten zijn bedoeld voor het meten van de ervaringen die cliënten hebben met de behandeling die zij ontvangen. Het doel is, vast te stellen wat de kwaliteit van zorg is naar het oordeel van de cliënten. Het gaat hierbij niet om de vraag of men tevreden is over de zorg, maar over de vraag of men goed en correct is behandeld. Er wordt zoveel mogelijk naar feitelijkheden gevraagd en niet naar een oordeel. Dus niet "Bent u tevreden over de informatie die u heeft gekregen", maar "Heeft u informatie gekregen?".

De resultaten van CQI metingen kunnen worden gebruikt als verantwoordingsgegevens, ten behoeve van de transparantie in de zorg. In de ggz is er bijvoorbeeld het zogeheten Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, waarin de zorgaanbieders moeten laten zien wat de kwaliteit van hun zorg is. CQI resultaten worden ook gebruikt door de zorgverzekeraars ter ondersteuning van de zorginkoop, en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten behoeve van het toezicht. Ook zullen de resultaten in de toekomst op de website www.kiesBeter.nl worden gezet. Aan de hand van deze informatie kunnen cliënten dan bepalen wat goede en wat minder goede zorgaanbieders zijn en zo de keuze voor een zorgaanbieder funderen.

CQI vragenlijsten worden voor de gehele gezondheidszorg ontwikkeld volgens een voorgeschreven procedure die is opgesteld door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Dit CKZ beoordeelt of een vragenlijst volgens de regels is ontwikkeld en keert de lijst op grond hiervan al of niet goed. Door de voorgeschreven procedures ontstaat een hele 'familie' van vragenlijsten die veel met elkaar gemeen hebben. Het Trimbos-instituut ontwikkelt de CQI vragenlijsten voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de verslavingszorg (vz). Deze lijsten bevatten thema's als informatie over de behandeling, cliëntenrechten en medicatie, bejegening, bereikbaarheid van de hulpverlener, het eigen ervaren functioneren, de vervulling van hulpwensen, en de samenwerking tussen behandelaars.

In eerste instantie is gekozen voor het ontwikkelen van een CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz. Twee redenen lagen hieraan ten grondslag. In de eerste plaats maakt deze groep ongeveer 70% van het totale cliëntenbestand in de ggz uit. In de tweede plaats kan verwacht worden dat deze cliënten het beste in staat zijn zelfstandig een CQ-index in te vullen. Ingeschat werd dat de methodiek van de CQI vragenlijsten die geregeld leidt tot redelijk omvangrijke vragenlijsten (te) moeilijk en/of te inspannend kunnen zijn voor cliënten met een ernstig of chronisch ziektebeeld.

De eerste versie van de CQI is uitgetest in twee pilotonderzoeken. Eerst werd een pilotonderzoek naar de psychometrische kwaliteiten uitgevoerd onder 1540 ambulante cliënten van vijf geïntegreerde ggz-instellingen. Daaruit bleek dat er zeven betekenisvolle schalen konden worden geconstrueerd. Vragen die niet begrepen werden of heel scheef waren verdeeld, werden uit de lijst verwijderd. Andere vragen werden opnieuw geformuleerd.

Het tweede pilotonderzoek, naar het onderscheidend vermogen van de CQI, werd uitgevoerd bij 20 ggz- en verslavingszorginstellingen, 300 vragenlijsten per instelling. Een nieuwe factoranalyse leverde 11 factoren op, de zeven uit de eerste pilot plus vier extra. Er bleek verder sprake te zijn van een redelijke mate van onderscheidend vermogen. Het is dus

mogelijk aan te geven op welke domeinen welke instellingen relatief beter of slechter scoren dan de andere. De CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz is inmiddels goedgekeurd door het CKZ en wordt dit jaar landelijk ingevoerd.

De huidige fase in de ontwikkeling van CQI vragenlijsten betreft versies voor klinische opnames en voor de langdurende zorg. Deze versie zijn gebaseerd op de ambulante lijst en zijn aangevuld met specifieke kenmerken van beide settings, bijvoorbeeld de woonomgeving. In het huidige project worden deze versies uitgetest bij circa 30 instellingen.

Er zijn in totaal vier versies ontwikkeld:

- 1) Klinische opname of deeltijdbehandeling
- 2) Ontslagen cliënten uit een klinische opname
- 3) Bewoners van instellingen voor Beschermd Wonen
- 4) Cliënten die zelfstandig wonen maar wel woonondersteuning krijgen (Begeleid Zelfstandig Wonen of ambulante woonbegeleiding)

Er is geen versie voor cliënten die langdurig opgenomen zijn (chronische verblijfscliënten). Uit een vooronderzoek bleek dat deze cliënten vaak niet in staat zijn de vragen uit de CQI te beantwoorden. Voor hen is de vragenlijst te lang en/of te moeilijk. Voor deze categorie cliënten zal iets anders moeten worden verzonden.

Voor de cliënten die een klinische opname achter de rug hebben en inmiddels met ontslag zijn is een eigen versie ontwikkeld. Deze versie is identiek aan de lijst voor degenen die nog opgenomen zijn, alleen zijn alle vragen in de verleden tijd gesteld.

Behalve deze vier versies van de CQI zijn er ook vier versies van de zogeheten Belangvragenlijst. Deze Belangvragenlijst lijkt sterk op de bijbehorende CQI vragenlijsten, maar in dit geval wordt er niet naar de ervaringen van cliënten gevraagd, maar naar het belang dat cliënten aan bepaalde aspecten hechten. Een voorbeeld: in de CQI vragenlijst wordt gevraagd "Heeft u informatie gekregen over...?", in de Belangvragenlijst wordt gevraagd "Hoe belangrijk vindt u het om informatie te krijgen over?" Met de antwoorden op de Belangvragenlijst kunnen de antwoorden op de CQI worden gewogen. Als men op met bepaald onderwerp een slechte ervaring heeft en tegelijkertijd vindt dat dit onderwerp heel belangrijk is, is er dus reden te meer om op dit gebied aan verbetering te werken.

Dataverzamelingsprocedure

Contact leggen en afspraken maken

De contacten met de deelnemende instellingen worden vanuit het Trimbos-instituut gelegd (Kathy Oskam: 030-2971140). Zij maakt de afspraken met de instellingen en inventariseert hoeveel vragenlijsten ongeveer moeten worden afgenoem. Zij geeft de afspraken door aan Regina Defares van de afdeling Interview en Datamanagement (030-2971181). Deze informeert op haar beurt de interviewers. Het gaat om de volgende informatie:

- Naam en adres instelling
- Naam afdeling
- Type afdeling
- Eventueel verschillende locaties (bijvoorbeeld woonhuizen Beschermd Wonen)
- Aantal cliënten
- Naam en telefoonnummer contactpersoon op de afdeling

Regina Defares stuurt het benodigde aantal vragenlijsten naar de afdeling waar het onderzoek plaats vindt. De vragenlijsten zijn verdeeld in de verhouding 50 CQI – 10 Belangvragenlijst.

Voorbereiding dataverzameling

De interviewers nemen twee dagen voor de afgesproken datum contact op met de afdeling om de afspraak te bevestigen. Zij controleren dan ook of de afdeling al de lijst met cliëntgegevens en unieke cliëntcode hebben gemaakt. Deze lijst is onmisbaar voor de dataverzameling.

De interviewers melden zich op het afgesproken tijdstip op de afdeling van onderzoek. Samen met de contactpersoon wordt nagegaan wie op dat moment een potentiële respondent is. Dit wil zeggen een cliënt die in principe in staat moet zijn deel te nemen, hetzij door het zelfstandig invullen van de vragenlijst (al dan niet met assistentie), hetzij in de vorm van een interview.

De interviewer controleert of de juiste vragenlijsten aanwezig zijn én de lijst met cliëntgegevens. Deze lijst bevat de volgende elementen:

- naam (en adressen in het geval van Beschermd Wonen),
- geslacht,
- door het Trimbos-instituut verstrekt cliëntnummer,
- de aantekening of een cliënt een potentiële respondent is of niet
- Een aantal vakjes waarin kan worden aangetekend of een interview heeft plaatsgevonden

De interviewer tekent voor ontvangst. Een voorbeeld van een lijst cliëntgegevens is achterin dit document opgenomen.

De interviewers worden door de contactpersoon aan de cliënten voorgesteld. De interviewer geeft een korte uitleg van het onderzoek en vraagt explicet toestemming voor deelname. Een schriftelijke toestemming is niet nodig, een mondelinge toestemming wel. In de uitleg komen de volgende punten aan de orde:

- Je bent een onafhankelijk onderzoeker in dienst van het Trimbos-instituut.
- We willen weten wat de ervaringen van cliënten met de zorg zijn.
- Dit is belangrijk want de instelling moet zich daarvoor verantwoorden; als de cliënten slechte ervaringen hebben, wordt dat bekend gemaakt.
- Het doel is uiteindelijk de kwaliteit te verbeteren.
- Alles gaat anoniem met een codenummer; de hulpverleners krijgen niet te horen wat iedereen geantwoordt; wij garanderen dat de uitkomsten nooit te herleiden zijn tot herkenbare personen.

Indien een cliënt toestemming tot deelname geeft, noteert de interviewer het bij de persoon behorende cliëntnummer op de vragenlijst. Indien een cliënt weigert, afwezig is, of anderszins niet mee kan doen, noteert de interviewer dit op de namenlijst. Cliënten die niet aanwezig zijn mogen op een ander tijdstip weer worden benaderd.

Dataverzameling

De interviewer overlegt met de cliënt of deze de lijst zelfstandig invult, dit doet met assistentie van de interviewer, of dat de lijst volledig als interview wordt afgenoem. Cliënten die de vragenlijst zelfstandig kunnen invullen, kunnen dit ook groepsgewijs.

Het invullen van de vragenlijst cq het interview vindt plaats op een rustige locatie, zonder de aanwezigheid van een hulpverlener, in verband met de privacy.

Na invullen van de vragenlijst gaat deze in een gesloten envelop.

Wanneer een interviewer op de betreffende afdeling klaar is, knipt hij de cliëntgegevens van de namenlijst en levert deze weer bij de contactpersoon is. Wat hij overhoudt zijn de cliëntnummers, en de aantekeningen over wie er wel en wie niet heeft meegedaan (en om welke reden). Deze gegevens worden bij de ingevulde vragenlijsten gevoegd.

De interviewer stuurt dezelfde dag de ingevulde vragenlijsten in een (bulk)retourenvelop met antwoordnummer naar Regina Defares. Ook lege lijsten die over zijn worden mee teruggestuurd. Wanneer de cliënt het wenst kan hij de vragenlijst ook zelf op de post doen in een antwoordenvelop die hij dan krijgt van de onderzoeker.

Aan het eind van de dag maakt de interviewer ook een kort verslag van die dag. Wat ging er goed, wat ging er fout, wat is je opgevallen, heb je tips voor verbetering, etc. Dit verslag wordt met de ingevulde vragenlijsten meegestuurd.

Voorbeeld lijst cliëntgegevens

Naam	(adres)	Geslacht	Cliëntcode	Potentiële deelnemer		Deelname				Zelf of interview			Betrouwbaarheid		
				Ja	Nee	J	W	A	N	Z	H	I	B	T	O

J = Ja

W = weigering

A = afwezig

N = niet in staat

Z = zelfstandig ingevuld

H = zelf ingevuld met assistentie

I = interview

B = betrouwbaar

T = twijfel

O = onbetrouwbaar

Bijlage 16

Logboek interviewers pilotonderzoek CQI voor de langdurende en klinische ggz

De bedoeling van dit logboek is om **per locatie** enig zicht te krijgen in de gang van zaken, het aantal vragenlijsten dat ingevuld is en de reden van een eventuele tegenvallende respons.

Dit logboek wordt aan het einde van elke interviewdag per locatie ingevuld. Het logboek stuur je samen met de vragenlijsten en het interviewbestand (zonder namen en adressen) in de antwoord envelop naar IDM.

Naam interviewer:

Datum:

Instelling:

Locatie/afdeling:

In hoeverre waren de cliënten door de begeleiding voorbereid op jouw komst?

Hoeveel cliënten kwamen volgens de verkregen informatie van de instelling in aanmerking voor het afnemen van de vragenlijst?

Hoeveel cliënten hebben op deze locatie de vragenlijst, al dan niet met hulp ingevuld?

Waarom kon de vragenlijst bij de andere cliënten niet worden afgenomen?

Had dat kunnen worden voorkomen? Zo ja, hoe?

Zijn je nog bepaalde bijzondere zaken opgevallen die van invloed kunnen zijn geweest op de respons?

Codes verwerking logboeken interviewers pilotonderzoek CQI voor de langdurende en klinische ggz

In hoeverre waren de cliënten door de begeleiding voorbereid op jouw komst?

- 1. Goed voorbereid, cliënten vooraf al gevraagd**
- 2. Goed voorbereid, afspraken met cliënten gemaakt over tijd en plaats**
- 3. Goed voorbereid, instelling stelt een beloning in het vooruitzicht (bijv. lunch, 5 á 10 euro)**
- 4. Redelijk/aardig voorbereid**
- 5. Slecht voorbereid**
- 6. Niet voorbereid: begeleiders wel op de hoogte, cliënten niet**
- 7. Niet voorbereid: begeleiders niet op de hoogte, cliënten ook niet**
- 8. Niet voorbereid en er was geen begeleiding op locatie aanwezig**
- 9. Anders, namelijk...**

Waarom kon de vragenlijst bij de andere cliënten niet worden afgenoem?

- 1. Afwezig**
- 2. Afwezig: (weekend)verlof**
- 3. Afwezig: dagbesteding/werk**
- 4. Afwezig: met ontslag**
- 5. Afmelding: cliënt had eerder toegezegd maar was niet in staat (bijv. diepe slaap)**
- 6. Weigering: te druk, geen zin**
- 7. Weigering: moeten al te vaak aan onderzoek mee doen**
- 8. Cliënt(en) niet in staat: te ziek (te psychotisch, te veel in de war, niet aan kunnen), te veel problematiek**
- 9. Cliënt(en) haakt/haken af tijdens de afname: het niet kunnen opbrengen**
- 10. Cliënt(en) is/zijn het vergeten, komen niet**
- 11. Niet duidelijk wie in huis is (begeleiding afwezig)**
- 12. Cliënt(en) had(den) vooraf geen toestemming verleend**
- 13. Samenvallend met andere activiteit op afdeling (bijv. begrafenis, hulp bij invullen belastingpapieren)**
- 14. Anders, namelijk...**

Had dat kunnen worden voorkomen? Zo ja, hoe?

- 1. Nee: ik denk het niet, zou niet weten hoe**
- 2. Nee: begeleiding heeft zijn best gedaan/genoeg energie in gestoken**
- 3. Nee, onverwachte gebeurtenissen gebeuren**
- 4. Ja: cliënten hadden (eerder) op de hoogte gesteld moeten worden van onderzoek, tijd en plaats**
- 5. Ja: ander tijdstip (cliënten werken, zijn met verlof)**
- 6. Ja: begeleiding mee of aanwezig (vertrouwd)**
- 7. Ja: begeleiding sceptisch, niet stimulerend**
- 8. Ja: een vergoeding bieden**
- 9. Anders, namelijk...**

Zijn je nog bepaalde bijzondere zaken opgevallen die van invloed kunnen zijn geweest op de respons?

- 1. Commentaar op vragenlijst: Invullen saai, vragen onduidelijk**
- 2. Er staat een beloning tegenover: kan wel ten koste gaan van betrouwbaarheid**
- 3. Gebrek aan motivatie vanuit de begeleiding**
- 4. Veel motivatie vanuit de begeleiding**
- 5. Sterke selectie vanuit de begeleiding**
- 6. Invullen van de lijst kost veel energie**
- 7. Situatie op locatie niet optimaal (bijv. gespannen, cliënten uit hun doen na incident)**
- 8. Anders, namelijk**

Bijlage 17

FORMULIEREN VOOR INSTELLING

Instellingscode

Locaties en locatiecodes

Cliëntcodes

Voor elke locatie zijn er twee formulieren: het formulier voor de interviewer en het formulier 'Achtergrondbestand'.

Het formulier voor de interviewer kan deels ingevuld worden door de instelling: Naam, adres, geslacht en potentiële deelnemer (**digitaal**). Het formulier 'Achtergrondbestand' kan volledig ingevuld worden.

We raden aan om beide formulieren **gelijktijdig** in te vullen om de kans op fouten te vermijden (indien mogelijk). Het cliëntnummer van de achtergrondgegevens moet absoluut overeenkomen met de gegevens die bij de betreffende cliënt verzameld worden, anders zijn een aantal analyses niet mogelijk.

We verzoeken u op beide formulieren de gegevens van alle cliënten van de deelnemende locaties / afdelingen te noteren, ook al is vooraf al bekend dat een cliënt niet zal deelnemen. Deze gegevens zijn van belang voor de non-respons analyse.

Wanneer er onvoldoende cliëntnummers aangemaakt zijn voor een bepaalde locatie verzoeken we u contact op te nemen met afdeling M&B van het Trimbos-instituut: koskam@trimbos.nl, tel: 030-2971140

We vragen u de formulieren voor de interviewers uit te printen en er zorg voor te dragen dat de formulieren op de juiste locaties liggen als de interviewer komt.

Het formulier voor de interviewer wordt verder door de interviewer ingevuld. De interviewer neemt de cliëntnummers over op de vragenlijsten. Wanneer hij gereed is, worden de eerste drie kolommen (naam, adres en geslacht) er afgeknipt. De rest van het formulier stuurt de interviewer samen met de vragenlijsten naar de afdeling IDM van het Trimbos-instituut.

De achtergrondbestanden s.v.p. gevuld retourneren aan Bob van Wijngaarden van het Trimbos-instituut: bwijngaarden@trimbos.nl

In het achtergrondbestand dient de primaire diagnose genoteerd te worden zoals deze ook voor de DBC's gebruikt worden. **Hier hoeft alleen de codering voor de hoofdgroep op As-1 of As-2 genoteerd te worden. Voorbeeld as1_18.**

as1_1	Stoornissen in de kindertijd	as1_13	Slaapstoornissen
as1_2	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	as1_14	Stoornissen in de impulsbeheersing
as1_3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	as1_15	Aanpassingsstoornissen
as1_4	Aan een middel gebonden stoornissen	as1_17	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
as1_5	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	as1_18	Bijkomende codes/ geen diagnose
as1_6	Stemmingsstoornissen	as1_19	DC:0-3 Kinder- & Jeugdstoornissen primaire diagnosen
as1_7	Angststoornissen	as2_01	Stoornissen in de kindertijd
as1_8	Somatoform stoornis	as2_16	Persoonlijkheidstoornissen
as1_9	Nagebootste stoornissen	as2_17	Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
as1_10	Dissociatieve stoornissen	as2_18	Bijkomende codes/ geen diagnose
as1_11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	as2_19	DC:0-3 Kinder- & jeugdstoornissen ouder/kindrelatiestoornissen
as1_12	Eetstoornissen		

LOCATIE LIJST VOOR INTERVIEWER

Naam	Adres	Geslacht M/V	Cliënt- nummer	Potentiële deelnemer		Deelname				Zelf of interview			Betrouw- baarheid		
				Ja	Nee	J	W	A	N	Z	H	I	B	T	O
			0101001												
			0101002												
			0101003												
			0101004												
			0101005												
			0101006												
			0101007												
			0101008												
			0101009												
			0101010												
			0101011												
			0101012												
			0101013												
			0101014												
			0101015												
			0101016												
			0101017												
			0101018												
			0101019												
			0101020												
			0101021												
			0101022												
			0101023												

X

J= ja, W= weigering, A= afwezig, N= niet in staat, Z= zelfstandig, H= zelf ingevuld met assistentie, I= interview,
 B= betrouwbaar, T= twijfel, O= onbetrouwbaar

LOCATIE ACHTERGRONDBESTAND VOOR AFDELING M&B (BWIJNGAARDEN@TRIMBOS.NL)

Cliënt-nummer	Geslacht M / V	Geboortedatum dd-mm-jjjj	Primaire diagnose conform DBC-notatie: Alfanumeriek, bijv. as1_18	Extra (optioneel)
0101001				
0101002				
0101003				
0101004				
0101005				
0101006				
0101007				
0101008				
0101009				
0101010				
0101011				
0101012				
0101013				
0101014				
0101015				
0101016				
0101017				
0101018				
0101019				
0101020				
0101021				
0101022				
0101023				
0101024				
0101025				
0101026				
0101027				
0101028				
0101029				
0101030				

Bijlage 18 Factoranalyse klinisch listwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
18	.562				.303								
27	.647												
28	.784												
29	.754												
30	.775												
31	.737												
50	.406									.323			
57	.562												
44		.683											
45		.746											
46		.709											
47		.473											
49		.464											
39			.852										
40			.883										
41			.834										
13				.448							.467		
15					.743								
16					.752								
17					.760								
6					.675								
7						.514	.332						
8						.614							
55						.489						-.341	
4							.426			.473			
32							.424						
33							.482						
34							.601						
56							.526						
35								.763					
36								.773					
37								.538					
19									.613				
20									.695				
2	.358									.625			
3											.717		
4							.426			.473			
12					.363						.401		
13						.448					.467		
14											.731		
51												.606	
52												.650	
21						.316						.402	
54												.716	
43													.773
48		.394											-.432
22													
38													
58													

Factoranalyse klinisch pairwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
27	.676												
28	.794												
29	.777												
30	.778												
31	.746												
57	.504		.302										
44		.639											
45		.754											
46		.735											
47		.525											
48		.439								.352		-.421	
49		.490											
32			.609										
33			.608										
34			.609										
56			.484										
58			.446										
39				.840									
40				.888									
41				.833									
13					.447					.427			
15						.716							
16						.765							
17						.756							
6						.589							
7			.337			.471							
8						.640							
12						.416				.505			
21						.411							
35							.784						
36							.745						
37							.521						
19								.611					
20								.687					
2	.334									.645			
3										.768			
4			.391							.409			
12						.416					.505		
13						.447					.427		
14											.668		
54												-.785	
55						.344		.373				.431	
51													.728
52								-.315					.493
43													.795
48		.439									.352		-.421
22													
38													
50													

Factoranalyse klinisch meansub

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
18	.438		.354			.319							
27	.674												
28	.793												
29	.778												
30	.779												
31	.743												
57	.469		.307										
44		.637											
45		.751											
46		.735											
47		.524											
48		.438								.350		-.420	
49		.489											
32			.611										
33			.613										
34			.611										
56			.471										
58			.452										
39				.840									
40				.888									
41				.832									
15					.714								
16					.765								
17					.754								
6						.595							
7			.328			.479							
8						.640							
12						.408				.509			
35							.779						
36							.743						
37							.519						
19								.617					
2	.329								.651				
3									.765				
4			.387						.417				
12						.408				.509			
13										.425			
14										.665			
54											-.782		
55						.331	.375				.429		
22												-.406	
51												.707	
52												.524	
43													.790
48		.438									.350		-.420
20													
21													
38													
50													

Bijlage 19 Factoranalyse Beschermd Wonen listwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
10	.652										
22	.592				.327						
23	.837										
24	.747										
25	.723										
26	.672										
35		.536					.549				
36		.689					.313				
37		.772									
38		.729									
39		.582						.354			
6			.659								
7			.729								
8			.697								
9			.743								
2				.736							
3				.827							
4				.712							
27					.405		.555				
28	.301					.689					
29	.347					.636					
31					.421	.535					
32				.350	.547						
16						.653					
30						.653					
31					.421	.535					
40	.363	.393				.436					
27					.405		.555				
35		.536					.549				
43							.496	.511			
44		.373					.513	.474			
45								.761			
11									.594		
14							.317		.739		
15					.306				.529		
5										.485	
17										.642	.318
34		.312								-.632	.318
13											.835
12											

Factoranalyse Beschermd Wonen pairwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
10	.690									
22	.648									
23	.817									
24	.709									
25	.733									
26	.712									
27	.467		.380			.337				
28	.456		.448							
29	.510		.459							
6		.649								
7		.689								
8		.704								
9		.729								
28	.456		.448							
29	.510		.459							
30			.721							
31			.672							
32			.442		.333					
36				.411				.611		
37				.662						
38				.658						
39				.633						
40	.372		.345	.415						
2					.728					
3					.822					
4					.732					
43						.711				
44						.733				
45						.601				
11							.564			
14							.556	.325		
15							.723			
16			.362				.413		.358	
35								.781		
36				.411				.611		
13									.805	
17									.542	-.375
34										.732
5										
12										

Factoranalyse Beschermd Wonen meansub

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
10	.680									
22	.643					.338				
23	.814									
24	.709									
25	.732									
26	.710									
27	.460		.377							
28	.447		.448							
29	.505		.452							
6		.647								
7		.686								
8		.702								
9		.727								
28	.447		.448							
29	.505		.452							
30			.718							
31			.662							
32			.440		.333					
36				.405				.615		
37				.656						
38				.653						
39				.629						
40	.368		.343	.415						
2					.732					
3					.822					
4					.730					
43						.709				
44						.732				
45						.587				
11							.561			
14							.555	.324		
15							.720			
16			.357				.413		.348	
35								.782		
36				.405				.615		
13									.809	
17									.525	-.389
34										.723
5										
12										

Bijlage 20 Factoranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen Listwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2	.656			.369		
10	.646				.319	
18	.736					
19	.738		.363			
20	.701					
21	.560		.630			
22	.632					
5		.588				
6		.685				
7		.714				
8		.778				
9		.659				
21	.560		.630			
23			.794			
24	.323		.623			
25			.825			
3				.927		
4				.908		
11					.596	
12					.592	
13					.682	
28						.819
29	.368					.641
30						.481

Factoranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen pairwise

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2	.563		.399			
10	.702			.322		
18	.717					
19	.820					
20	.749					
21	.765				.335	
22	.650					
23	.584				.581	
24	.540				.427	
25	.564				.587	
5		.548				
6		.680				
7		.749				
8		.761				
9		.678				
3			.922			
4			.905			
11				.575		
12				.636		
13				.728		
23	.584				.581	
24	.540				.427	
25	.564				.587	
30					.628	
28						.845
29	.360					.692

Factoranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen meansub

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2	.561		.399			
10	.702			.317		
18	.718					
19	.820					
20	.750					
21	.764				.339	
22	.650					
23	.575				.580	
24	.526				.436	
25	.558				.585	
5		.547				
6		.679				
7		.748				
8		.758				
9		.676				
3			.919			
4			.902			
11				.572		
12				.635		
13				.727		
23	.575				.580	
24	.526				.436	
25	.558				.585	
30					.625	
28						.843
29	.358					.689

Bijlage 21

CQ Index voor klinische en deeltijd opname:

**uitkomsten
per instelling**

CQI Klinische opnames

In de onderstaande grafieken zijn de resultaten van 15 ggz- en vz-instellingen weergegeven. De getallen op de horizontale as verwijzen naar het nummer dat wij aan elke instelling hebben gegeven.

Eerst zijn alle schaalscores weergegeven. Dit zijn gemiddelde scores. Deze scores zijn voor elke instelling apart bij de kolommen weergegeven.

De vragen die met 'nooit – soms – meestal – altijd' zijn beantwoord, hebben een schaalscore tussen 1 en 4. Een score 3 wil dan zeggen, dat gemiddeld 'meestal' is geantwoord. Hoe hoger de schaalscore, hoe beter. De schalen met de categorieën 'uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht' lopen van 1 tot 5. Ook hier geldt: hoe hoger de score hoe beter.

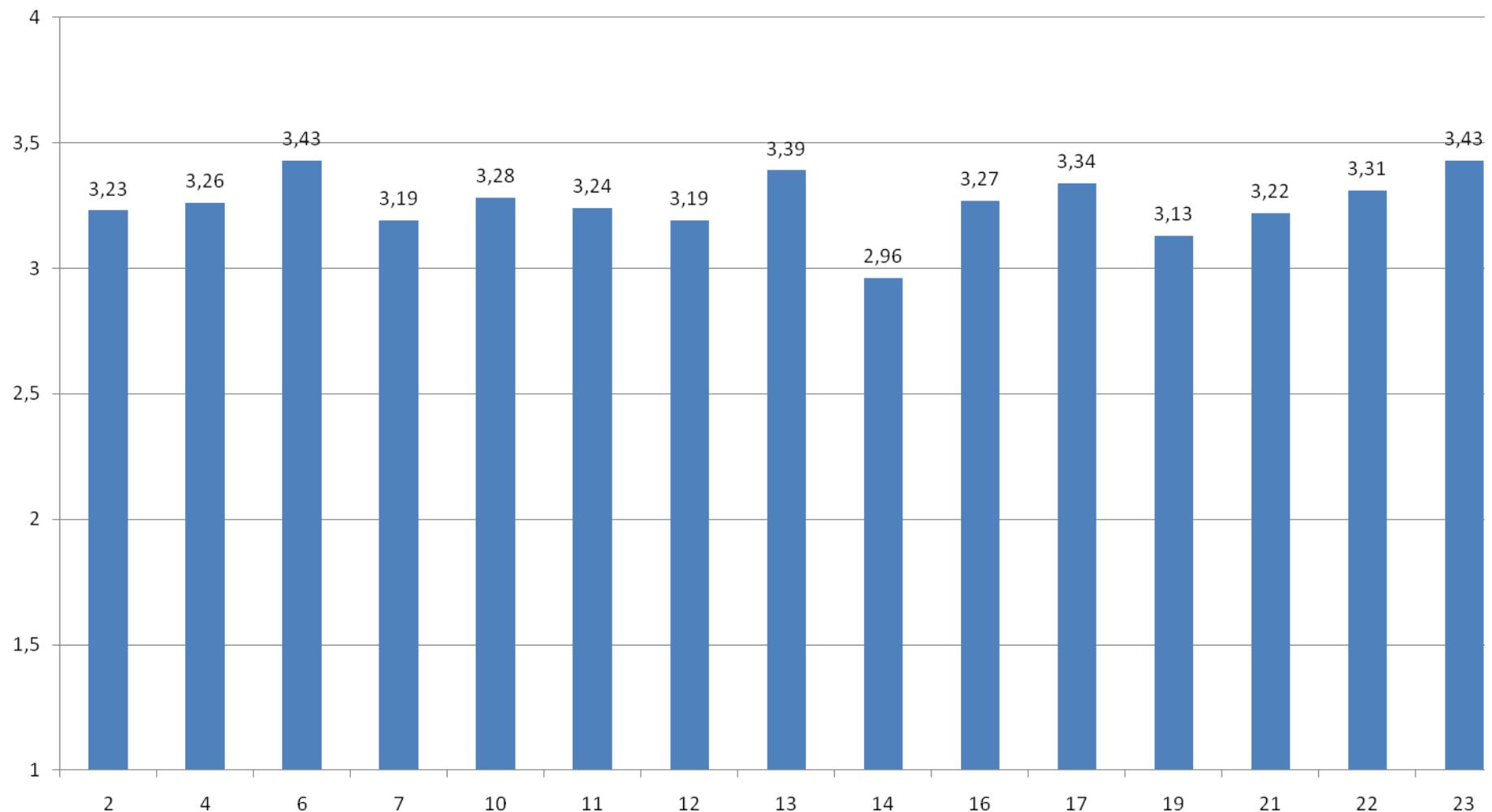
De schalen met vragen die nee/ja als antwoordcategorie hebben, krijgen een gemiddelde score tussen 0 en 1. Deze schalen kunnen ook gelezen worden als percentages. Dus een gemiddelde schaalscore van 0.75 betekent dat gemiddeld 75% een 'ja' is gescoord. Ook hier geldt dat een hogere score een beter resultaat weergeeft.

De schaal 'toegankelijkheid begeleiders' loopt van 1 tot 3. Hoe hoger de score, hoe minder de toegankelijkheid een probleem was.

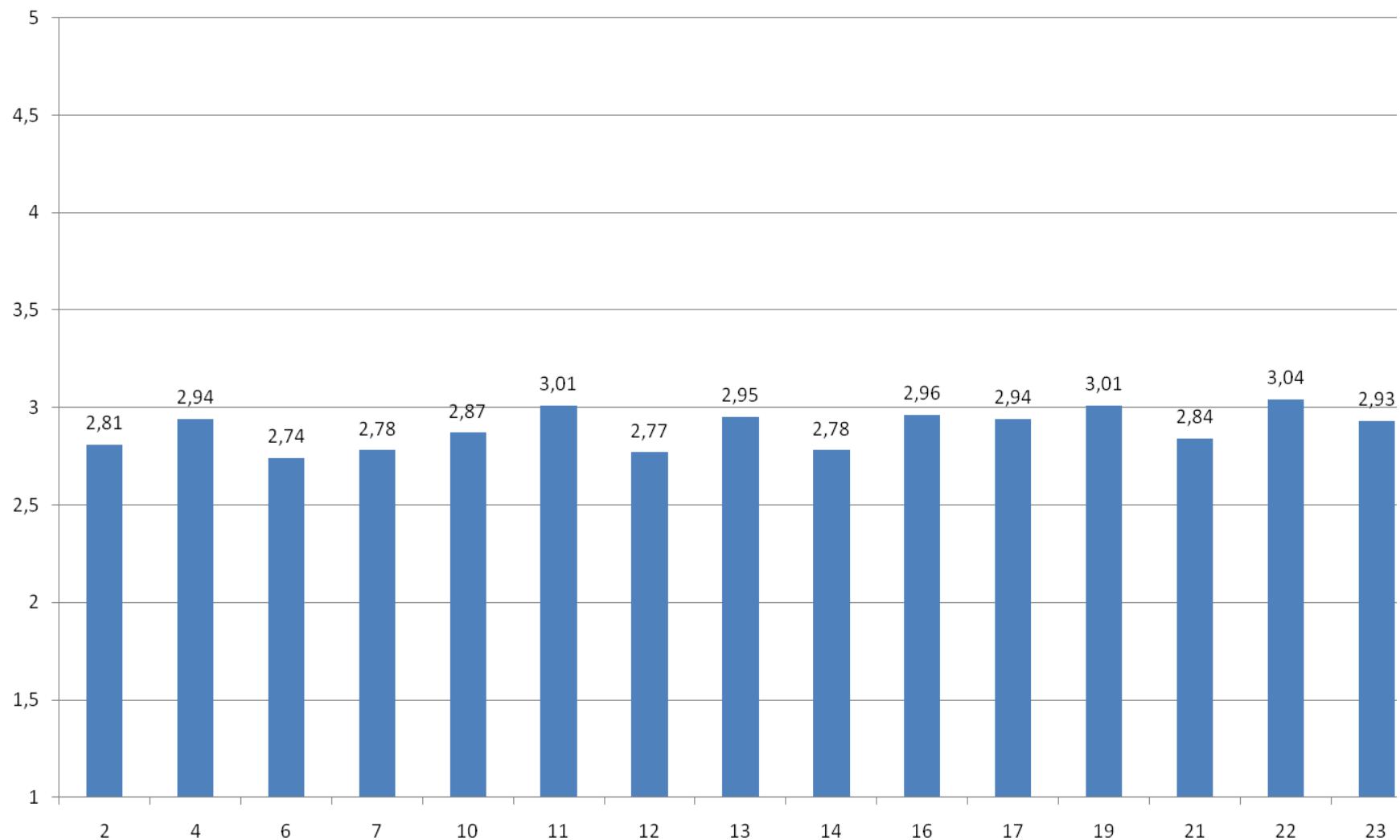
De schalen met een te lage Cronbach's α zijn voor de volledigheid wel weergegeven, maar alle items zijn ook nog eens los geanalyseerd. Bij de losse items met 'nooit – soms – meestal – altijd' of 'uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht' antwoordcategorieën is de gemiddelde score aangegeven. Bij de ja/nee vragen is een percentage aangegeven (het percentage dat met 'ja' heeft geantwoord). Dus ook hier geldt weer: hoe hoger de score, hoe beter.

Zoals uit de grafieken blijkt, zijn er verschillen tussen de diverse aanbieders. Deze zijn echter niet statistisch getoetst. Voor onderzoek naar het discriminerend vermogen zijn minstens twintig instellingen nodig. Een hogere of lagere score kan dus een toevalstreffer zijn

