

Quality Qube
Buntinx

training & consultancy



ONDERSTEUNT EN ADVISEERT

**Uitkomsten onderzoek naar
kwaliteitservaringen
met de Quality Qube**

Stichting Breder

januari – maart 2016



Publicatie van (delen van) deze rapportage is toegestaan met bronvermelding.

Over Facit

Facit is opgericht in 2000 door zorgaanbieders in de provincie Noord-Holland. Facit is een stichting zonder winstoogmerk met als doelstelling om tegen kostprijs kwalitatief goede ondersteuning te bieden aan organisaties voor zorg en welzijn.

Onze klanten waarderen ons om onze pragmatische en flexibele manier van werken en onze persoonlijke benadering. Bij een groot aantal organisaties is inmiddels ervaring opgedaan met cliëntparticipatie in het algemeen en het uitvoeren van cliëntenraadplegingen in het bijzonder. Sinds 2007 heeft Facit van meer dan 100.000 cliënten de ervaringen in kaart gebracht. Facit conformeert zich aan de internationale gedragscodes voor marktonderzoek van Esomar en WAPOR, is geaccrediteerd als officieel CQI-meetbureau en door Buntinx Training en Consultancy erkend als officieel meetbureau van de Quality Qube. Facit werkt niet met onderaannemers en voert alle onderdelen van de cliëntenraadplegingen in eigen beheer en met eigen medewerkers uit.

Publicatie van (delen van) deze rapportage is toegestaan met bronvermelding.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	5
1 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg	7
1.1 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg	7
1.2 Het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg	7
1.3 Een nieuwe manier van meten	7
1.4 Cliëntervaringsinstrument: Quality Qube	8
2 Quality Qube bij Stichting Breder.....	9
2.1 Stichting Breder.....	9
2.2 Start van het onderzoek en opstellen van de vragenlijst.....	9
2.3 Doelgroep	9
2.4 Informatievoorziening	9
2.5 Dataverzameling	10
2.6 Respons.....	10
3 Uitkomsten cliënten	13
3.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst.....	13
3.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator	16
3.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst	17
4 Uitkomsten cliënten woonlocaties.....	21
4.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst.....	21
4.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator	24
4.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst	25
5 Uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten	29
5.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst.....	29
5.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator	32
5.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst	33
6 Uitkomsten medewerkers	37
6.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst.....	37
6.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator	40
6.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer	41
7 Samenvatting	44
7.1 Samenvatting uitkomsten cliënten	44
7.2 Samenvatting uitkomsten cliënten woonlocaties.....	44
7.3 Samenvatting uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten	45
7.4 Samenvatting uitkomsten medewerkers	45
8 Kwaliteit-Verbeter-Kaart	46
Bijlagen	48
Bijlage 1: Overzicht kwaliteitsdimensies en literatuur verantwoording	50
Bijlage 2: Overzicht van indicatoren voor het kwantitatieve deel van de vragenlijst Stichting Breder.....	54
Bijlage 3: Deel IV Overzicht van indicatoren van de vragenlijst Stichting Breder	55
Bijlage 4: Hoe omgaan met de Kwaliteit-Verbeter-Kaart voor Stichting Breder?	56

Inleiding

Facit heeft voor Stichting Breder een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteitsservaringen van cliënten, medewerkers en vertegenwoordigers van cliënten. Dit onderzoek is uitgevoerd met de Quality Qube, een door VGN erkend instrument uit de waaier, dat ontwikkeld is door Buntinx Training & Consultancy.

In hoofdstuk 1 wordt de visie op goede zorg en ondersteuning weergegeven, zoals vastgelegd in het kwaliteitsdocument gehandicaptenzorg en de ontwikkeling van het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Binnen de context van deze visie en ontwikkeling vindt het onderzoek naar kwaliteitsservaringen met de Quality Qube plaats.

Hoofdstuk 2 beschrijft de gang van zaken rondom de Quality Qube in Stichting Breder. Beschreven wordt hoe het onderzoek naar kwaliteitsservaringen, de informatievoorziening en dataverzameling zijn verlopen en de respons van het onderzoek wordt weergegeven. Aan het eind van hoofdstuk 2 wordt een leeswijzer voor de uitkomsten in deze rapportage gepresenteerd.

In hoofdstuk 3, 4 en 5 worden de uitkomsten van het onderzoek met de Quality Qube gerapporteerd, in hoofdstuk 6 een samenvatting van het onderzoek en in hoofdstuk 7 wordt de Kwaliteit-Verbeter-Kaart weergegeven.

In vier bijlagen worden vervolgens een aantal overzichten gepresenteerd:

- In bijlage 1 een overzicht van de drie dimensies Kwaliteit van Dienstverlening met bijhorende domeinen en een literatuuroverzicht.
- In bijlage 2 een overzicht van de indicatoren voor het kwantitatieve deel van de vragenlijst (deel I, II en III)
- In bijlage 3 de vragen uit deel IV.
- In bijlage 4 treft u tot slot een instructie voor Kwaliteit-Verbeter-Kaarten aan.

Facit, Velsen-Noord,
Sabine van Pelt
april 2016

1 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

1.1 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is ontwikkeld vanuit het visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2007) dat door het gezamenlijke veld is geformuleerd en gepubliceerd. De begrippen 'eigen regie' en 'kwaliteit van bestaan van cliënten' vormen de basis van deze visie. De visie is in het kwaliteitskader uitgewerkt in acht domeinen die volgens Schalock en Verdugo relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangen. Daarnaast worden er vier randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning onderscheiden: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid (fysieke veiligheid, sociale en emotionele veiligheid), kwaliteit van medewerkers en organisatie en samenhang in zorg en ondersteuning¹.

De publicatie van het visiedocument was slechts de eerste fase. Daarna zijn indicatoren en meetmethoden en –instrumenten ontwikkeld. Het meten van de kwaliteit geeft inzicht in de huidige stand, maar geeft ook aan wat er verbeterd moet worden.

1.2 Het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Eind 2010 besluit de VGN een nieuwe impuls te geven aan de verbetering van de kwaliteit van zorg en ondersteuning door een nieuwe werkwijze van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te ontwikkelen. Deze nieuwe werkwijze is gebaseerd op het visiedocument uit 2007 maar kiest een andere manier van meten; verbeter- en verantwoordingsinformatie wordt gebruikt volgens het principe *pas toe en leg uit*. Dit betekent dat een organisatie een score moet kunnen verklaren en dat in dialoog met betrokken partijen wordt bekeken of en welke verbeteracties wenselijk, mogelijk en relevant zijn.