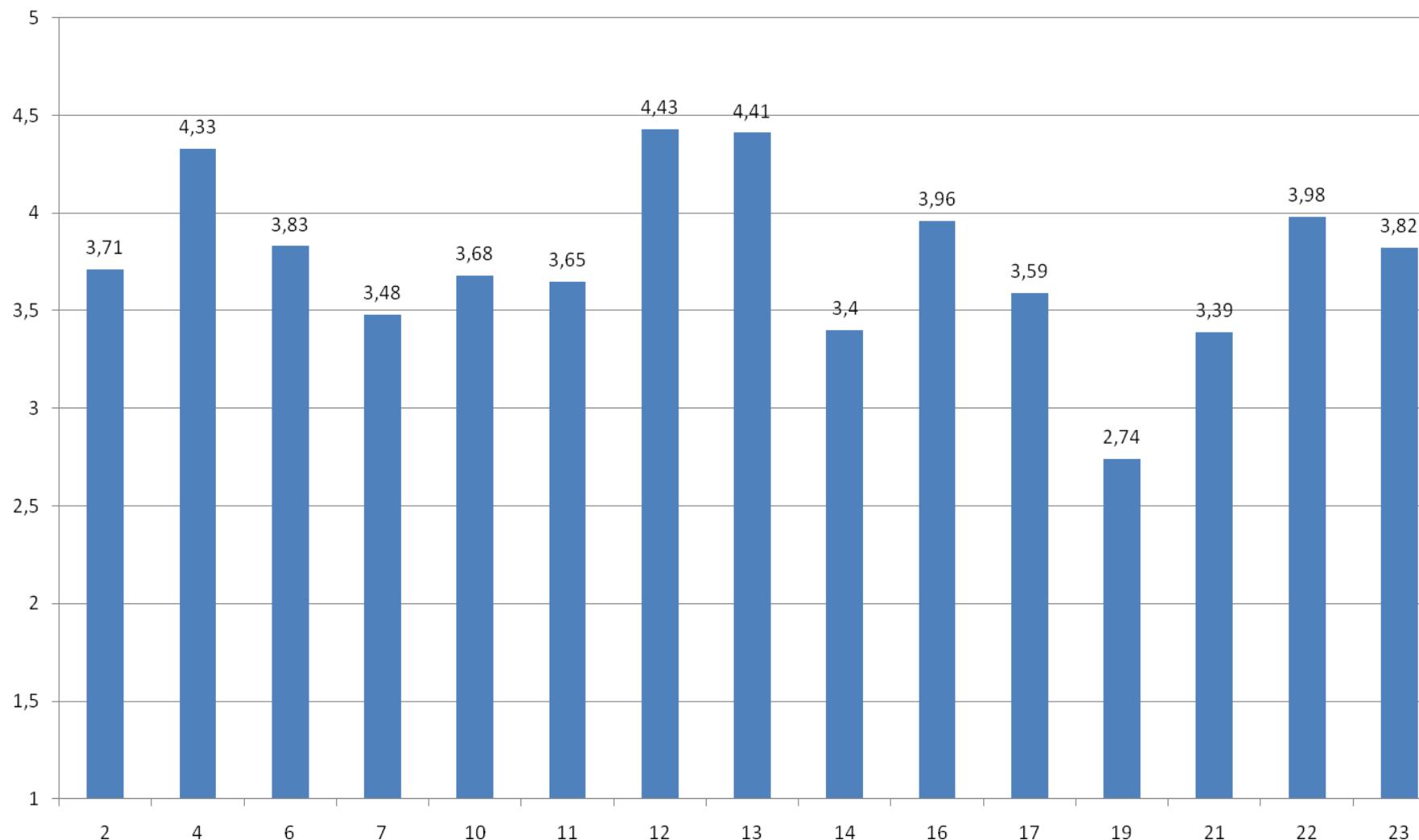
Schaal bejegening



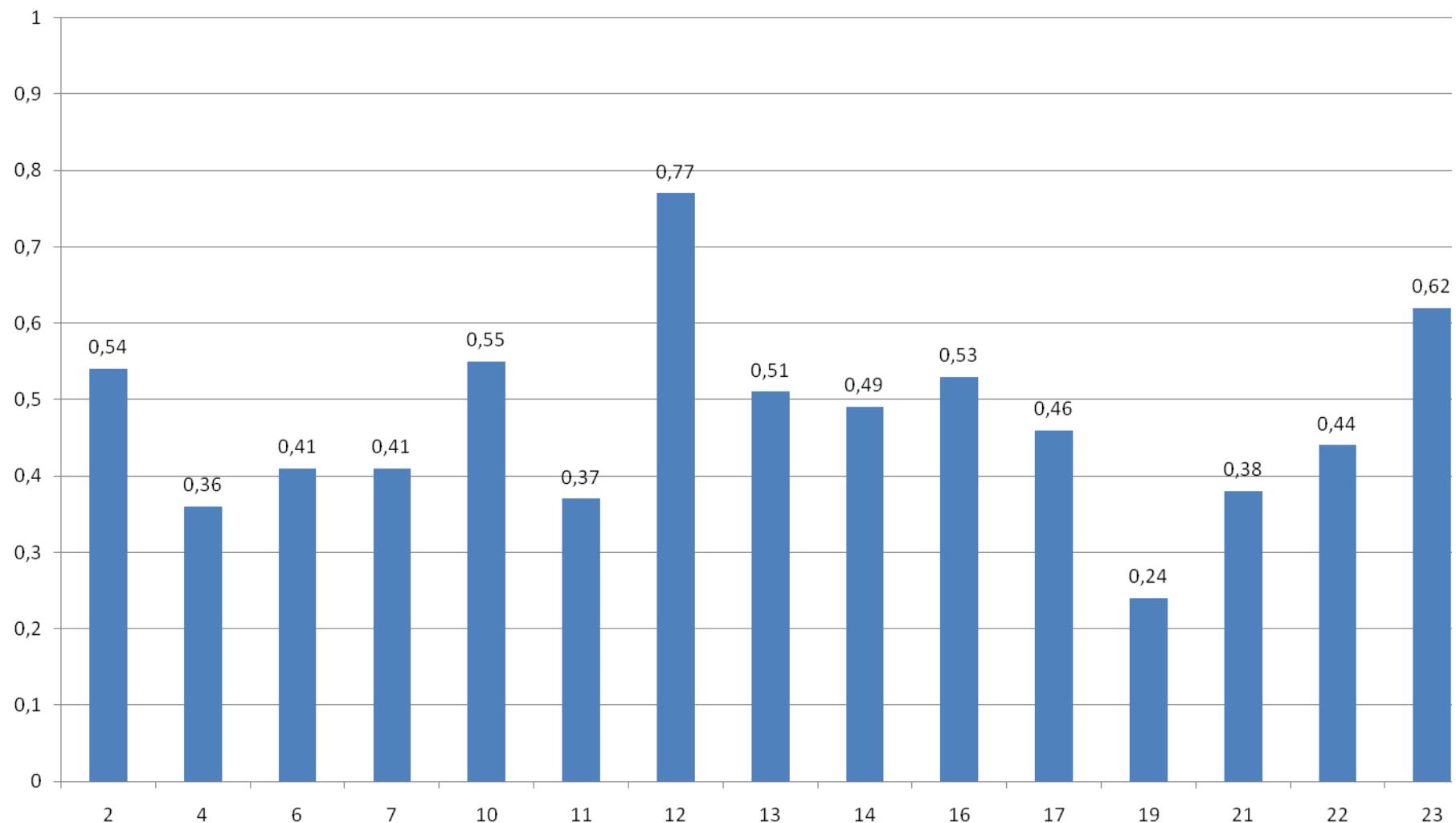
Schaal kwaliteit afdeling



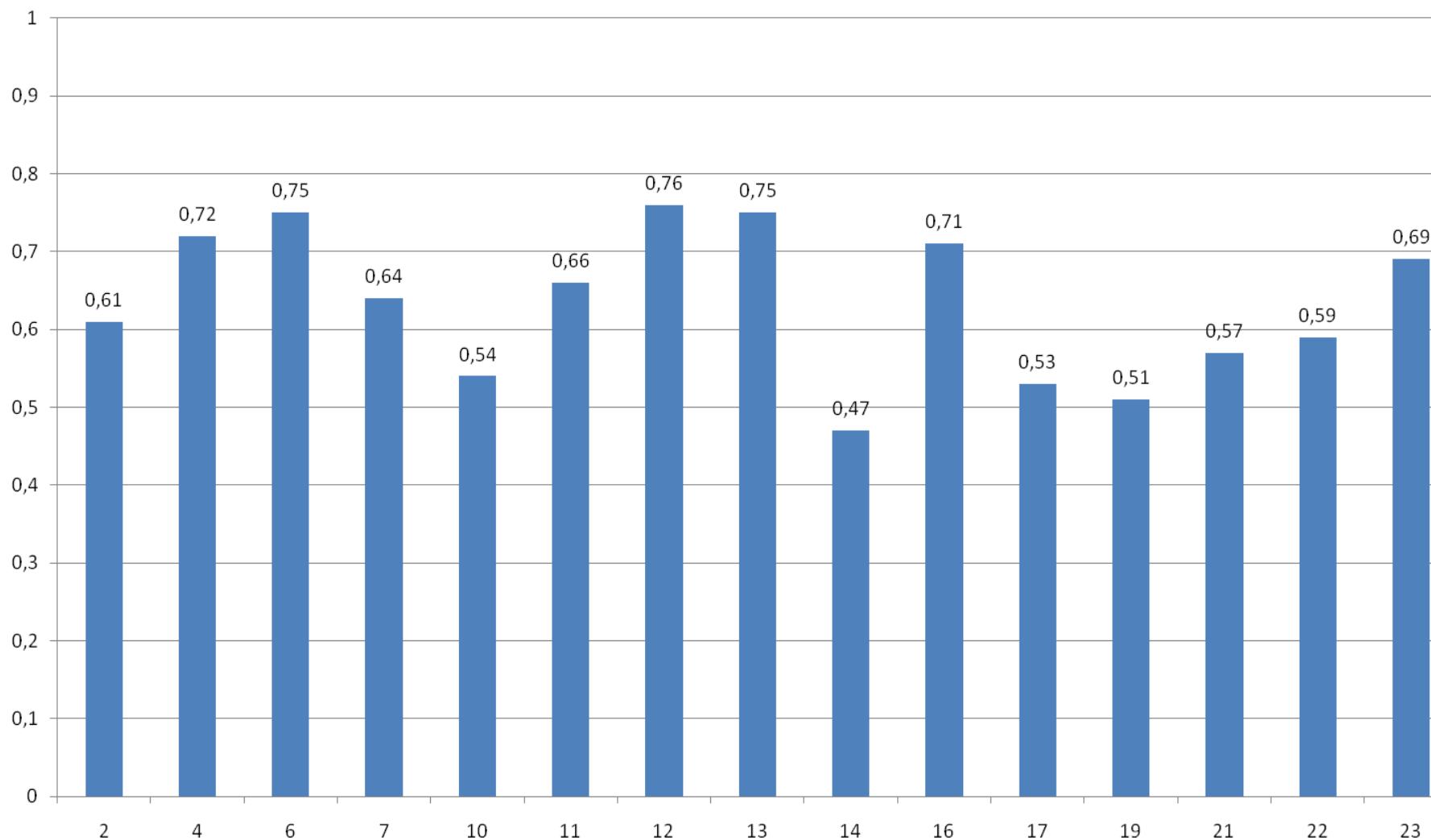
Schaal ervaren functioneren



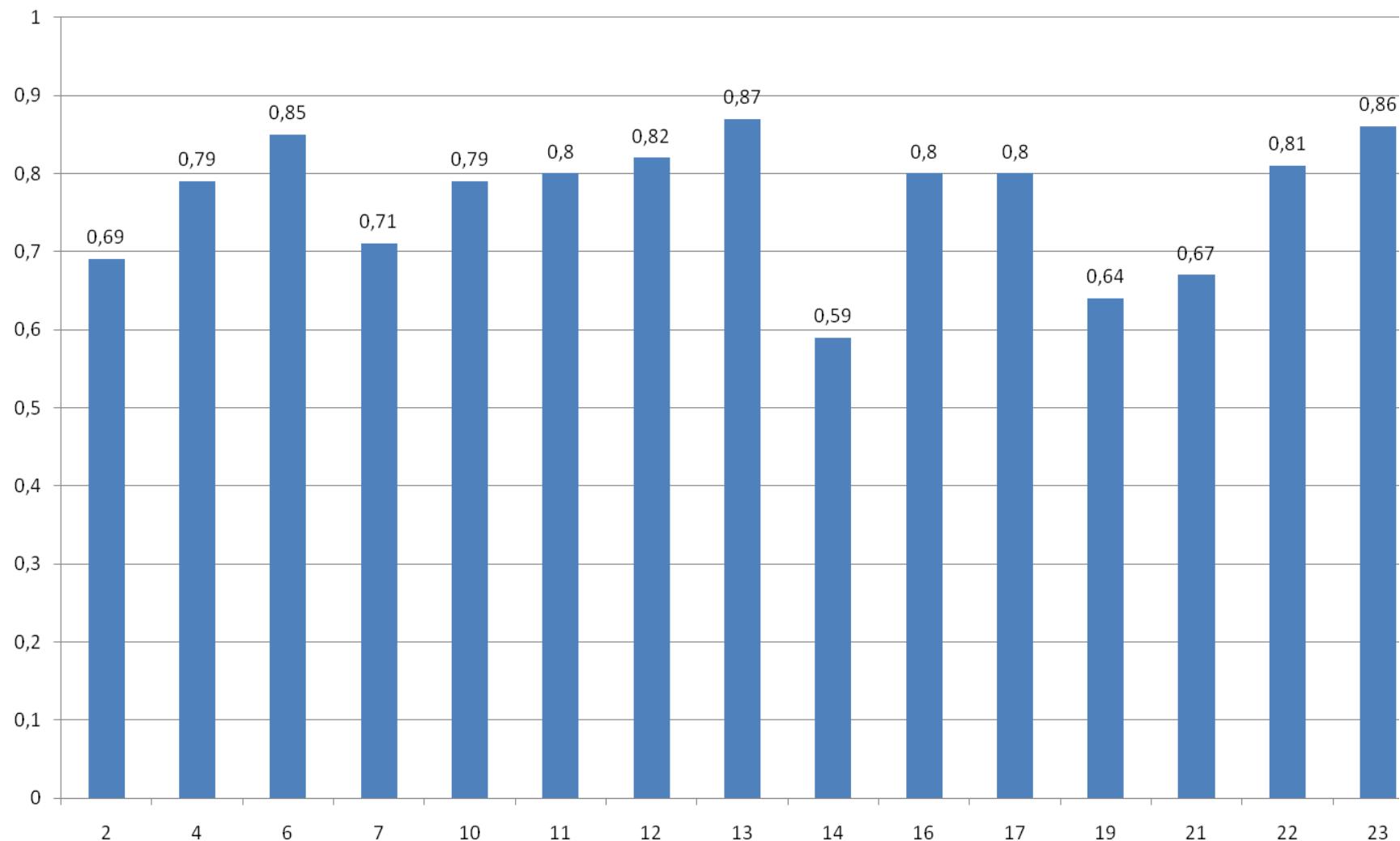
Schaal informatie klachtenprocedure



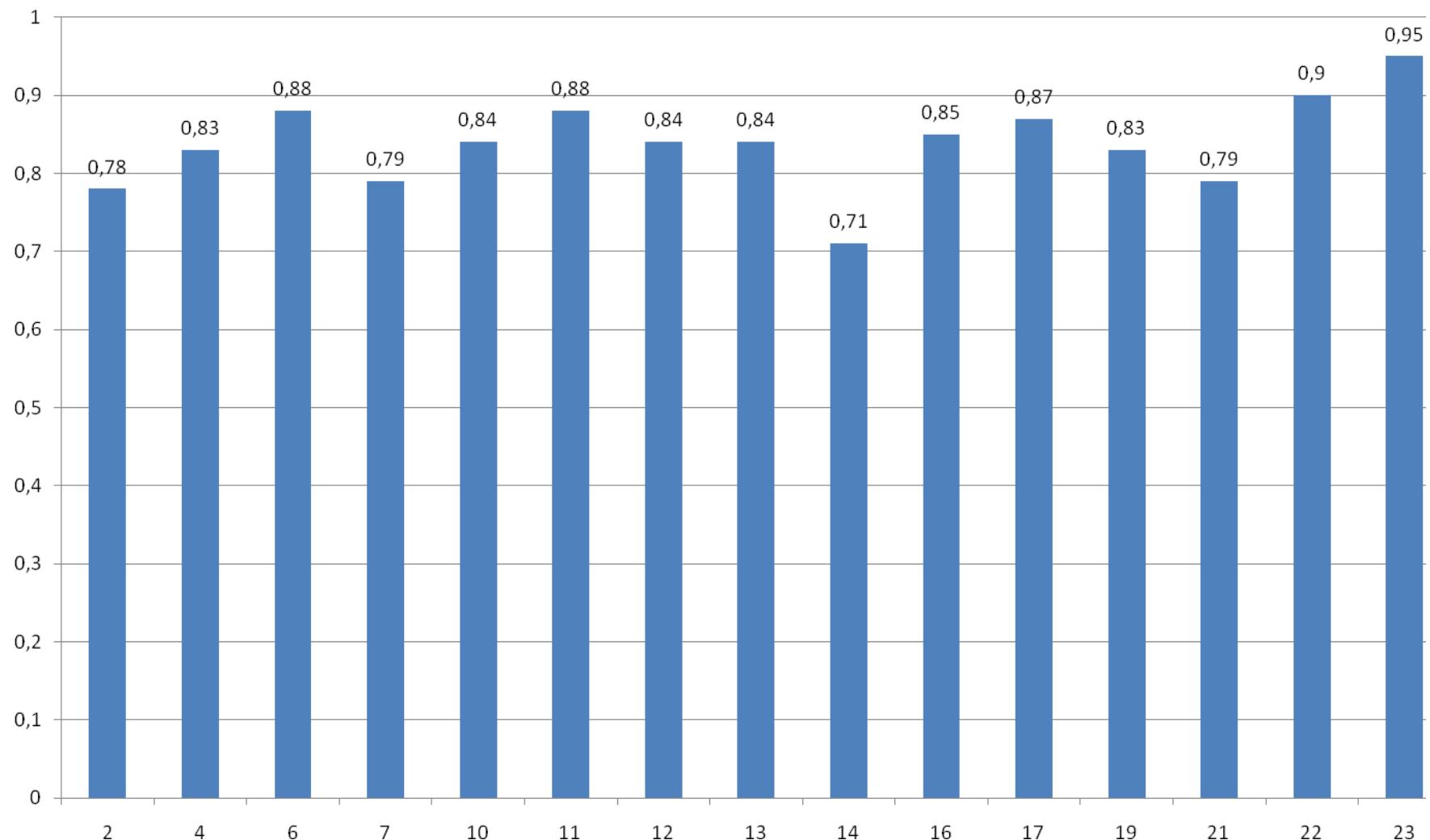
Schaal informatie over aanpak behandeling



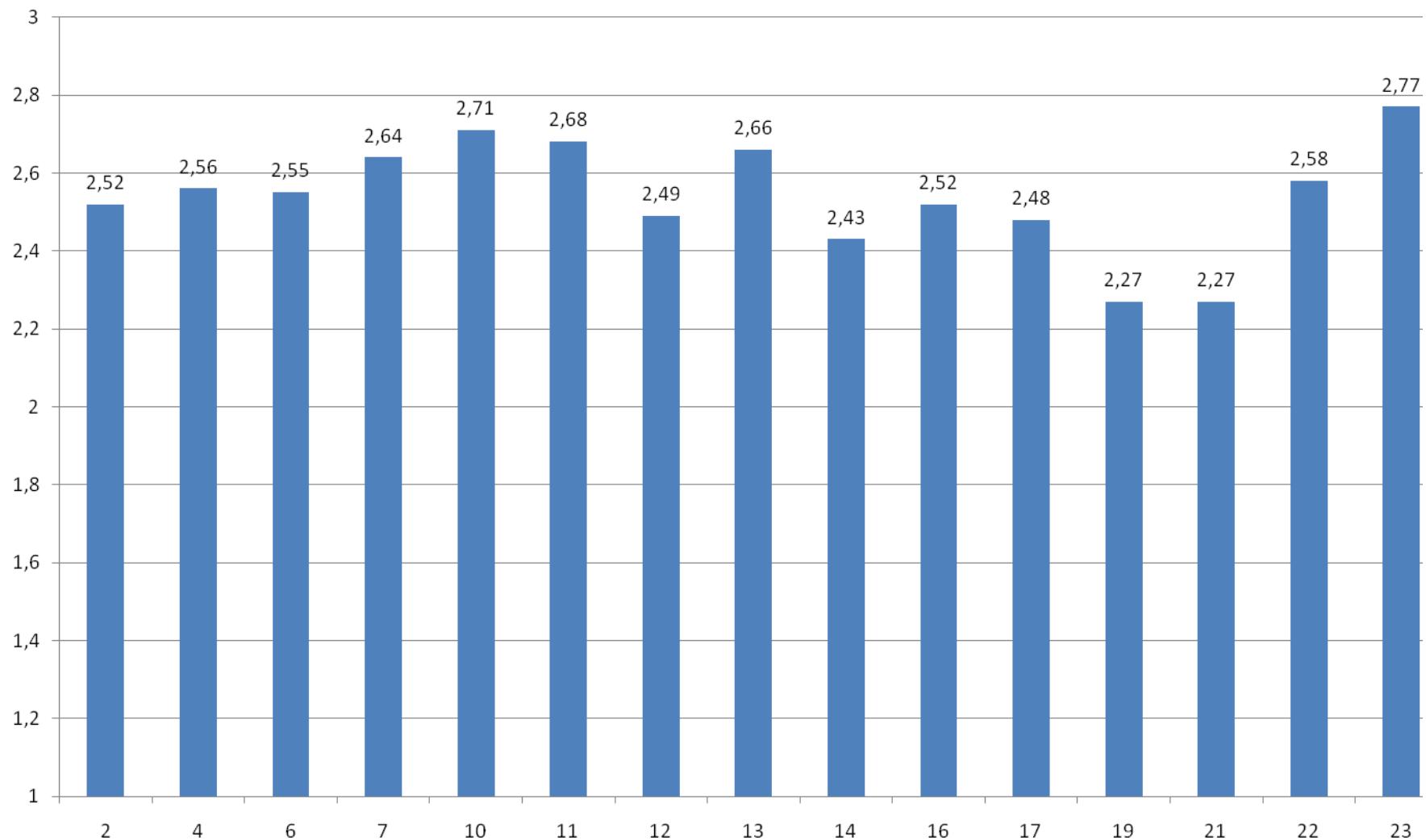
Schaal deskundigheid behandelaar(s)



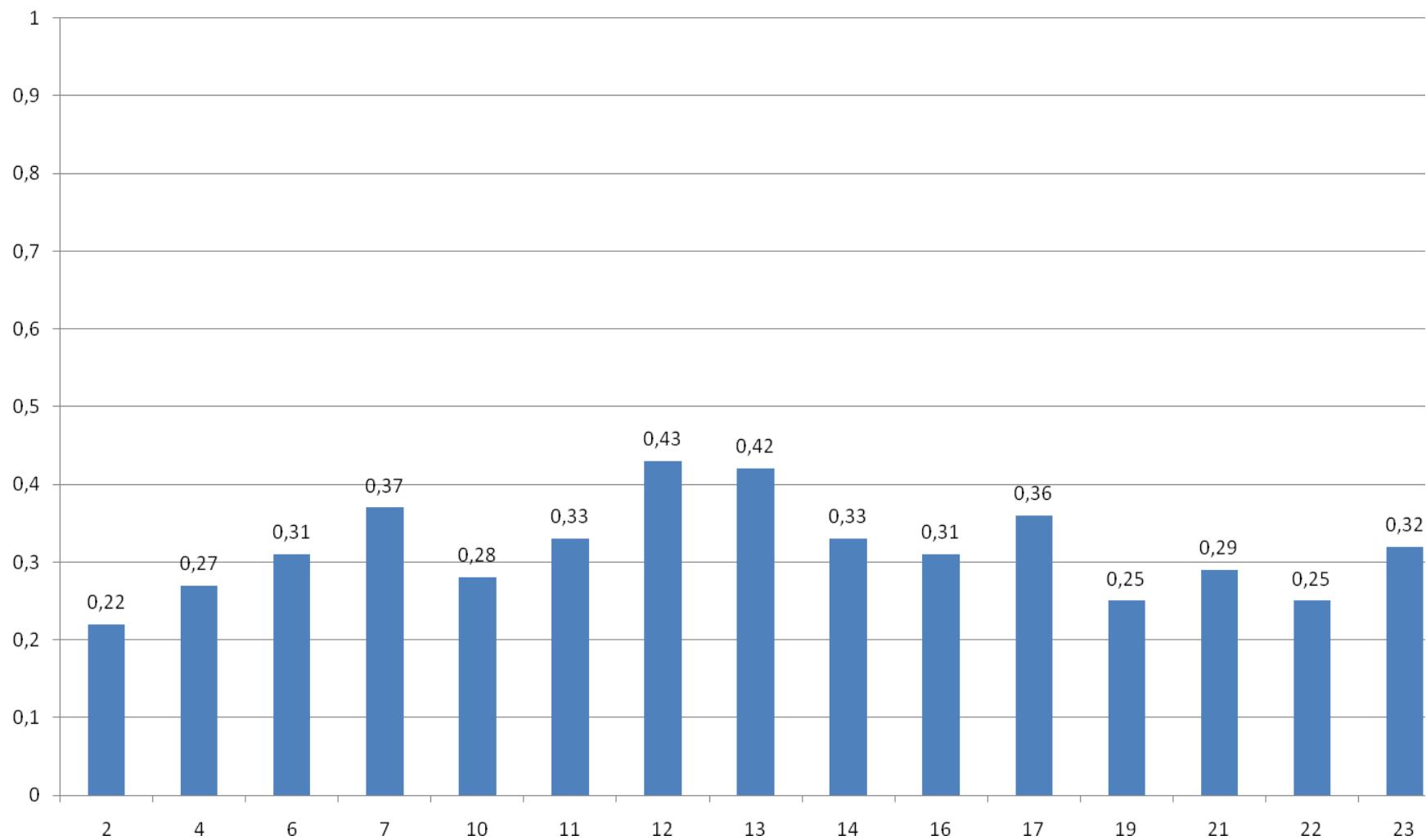
Schaal veiligheid in de groep



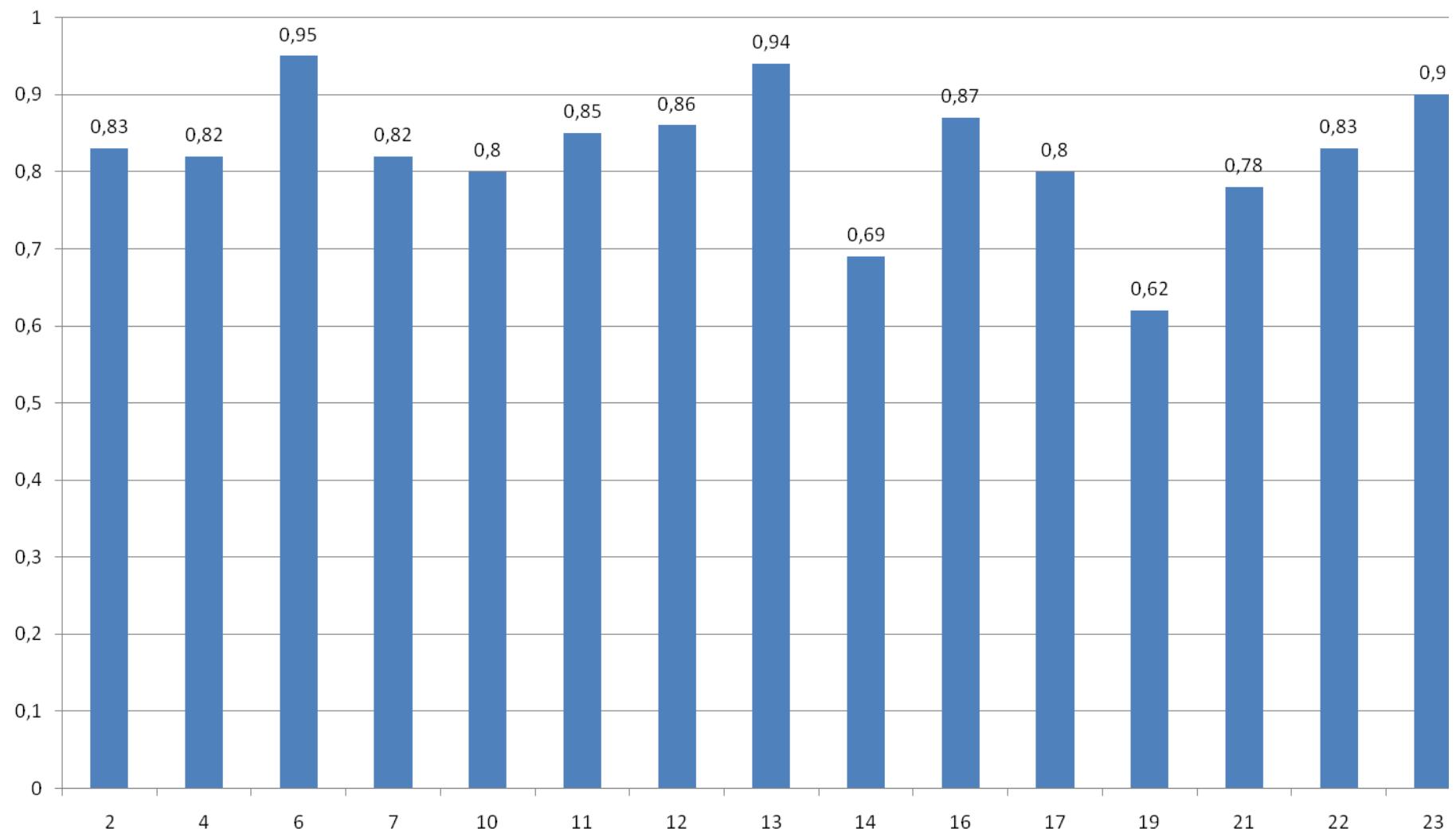
Schaal toegankelijkheid behandelaars



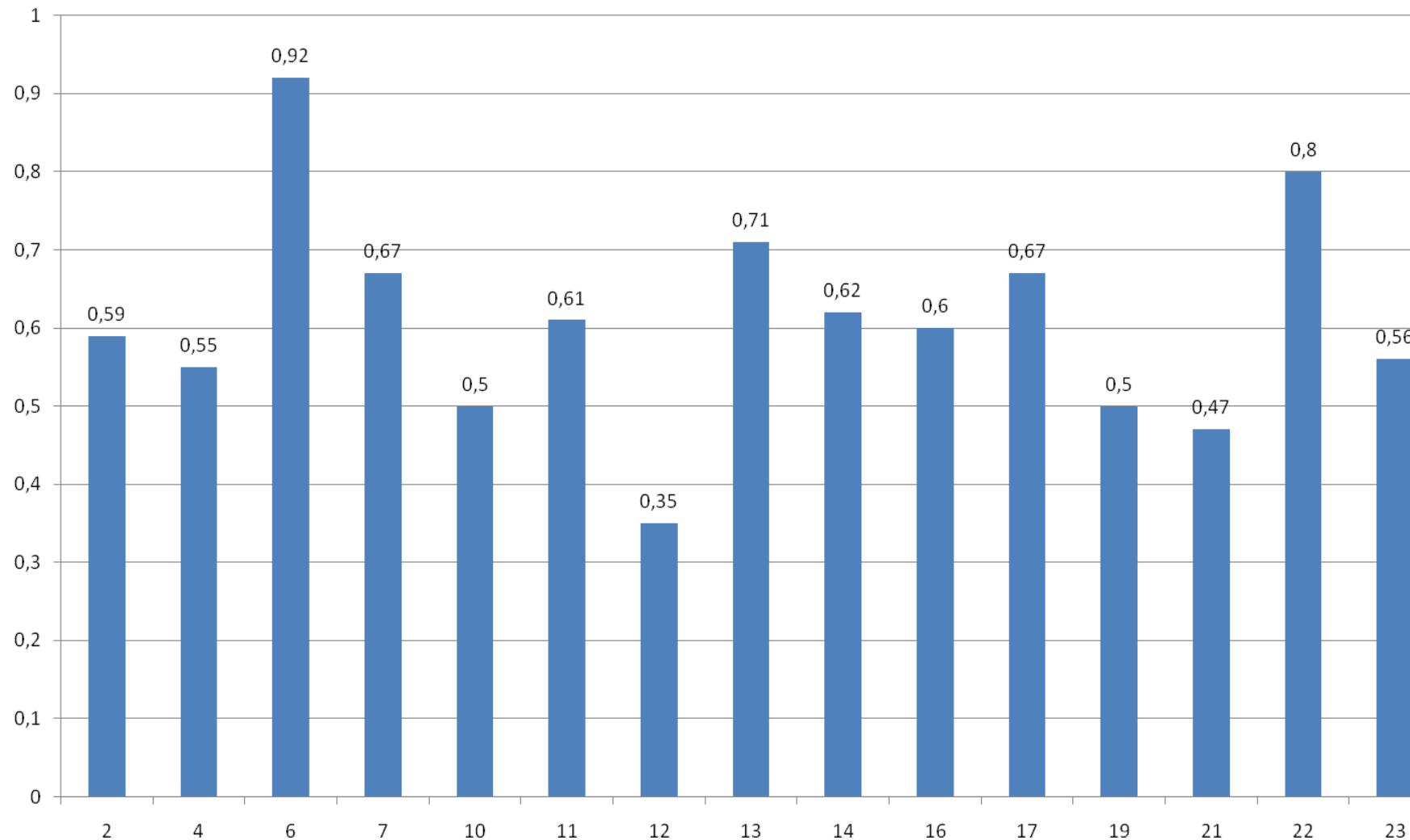
Schaal informatie over cliëntenrechten



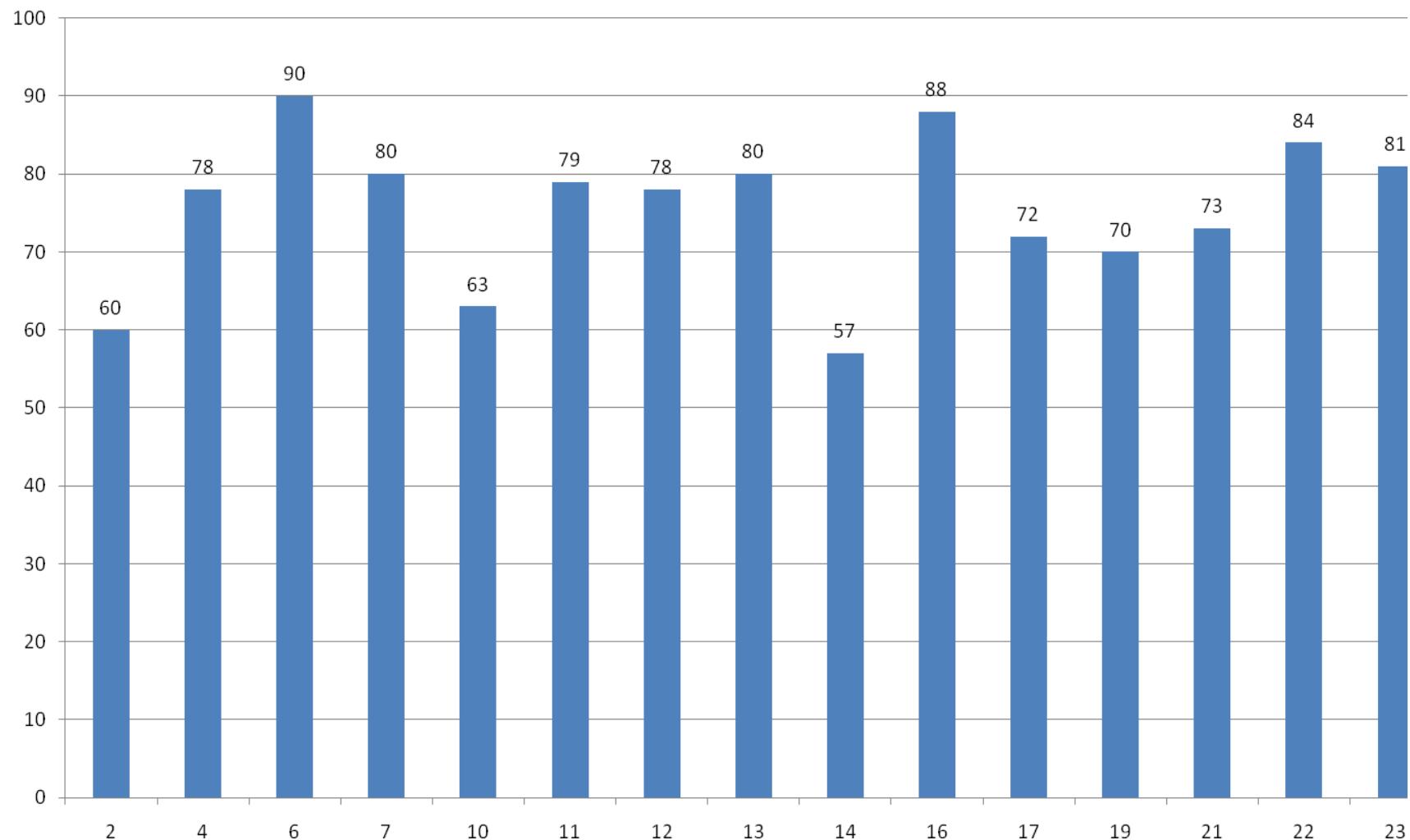
Schaal inspraak bij behandelplan



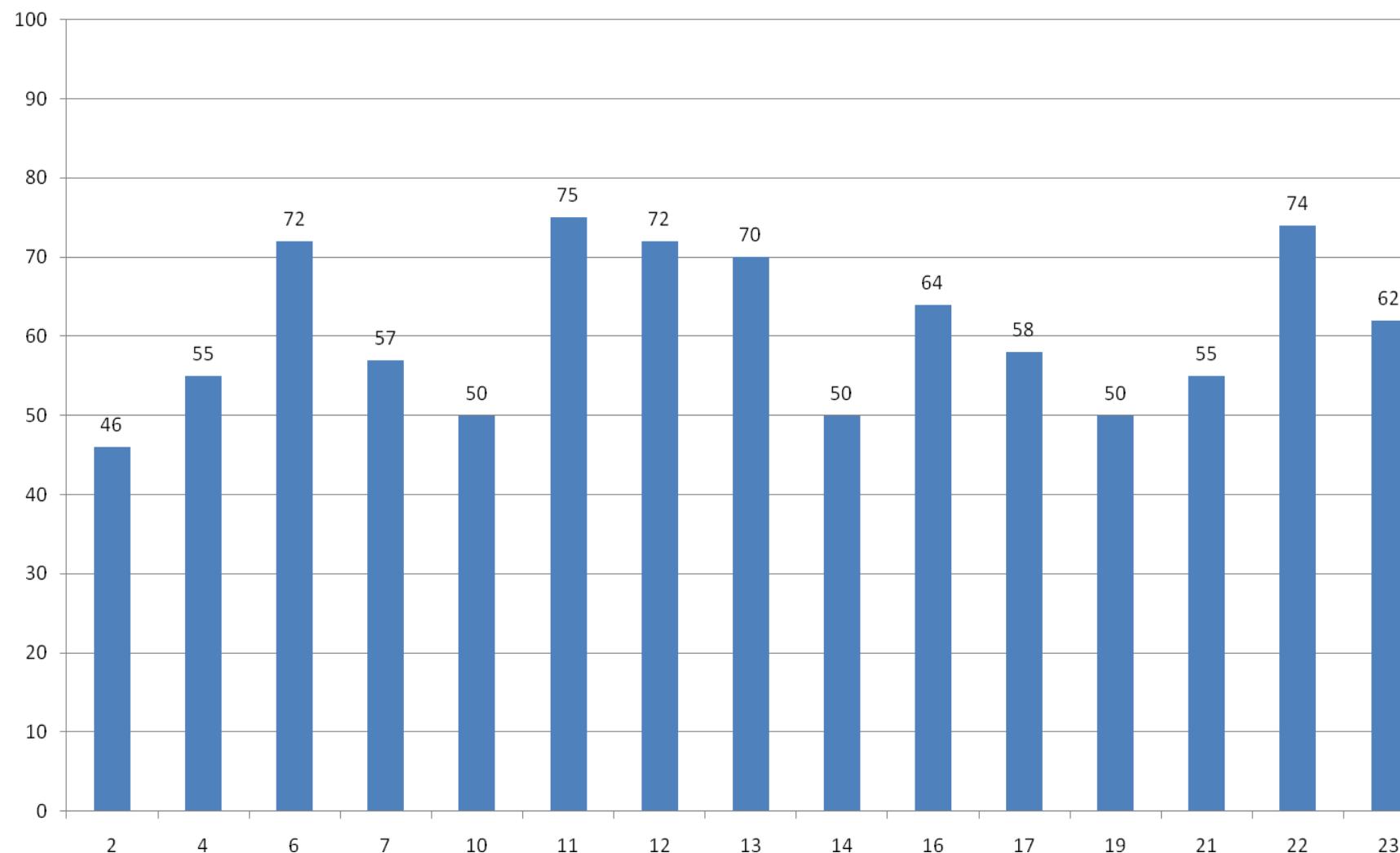
Schaal nazorg geregeld



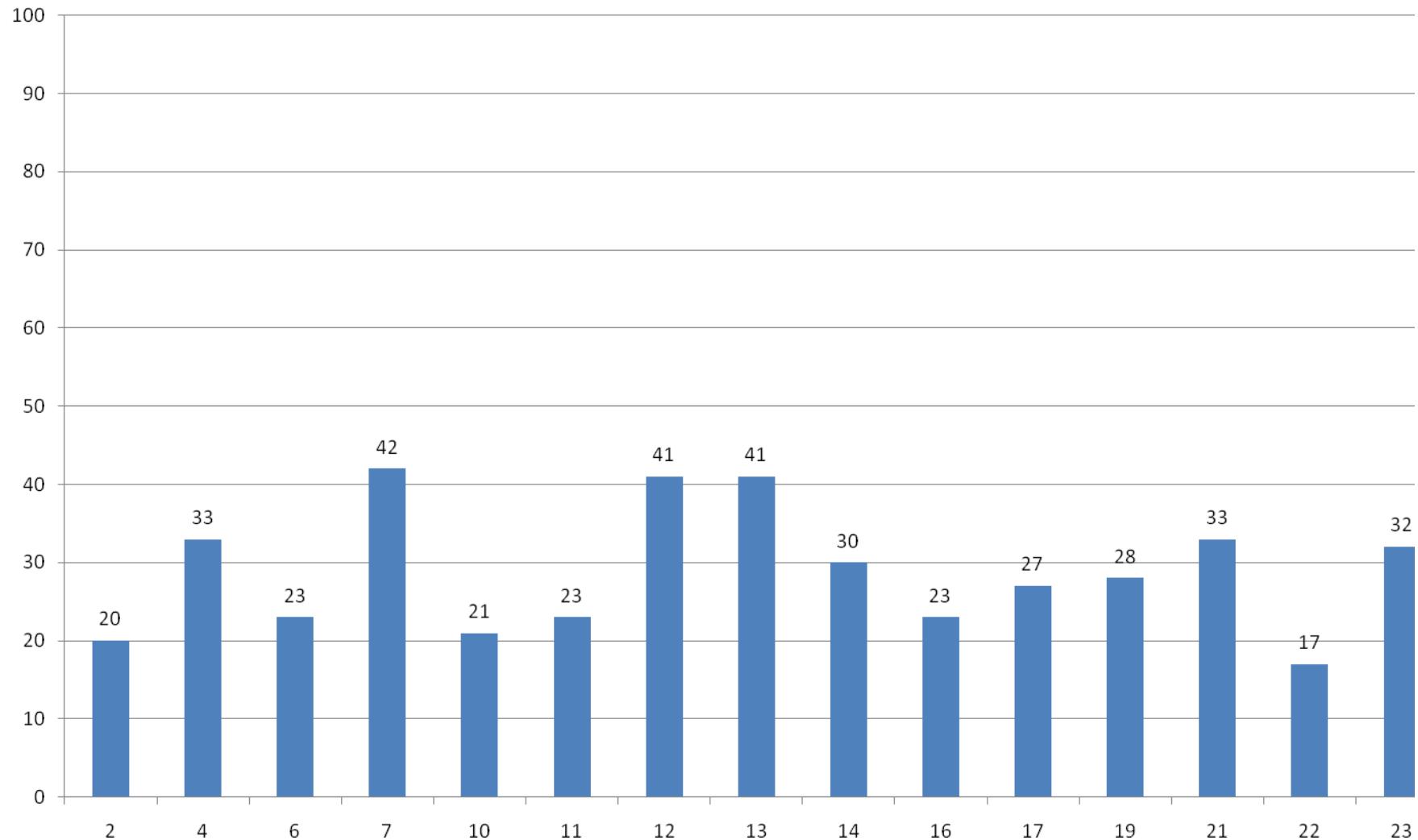
Vraag 10: informatie over werking medicatie



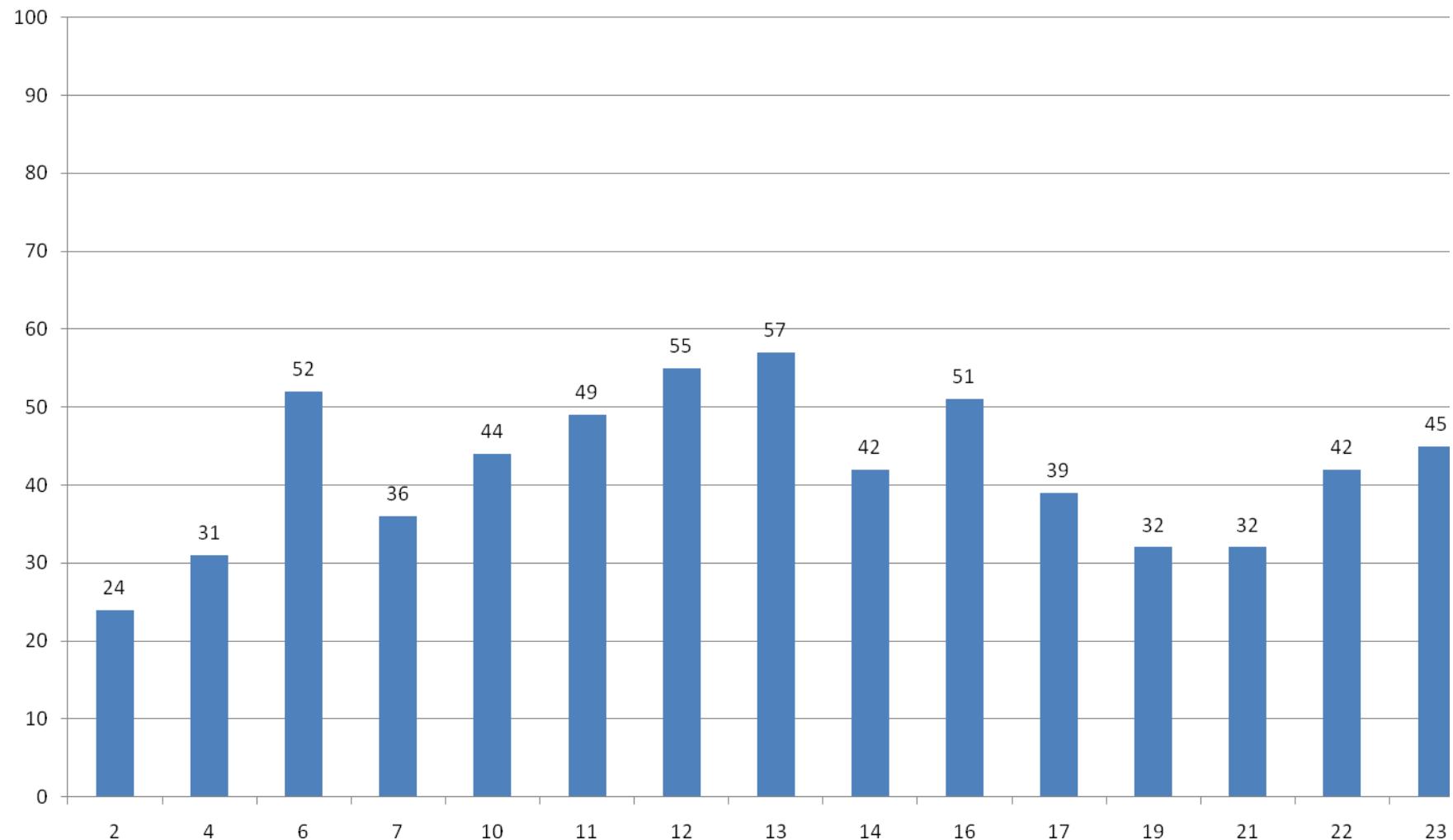
Vraag 11: informatie over bijwerking medicatie



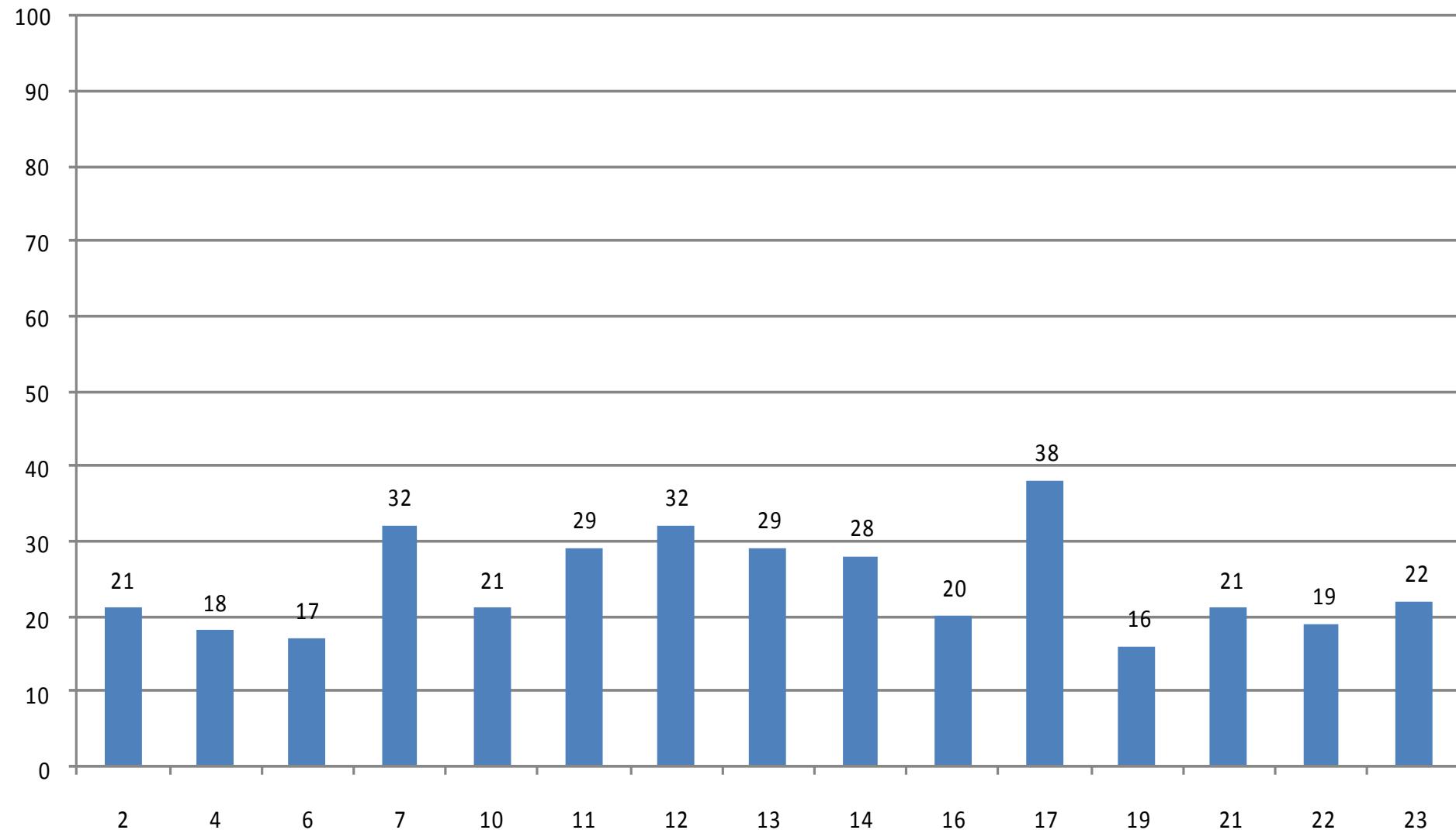
Vraag 12: informatie over behandelmogelijkheden elders



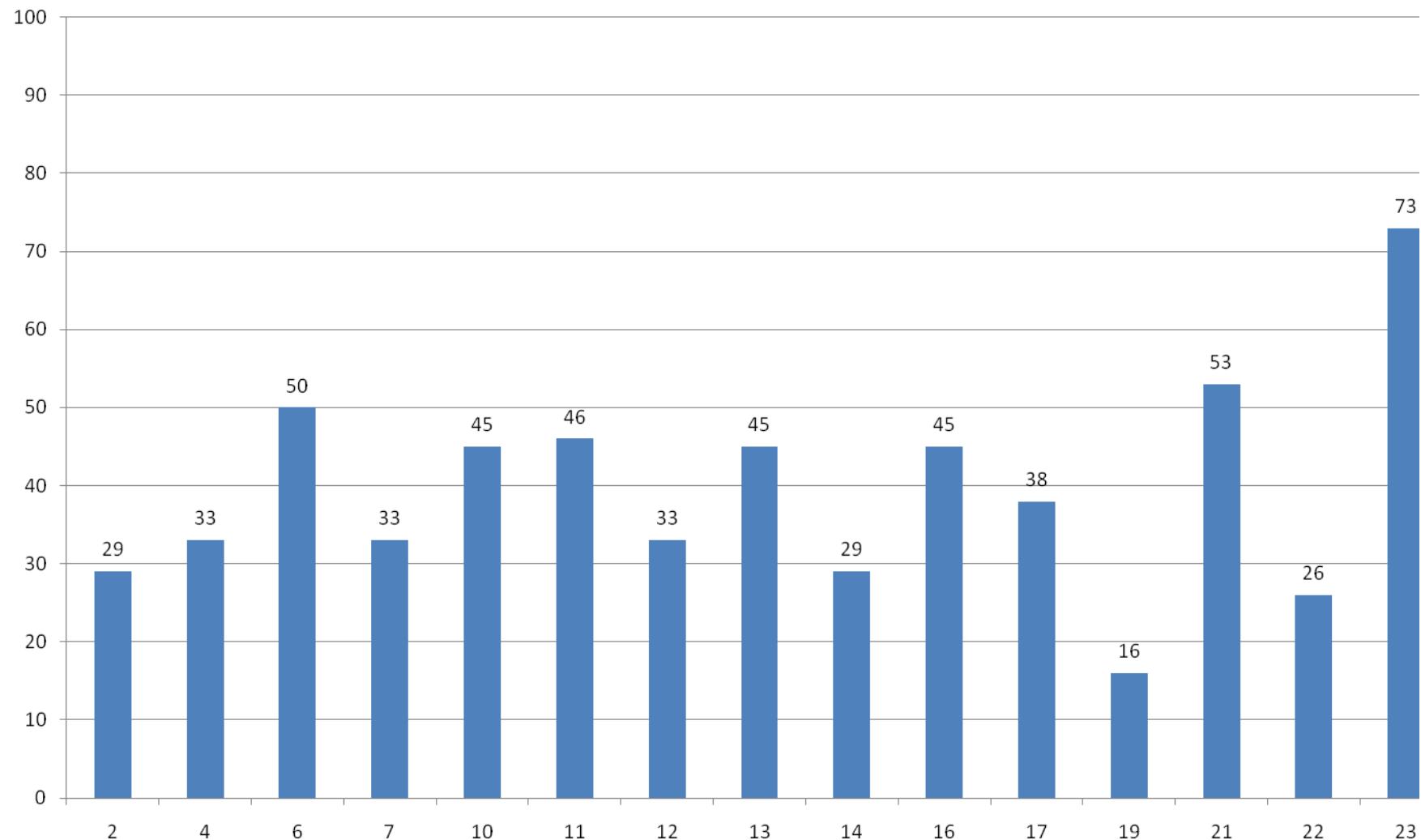
Vraag 13: informatie over mogelijkheid tot inzage dossier



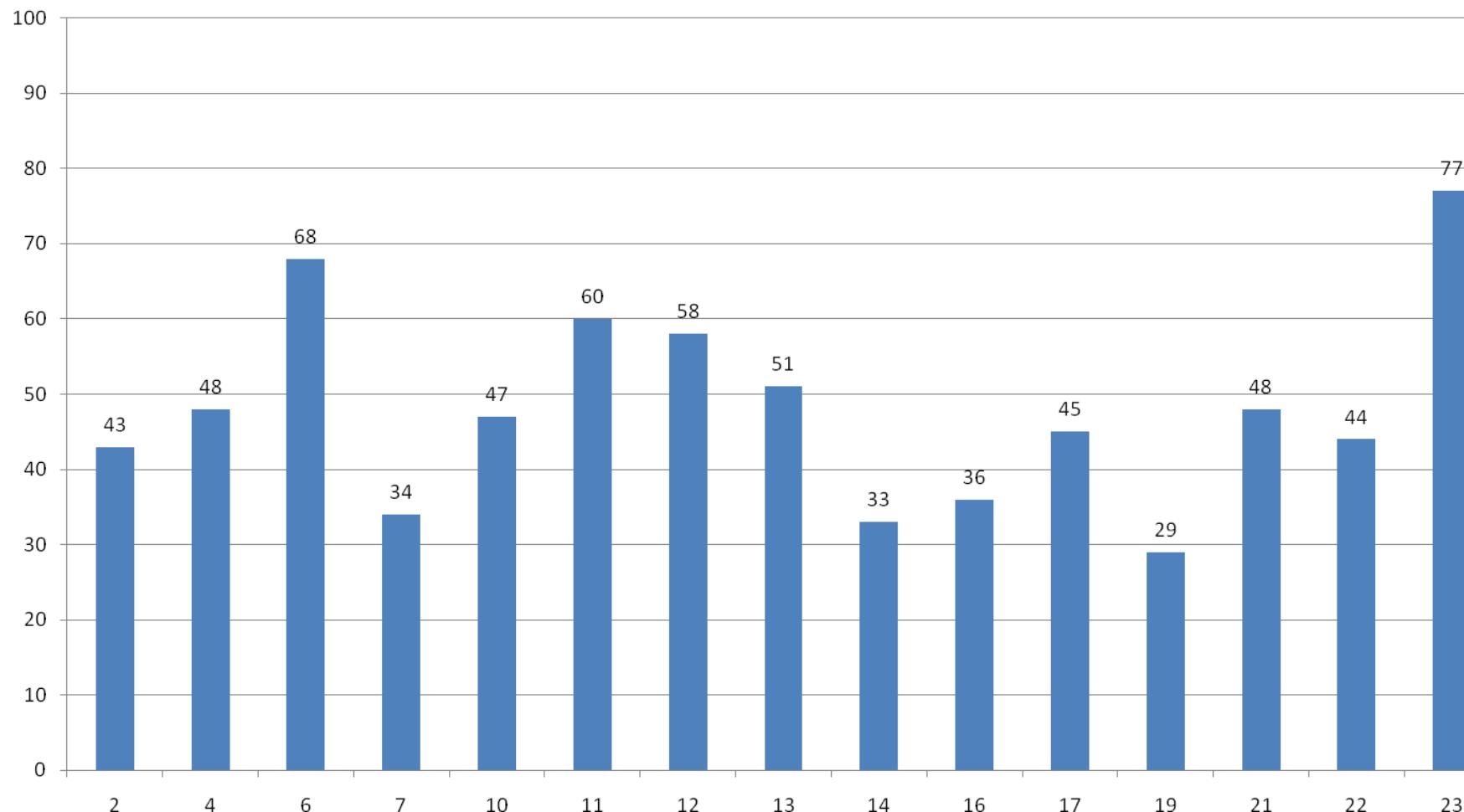
Vraag 14: informatie over mogelijkheid tot second opinion



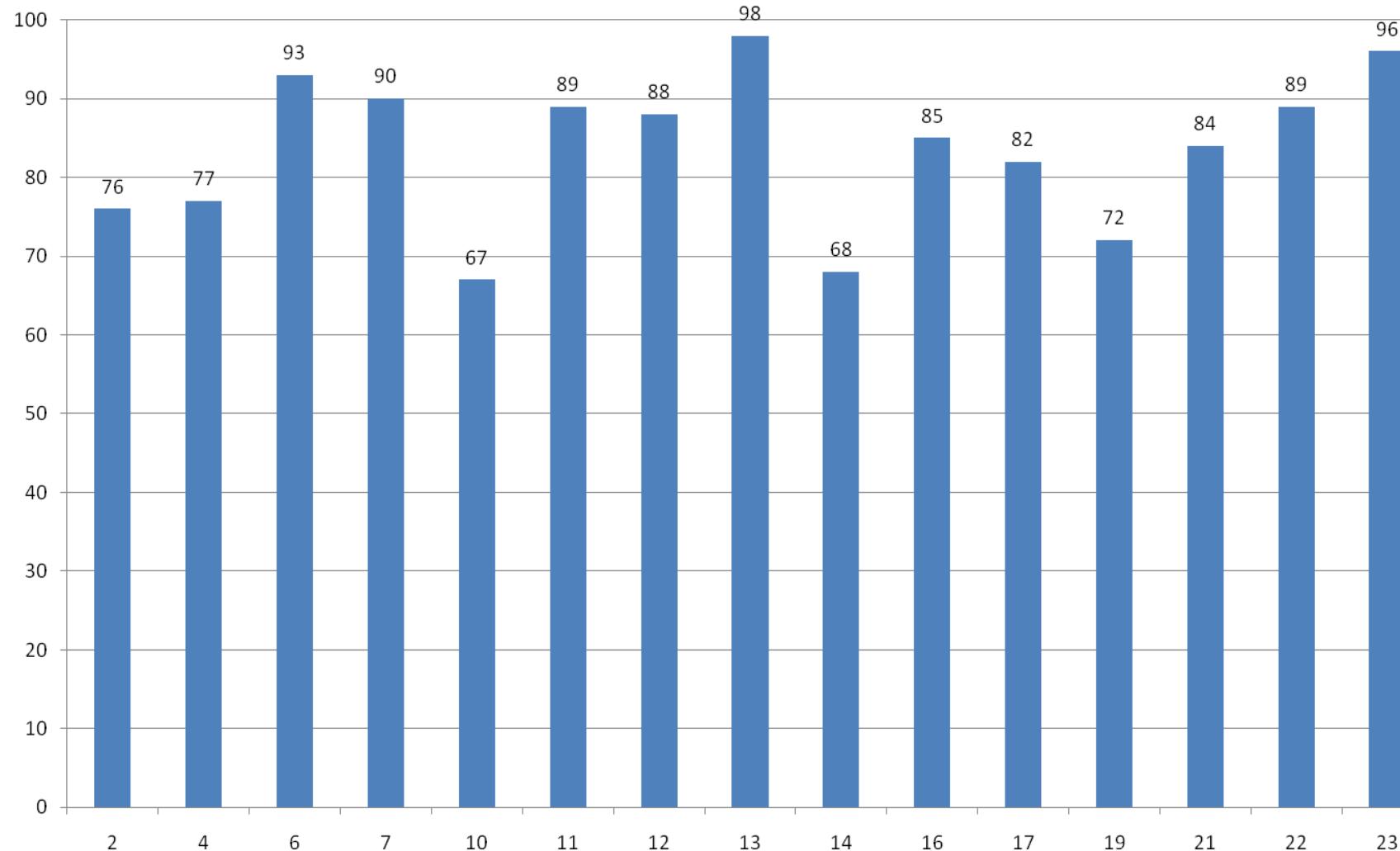
Vraag 19: keuze uit soorten behandeling



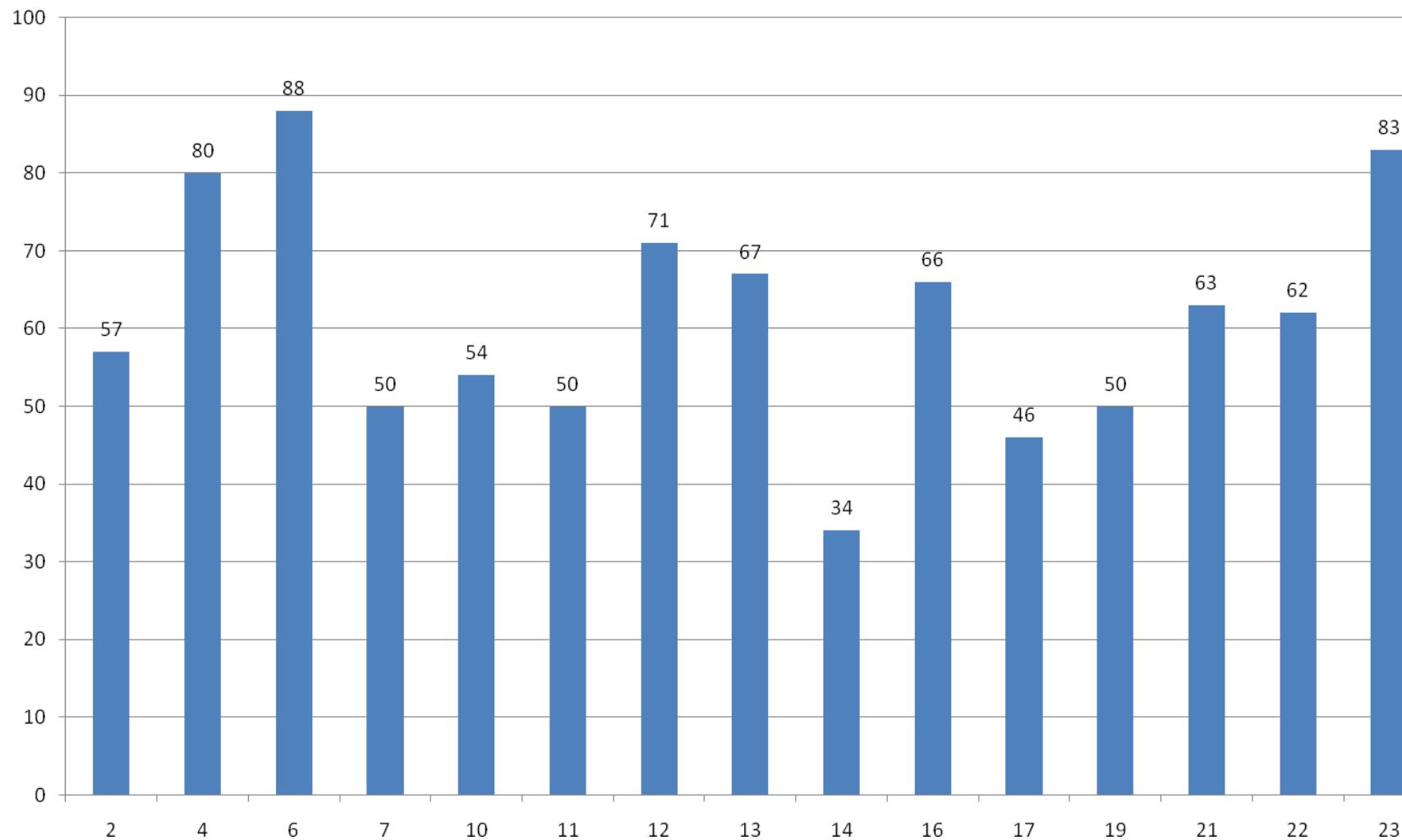
Vraag 20: keuze voor behandelaar



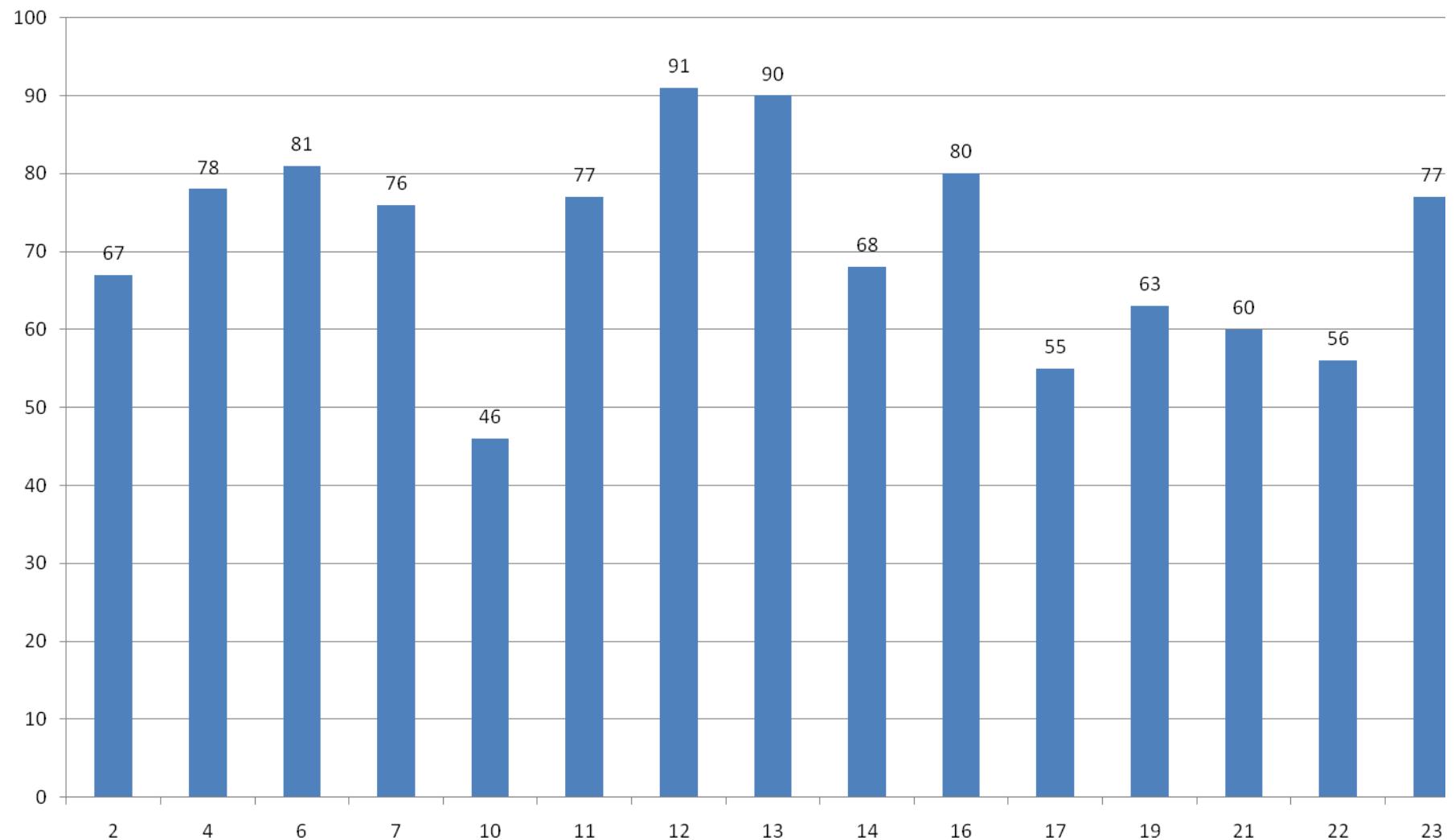
Vraag 21: mogelijkheid tot betrekken familie



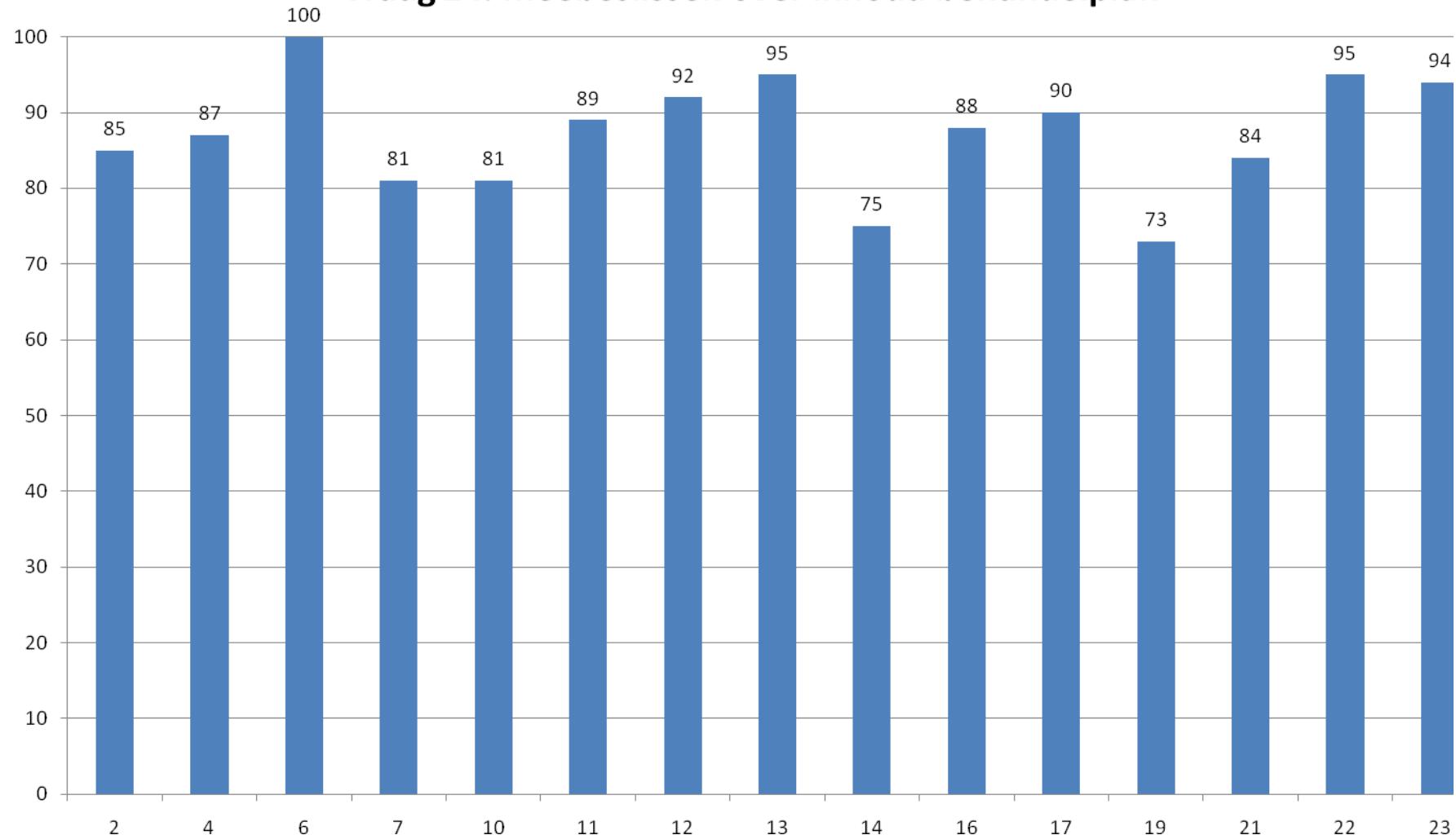
Vraag 22: mogelijkheid tot weigeren medicatie



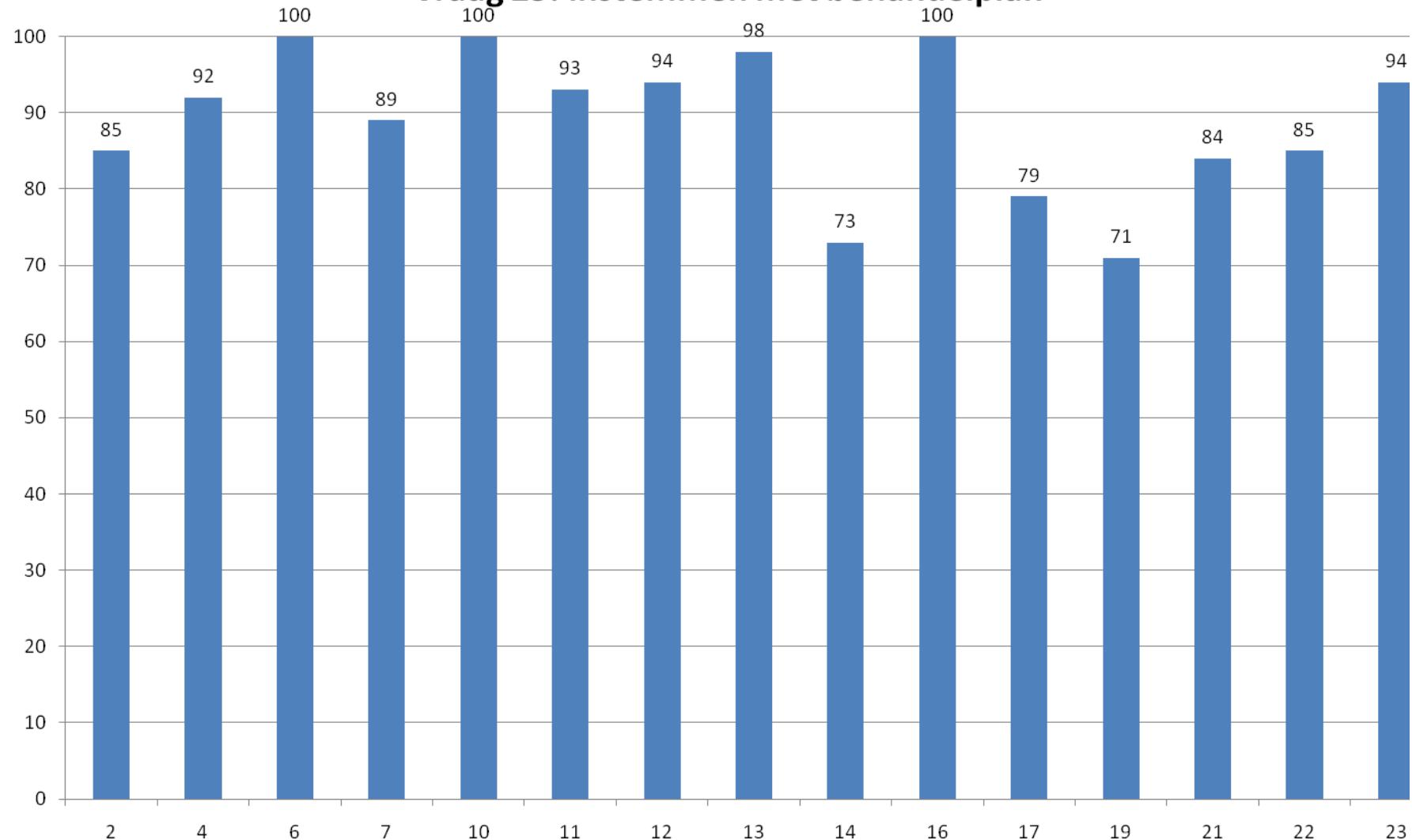
Vraag 23: behandelplan



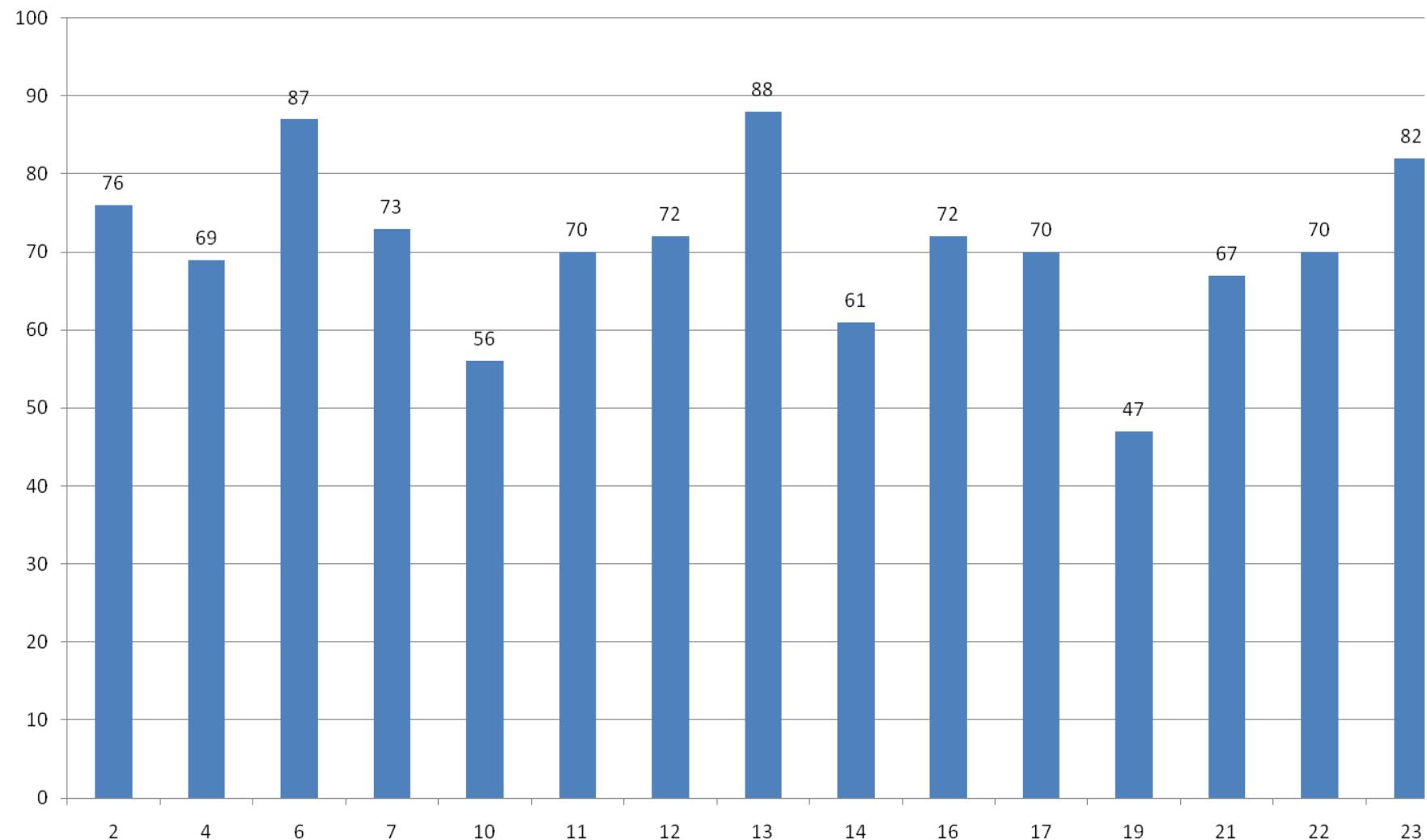
Vraag 24: meebeslissen over inhoud behandelplan



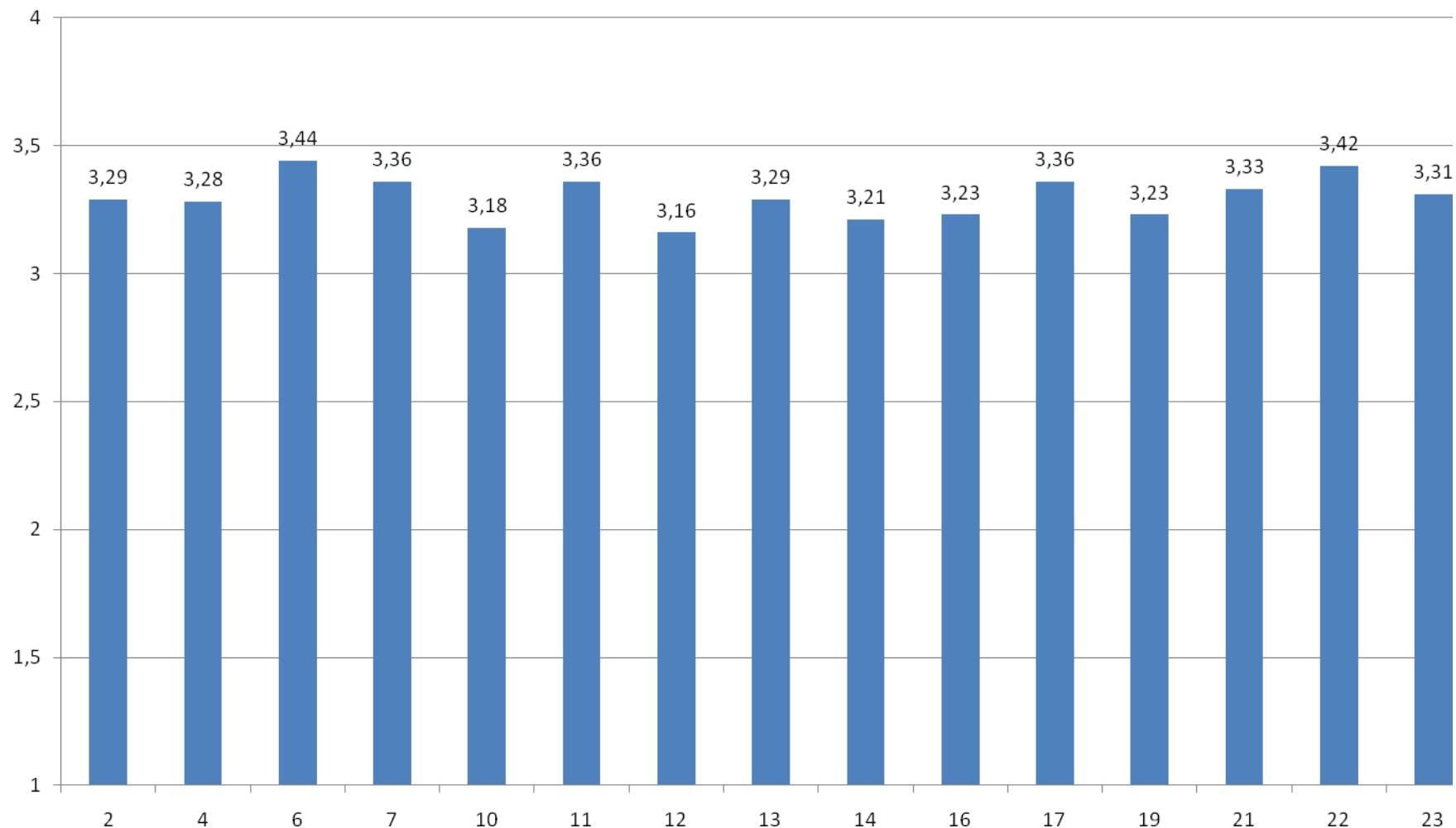
Vraag 25: instemmen met behandelplan



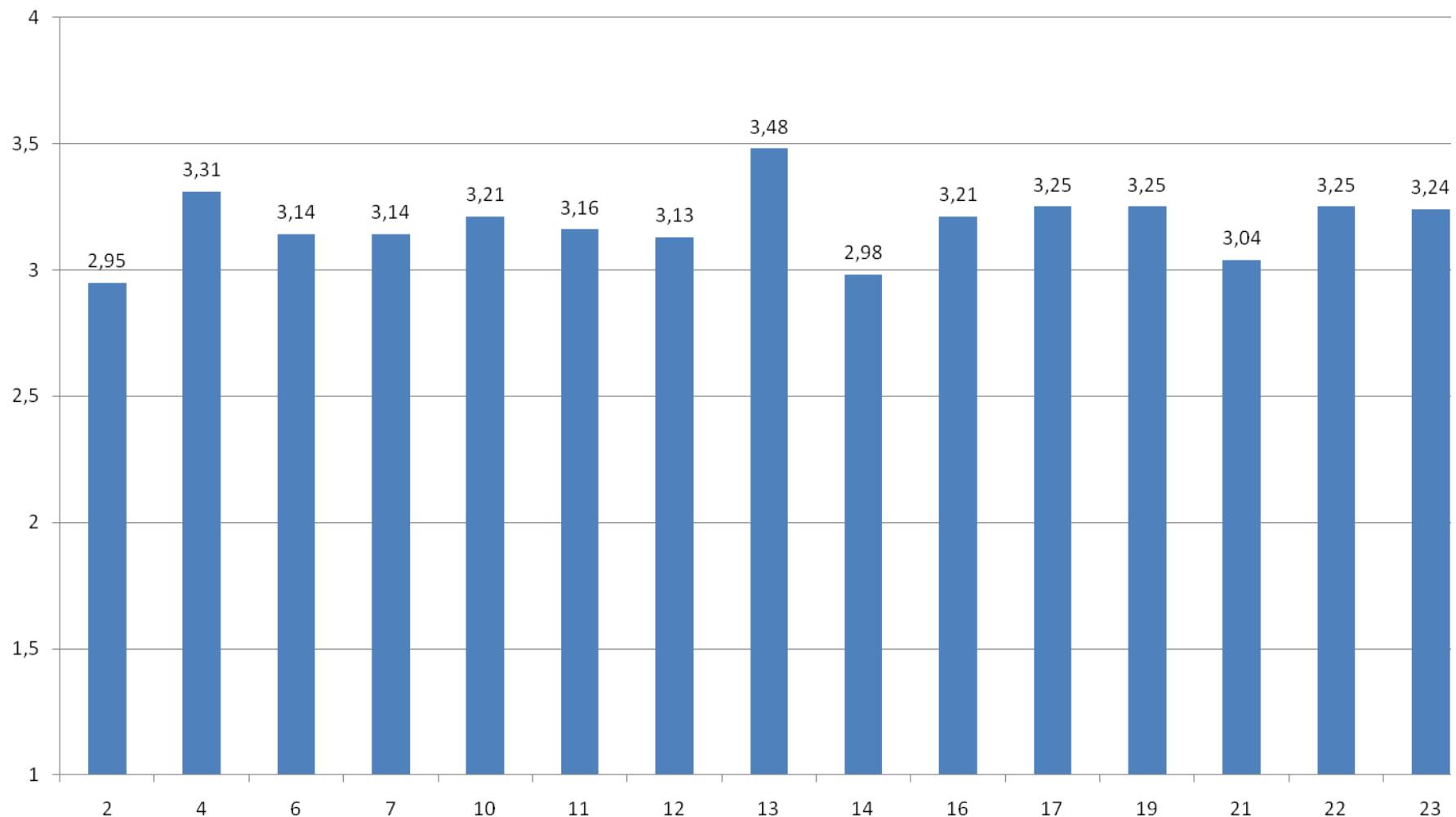
Vraag 26: behandelplan bijgesteld



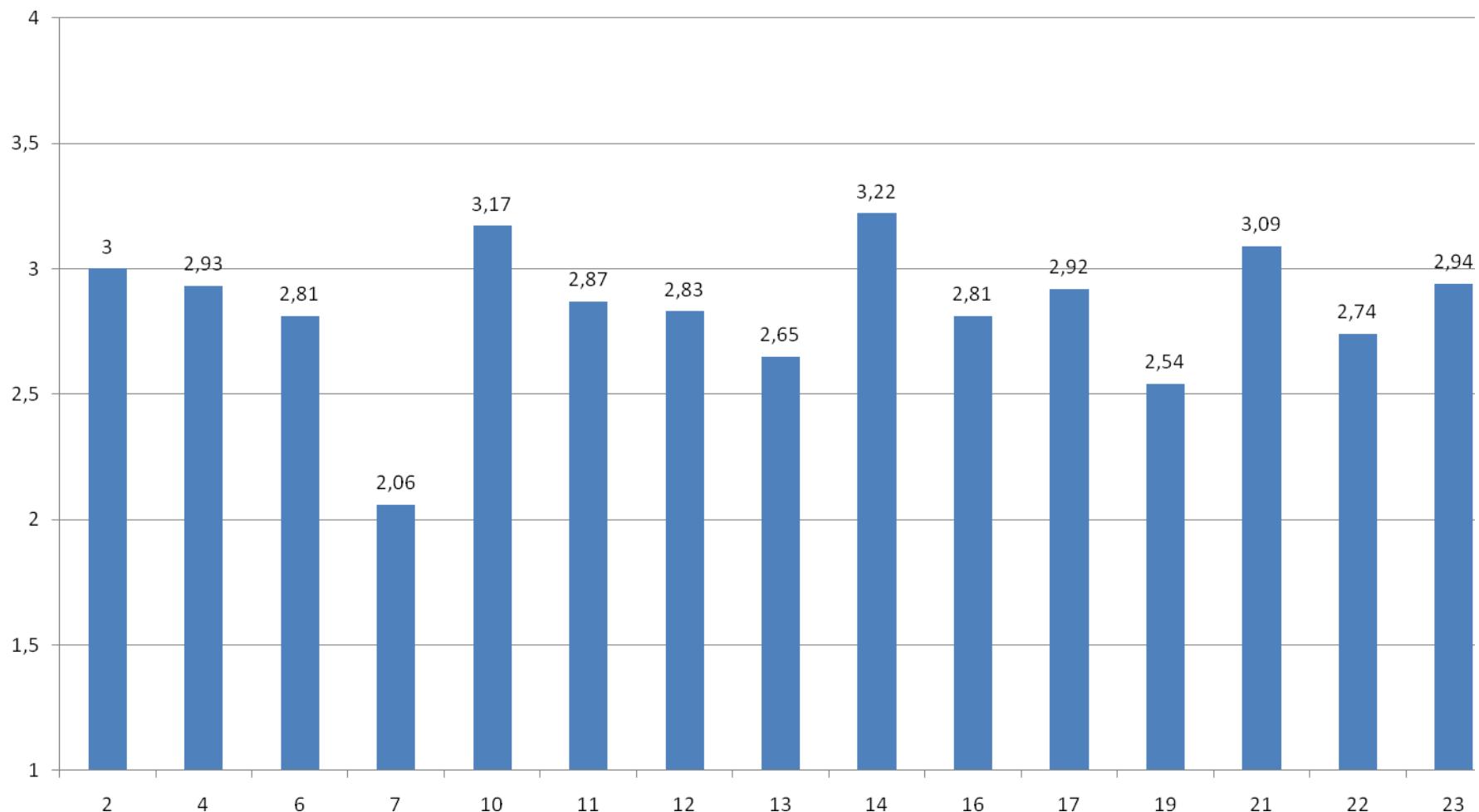
Vraag: 38: tegenstrijdige informatie gekregen