Uitgaande van het visiedocument uit 2007 wordt het zorg- en ondersteuningsplan als vertrekpunt gehanteerd en informatie gegenereerd op het niveau van de individuele cliënt. Zo komend de aspecten van goede zorg en ondersteuning die betrekking hebben op de relatie tussen zorgverlener en cliënt ook tot uitdrukking. Door kwaliteitservaringen zowel kwantitatief als kwalitatief te gaan meten wordt recht gedaan aan de grote diversiteit van doelgroepen en functies binnen de gehandicaptenzorg. Het meten aan de bron betekent een korte leer- en verbetercyclus en daarmee een snellere kwaliteitsverbetering. Verantwoorden geschiedt in het verlengde van verbeteren².

Hoe dit Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg er precies uit ziet, wordt beschreven in een nieuw visiedocument, het visiedocument 2.0.

1.3 Een nieuwe manier van meten

Drie pijlers vormen het fundament van de nieuwe wijze van vaststellen van kwaliteit:

- Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau
- Pijler 2: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau (2A) en cliëntervaringsgegevens (2B)
- Pijler 3: gegevens over de relatie tussen cliënt en professional

Pijler 1 richt zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorg-voorwaardelijke thema's: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en organisatie en belangen. Pijler 1 wordt aan het begin van elk kalenderjaar gemeten met een vragenlijst.

Ook pijler 2A richt zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorg-voorwaardelijke thema's. Binnen deze pijler is er onderscheid tussen drie vaste thema's voor jaarlijkse uitvraag (veiligheid, vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid) en een thema dat de Stuurgroep jaarlijks vaststelt. De Stuurgroep kiest uit de thema's lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en gedrag.

¹ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2007

² Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0

In pijler 2B staat het meten van cliëntervaringen centraal. Dit is gekoppeld aan de zorg- en ondersteuningsplancycclus. Instellingen kiezen uit een waaier van cliëntervaringsinstrumenten om cliëntervaringen te meten voor verbeterinformatie. Pijler 2B richt zich met name op de domeinen van kwaliteit van bestaan.

Bij pijler 3 staat de vraag centraal op welke wijze een organisatie aan het reflecteren op en optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional cliëntervaringen zodanig dat er een positieve bijdrage geleverd wordt aan de doelstellingen van cliënt, professional en organisatie en systematisch aandacht is voor de essentiële elementen van de relatie tussen cliënt en professional (vertrouwen, waardering, consistentie, nakomen afspraken, ontwikkeling/ontplooiing, respecteren, kennen, elkaar helpen, ruimte voor initiatief, eigen regie van de cliënt, verbinding, er zijn voor de ander). Het gaat in pijler 3 om verdieping en een verbeterslag ten opzichte van de andere pijlers. Er zijn (nog) geen vastgesteld instrumenten beschikbaar gesteld.

1.4 Cliëntervaringsinstrument: Quality Qube

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren ontwikkelde Buntinx Training & Consultancy in 2006 de methode Onderzoek KwaliteitsErvaringen in de Langdurende Zorg (OKE-LZ Quality Qube). De methode is opgenomen in de waaier van VGN met cliëntervaringsinstrumenten.

In september 2014 tekenden Facit en Buntinx Training & Consultancy een overeenkomst, die het Facit mogelijk maakt onderzoeken naar kwaliteitservaringen met de Quality Qube uit te voeren.

De Quality Qube beschouwt zorg niet als het 'product' van een zorgleverancier maar als interactieve dienstverlening, gericht op het behalen van voor de cliënt waardevolle uitkomsten. Aan de Quality Qube ligt een gevalideerd model ten grondslag wat garandeert dat alle belangrijke kwaliteitsdomeinen aan bod komen zodat een valide, betrouwbaar en onafhankelijk beeld van de kwaliteit van de zorgprestaties ontstaat. De eigen visie van de organisatie en de eigen waarden van cliënten worden binnen de methode Quality Qube gerespecteerd en voor de onderzoeken naar kwaliteitservaringen worden uitsluitend die indicatoren gebruikt die voor betrokken organisatie (gezien doelgroep, functies en prioriteiten) relevant zijn.

De uitkomsten van een onderzoek naar kwaliteitservaringen met de Quality Qube worden verwerkt op drie niveaus:

- **Kwaliteit-Verbeter-Kaarten** geven op teamniveau op één A-vier een helder en concreet overzicht van de positieve ervaringen en verbeterpunten met betrekking tot de prestaties van het team. Een Kwaliteit-Verbeter-Kaart kan direct worden gebruikt als startpunt van een Plan-Do-Check-Act verbetercycclus.
- **Kwaliteitsprofielen** laten per organisatieonderdeel zien op welke domeinen de kwaliteit als positief wordt ervaren en op welke domeinen verbetering mogelijk is. Zij laten ook zien hoe kwaliteitsbelevingen eventueel van elkaar verschillen. Kwaliteitsprofielen worden geleverd op niveau van onderdelen van een voorziening en/of van regio's.
- De **managementrapportage** vat de conclusies op organisatieniveau samen en doet aanbevelingen voor het strategisch beleid van de organisatie.

Doordat in de rapportages van onderzoeken naar kwaliteitservaringen met de Quality Qube zowel de zienswijzen van cliënten, familieleden als begeleiders verwoord zijn, blijken deze in de praktijk heel herkenbaar, waardoor het draagvlak voor verbeteracties groot is.

2 Quality Qube bij Stichting Breder

2.1 Stichting Breder

Stichting Breder is een zorgaanbieder die hulp biedt aan kinderen, tieners, volwassenen en gezinnen. Deze hulp is voor een cliënt of iemand uit het gezin die een beperking of psychische problemen heeft.

Stichting Breder biedt vier typen zorg:

- Ambulante ondersteuning (begeleiding individueel)
- Begeleid wonen
- Begeleiding groep en tijdelijk verblijf (begeleiding groep)
- Praktische pedagogische gezinsbegeleiding (PPG)

2.2 Start van het onderzoek en opstellen van de vragenlijst

Het onderzoek is gestart met een gesprek met het management van Stichting Breder op 13 november 2015. In dit gesprek zijn de relevante onderwerpen voor het kwaliteitsonderzoek bij Stichting Breder aan de orde geweest.