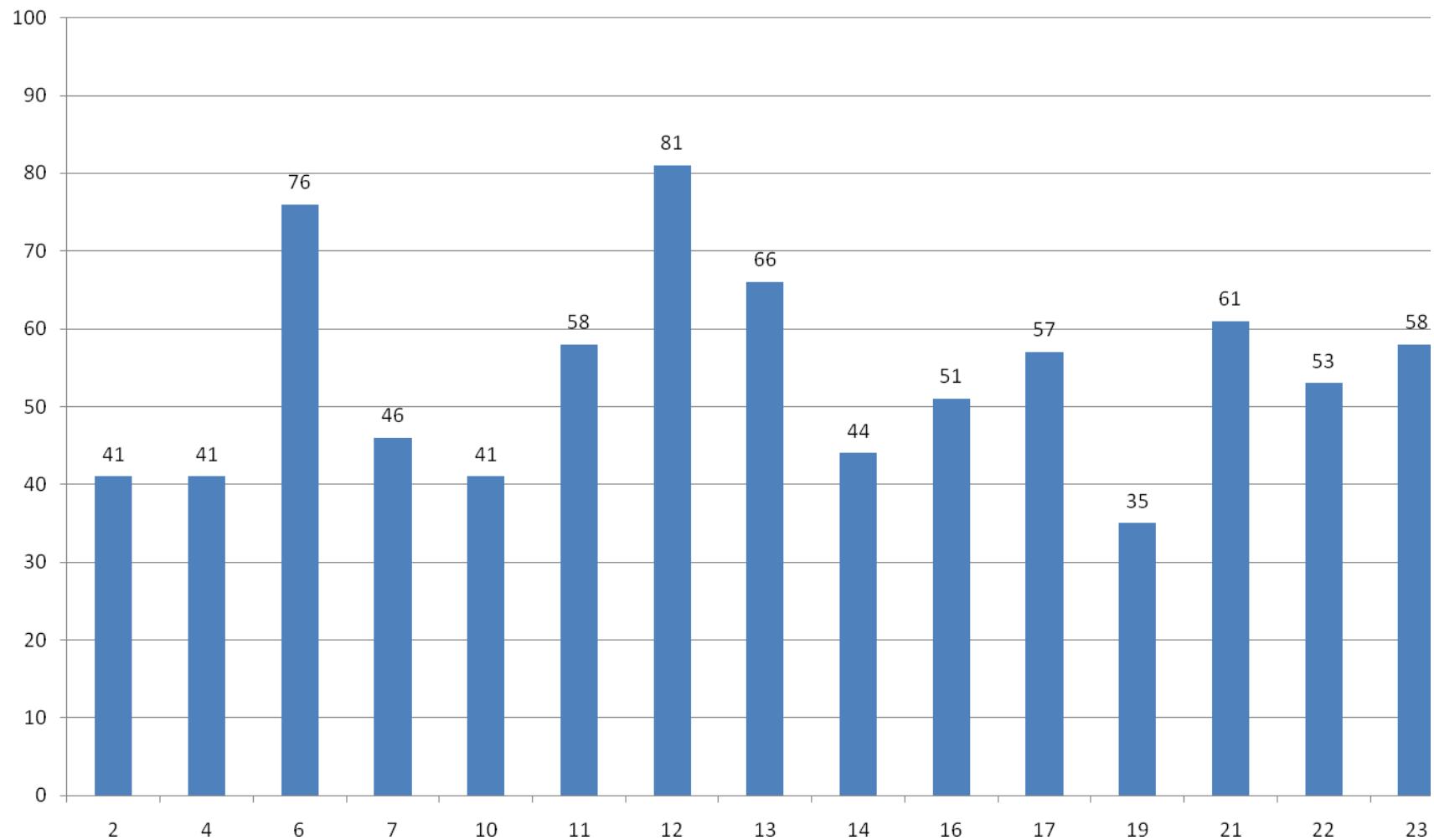
Vraag 50: veilig voelen op de afdeling



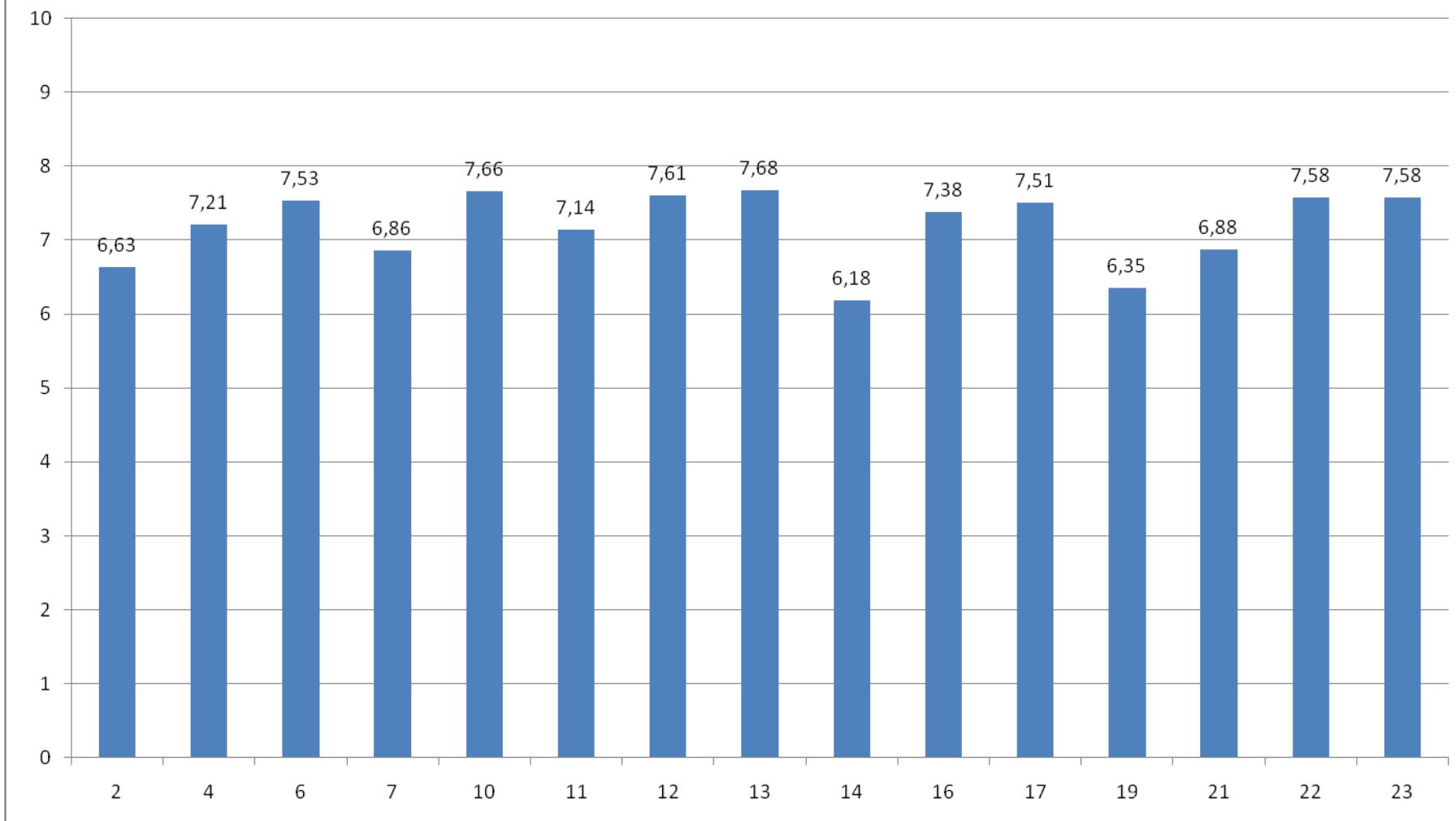
Vraag 54: stimuleren tot dagactiviteiten



Vraag 55: mogelijkheid tot herstelcursus



Vraag 61: rapportcijfer



CQI Beschermd Wonen

In de onderstaande grafieken zijn de resultaten van 12 beschermd wonen voorzieningen weergegeven. De getallen op de horizontale as verwijzen naar het nummer dat wij aan elke instelling hebben gegeven.

Eerst zijn alle schaalscores weergegeven. Dit zijn gemiddelde scores. Deze scores zijn voor elke instelling apart bij de kolommen weergegeven.

De vragen die met 'nooit – soms – meestal – altijd' zijn beantwoord, hebben een schaalscore tussen 1 en 4. Een score 3 wil dan zeggen, dat gemiddeld 'meestal' is geantwoord. Hoe hoger de schaalscore, hoe beter. De schalen met de categorieën 'uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht' lopen van 1 tot 5. Ook hier geldt: hoe hoger de score hoe beter.

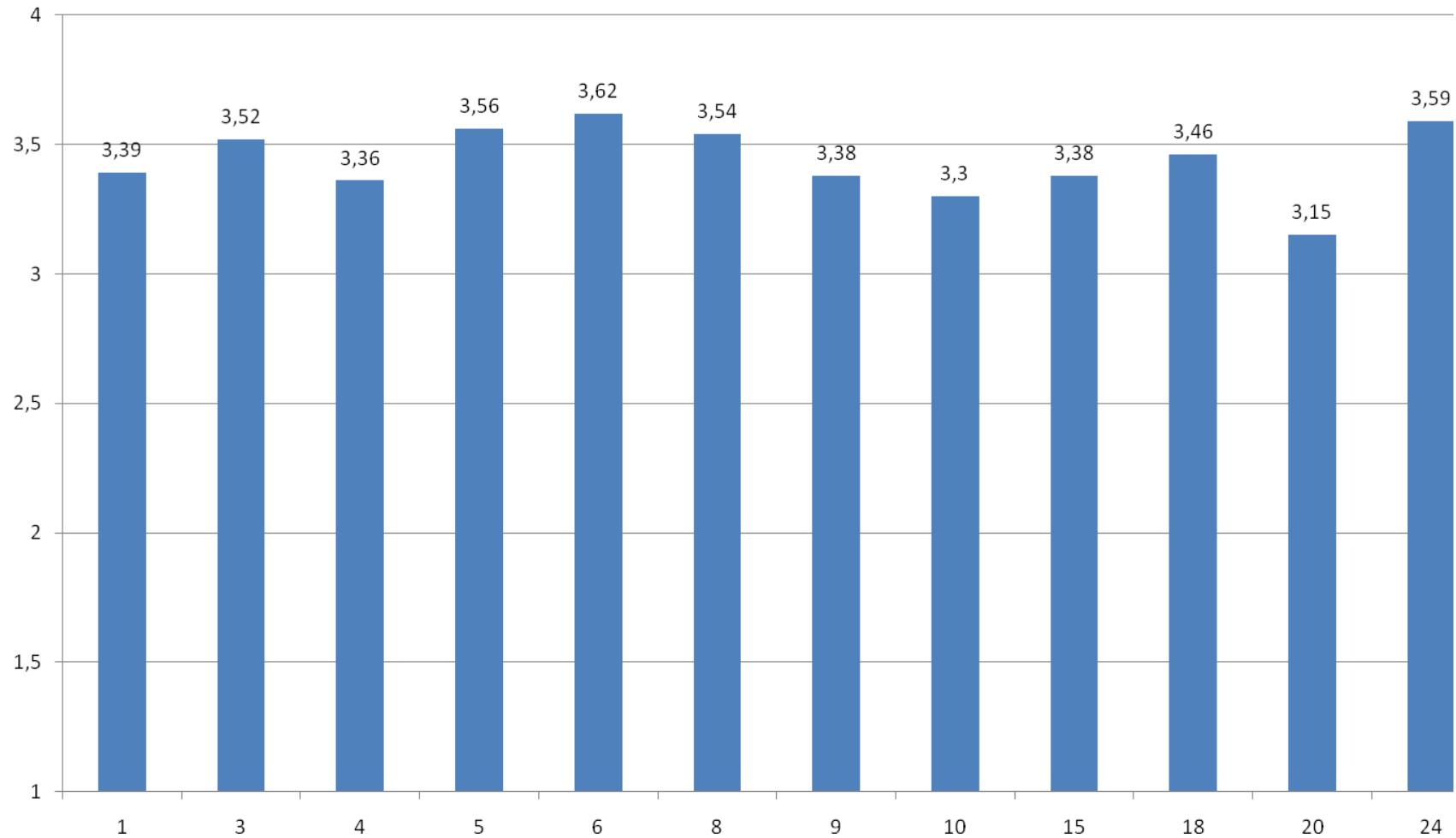
De schalen met vragen die nee/ja als antwoordcategorie hebben, krijgen een gemiddelde score tussen 0 en 1. Deze schalen kunnen ook gelezen worden als percentages. Dus een gemiddelde schaalscore van 0.75 betekent dat gemiddeld 75% een 'ja' is gescoord. Ook hier geldt dat een hogere score een beter resultaat weergeeft.

De schaal 'toegankelijkheid begeleiders' loopt van 1 tot 3. Hoe hoger de score, hoe minder de toegankelijkheid een probleem was.

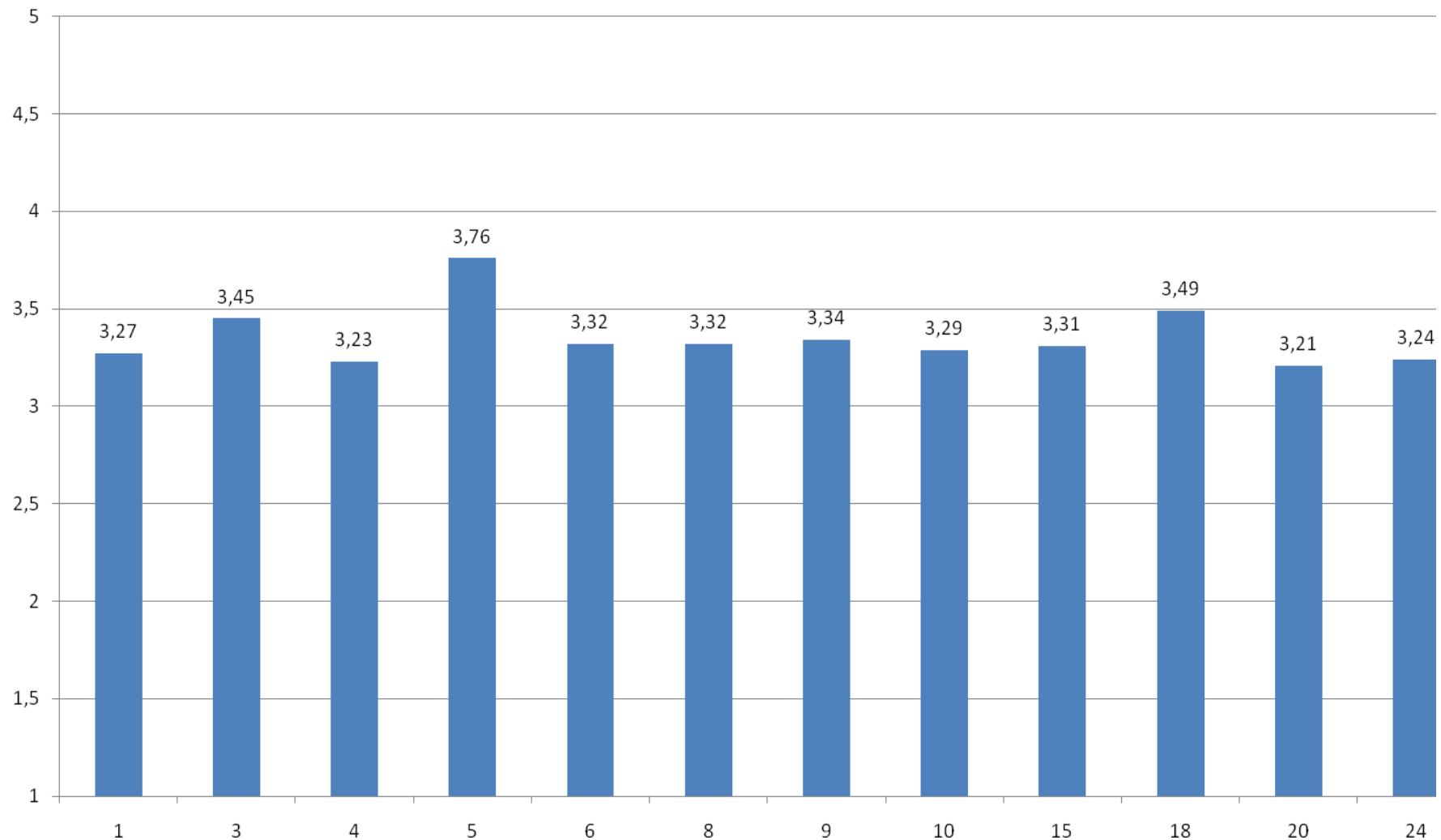
De schalen met een te lage Cronbach's α zijn voor de volledigheid wel weergegeven, maar alle items zijn ook nog eens los geanalyseerd. Bij de losse items met 'nooit – soms – meestal – altijd' of 'uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht' antwoordcategorieën is de gemiddelde score aangegeven. Bij de ja/nee vragen is een percentage aangegeven (het percentage dat met 'ja' heeft geantwoord). Dus ook hier geldt weer: hoe hoger de score, hoe beter.

Zoals uit de grafieken blijkt, zijn er verschillen tussen de diverse aanbieders. Deze zijn echter niet statistisch getoetst. Voor onderzoek naar het discriminerend vermogen zijn minstens twintig instellingen nodig. Een hogere of lagere score kan dus een toevalstreffer zijn.

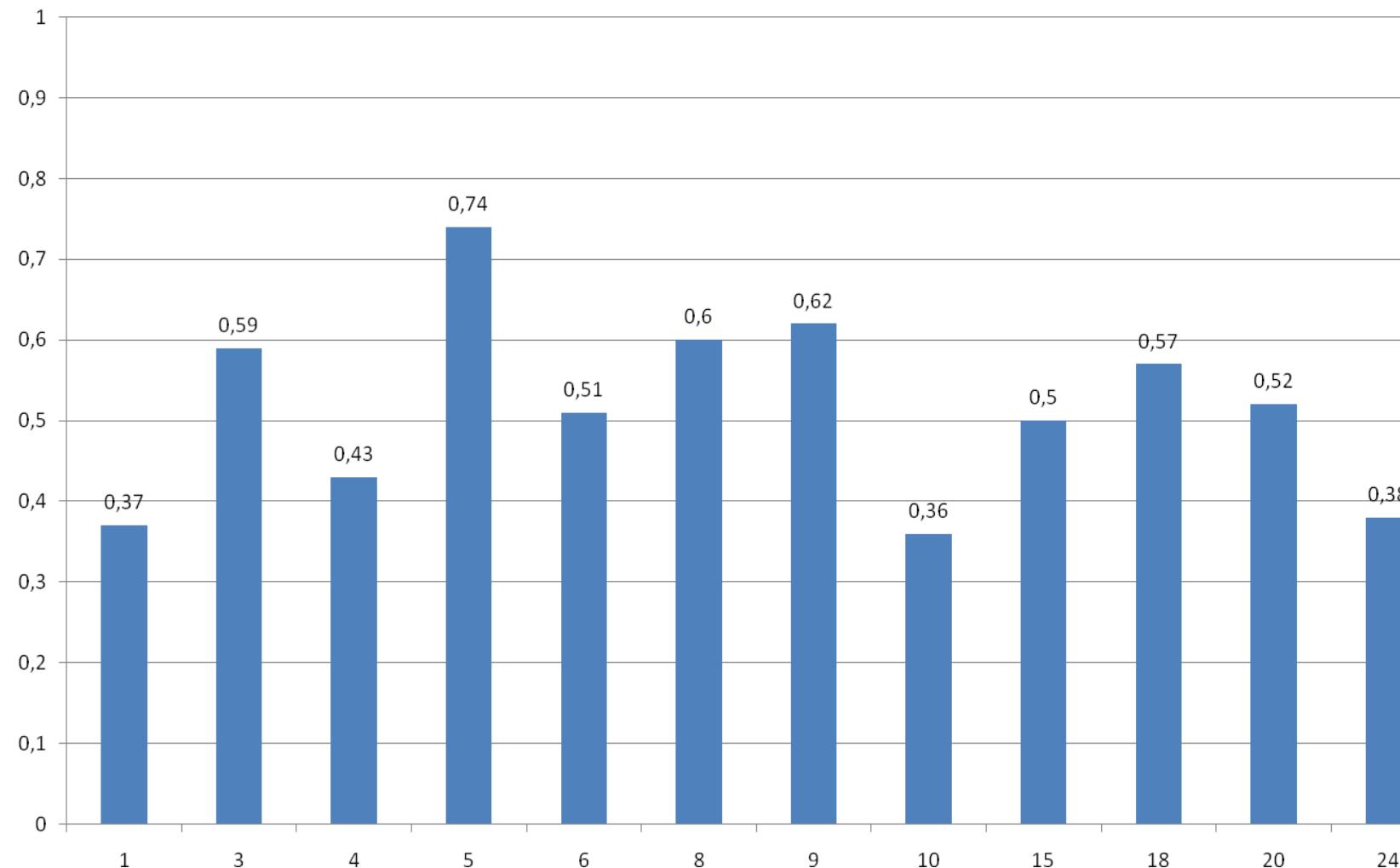
Schaal bejegening



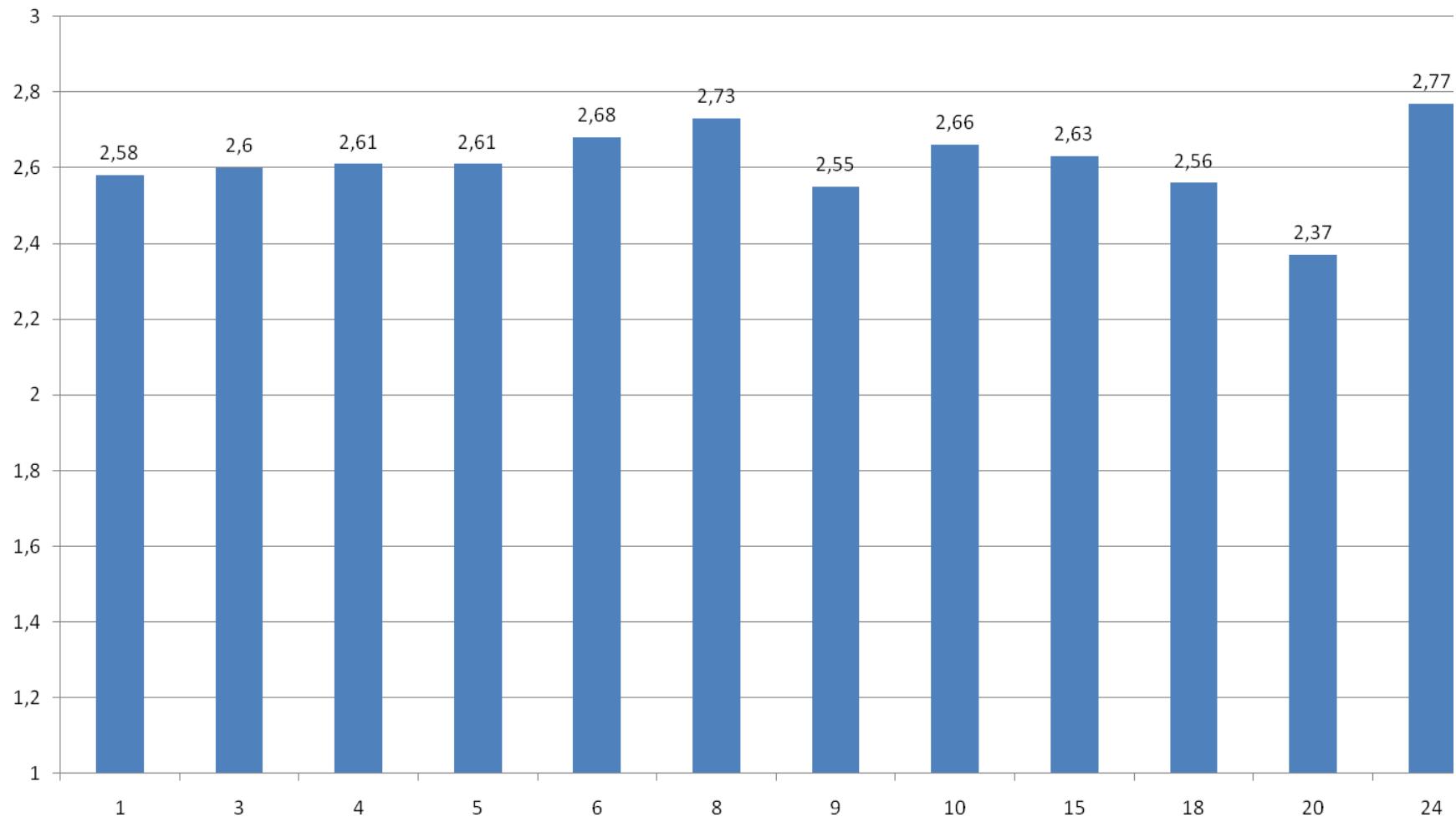
Schaal huisvesting



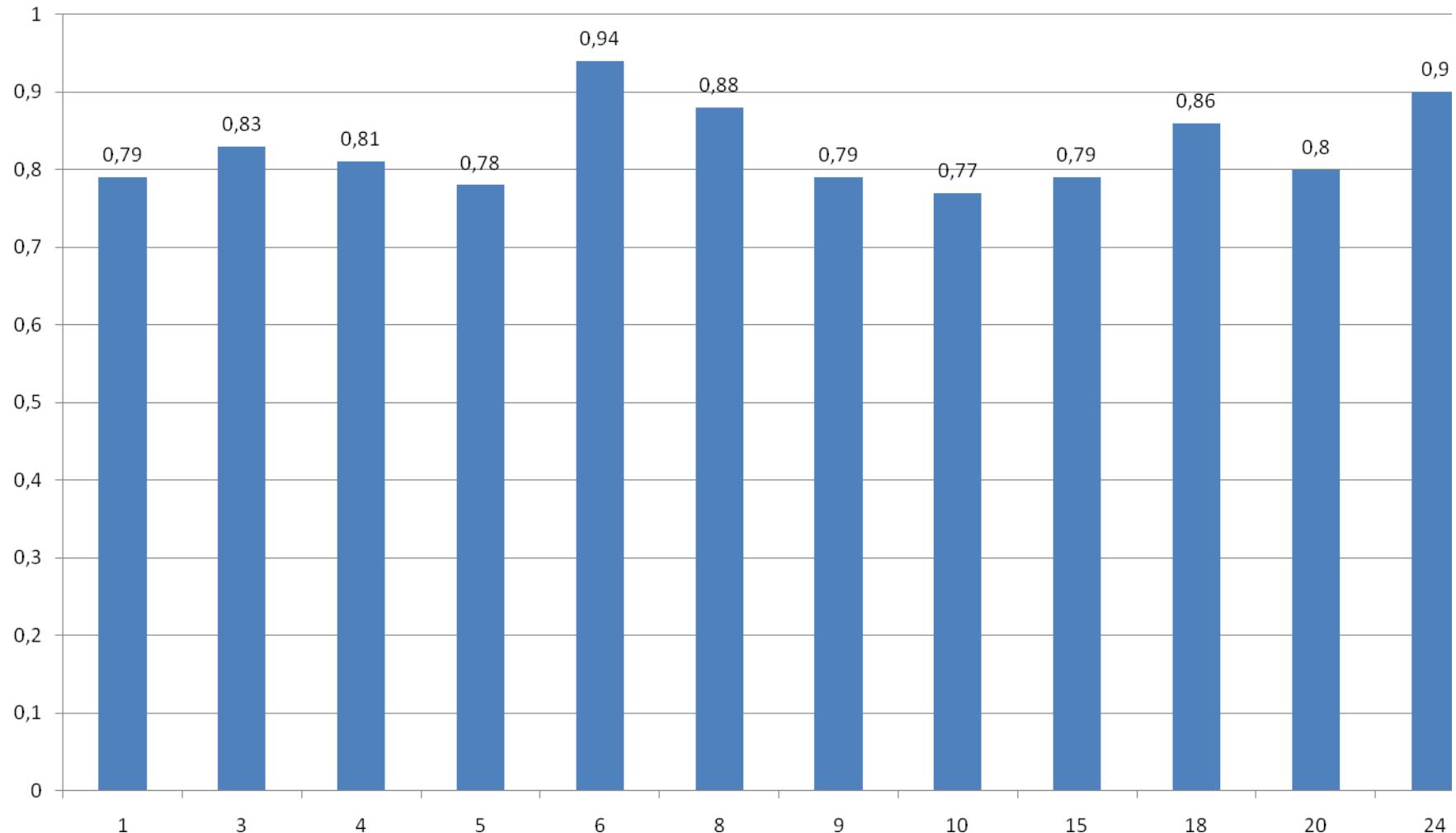
Schaal info cliëntenrechten



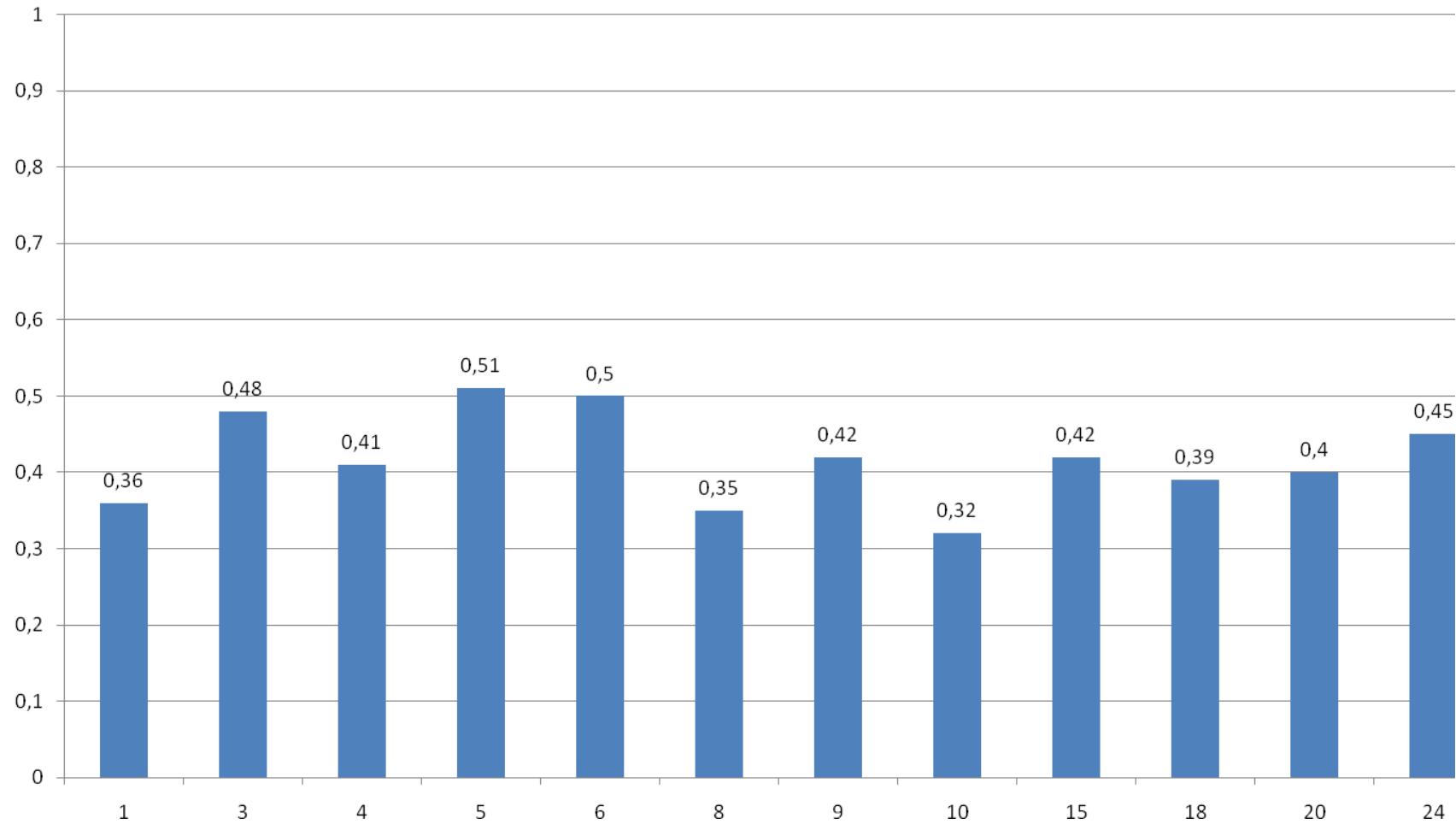
Schaal toegankelijkheid



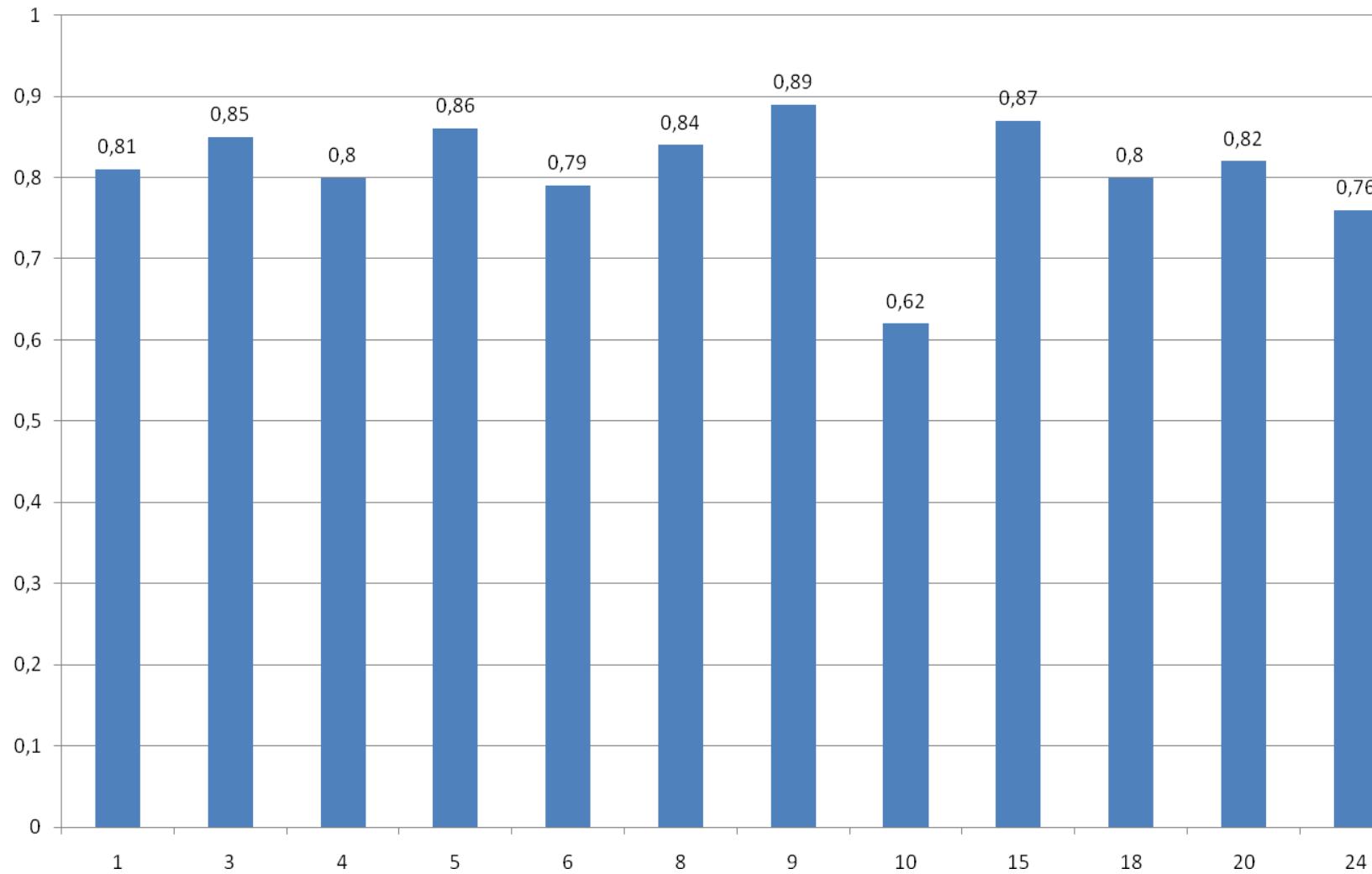
Schaal deskundigheid begeleider(s)



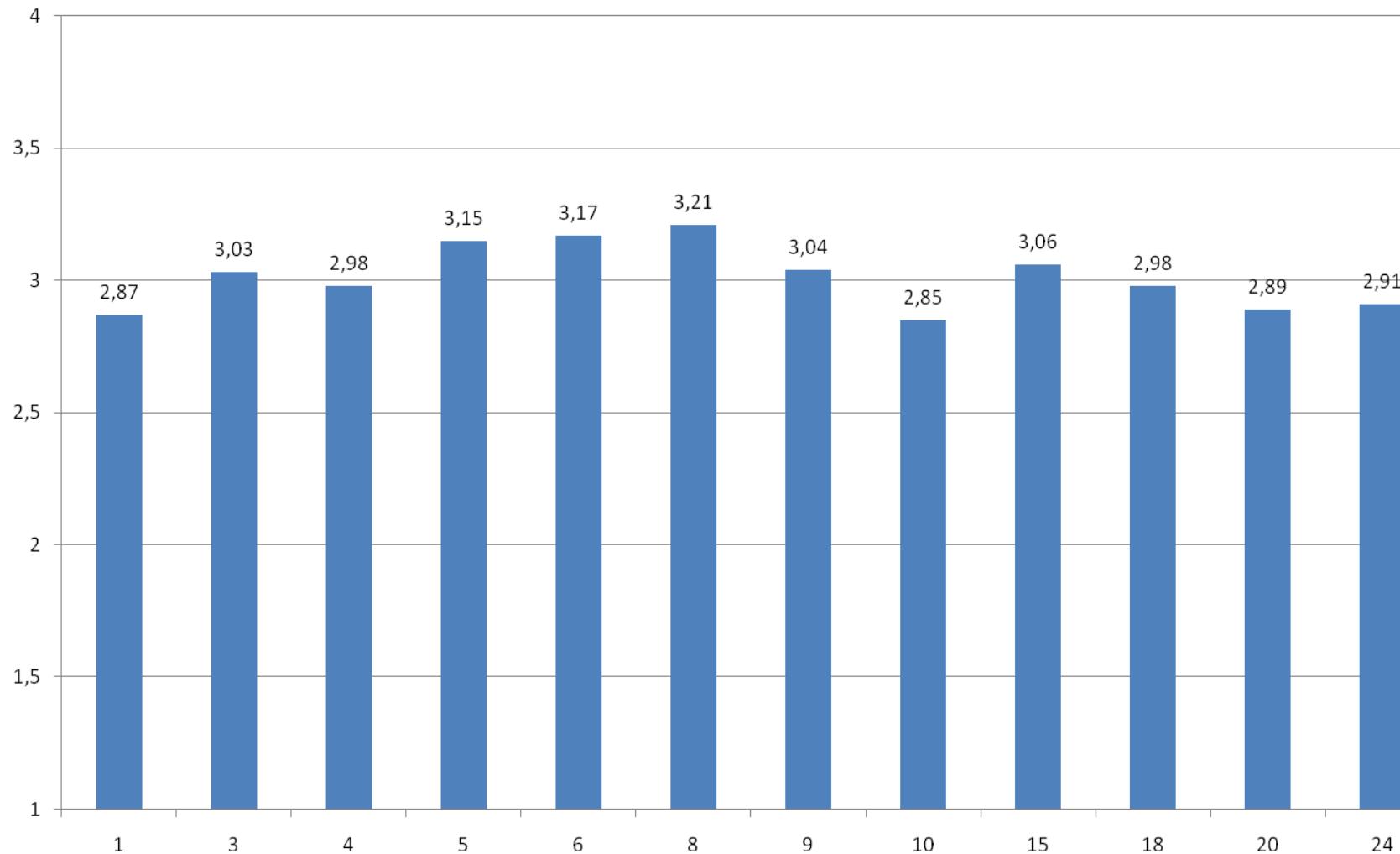
Schaal inspraak



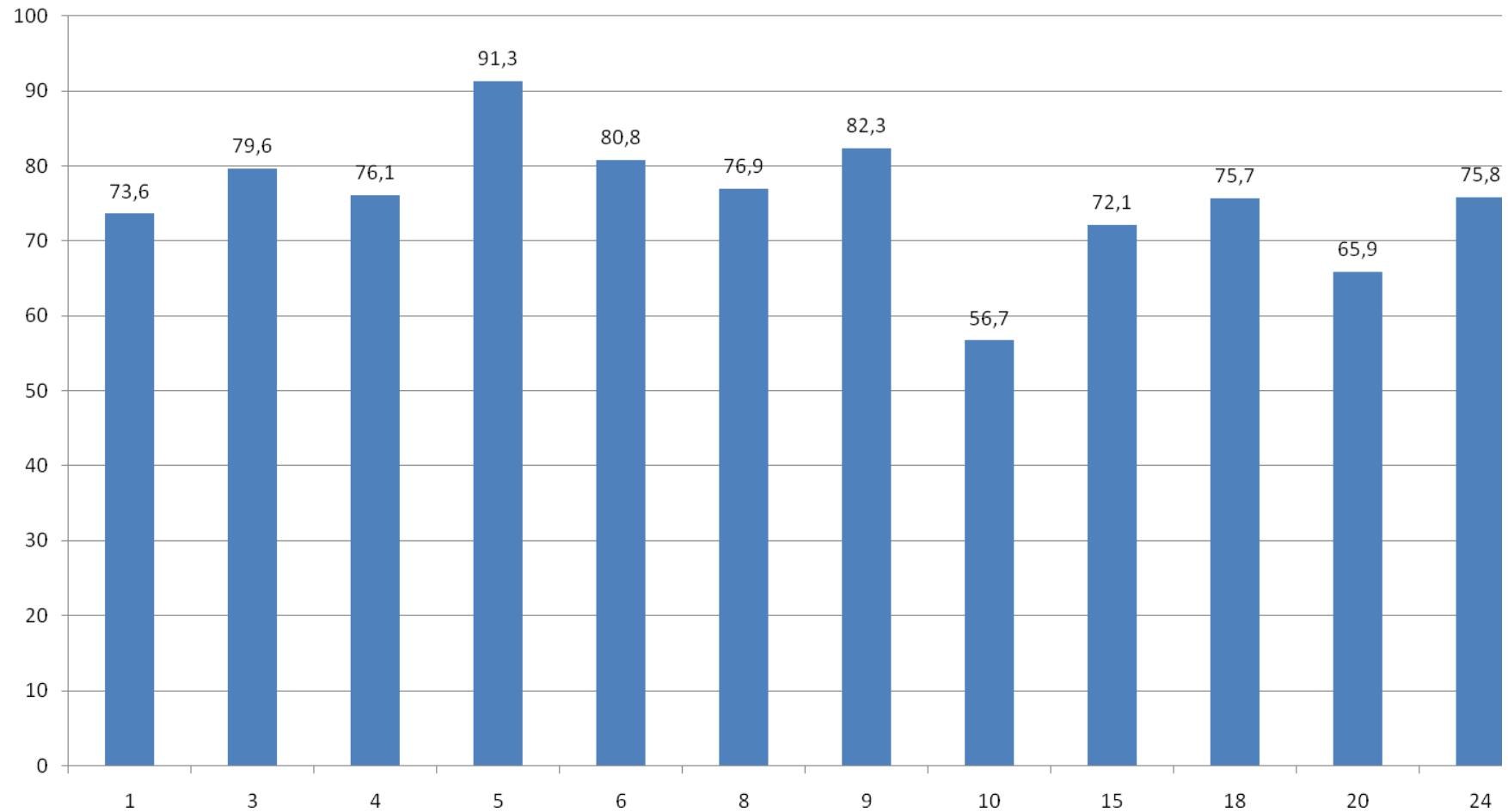
Schaal begeleidingsplan



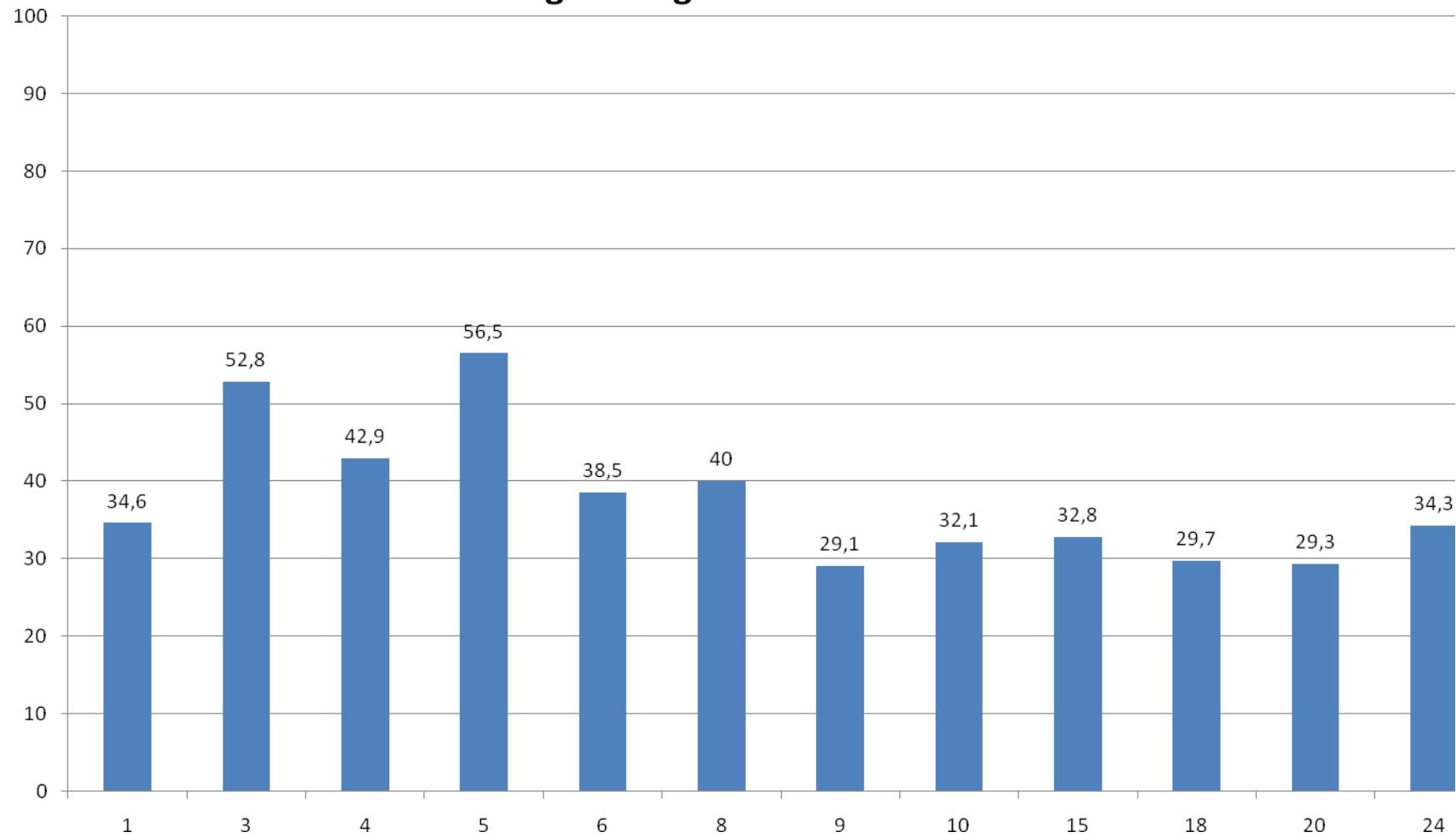
Schaal samenwerking meerder zorgverleners



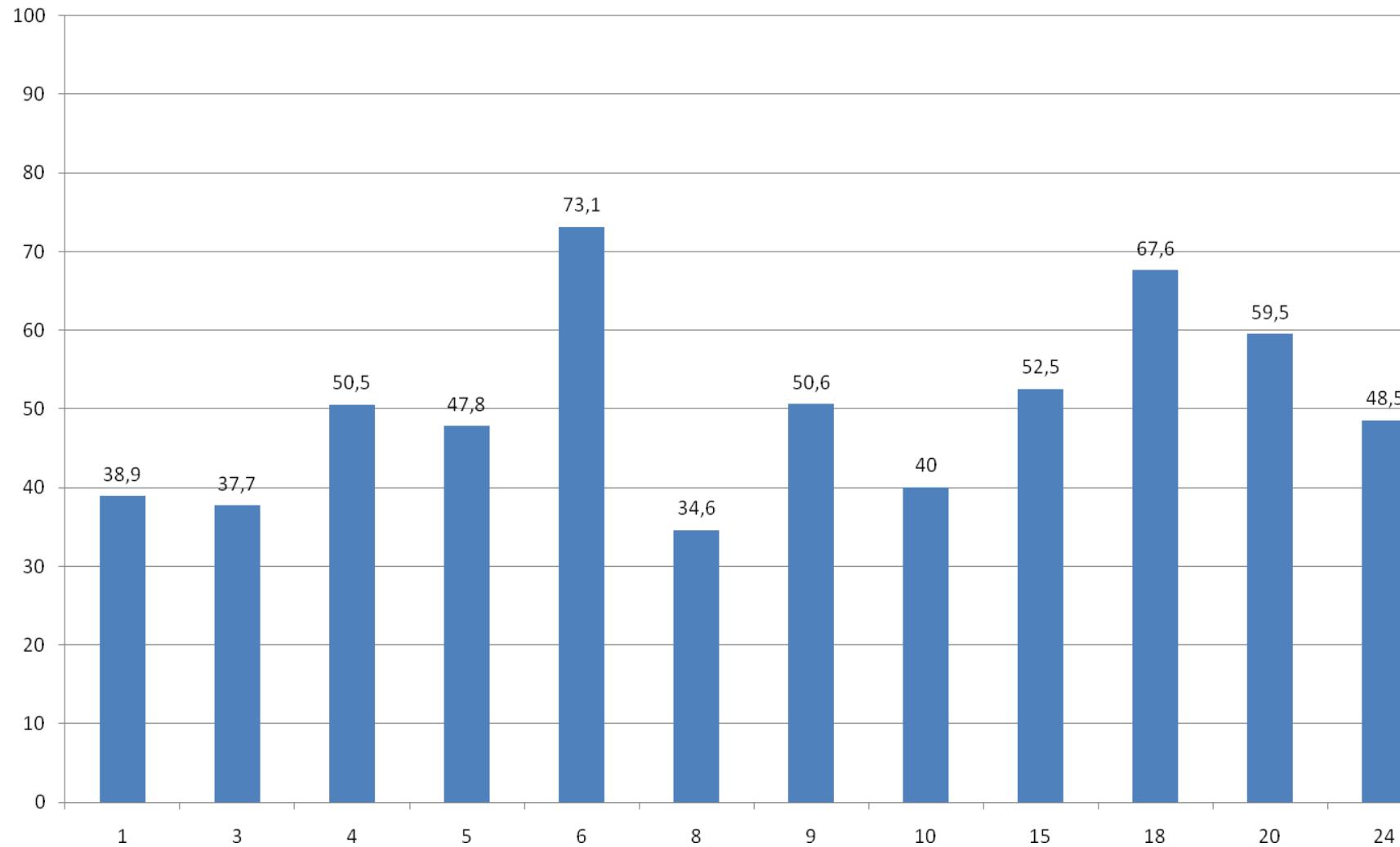
Vraag 5: info noodituatie



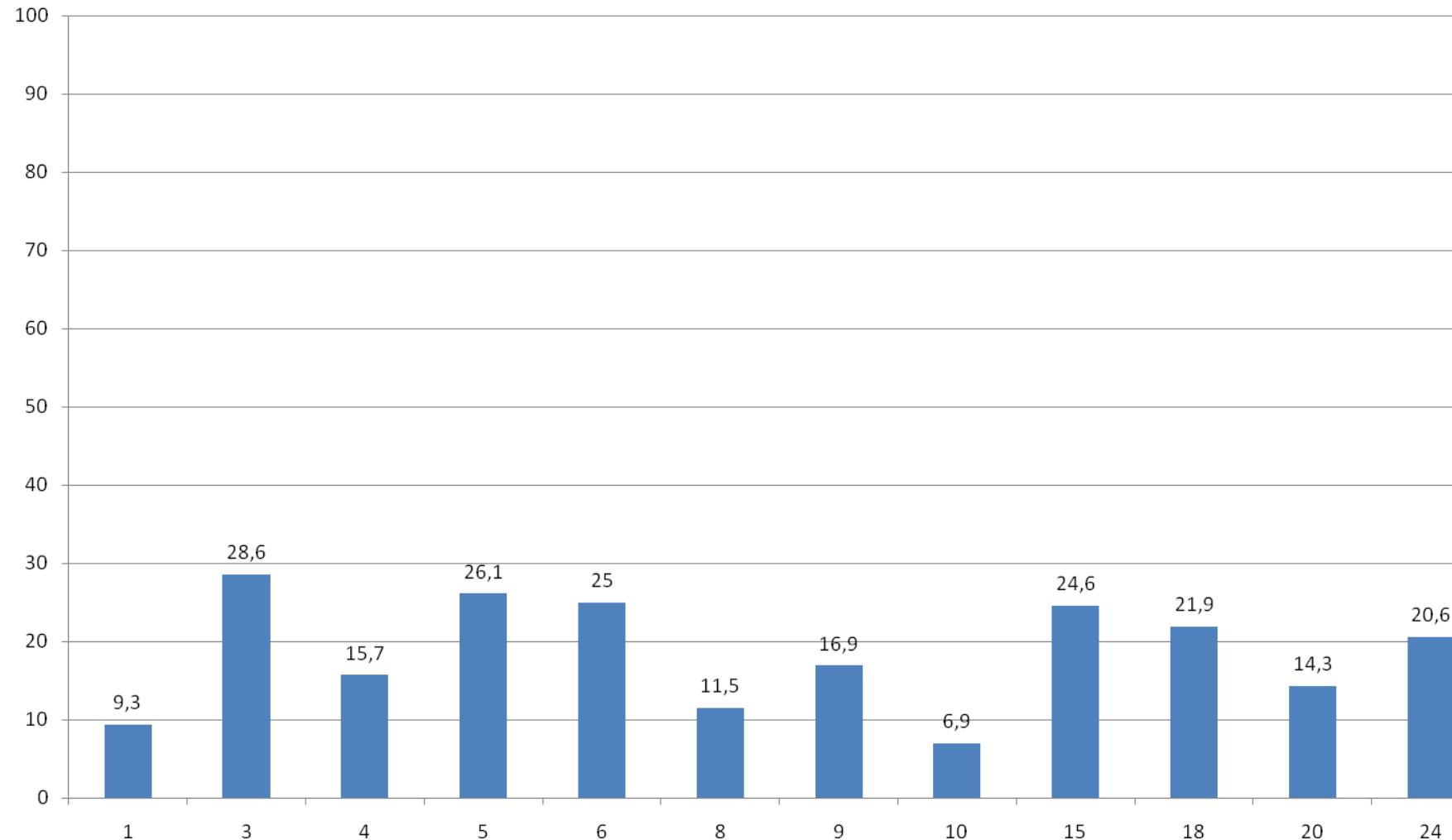
Vraag 11: begeleider kunnen kiezen



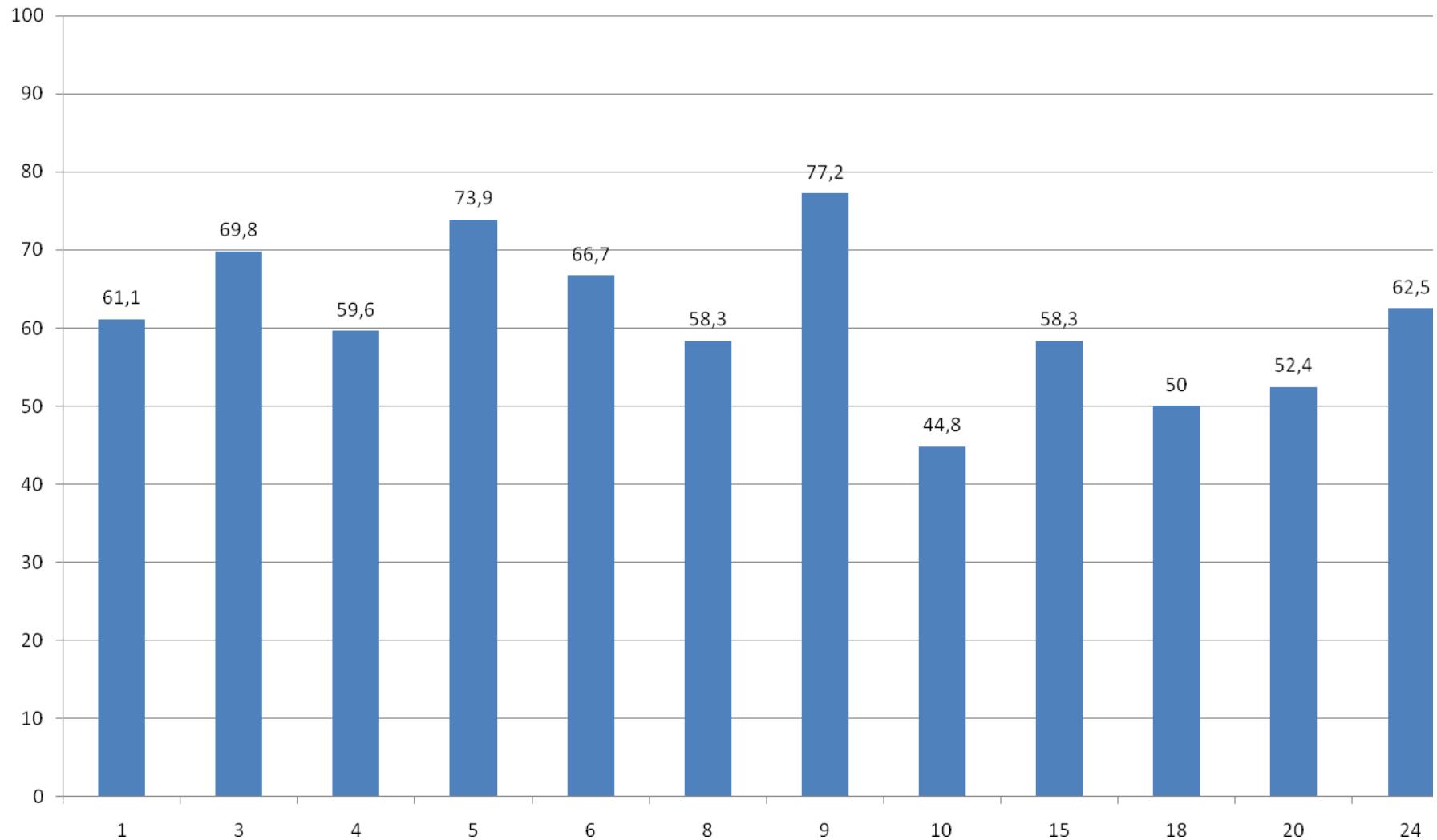
Vraag 14: huis kunnen kiezen



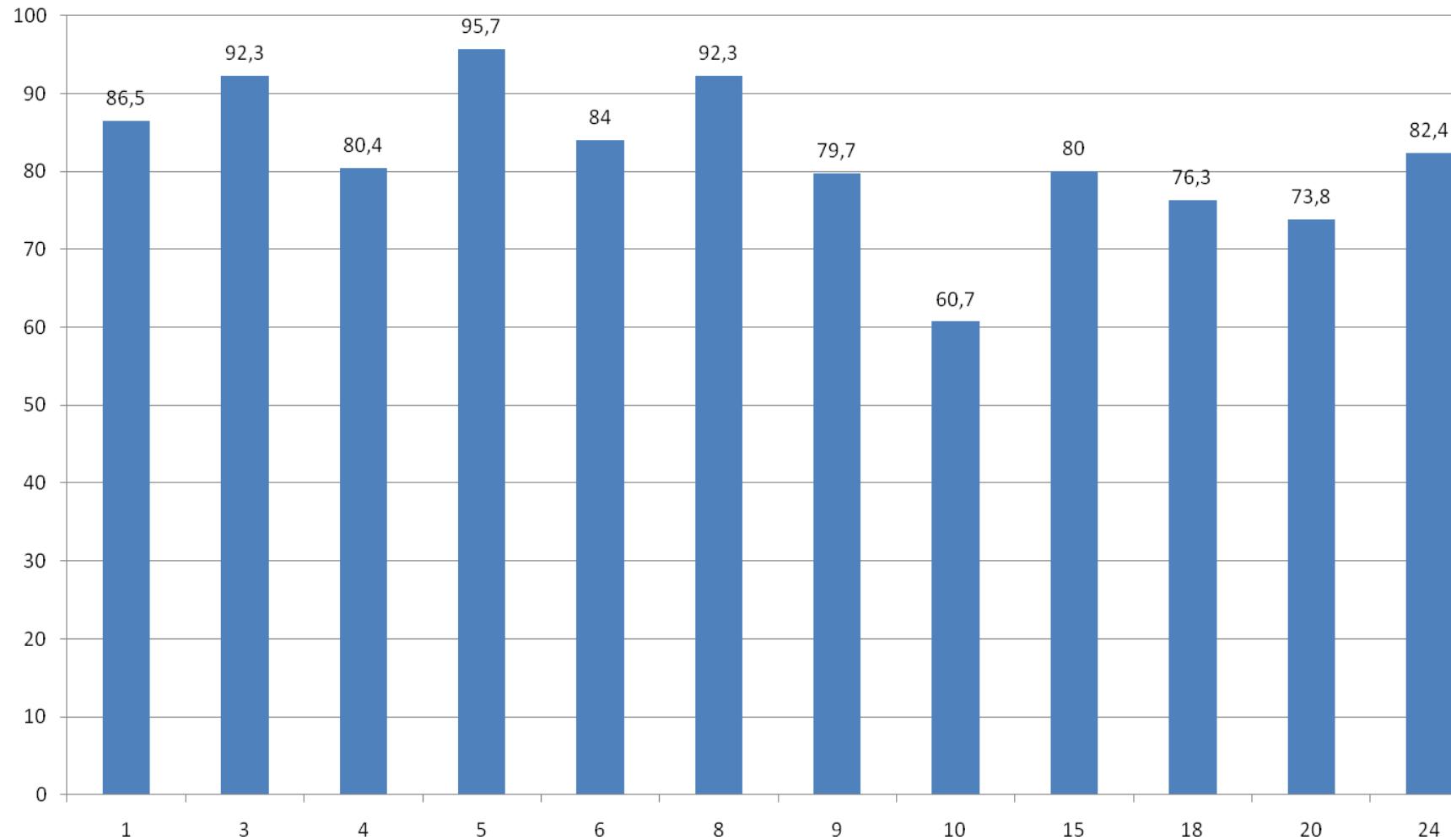
Vraag 15: medebewoners kunnen kiezen



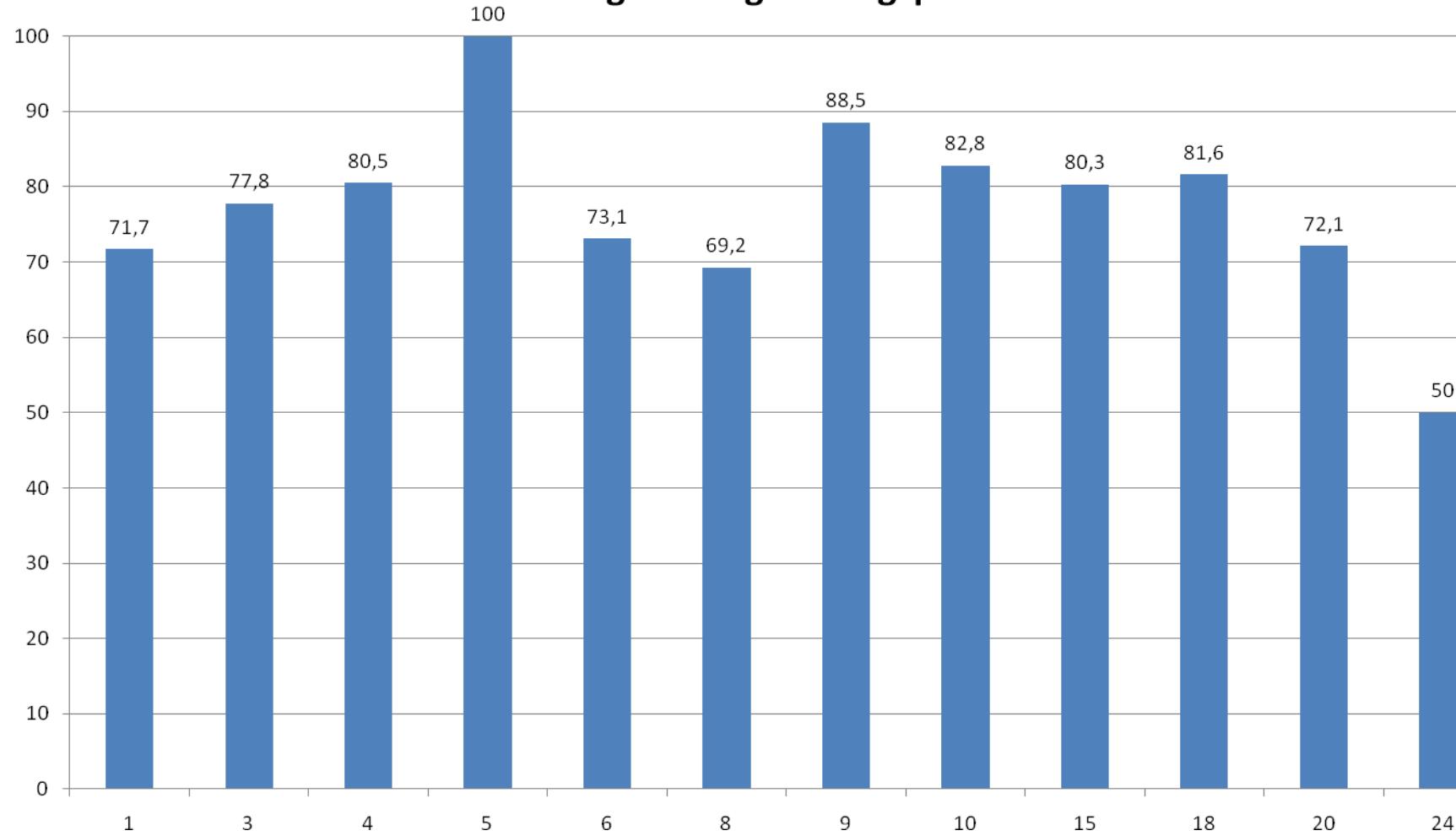
Vraag 16: inspraak in huisregels



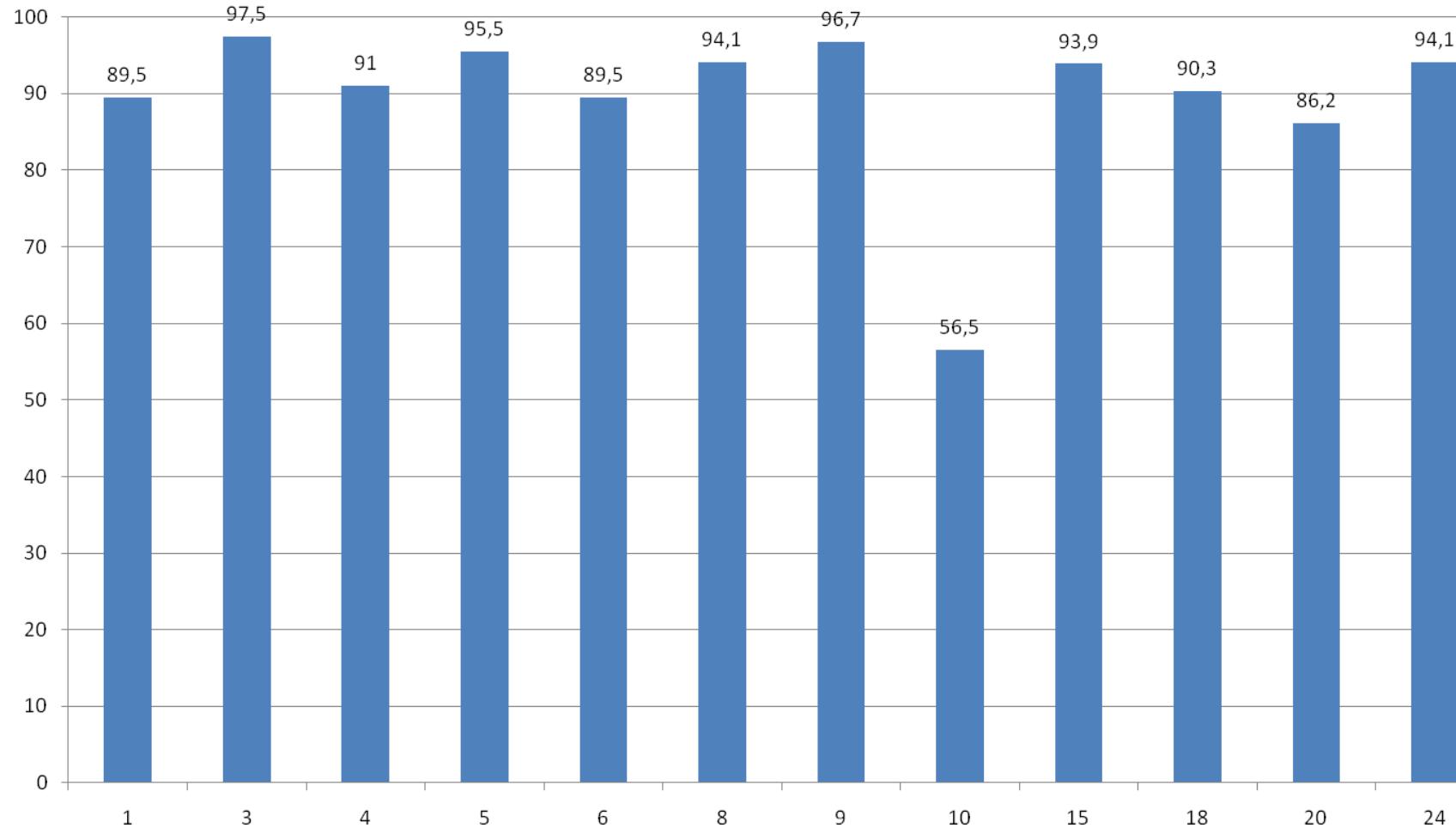
Vraag 17: keuze voor locatie begeleidingsgesprekken



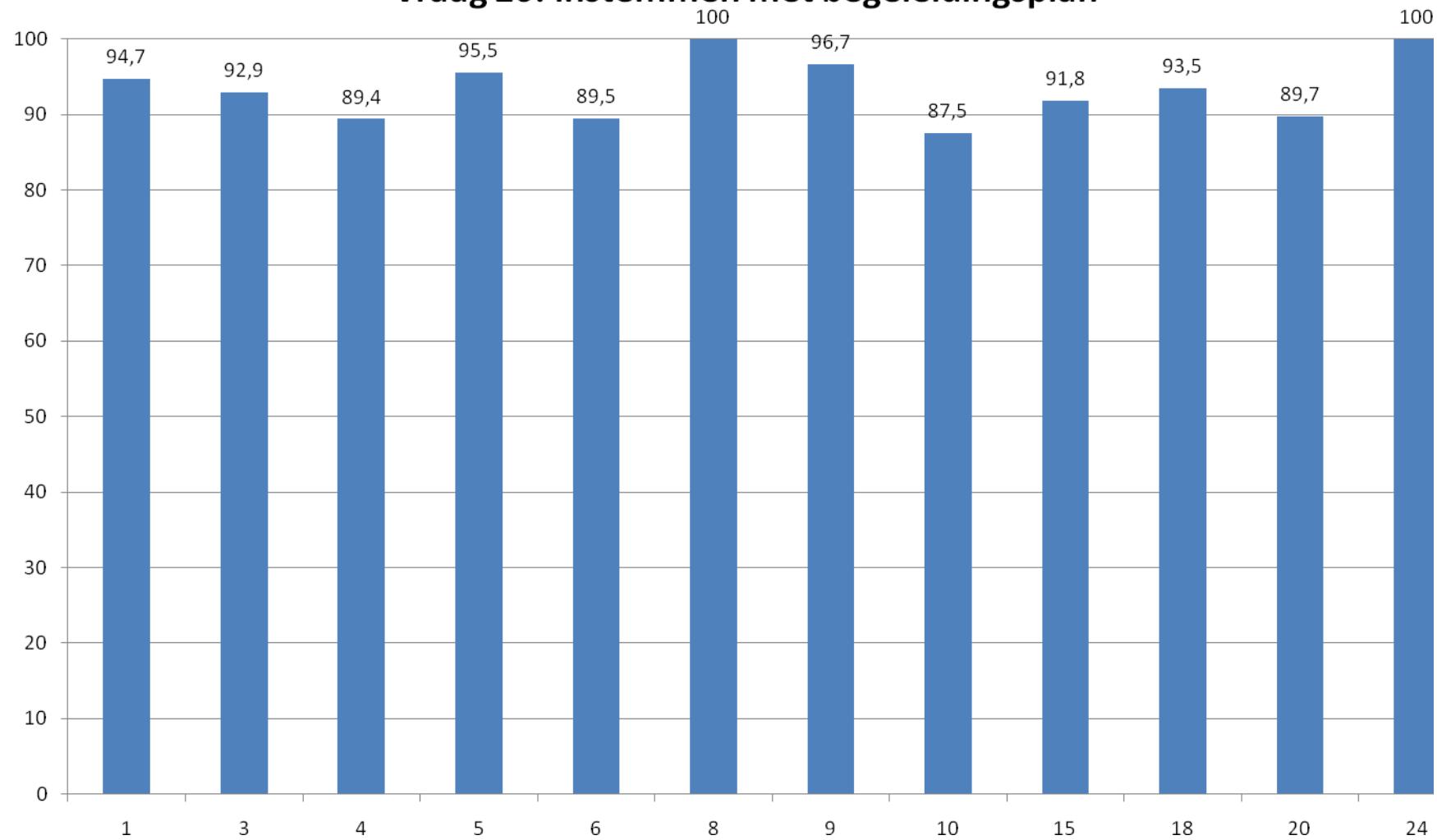
Vraag 18: begeleidingsplan



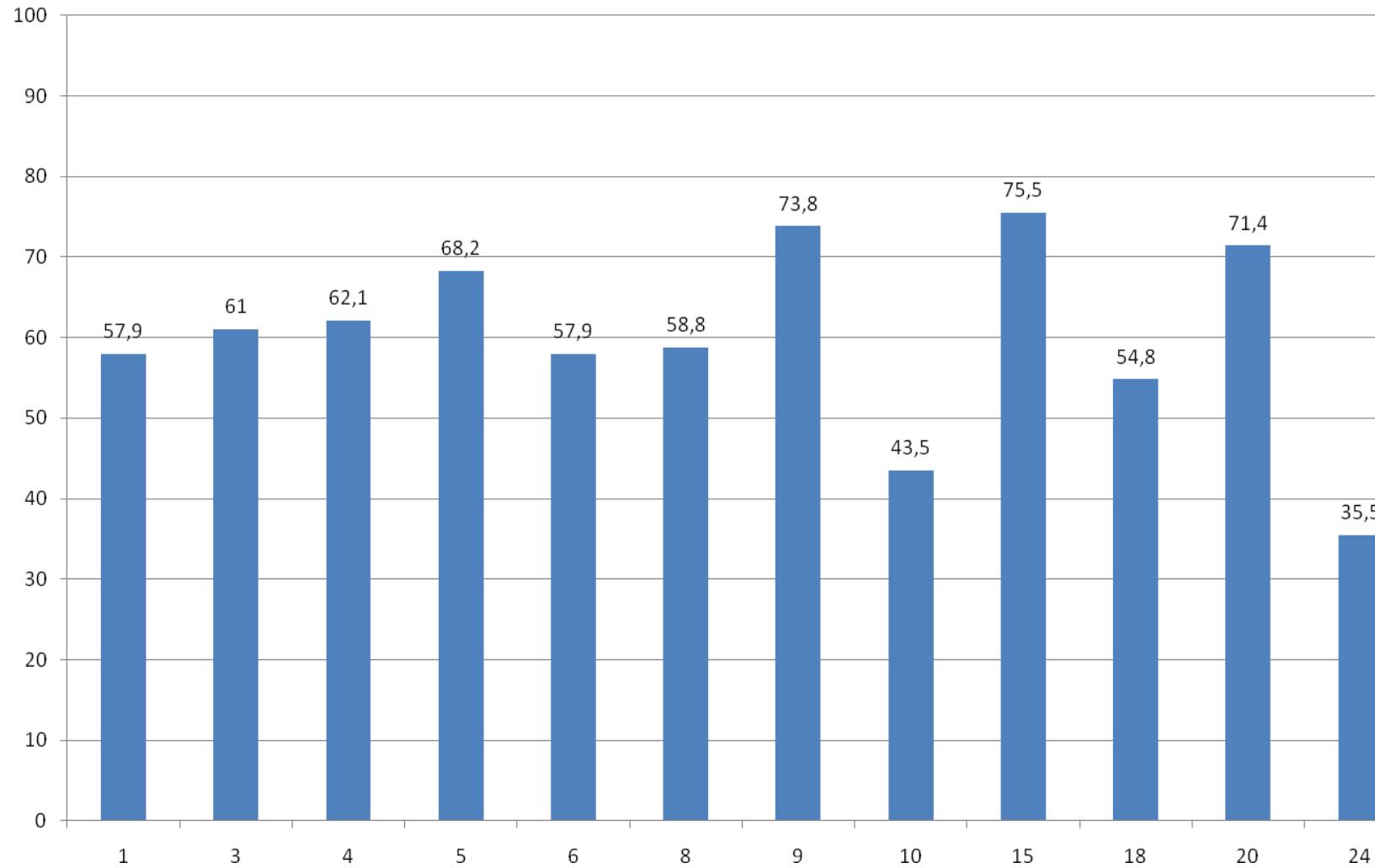
Vraag 19: meebeleissen over inhoud begeleidingsplan