Deze onderwerpen zijn naast de domeinen en indicatoren van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (Visiedocument VGN) en het Kwaliteitskader van de Quality Qube gelegd.

Op deze wijze is een lijst met 24 indicatoren tot stand gekomen. De indicatoren zijn vertaald naar een vragenlijst met stellingen, die alle domeinen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg dekt.

De 24 vragen waren als volgt verdeeld:

- 10 vragen met betrekking tot 'Inhoudelijke aspecten' (deel I),
- 8 vragen met betrekking tot 'Voorwaardenscheppende aspecten' (deel II)
- 6 vragen met betrekking tot 'Relationele aspecten' (deel III) van ondersteuning.

Een overzicht van deze indicatoren staat in bijlage 2.

In het laatste onderdeel van de vragenlijst (deel IV) werd aan de respondent gevraagd twee rapportcijfers te geven, één voor de algemene kwaliteit van de zorg zoals de respondent die ervaart en één voor het ervaren van de kwaliteit van de begeleiders. Deze tweede vraag is niet opgenomen in de vragenlijst voor medewerkers. Daarnaast zijn er twee open vragen gesteld, waarin de respondent in eigen woorden onderwerpen kon noemen waarover hij/zij tevreden was respectievelijk waarvan hij/zij vindt dat de prestaties van Stichting Breder, beter kunnen of moeten zijn. Een overzicht van deze vragen staat in bijlage 3.

2.3 Doelgroep

De doelgroep voor het kwaliteitsonderzoek met de Quality Qube bij Stichting Breder bestond uit alle cliënten van 16 jaar en ouder, vertegenwoordigers van alle cliënten en medewerkers van Stichting Breder.

2.4 Informatievoorziening

De betreffende cliënten, vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers zijn voorafgaand aan de start van het onderzoek door Stichting Breder schriftelijk geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de wijze waarop het onderzoek zou gaan plaatsvinden.

2.5 Dataverzameling

Voor de drie doelgroepen, cliënten van 16 jaar en ouder, vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers is dezelfde vragenlijst gebruikt.

De vragenlijsten voor cliënten zijn 6 januari 2016 naar alle locaties verzonden. Een interviewer/medewerker van Stichting Breder is met de cliënten in gesprek gegaan aan de hand van de vragenlijst en heeft zoveel mogelijk vragen ingevuld.

De vragenlijsten voor vertegenwoordigers van cliënten zijn 6 januari 2016 naar alle locaties verzonden. De vertegenwoordigers hebben de vragenlijst zelfstandig ingevuld. Indien nodig is een interviewer/medewerker van Stichting Breder met de vertegenwoordiger in gesprek gegaan aan de hand van de vragenlijst en heeft zoveel mogelijk vragen ingevuld.

Medewerkers ontvingen op 12 januari 2016 een uitnodiging tot deelname via de mail en werden verzocht de vragenlijst online in te vullen.

In de delen I, II en III van de vragenlijst zijn voor alle 24 indicatoren stellingen geformuleerd, waarbij aan respondenten gevraagd werd om aan te geven in welke mate deze stelling voor de betrokken cliënt(en) van toepassing was. Voor cliënten werd hierbij gebruik gemaakt van drie antwoord categorieën (driepuntsschaal). Vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers konden gebruik maken van vijf antwoord categorieën (vijfpuntsschaal). Aan alle respondenten is gevraagd in de antwoorden de eigen waarderings en ervaringen met de zorg en ondersteuning zo goed als mogelijk weer te geven.

In deel IV van de vragenlijst werd gevraagd naar een algemeen oordeel in de vorm van een rapportcijfer en werd gelegenheid geboden om in eigen woorden aan te geven wat men positief waardeert in de huidige ondersteuning respectievelijk wat voor verbetering vatbaar is.

2.6 Respons

Er zijn 110 cliënten van 16 jaar en ouder benaderd om deel te nemen aan het onderzoek met de Quality Qube middels een interview. 49 cliënten hebben de vragenlijst ingevuld. Dit betreft 22 cliënten bij de woonlocaties en 27 overige cliënten. Deze uitsplitsing is ook terug te vinden in de rapportage. De totale respons voor het onderzoek onder cliënten is 45%.

Er zijn 110 vertegenwoordigers van cliënten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek met de Quality Qube. 44 vertegenwoordigers hebben de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Opgemerkt dient te worden dat er verschillende vertegenwoordigers meerdere cliënten vertegenwoordigen.

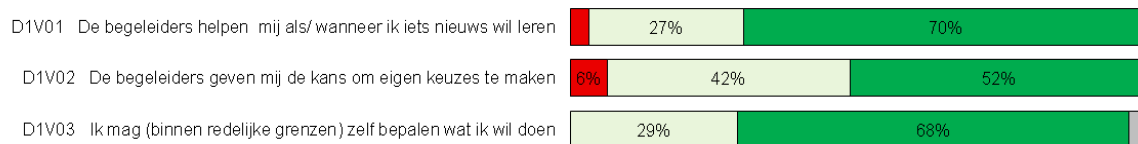
In totaal zijn er aan 39 medewerkers een uitnodiging tot deelname aan het onderzoek gestuurd. 32 medewerkers hebben de vragenlijst online ingevuld. De respons voor het onderzoek onder medewerkers is daarmee 82,1%.

Rapportage en leeswijzer

Alle door Facit ontvangen vragenlijsten van cliënten zijn verwerkt in deze rapportage. Ook vragenlijsten waarop één of meerdere van de vragen niet zijn ingevuld, zijn door Facit verwerkt. De antwoorden op de gestelde vragen worden in staafdiagrammen gepresenteerd.

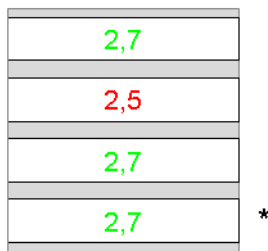
De staafdiagrammen van de vragen in deel I, II en III zien er als volgt uit:

■ Negatief 'helemaal niet tevreden' □ Neutraal 'gaat wel' ■ Positief 'heel tevreden' □ Weet niet/ niet van toepassing



Bovenin de grafiek staan de verschillende antwoordcategorieën die in het diagram voorkomen. Links van de staafdiagrammen zijn de indicatoren weergegeven. In de staven staat het percentage respondenten dat het betreffende antwoord heeft gegeven. Omdat dit afgeronde percentages zijn, kan het soms voorkomen dat ze opgeteld niet exact op 100% uitkomen.