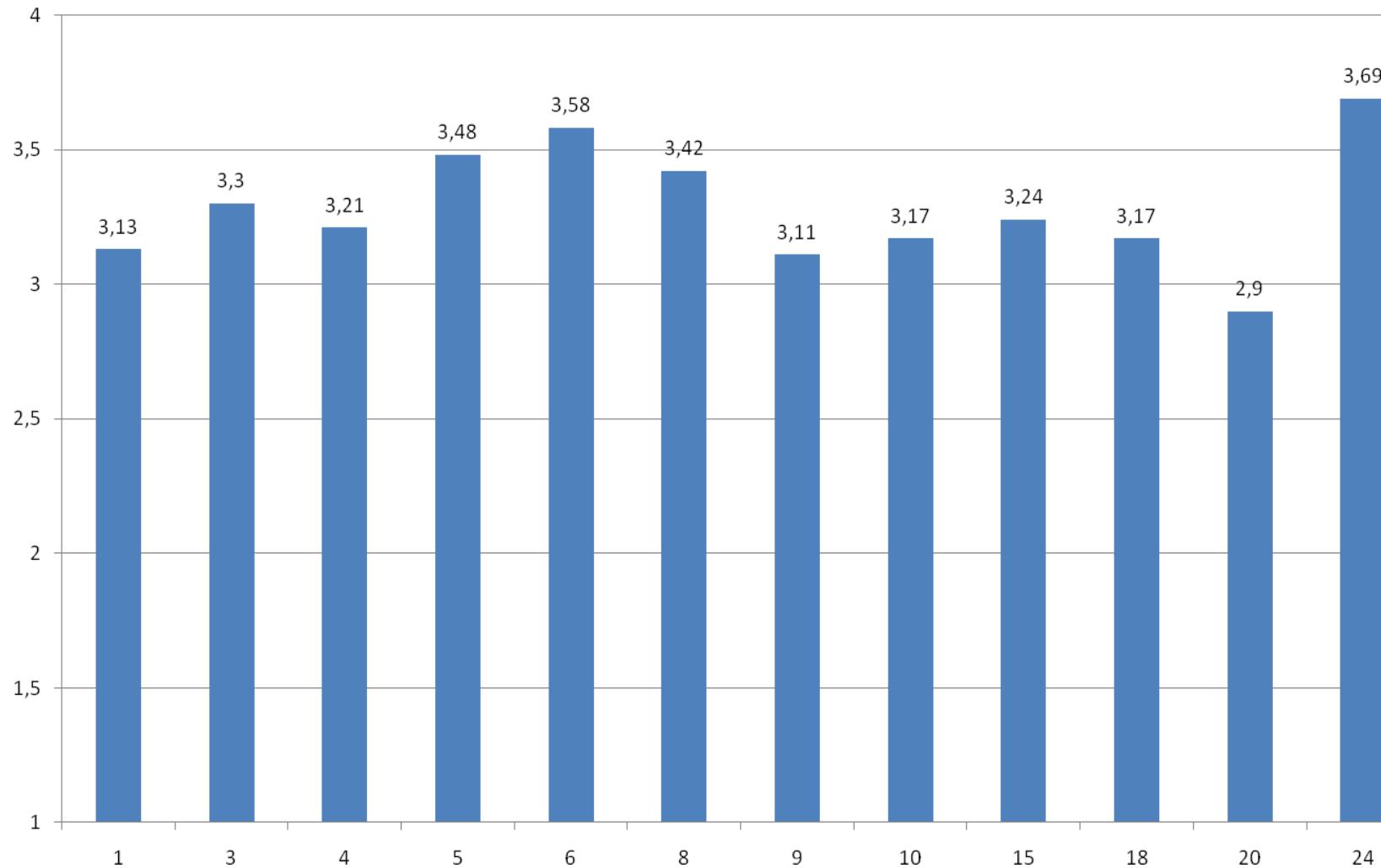
Vraag 20: instemmen met begeleidingsplan



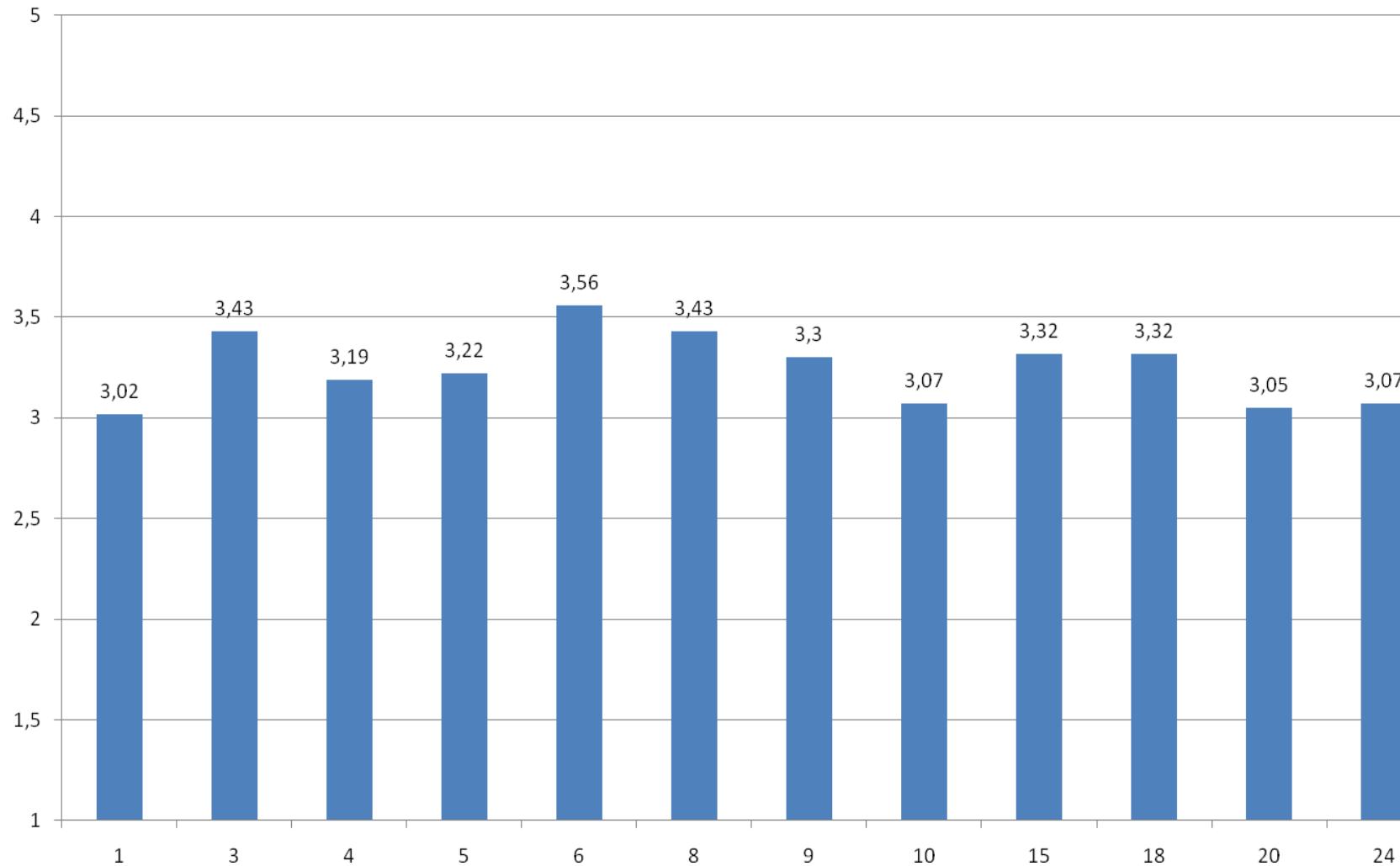
Vraag 21: begeleidingsplan binnen een jaar bijgesteld



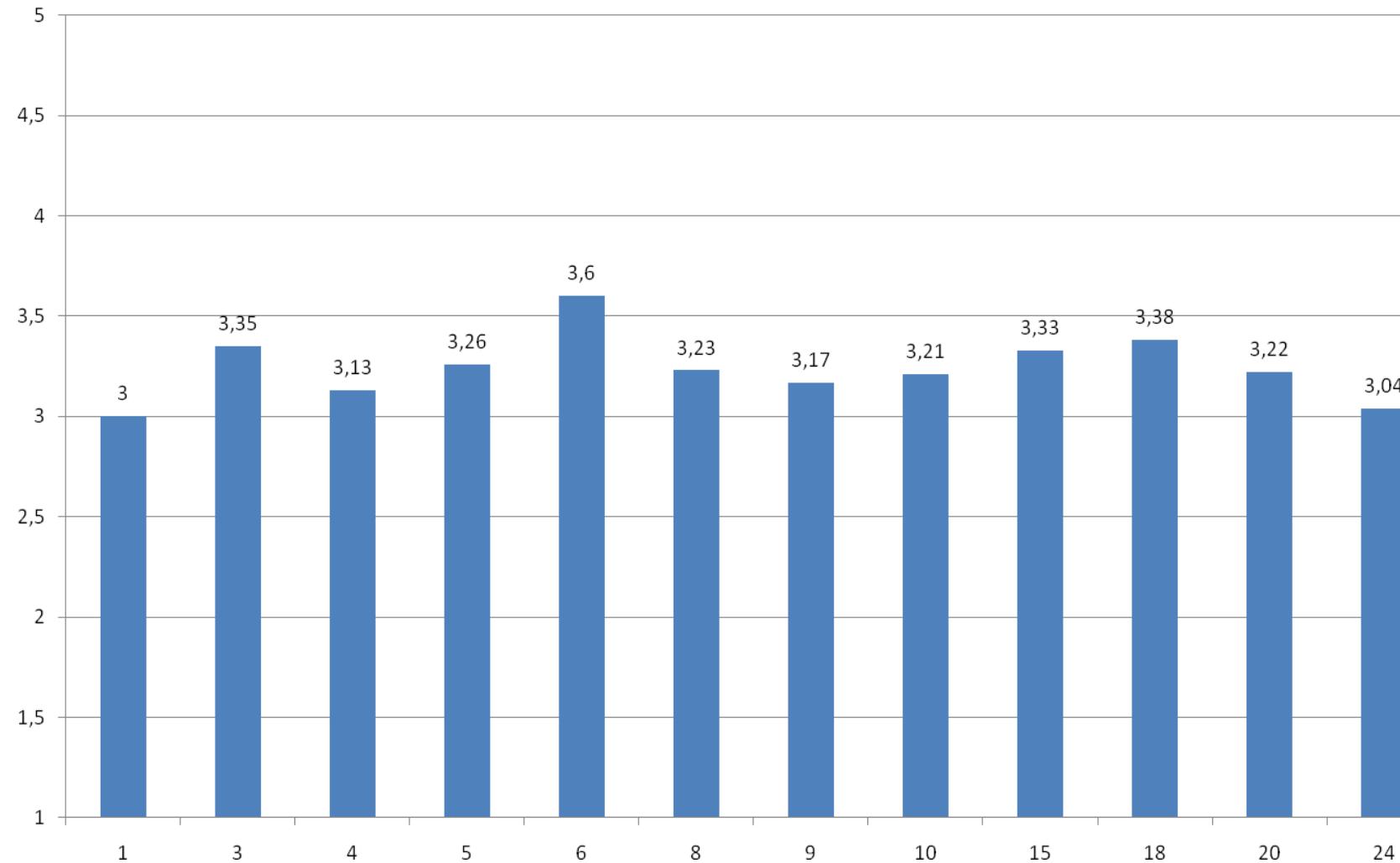
Vraag 40: gevoel van veiligheid in huis



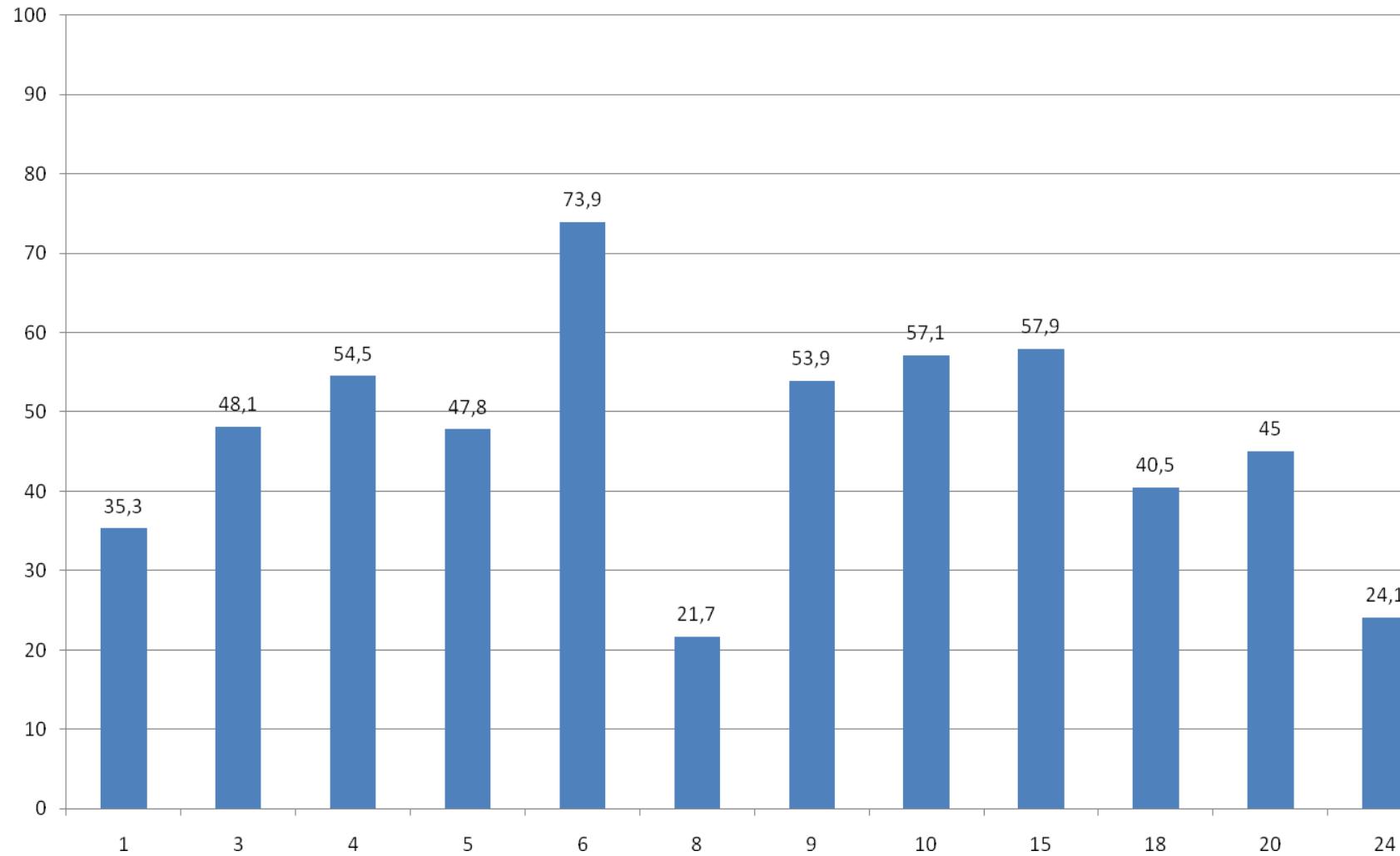
Vraag 43: stimuleren dagactiviteiten



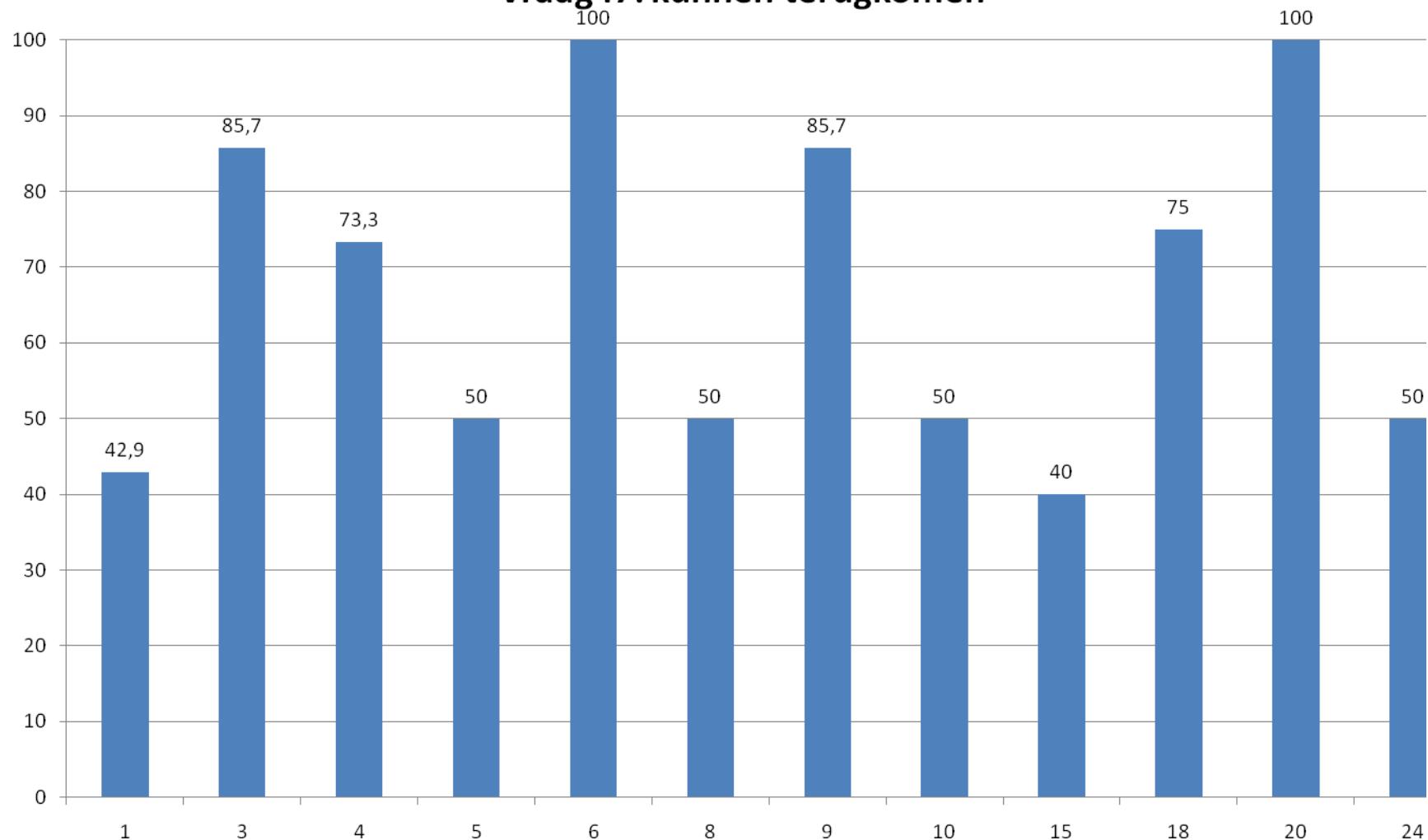
Vraag 44: stimuleren activiteiten buitenhuis



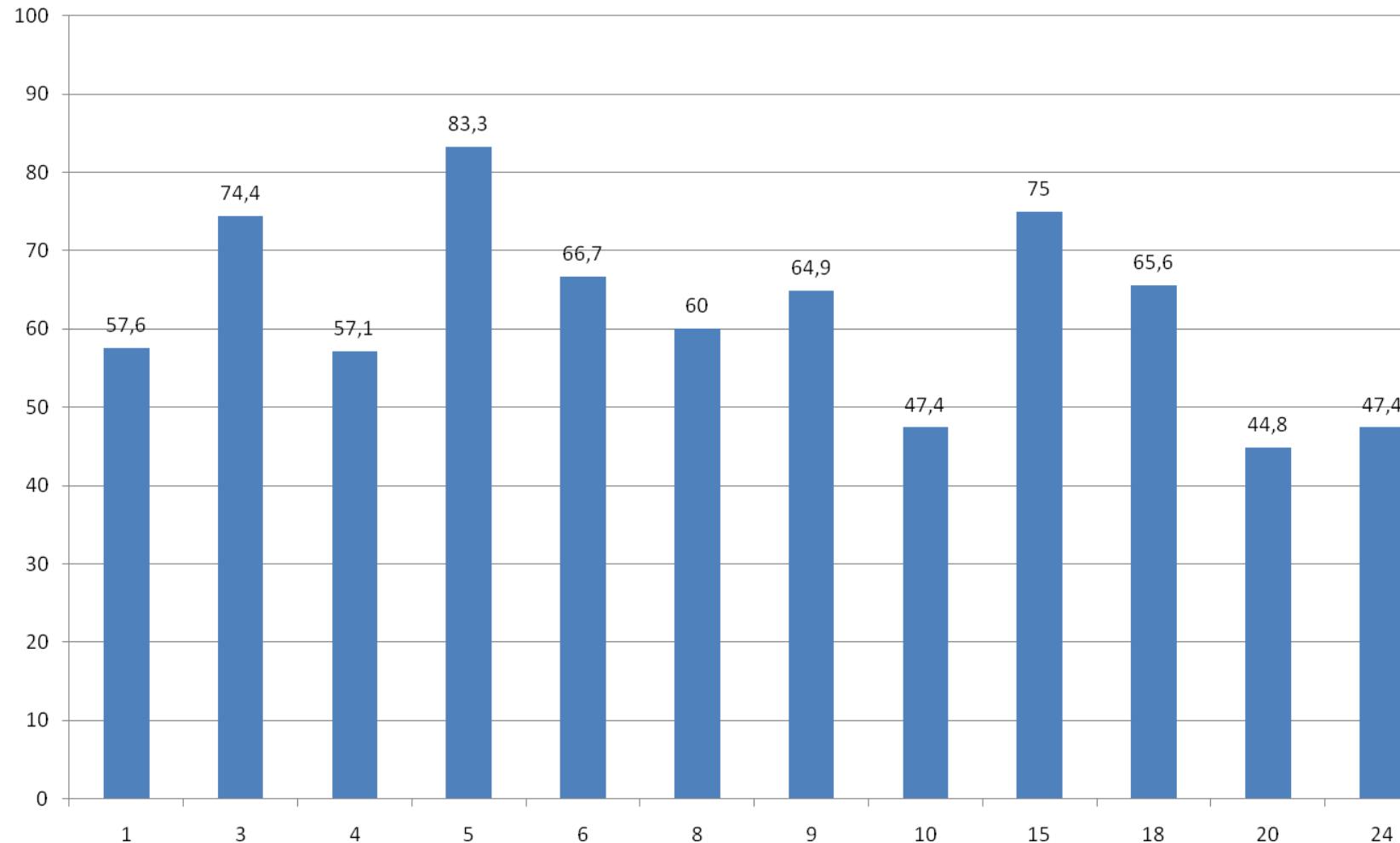
Vraag 45: cursus voor herstel



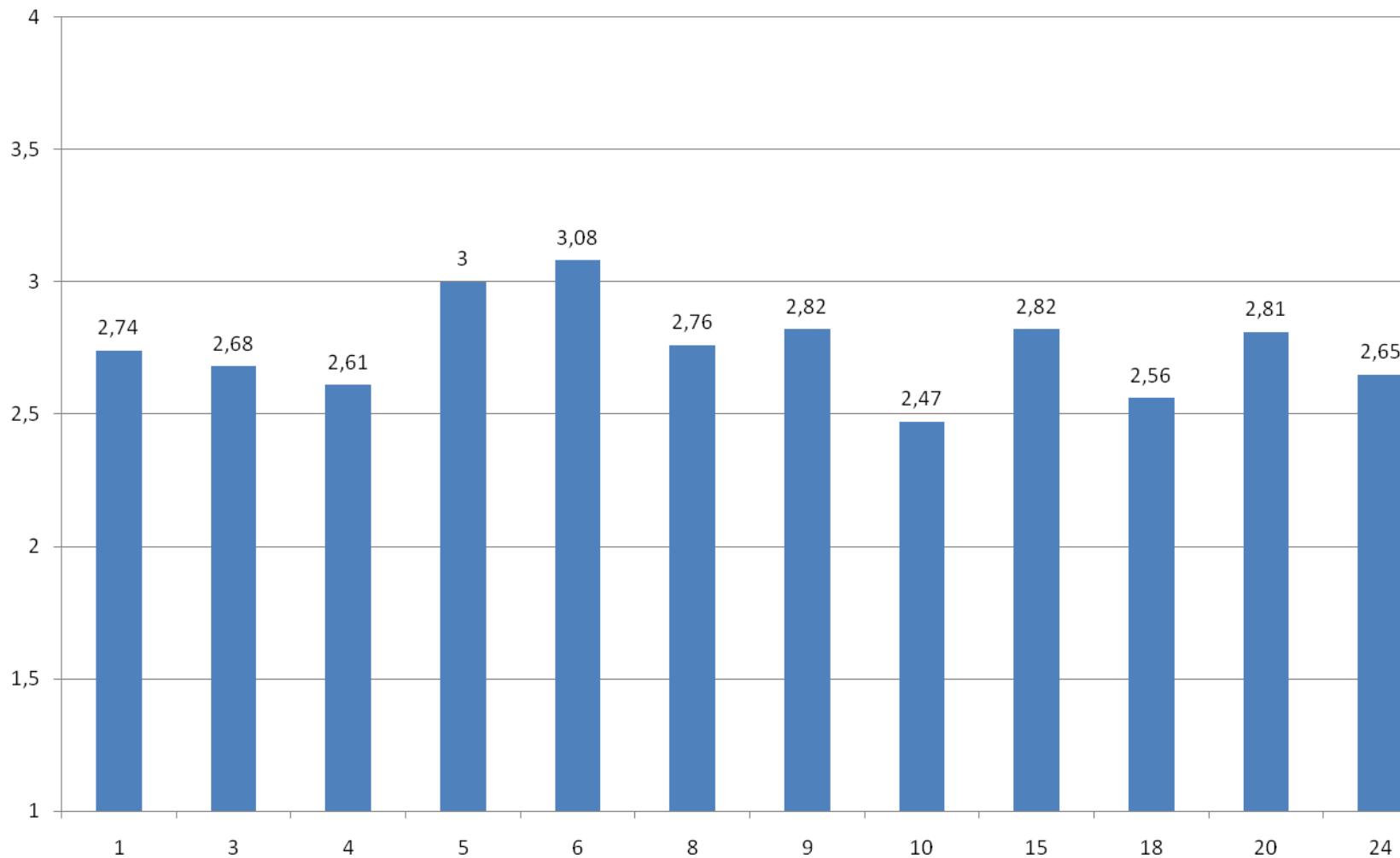
Vraag47: kunnen terugkomen



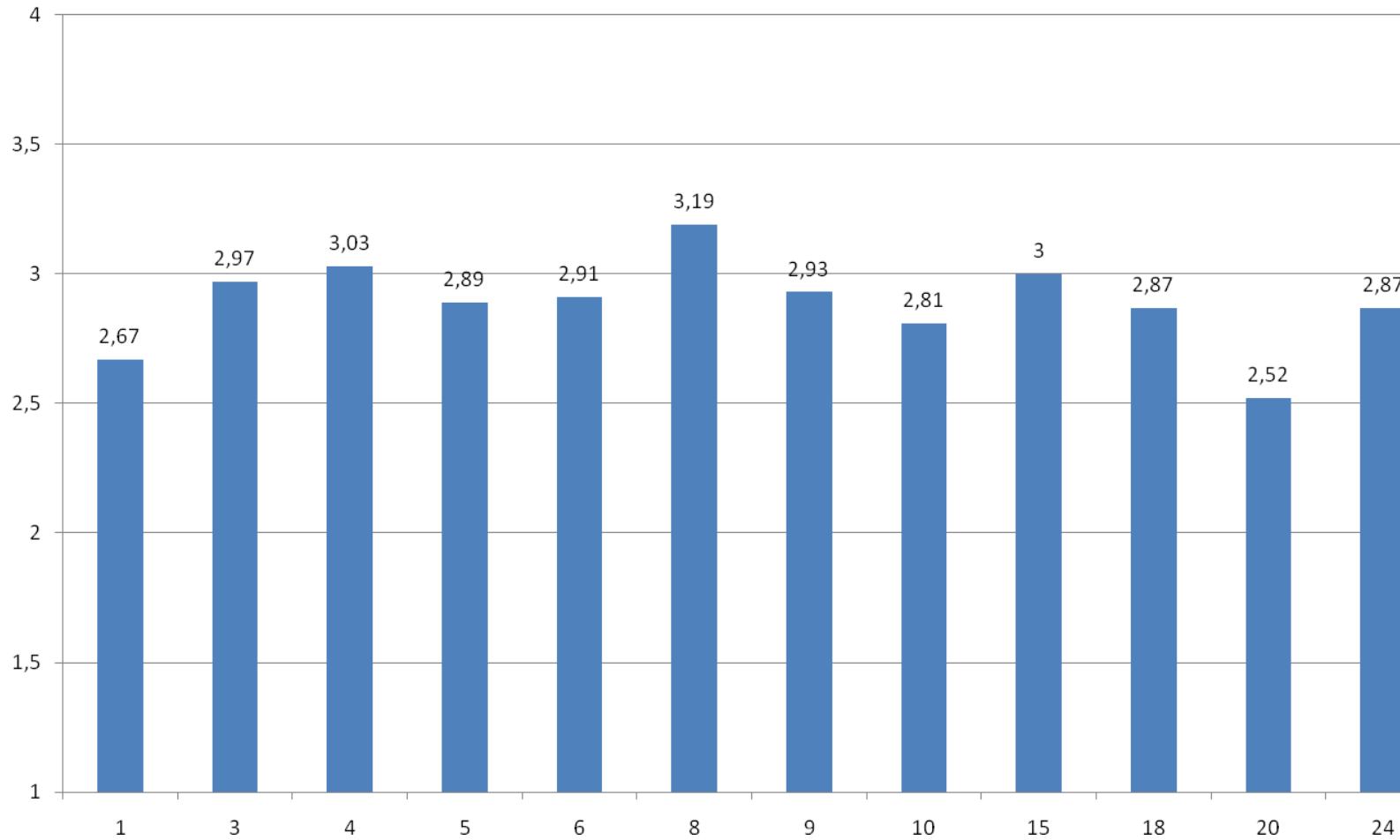
Vraag 48: toestemming voor delen informatie



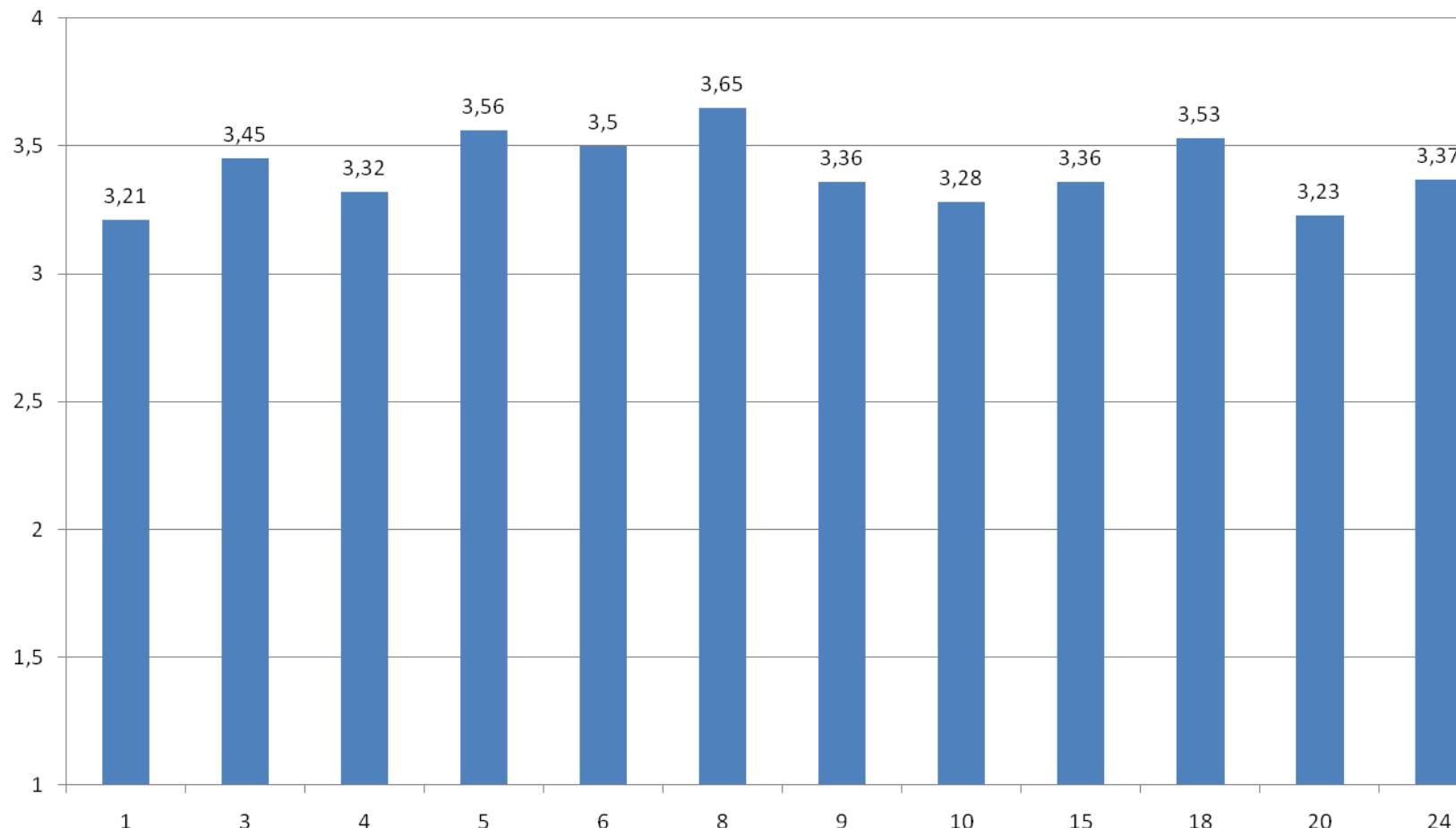
Vraag 50: alles opnieuw moeten vertellen



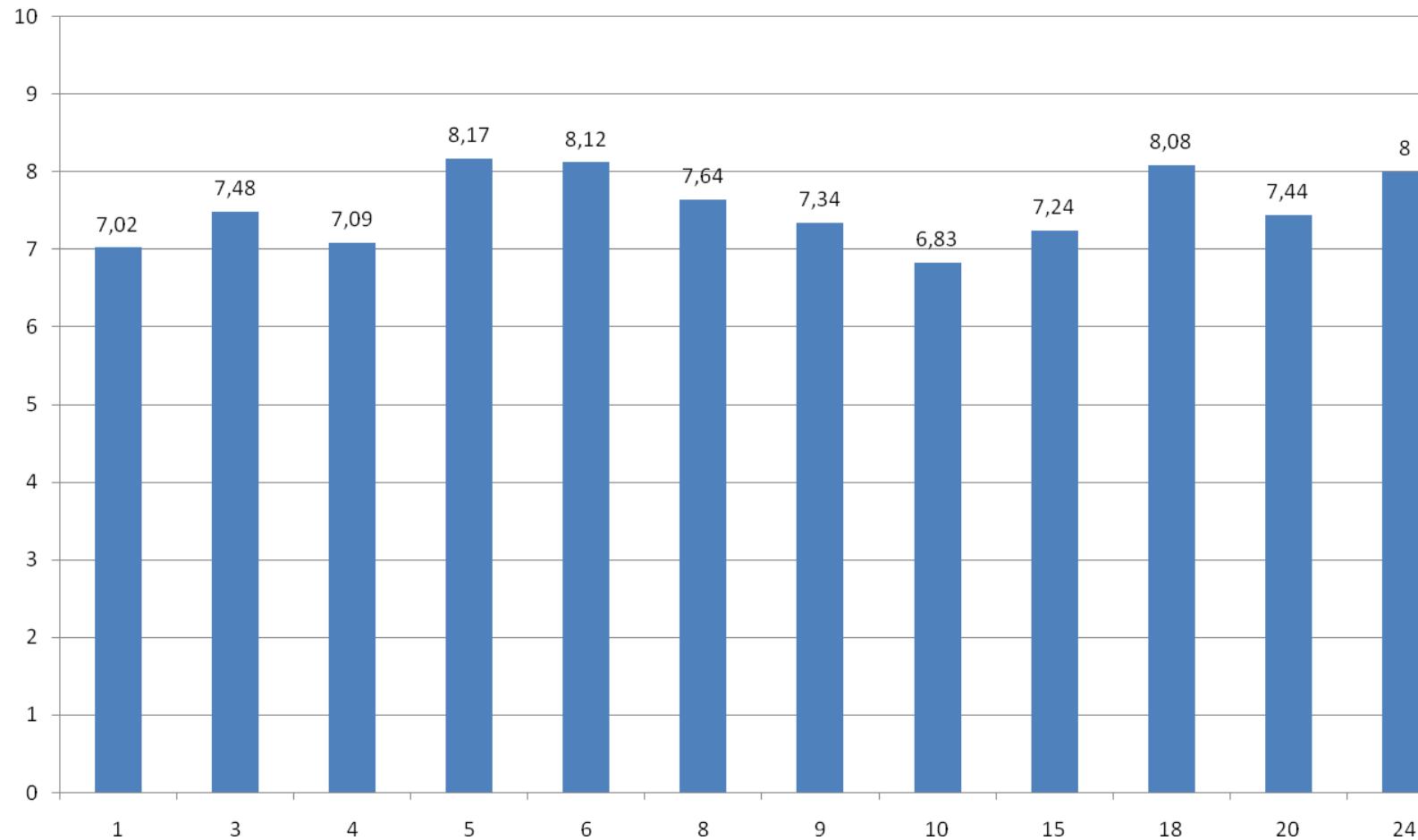
Vraag 51: begeleiders op één lijn



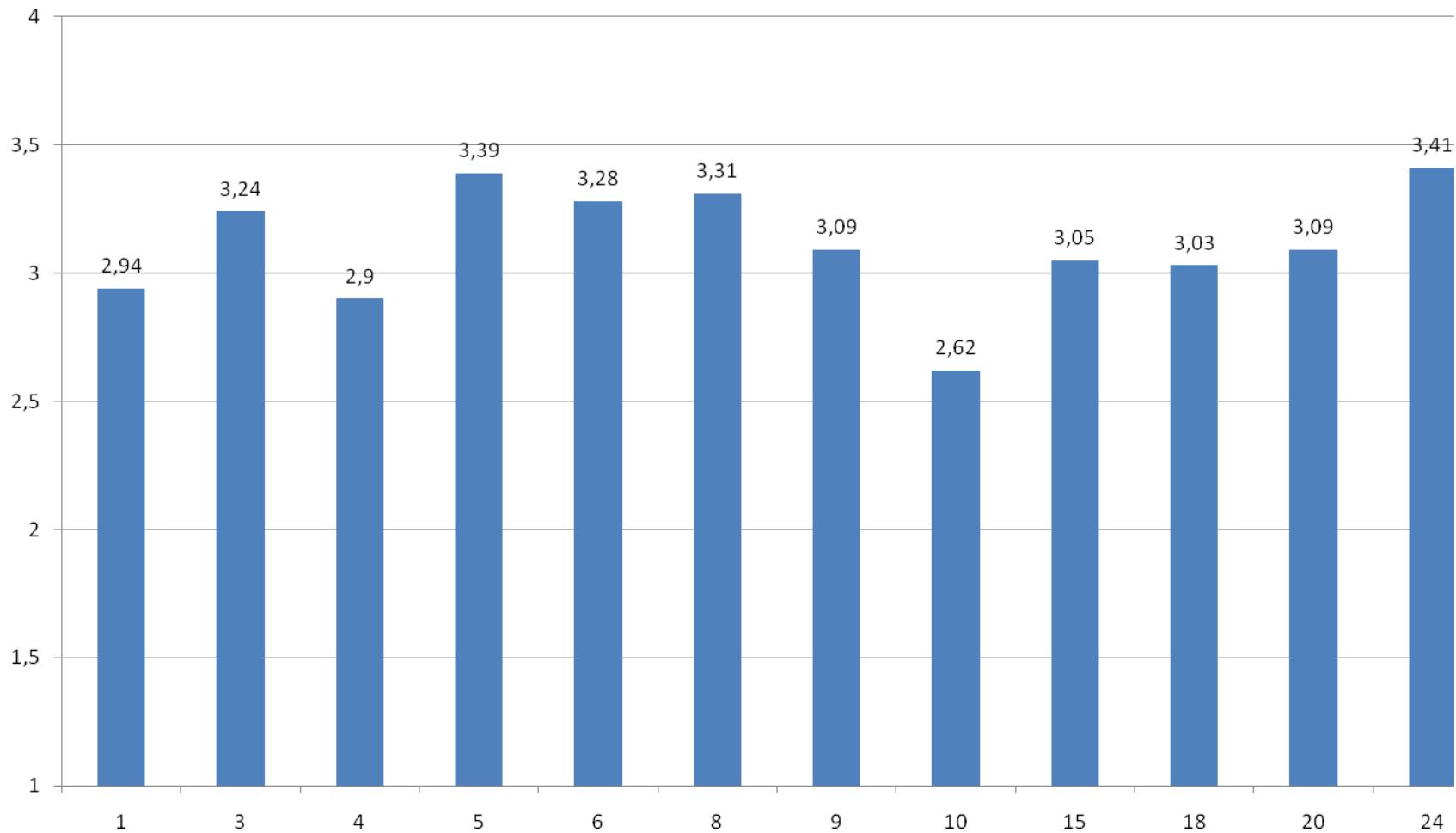
Vraag 52: tegenstrijdige info ontvangen



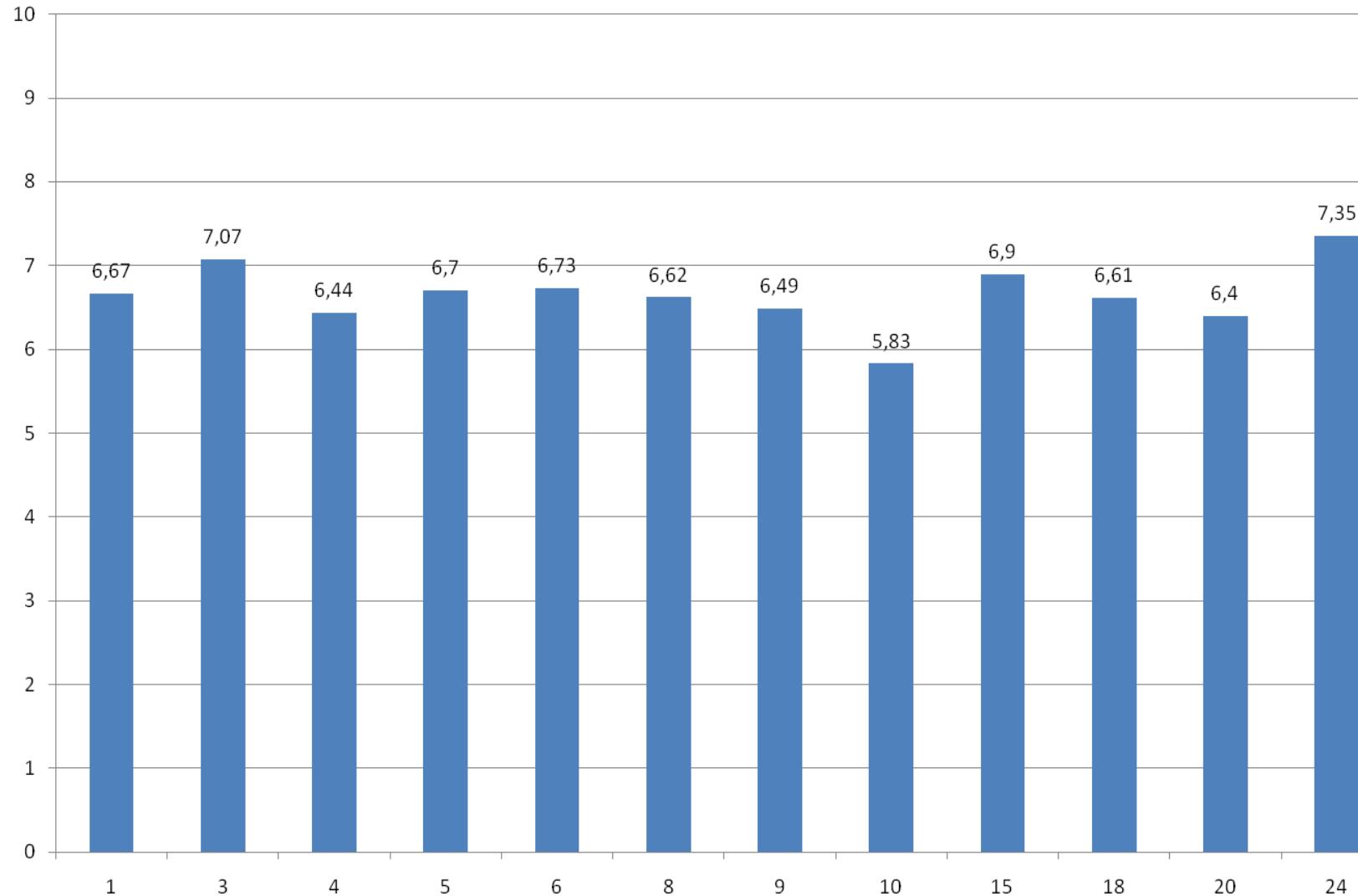
Vraag 53: rapportcijfer



Vraag 54: aanbevelen aan anderen



Vraag 57: ervaren kwaliteit van leven



CQ Index voor Begeleid Zelfstandig Wonen

In de onderstaande grafieken zijn de resultaten van vijf beschermd wonen voorzieningen weergegeven. De getallen op de horizontale as verwijzen naar het nummer dat wij aan elke instelling hebben gegeven. In totaal deden BZW-clients uit negen instellingen mee. In vier gevallen was de respons echter zo gering (acht of minder ingevulde vragenlijsten) dat deze instellingen buiten de analyse zijn gelaten. Gemiddelde scores voor zulke kleine groepen zouden tot zeer vertekende resultaten kunnen leiden. Het betreft hier de scores van instellingen 5, 8, 20 en 24).

Eerst zijn alle schaalscores weergegeven, ook die een te lage betrouwbaarheid hebben. Dit zijn gemiddelde scores. Deze scores zijn voor elke instelling apart bij de kolommen weergegeven. De schaalscore voor 'rehabilitatie' is niet weergegeven. Deze schaal bestaat uit items met verschillende antwoordcategorieën, wat het berekenen van een schaalscore bemoeilijkt. En omdat de betrouwbaarheid van deze schaal toch al gering is, worden de items alleen afzonderlijk geanalyserd.

De vragen die met 'nooit – soms – meestal – altijd' zijn beantwoord, hebben een schaalscore tussen 1 en 4. Een score 3 wil dan zeggen, dat gemiddeld 'meestal' is geantwoord. Hoe hoger de schaalscore, hoe beter.

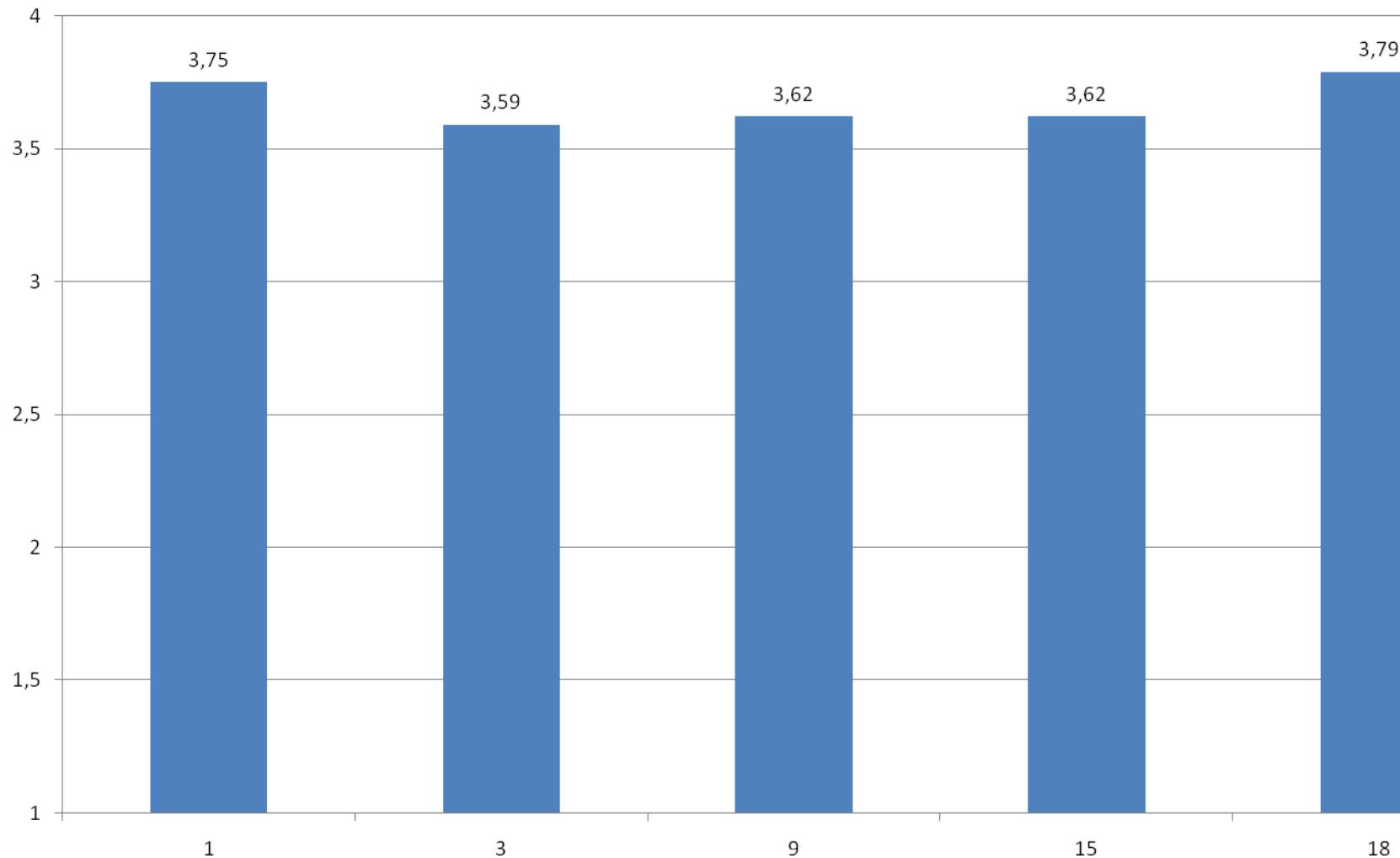
De schalen met vragen die nee/ja als antwoordcategorie hebben, krijgen een gemiddelde score tussen 0 en 1. Deze schalen kunnen ook gelezen worden als percentages. Dus een gemiddelde schaalscore van 0.75 betekent dat gemiddeld 75% een 'ja' is gescoord. Ook hier geldt dat een hogere score een beter resultaat weergeeft.

De schaal 'toegankelijkheid begeleiders' loopt van 1 tot 3. Hoe hoger de score, hoe minder de toegankelijkheid een probleem was.

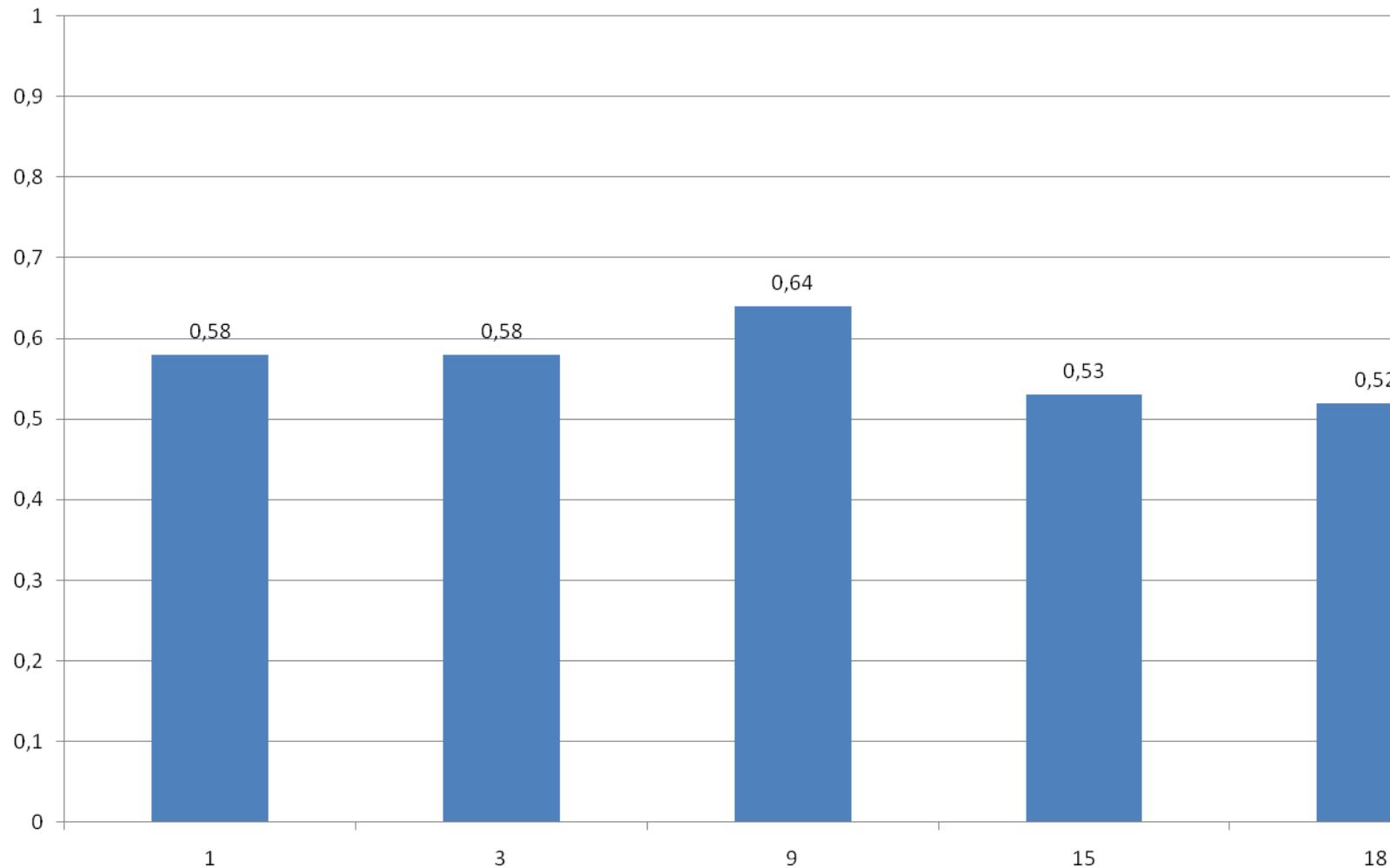
De schalen met een te lage Cronbach's α zijn voor de volledigheid wel weergegeven, maar alle items zijn ook nog eens los geanalyseerd. Bij de losse items met 'nooit – soms – meestal – altijd' of 'uitstekend – zeer goed – goed – matig – slecht' antwoordcategorieën is de gemiddelde score aangegeven. Bij de ja/nee vragen is een percentage aangegeven (het percentage dat met 'ja' heeft geantwoord). Dus ook hier geldt weer: hoe hoger de score, hoe beter.

Zoals uit de grafieken blijkt, zijn er verschillen tussen de diverse aanbieders. Deze zijn echter niet statistisch getoetst. Voor onderzoek naar het discriminerend vermogen zijn minstens twintig instellingen nodig. Een hogere of lagere score kan dus een toevalstreffer zijn.

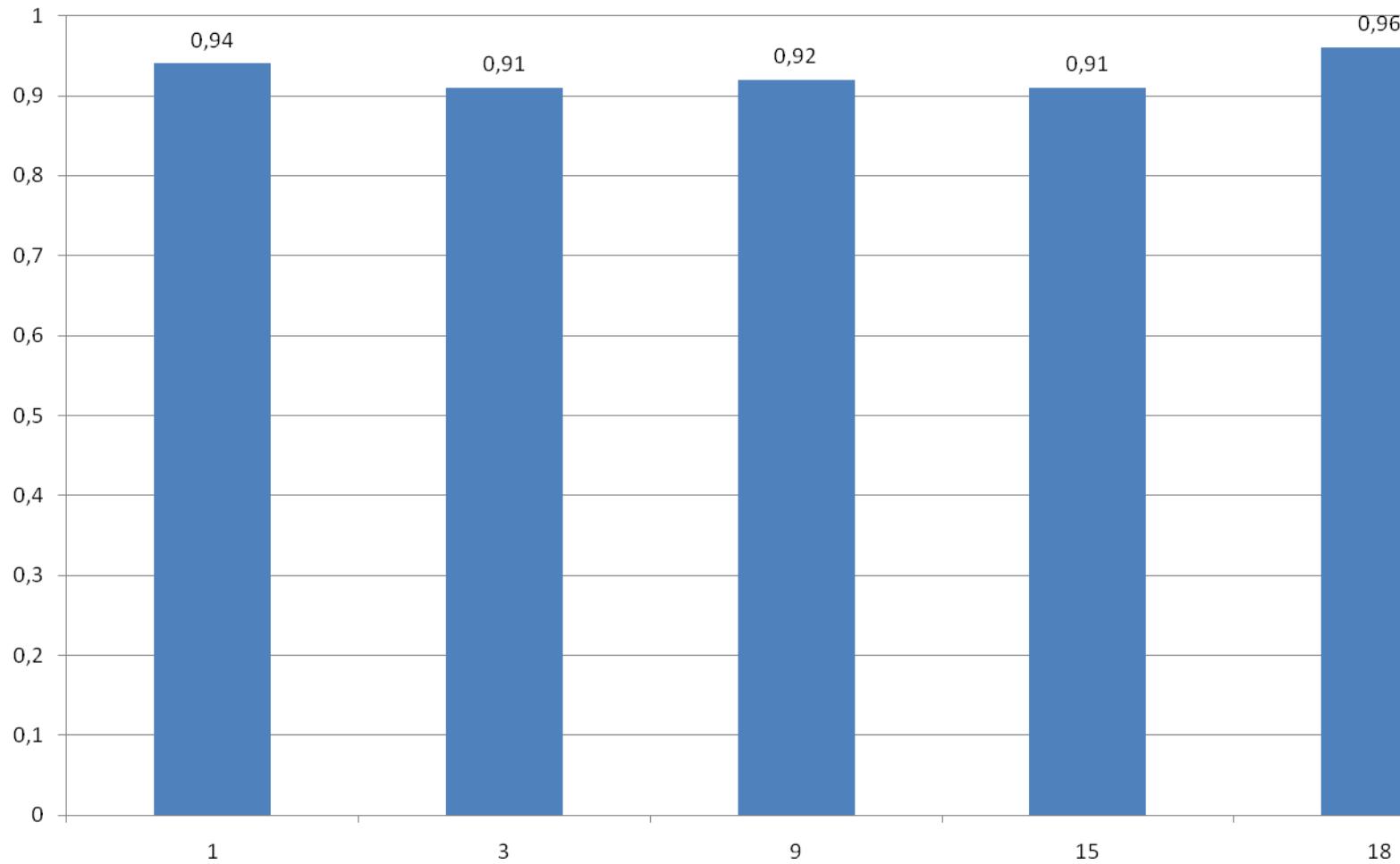
Schaal bejegening



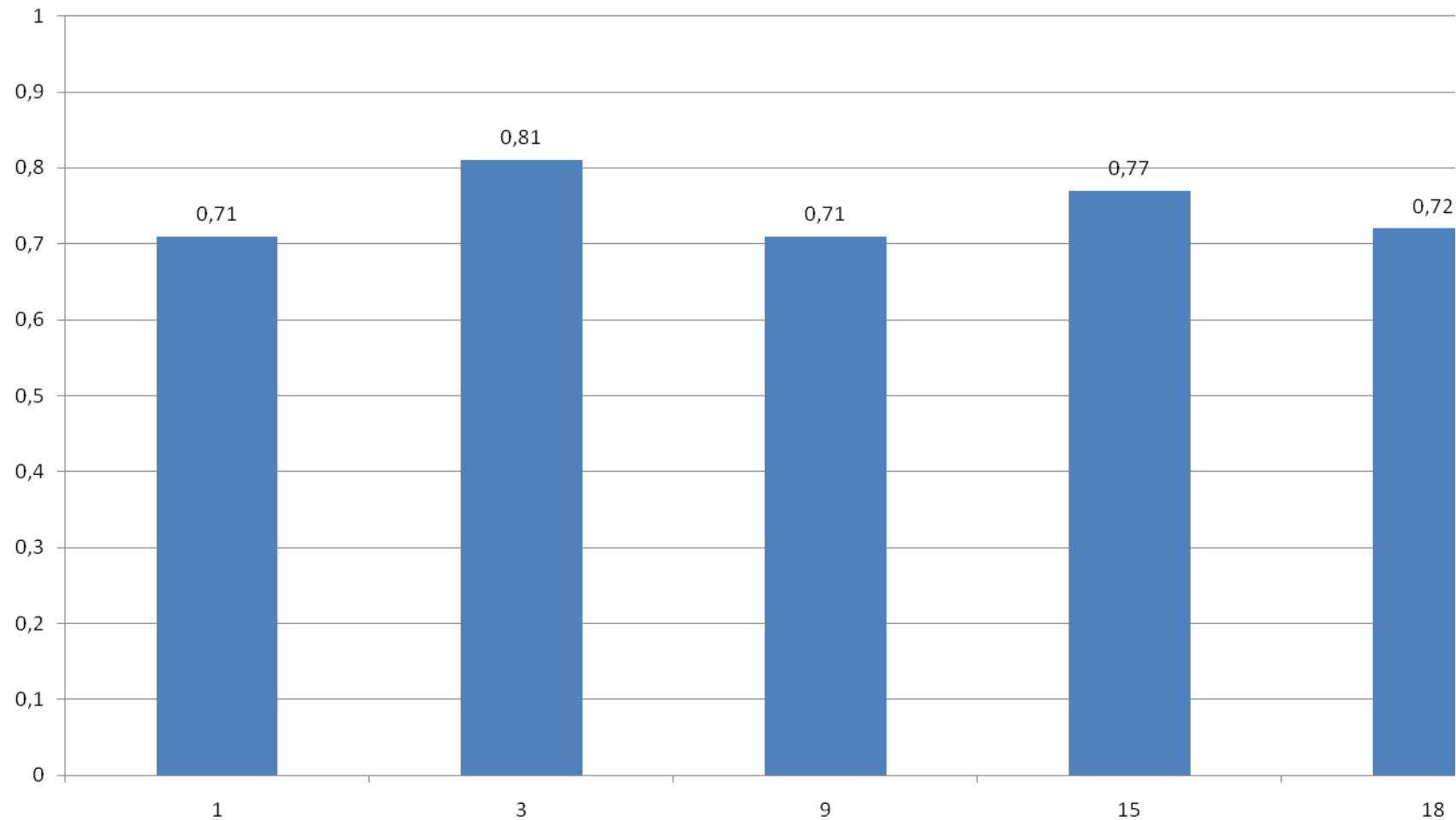
Schaal informatie cliëntenrechten



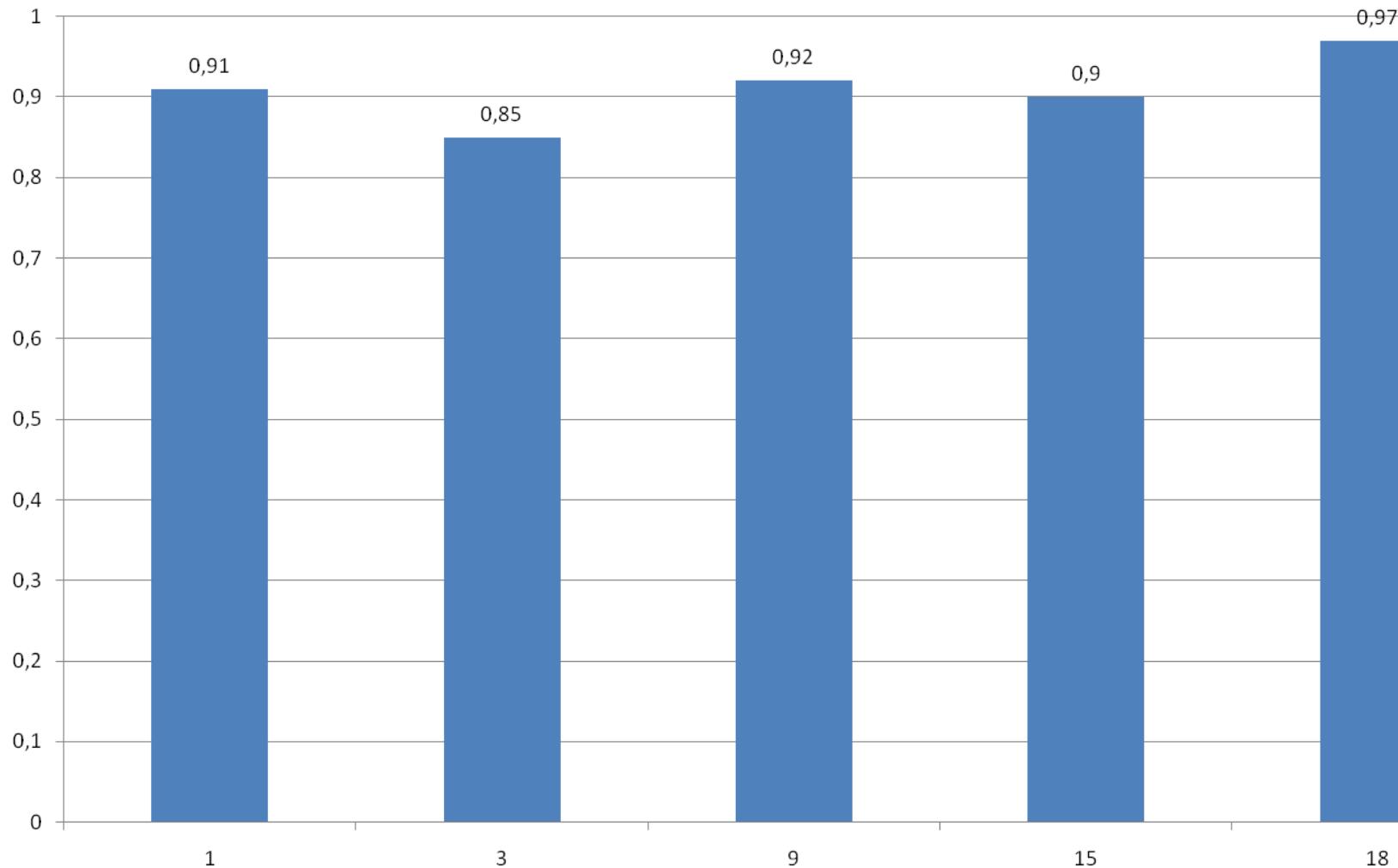
Schaal deskundigheid begeleider(s)



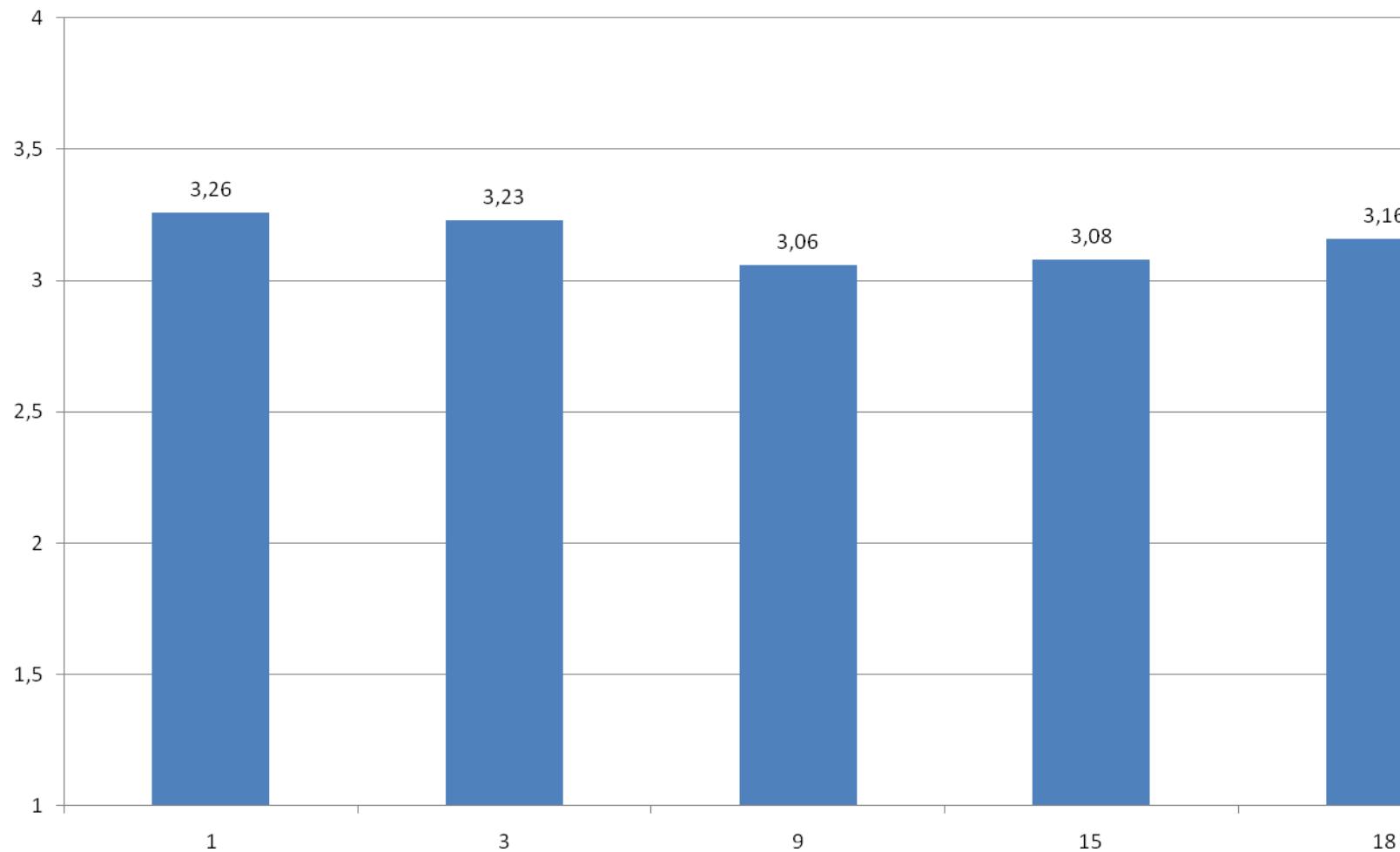
Schaal inspraak



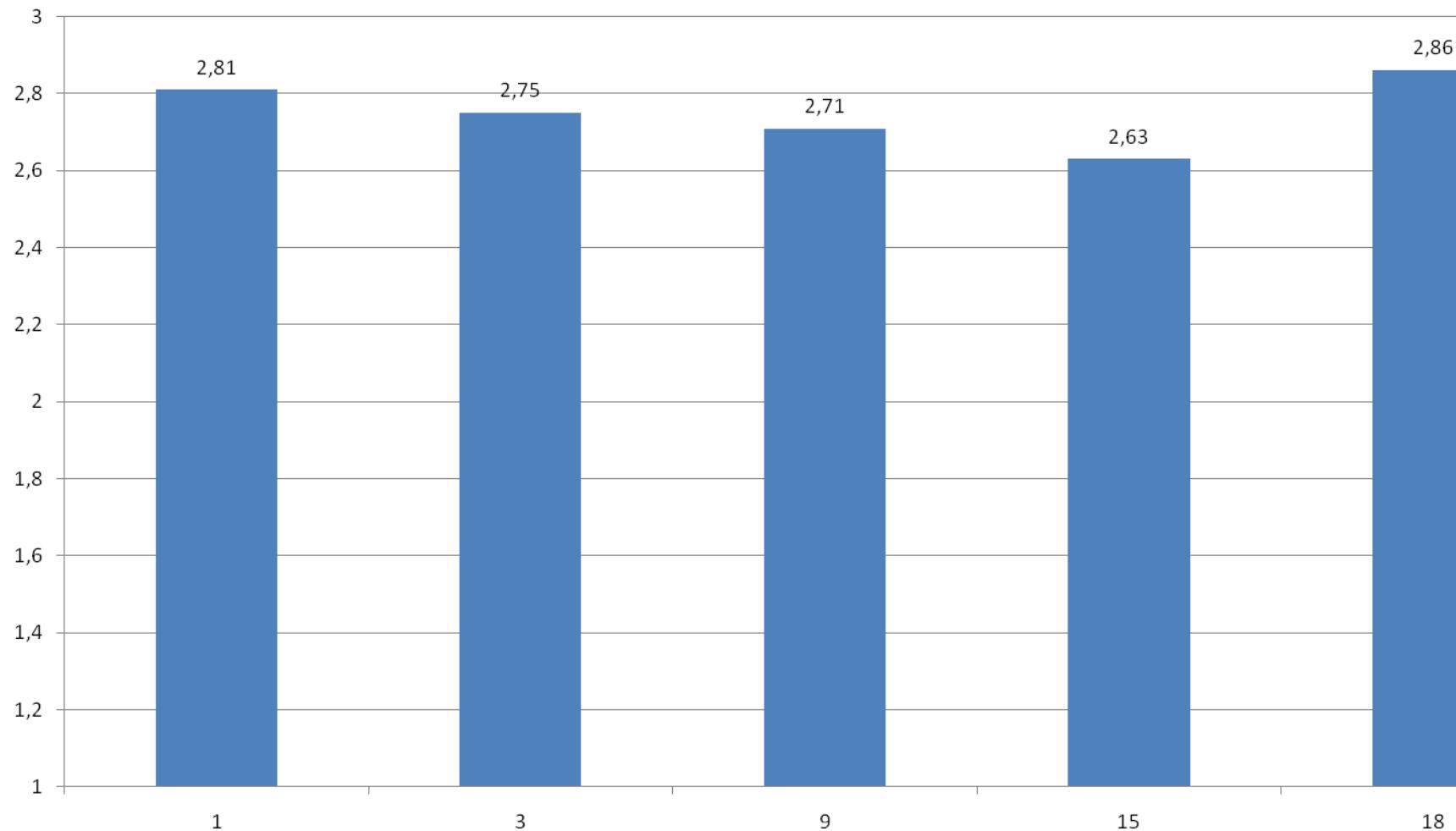
Schaal begeleidingsplan



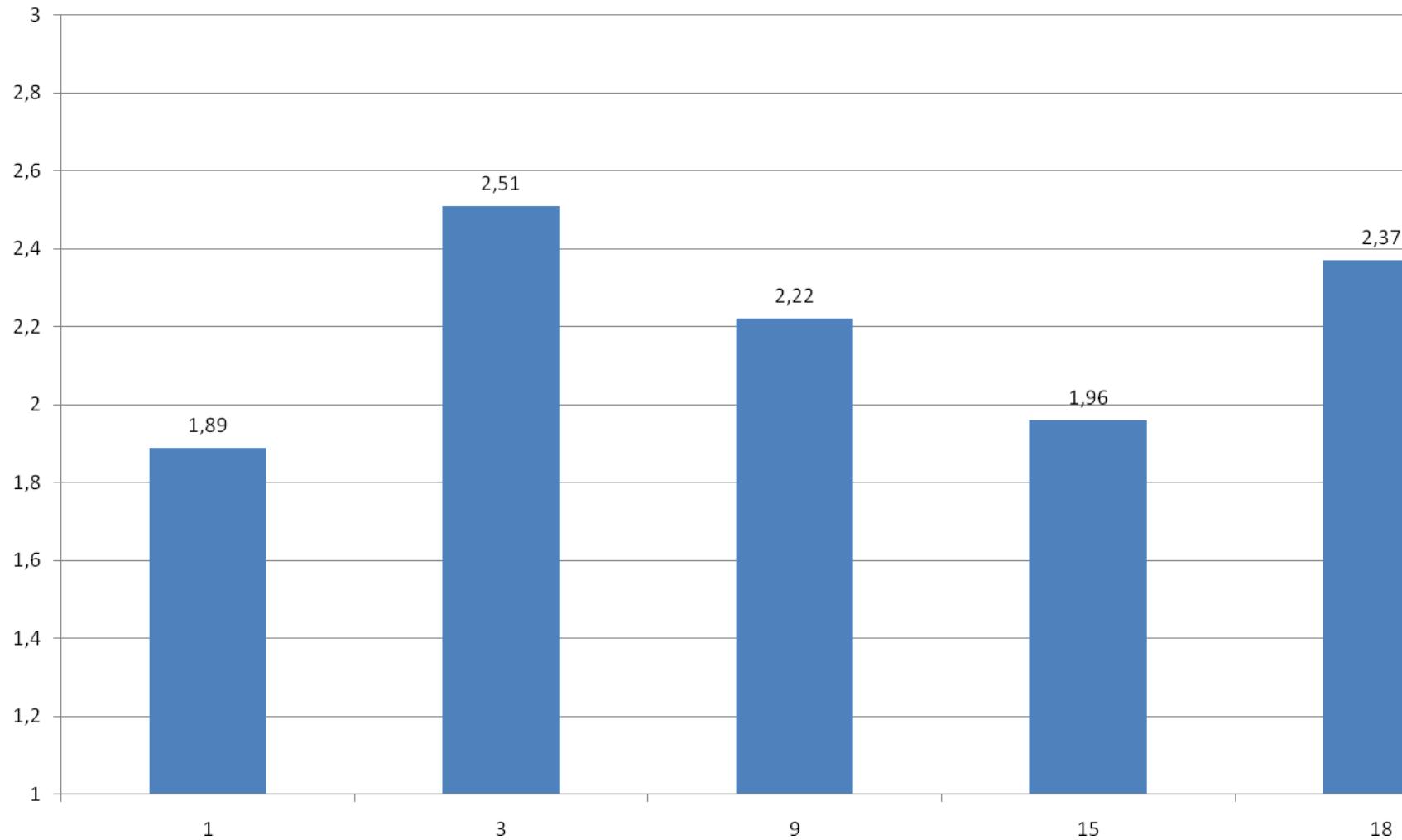
Schaal samenwerking meerdere zorgverleners



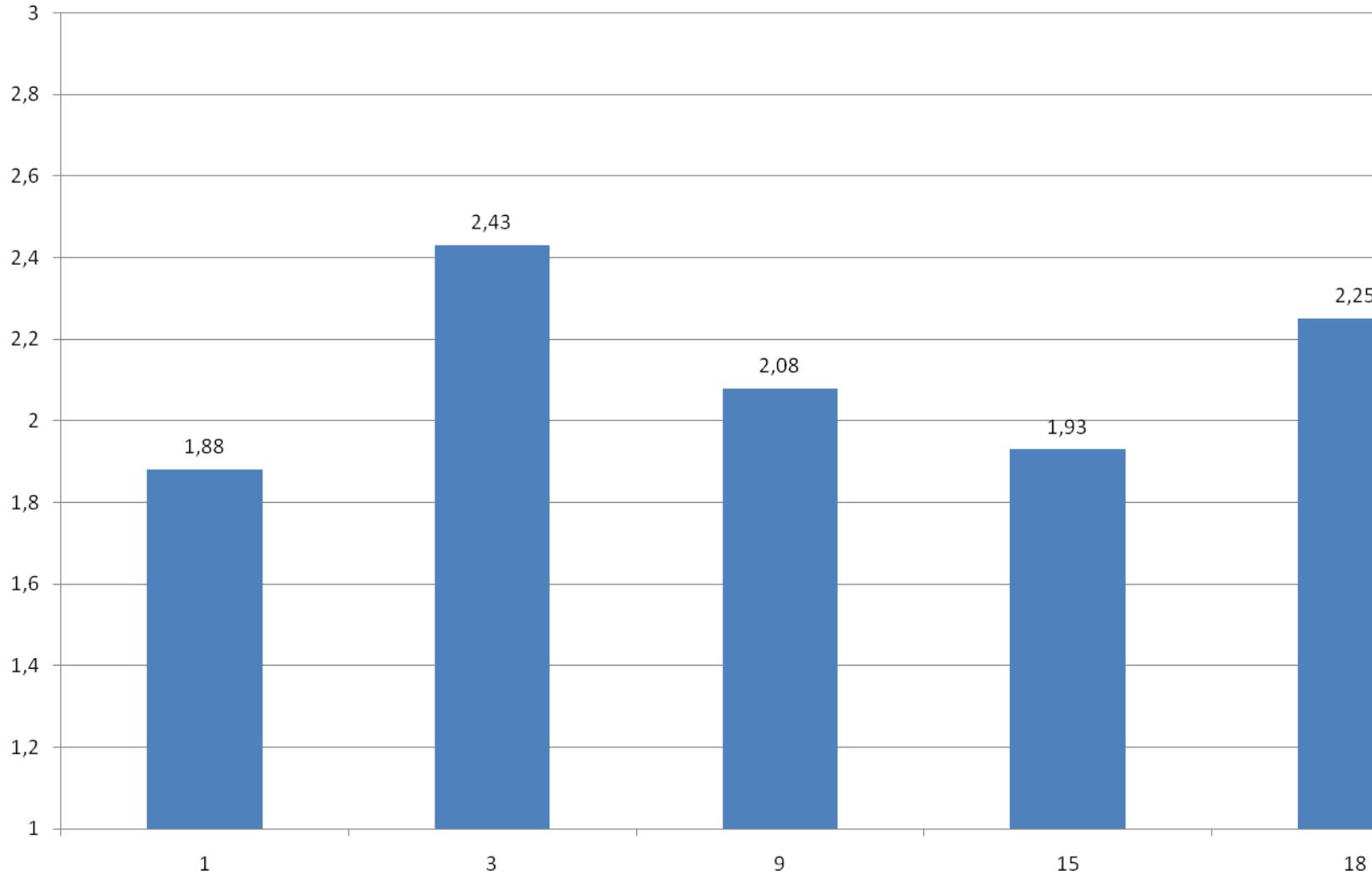
Vraag 2: bereikbaarheid overdag



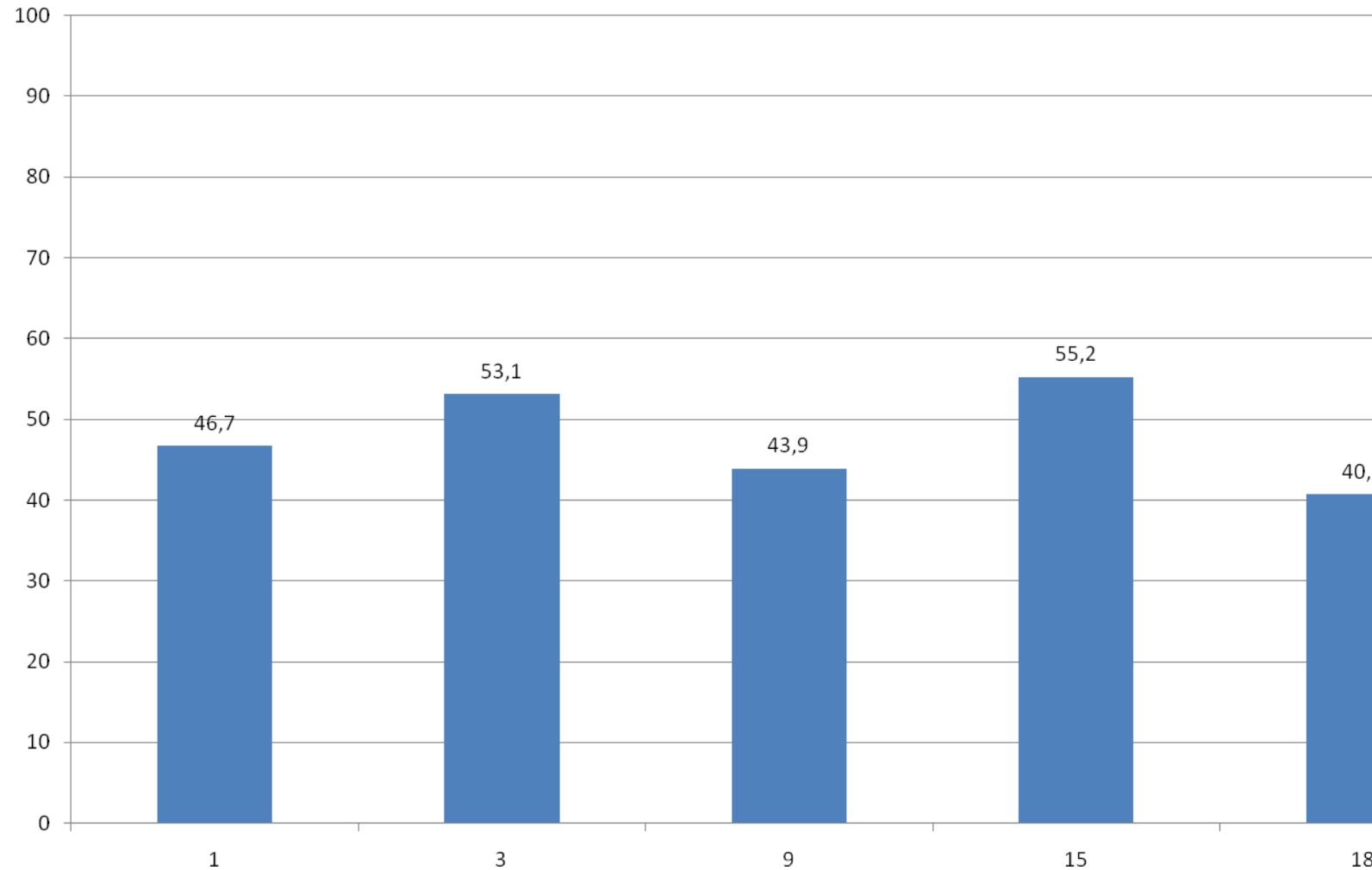
Vraag 3: bereikbaarheid in weekend overdag