□ gemiddelde = 2,5



De gemiddelde indicatorscore staat boven de meest rechtse grafiek:

Rechts naast de staafdiagrammen wordt de gemiddelde score van de betreffende indicator op de driepunten- (cliënten) of vijfpuntenschaal (vertegenwoordigers en medewerkers) weergegeven (minimum = 1/ maximum = 3). Hierbij is de categorie 'weet niet/ 'niet van toepassing' niet mee gerekend.

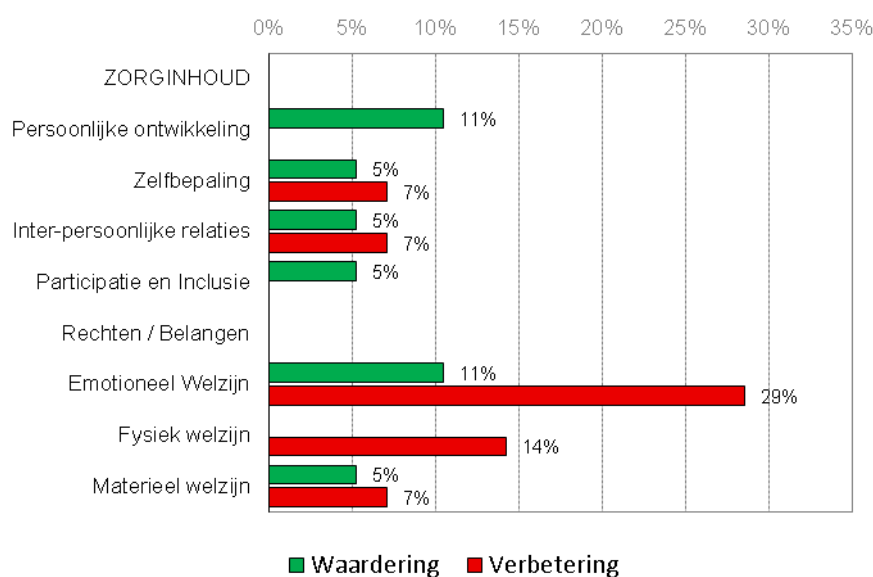
Uitkomsten die boven het gemiddelde liggen zijn groen. Uitkomsten die beneden het gemiddelde liggen zijn rood. Als aanvulling hierop wordt de statistische significantie van de verschillen scores bepaald. Wanneer een verschil significant is ($p < ,05$) betekent dit dat deze groter is dan op basis van toeval verwacht kan worden (bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%). De uitkomsten die statistisch significant zijn ten opzichte van het gemiddelde zijn met een sterretje gemarkeerd.

Aan het eind van het kwantitatieve deel van de uitkomsten worden de scores gepresenteerd in rangorde van hoogst naar laagst scorende indicator. Deze zien er als volgt uit:



Links van de staafdiagrammen zijn de indicatoren weergegeven, De nummering van de indicatoren kan twee of driemaal voorkomen omdat de indicatoren uit de verschillende delen zijn samengevoegd in één grafiek. In de staven staat de indicatorscore.

De grafiek van de open vragen in deel IV zien er als volgt uit:



Alle antwoorden op de open vragen zijn gecodeerd naar kwaliteitsdimensie (Zorginhoud – Zorgvoorwaarden – Zorgrelatie) en kwaliteitsdomein (bijlage 1). Deze staan links in de grafiek. Aan de hand van deze codes is het percentage weergegeven waarmee een domein werd genoemd, rechts van de staafdiagrammen.

Het totaal van de 'waardering' antwoorden is 100%. Het totaal van het aantal antwoorden 'voor verbetering vatbaar' is eveneens 100%. Omdat dit afgeronde percentages zijn, kan het soms voorkomen dat ze opgeteld niet exact op 100% uitkomen.

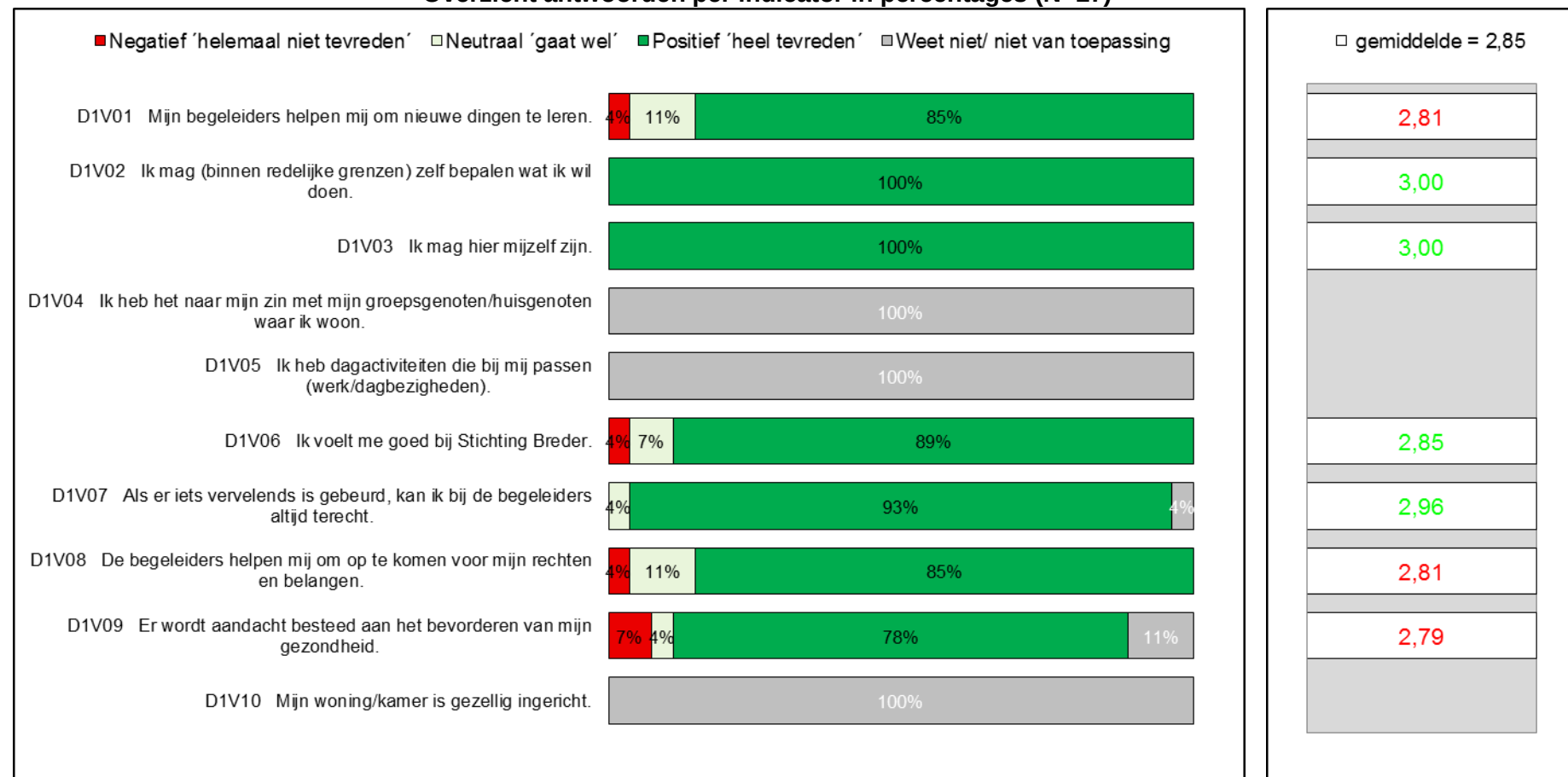
3 Uitkomsten cliënten

3.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

3.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren cliënten dat de geboden ondersteuning bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.

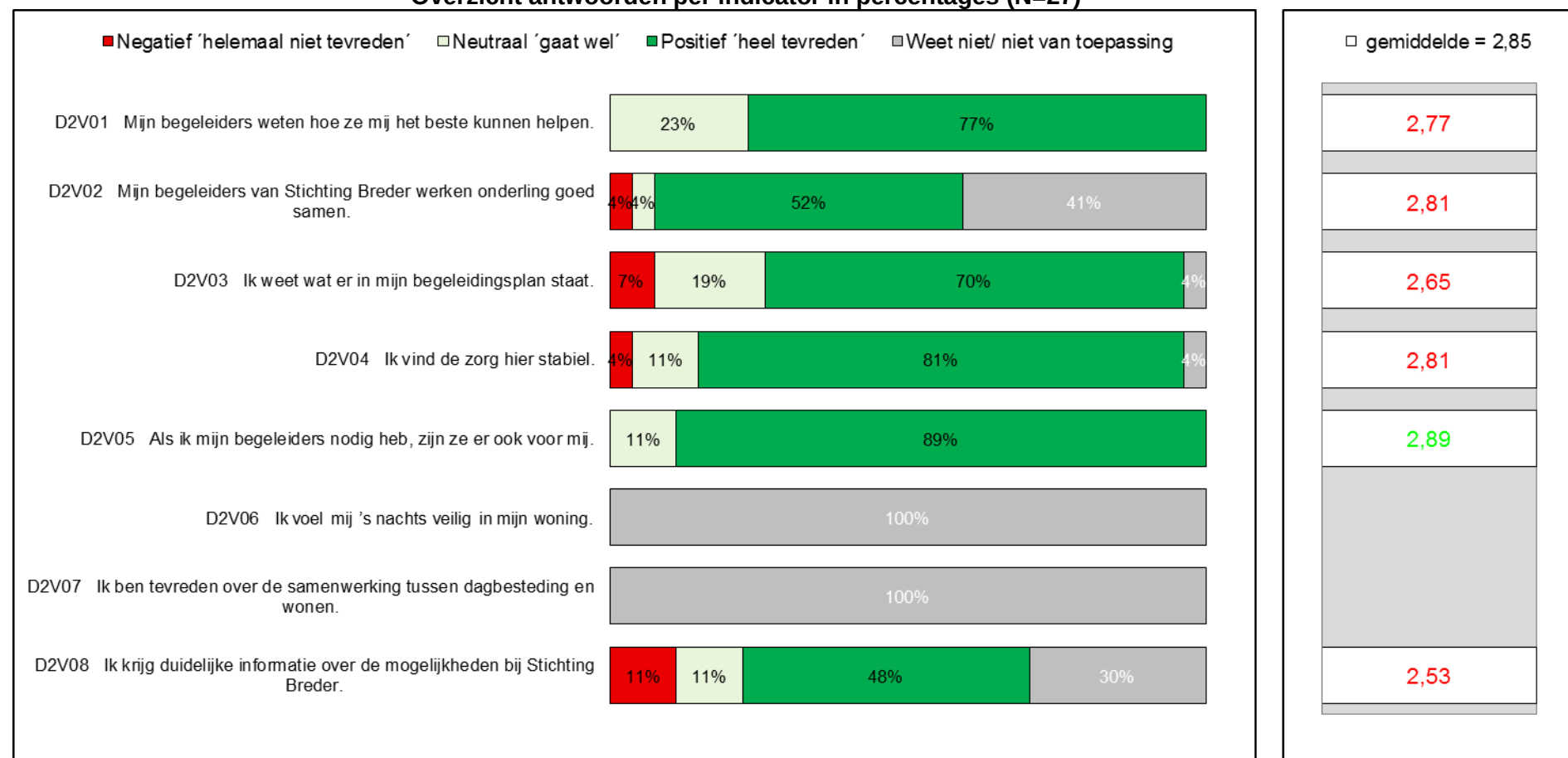
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=27)



3.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de teamsamenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .