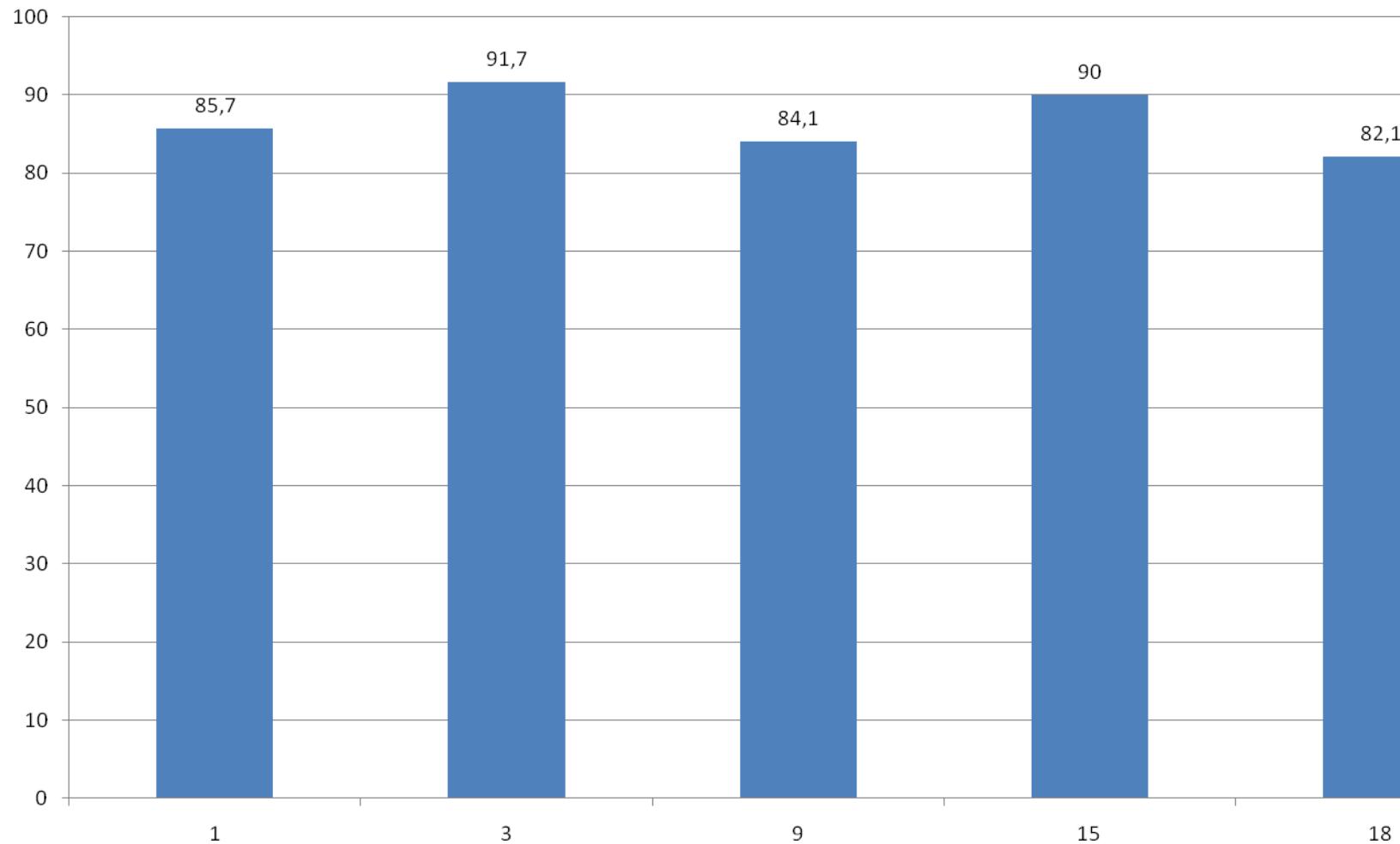
Vraag 4: bereikbaarheid in avond/nacht



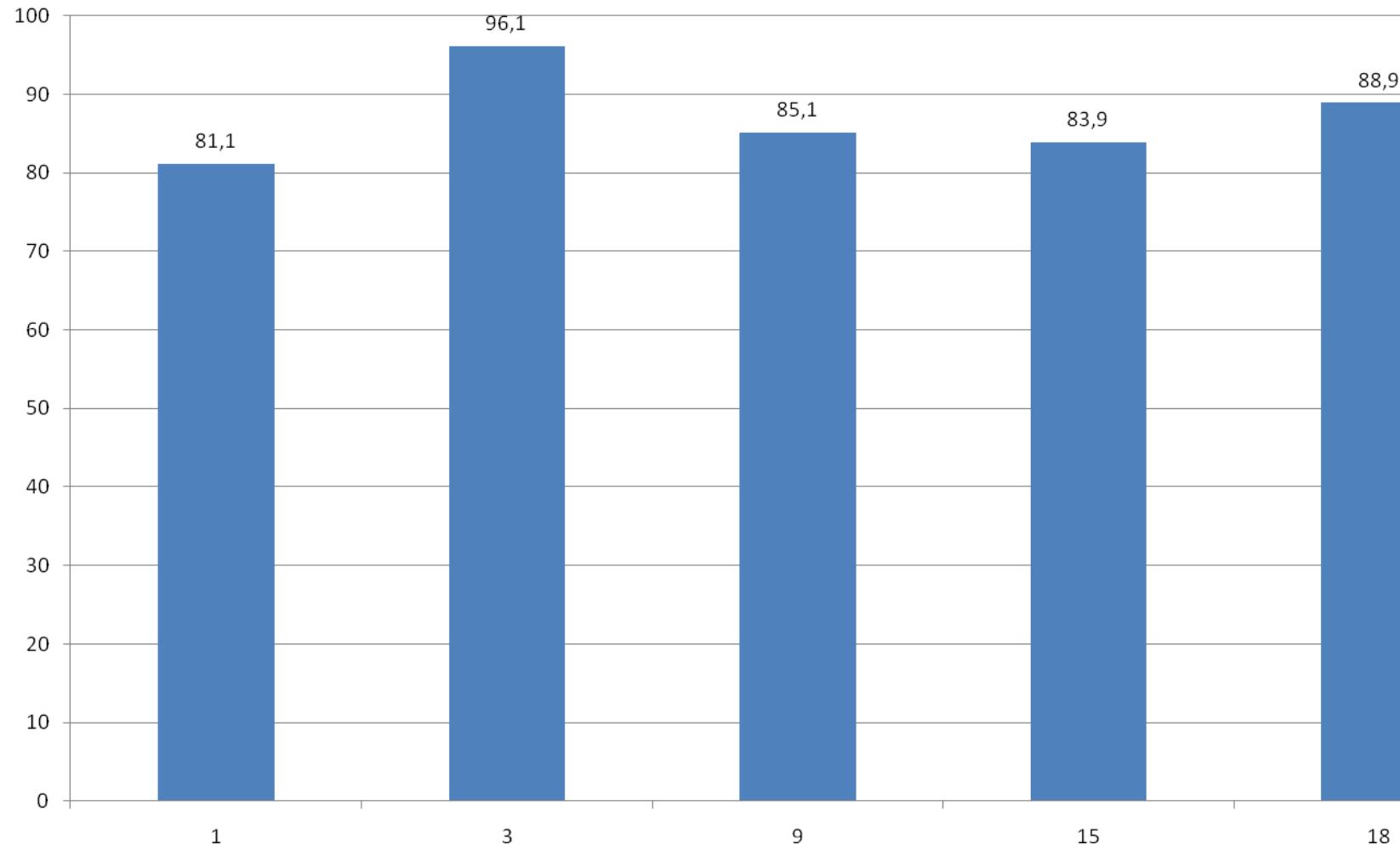
Vraag 11: begeleider kunnen kiezen



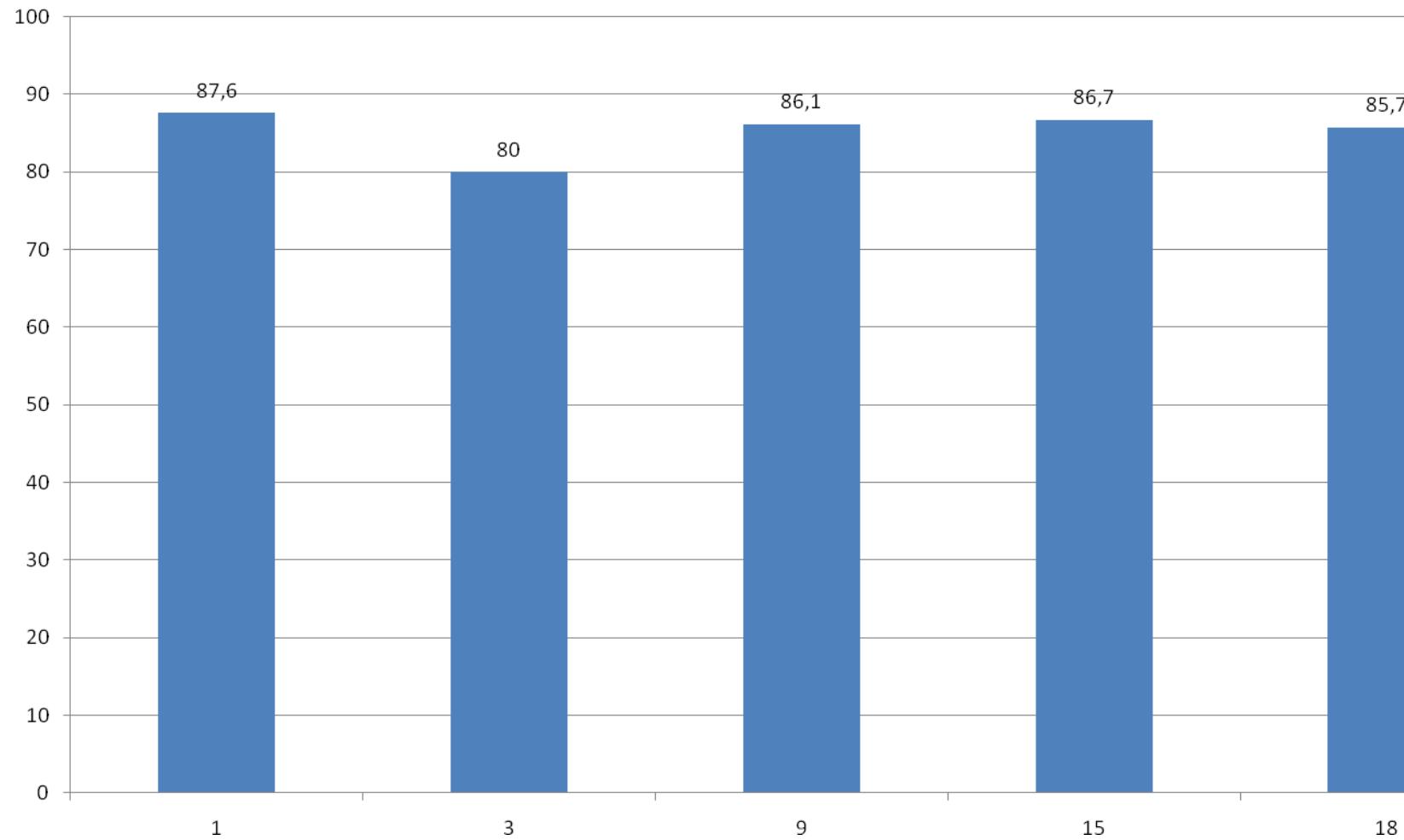
Vraag 12: keuze voor betrekken familie



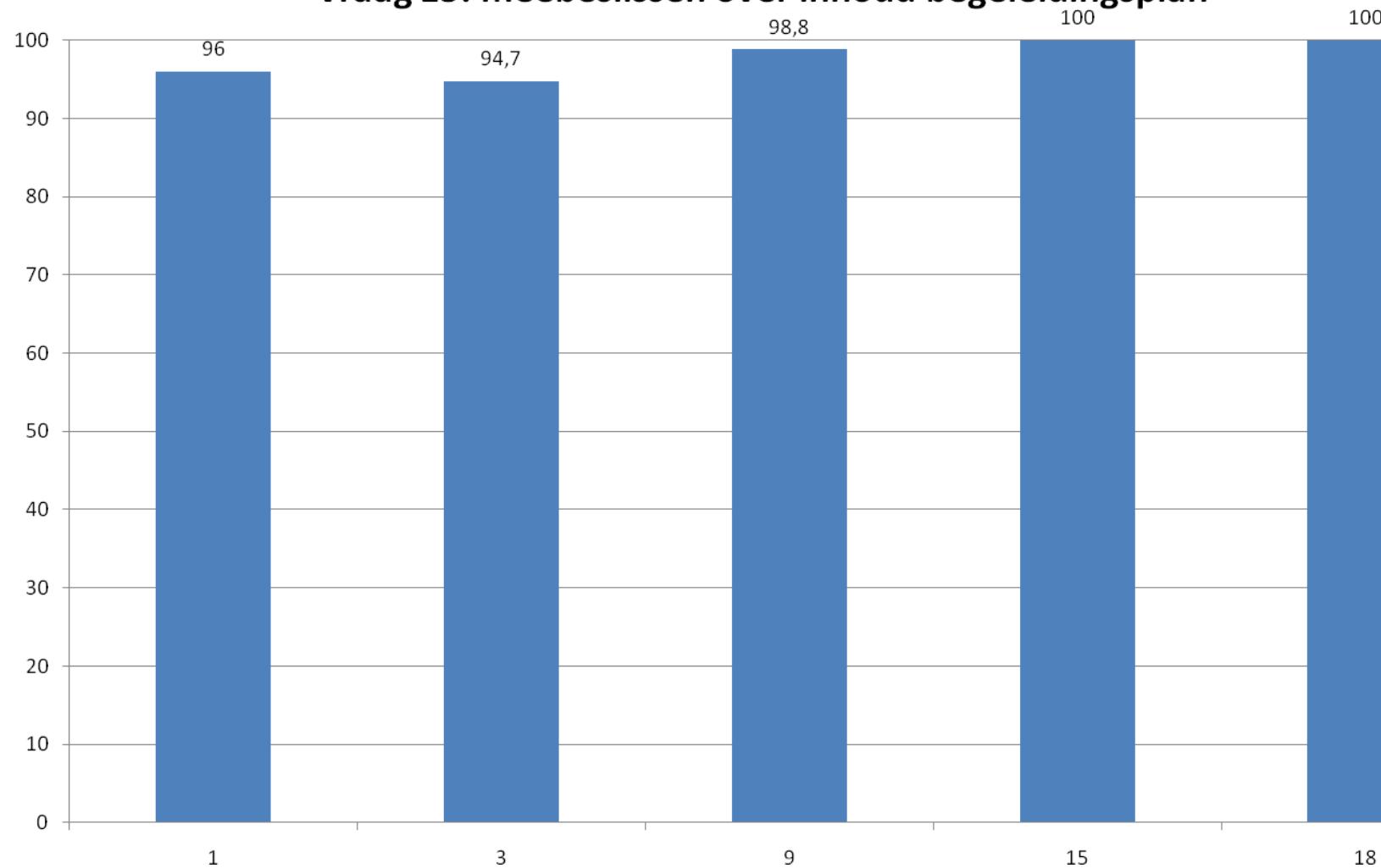
Vraag 13: keuze voor locatie begeleidingsgesprekken



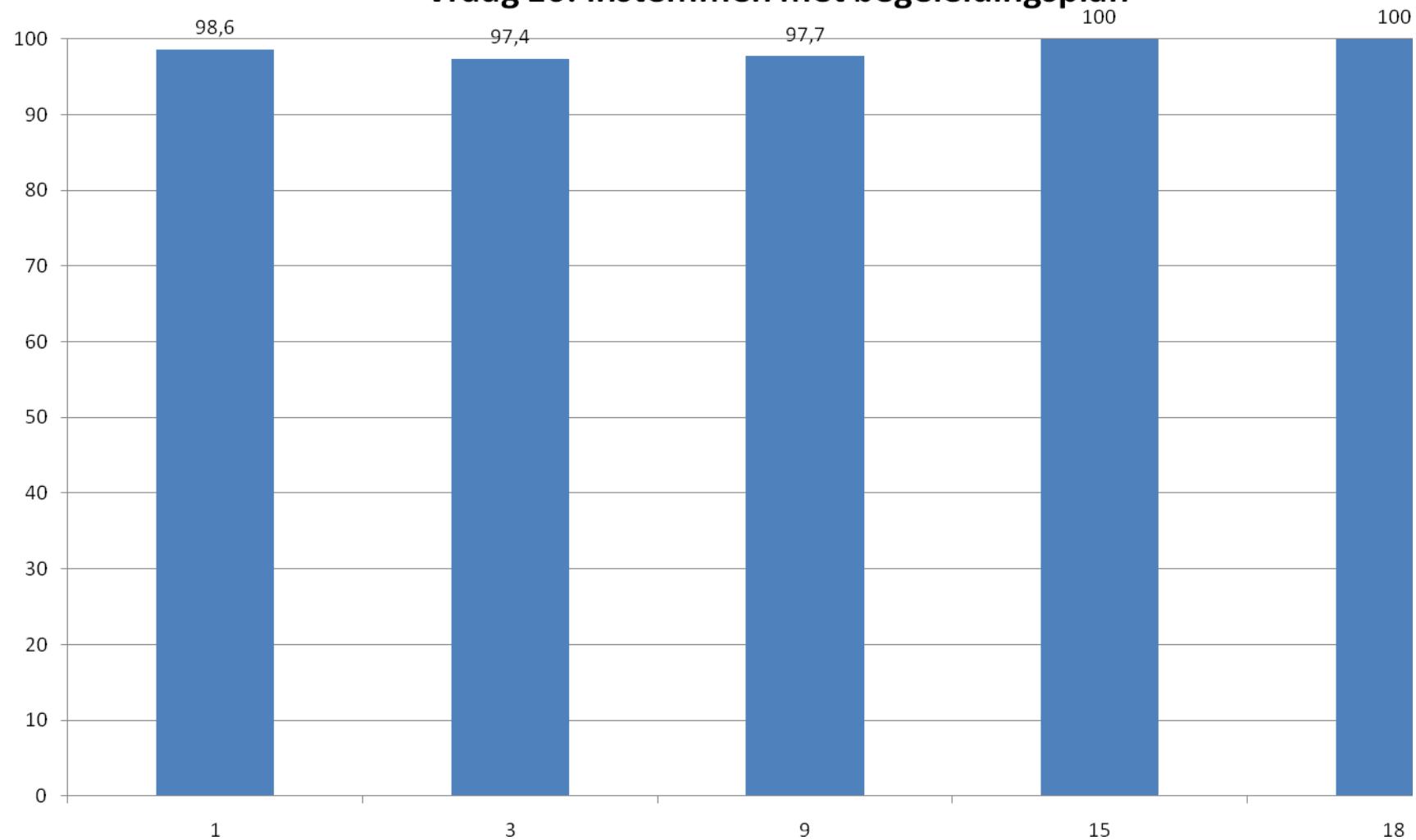
Vraag 14: begeleidingsplan



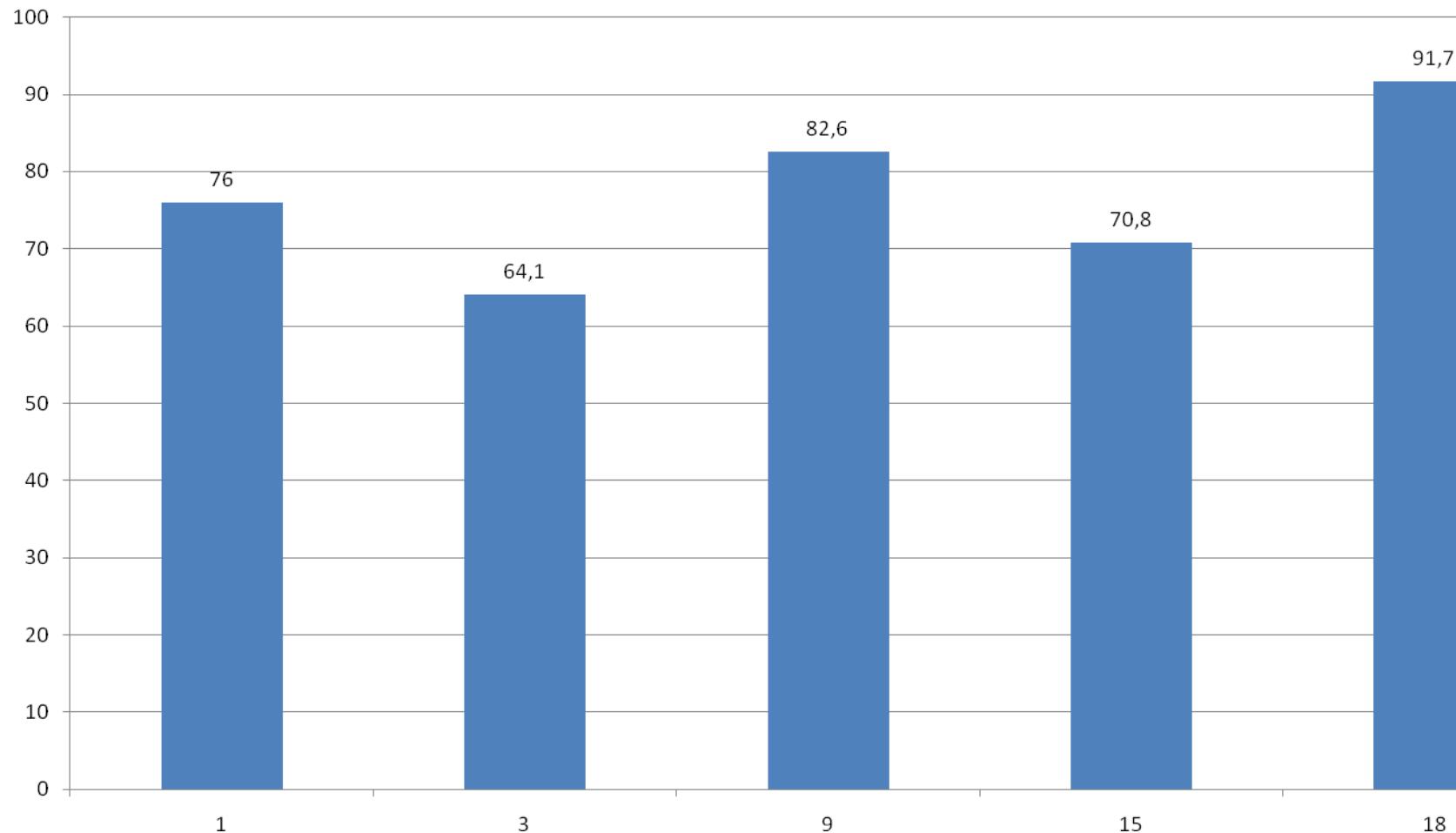
Vraag 15: meebeslissen over inhoud begeleidingsplan



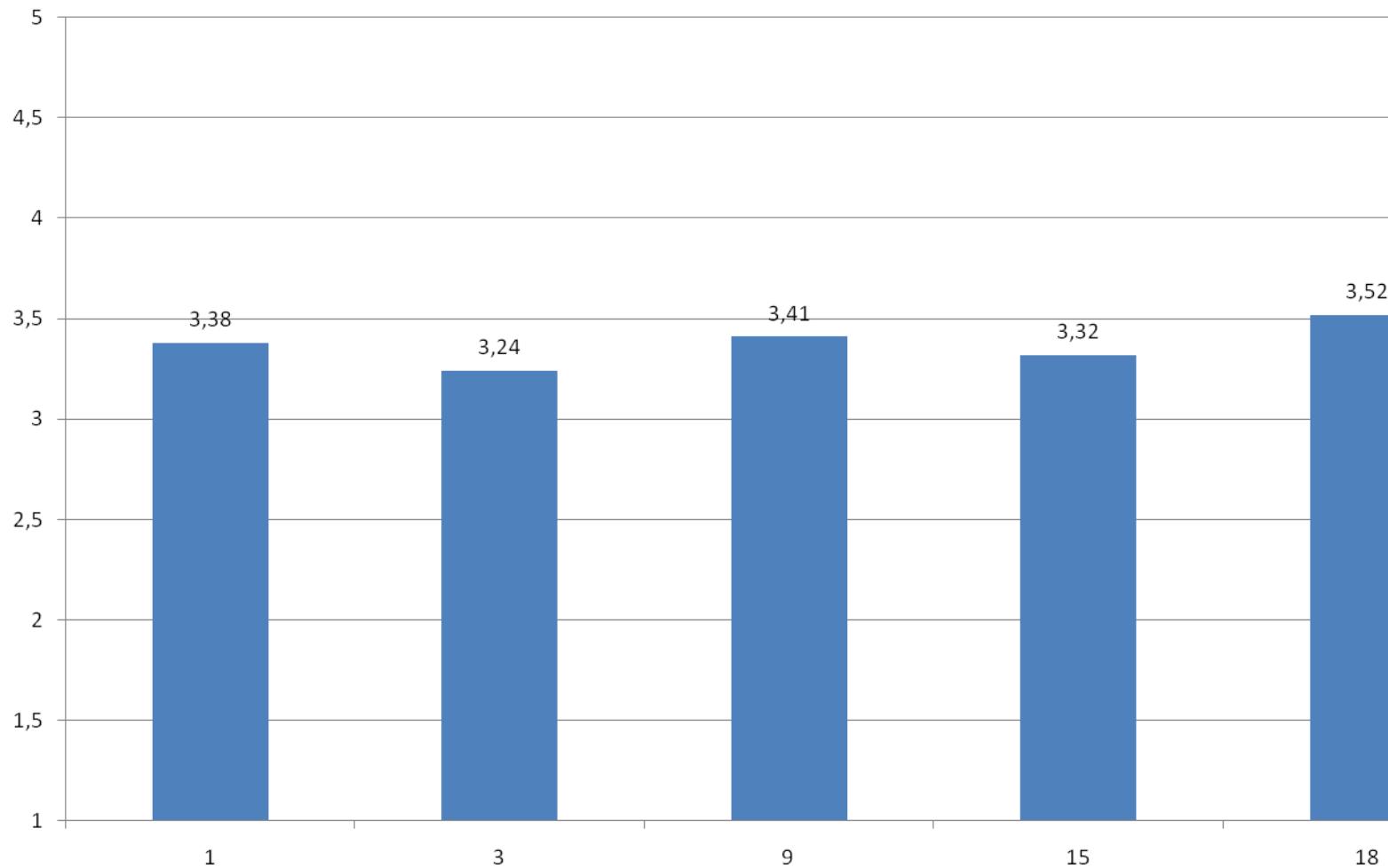
Vraag 16: instemmen met begeleidingsplan



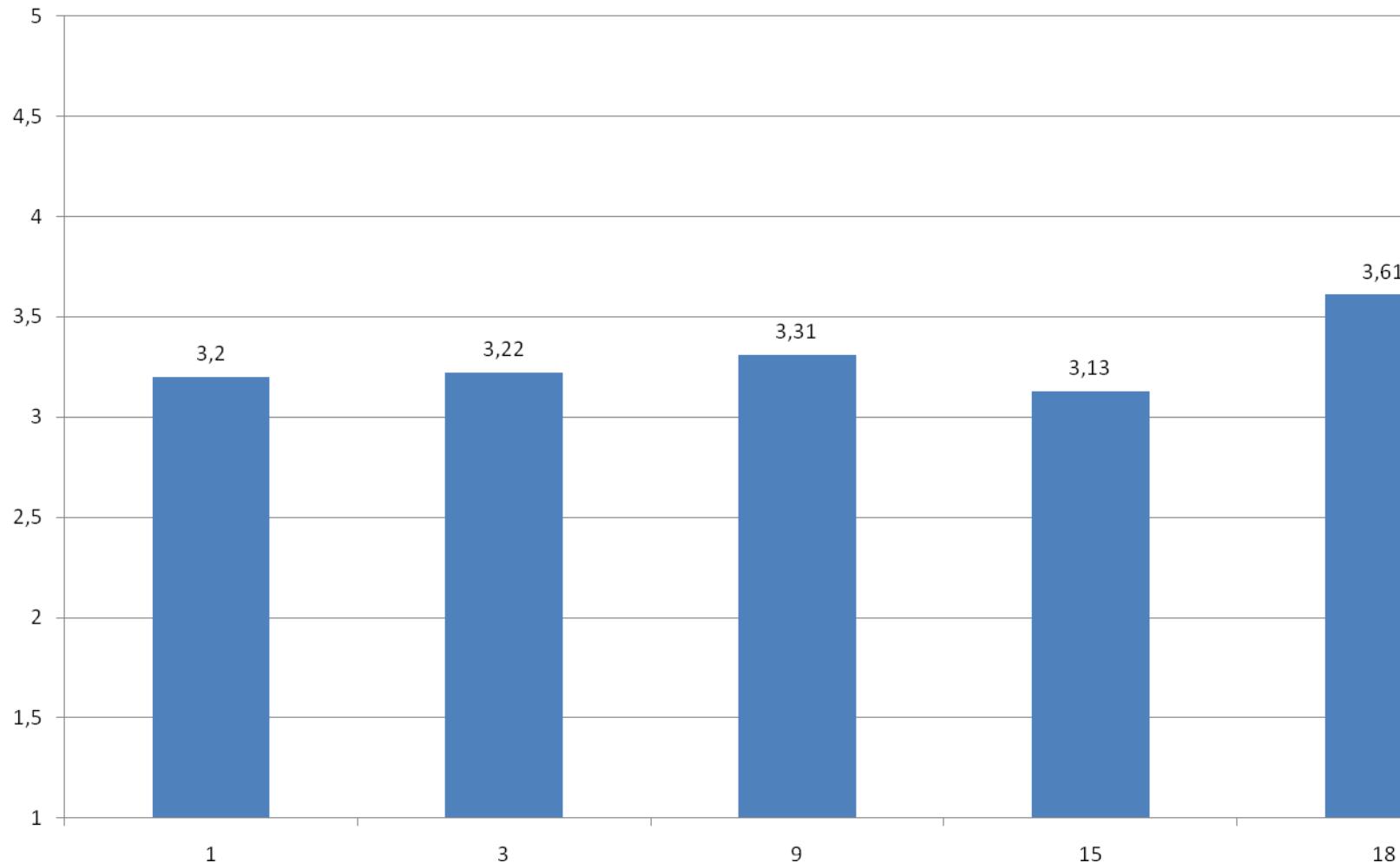
Vraag 17: begeleidingsplan binnen een jaar bijgesteld



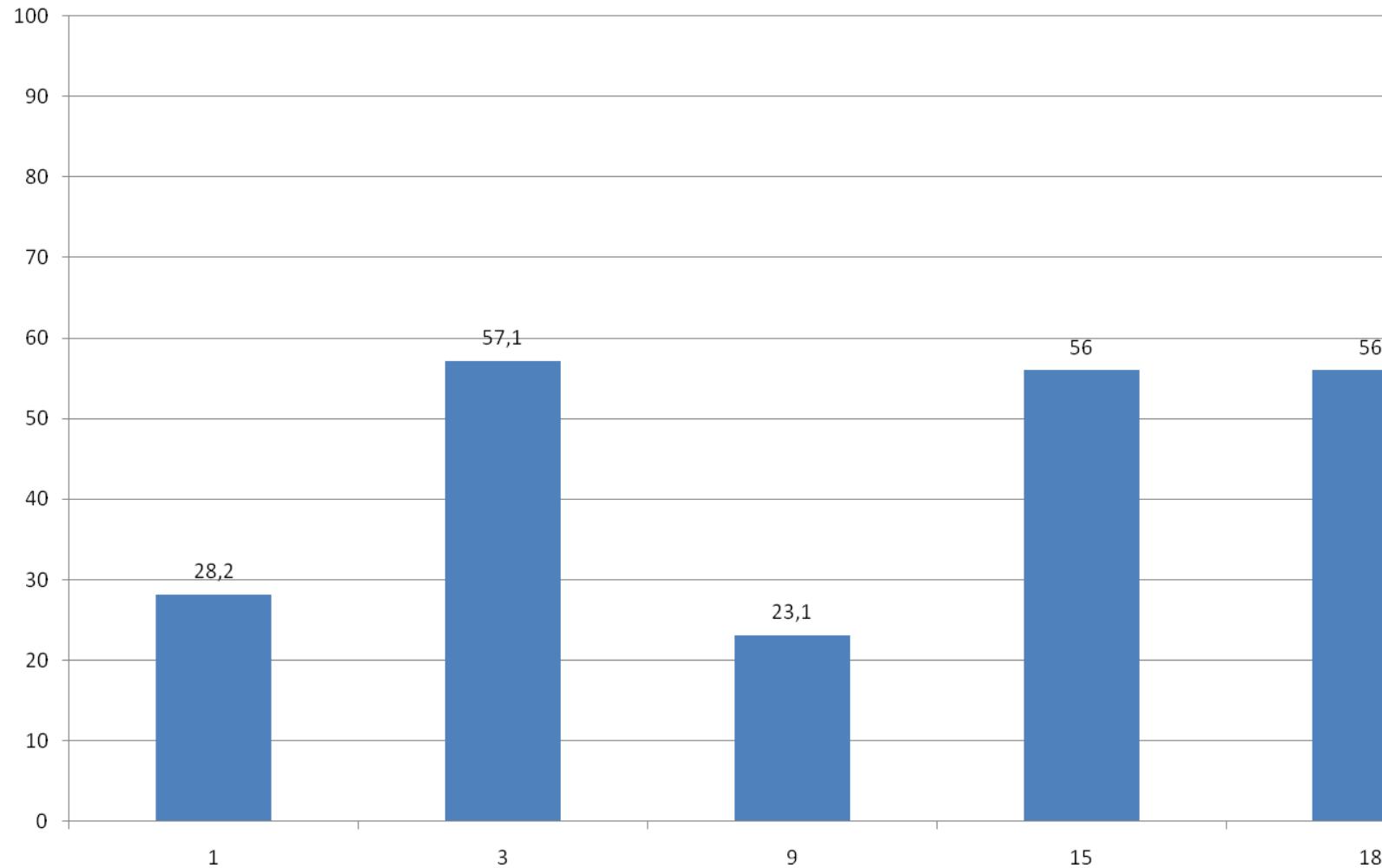
Vraag 28: stimuleren dagactiviteiten



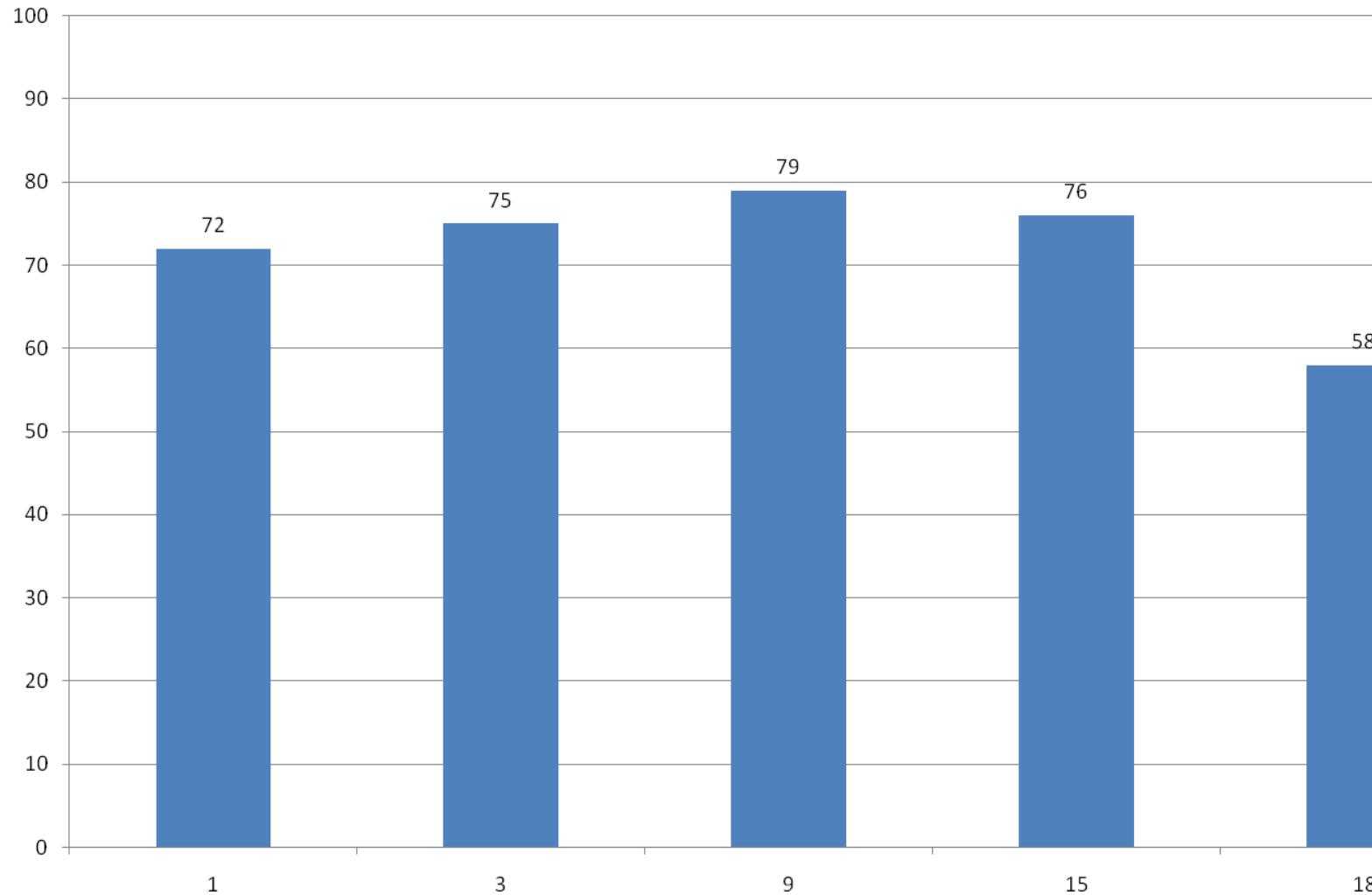
Vraag 29: stimuleren activiteiten buitenhuis



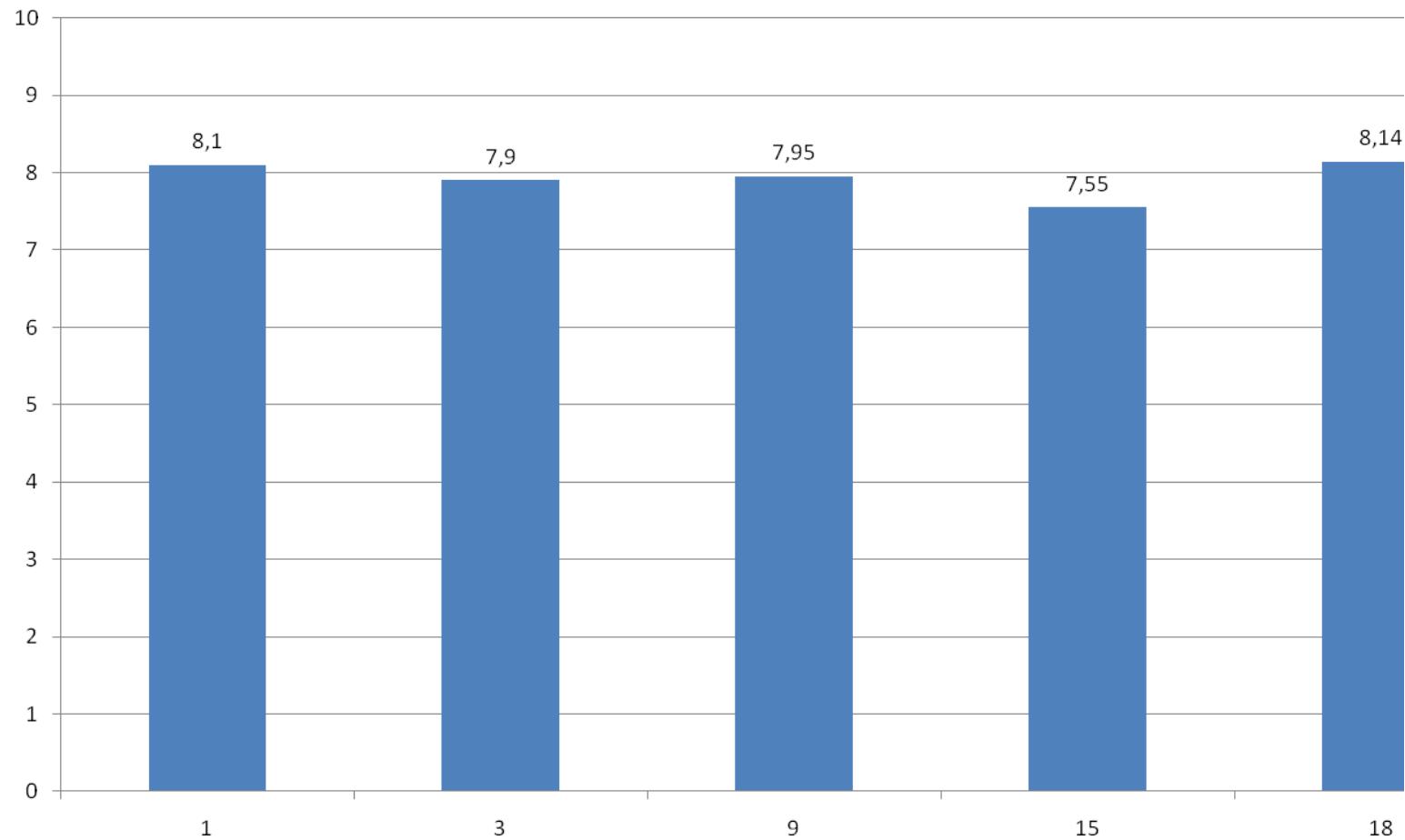
Vraag 30: cursus voor herstel



Vraag 32: toestemming voor delen informatie



Vraag 36: rapportcijfer



Vraag 37: aanraden aan derden