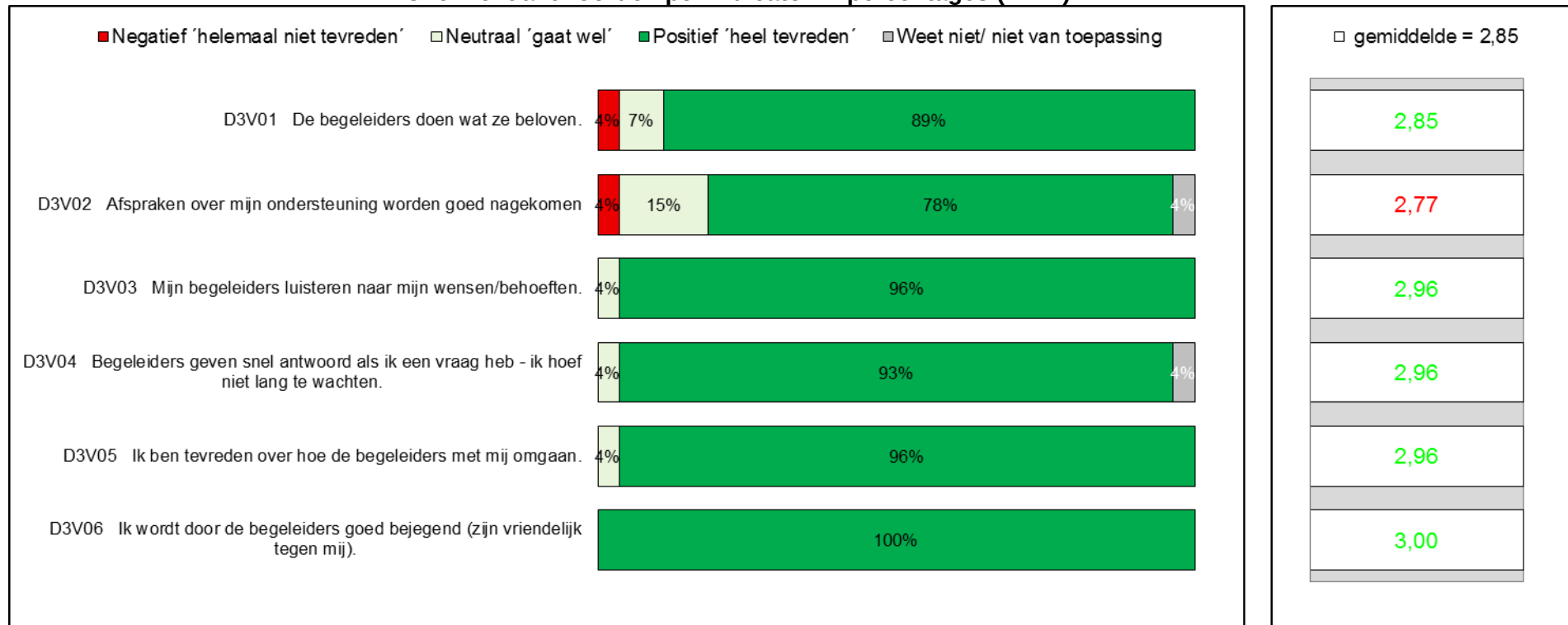
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=27)



3.1.3 Deel III Zorgrelatie

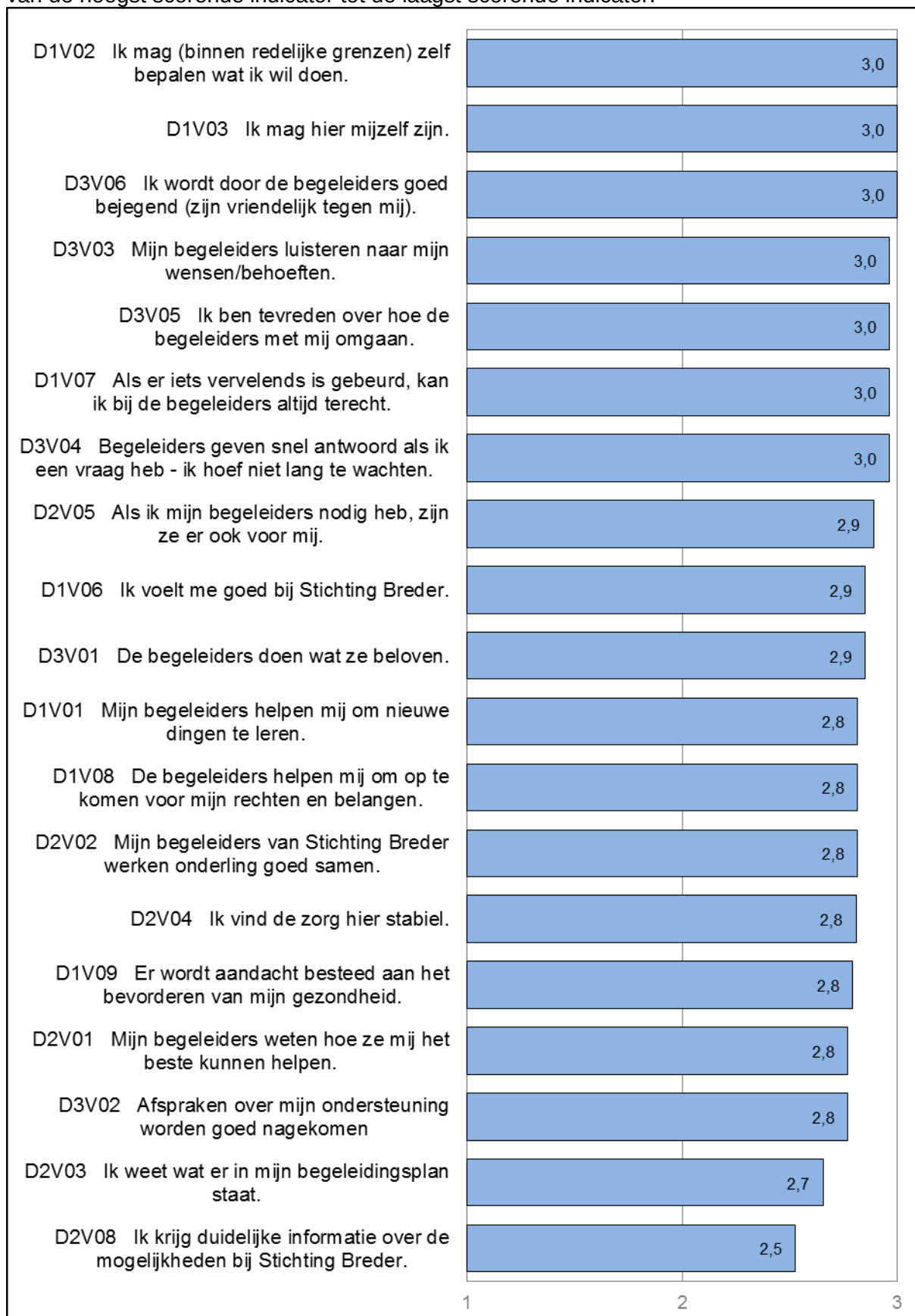
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers, genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=27)



3.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator

In onderstaande grafiek zijn alle indicatoren uit de drie domeinen (deel I, II en III) gerangschikt van de hoogst scorende indicator tot de laagst scorende indicator.

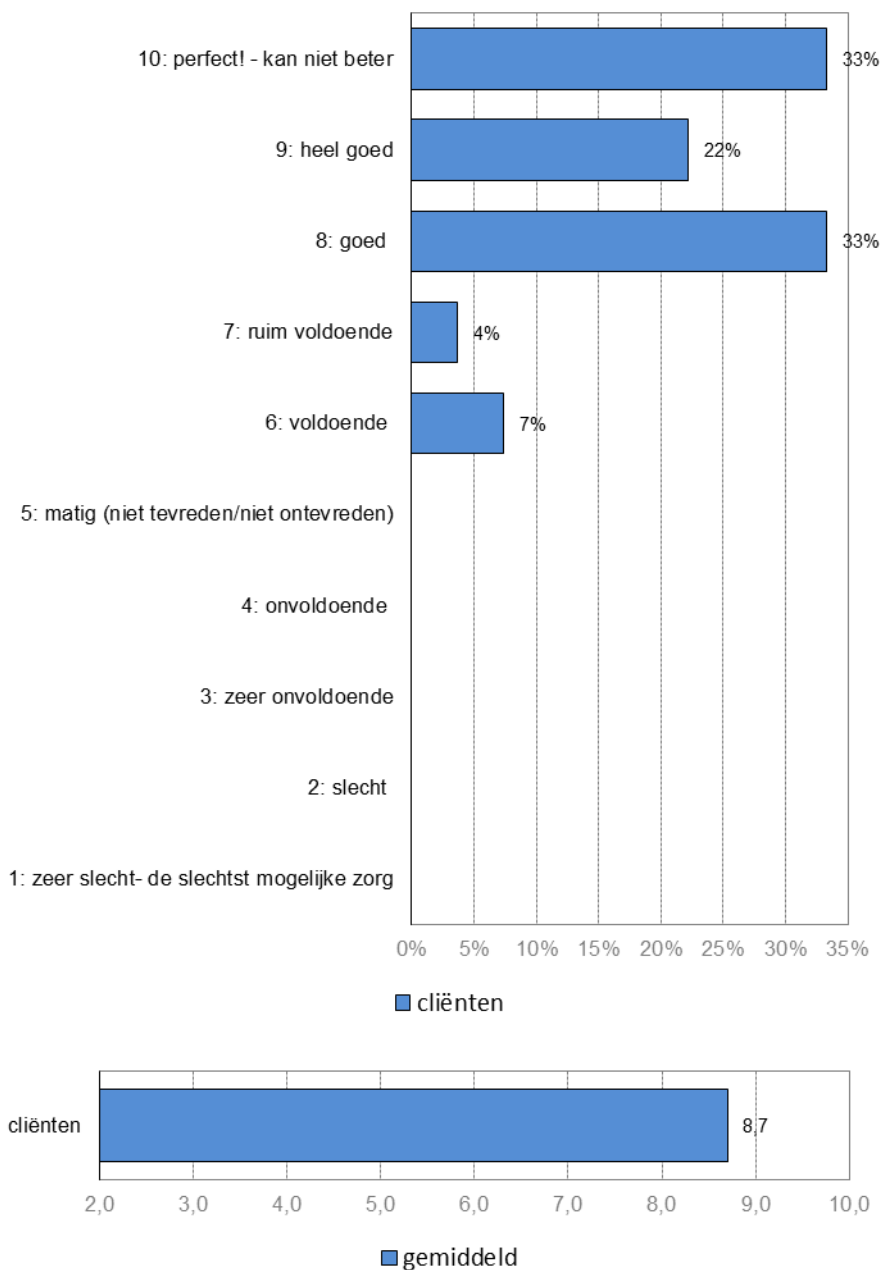


3.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst

3.3.1 Rapportcijfer

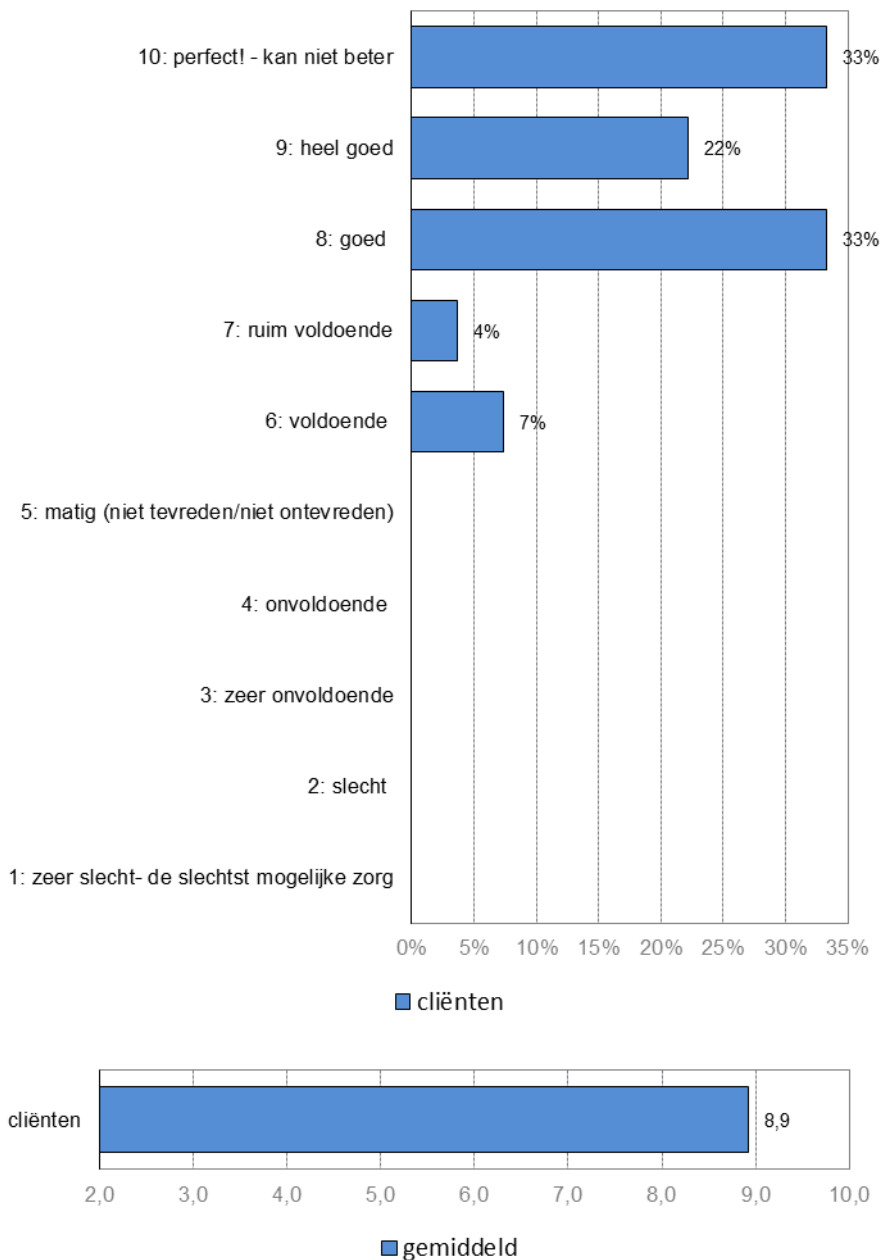
Aan de cliënten is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 6. Gemiddeld geven de cliënten de ondersteuning van Stichting Breder een **8,7**.

1. Hoe tevreden ben je over de kwaliteit van de ondersteuning?



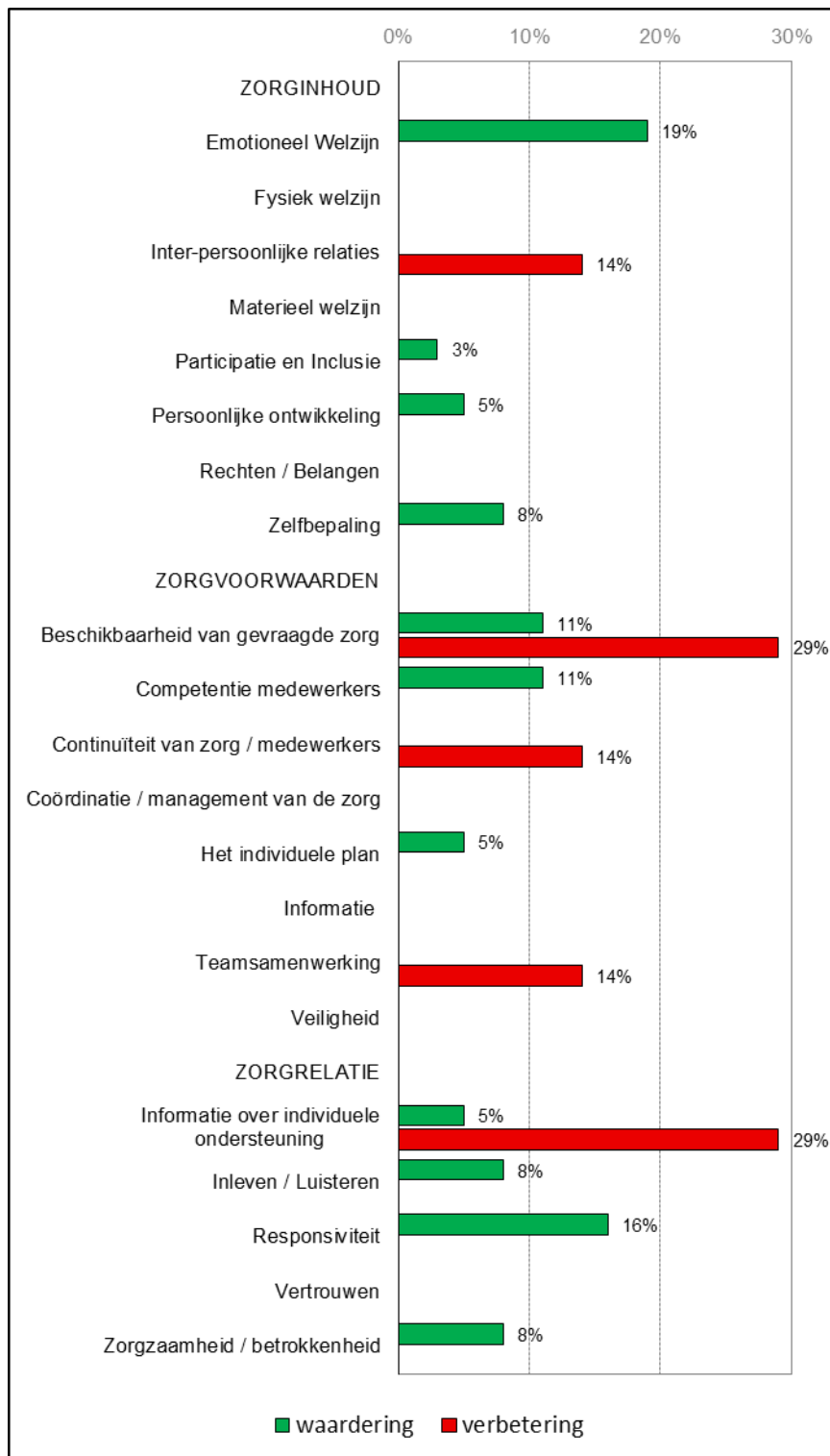
Vervolgens is aan de cliënten gevraagd een rapportcijfer aan te geven over hoe tevreden ze zijn over de begeleiders van Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 9. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 6. Gemiddeld geven de cliënten de begeleiders van Stichting Breder een **8,9**.

2. Hoe tevreden ben je over de begeleiders?



3.3.2 Open vragen

Aan elke cliënt is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de begeleiding van Stichting Breder en welke dingen hij/zij het liefst verbeterd zou willen zien. De antwoorden zijn gecodeerd naar de domeinen van het standaard kwaliteitsmodel dienstverlening (zie voor het overzicht bijlage 1). Er zijn in totaal 37 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en 7 opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



Uit de antwoorden blijkt dat 19% van de opmerkingen van cliënten waardering uitdrukt voor emotioneel welzijn. In 16% van alle antwoorden wordt uiting gegeven aan waardering voor responsiviteit.

Beschikbaarheid van de gevraagde van zorg komt in 29% van de antwoorden als verbeterpunt aan bod en

Daarnaast wordt informatie over de individuele ondersteuning en teamsamenwerking in resp. 29% en 14% van de antwoorden als verbeterpunten genoemd.

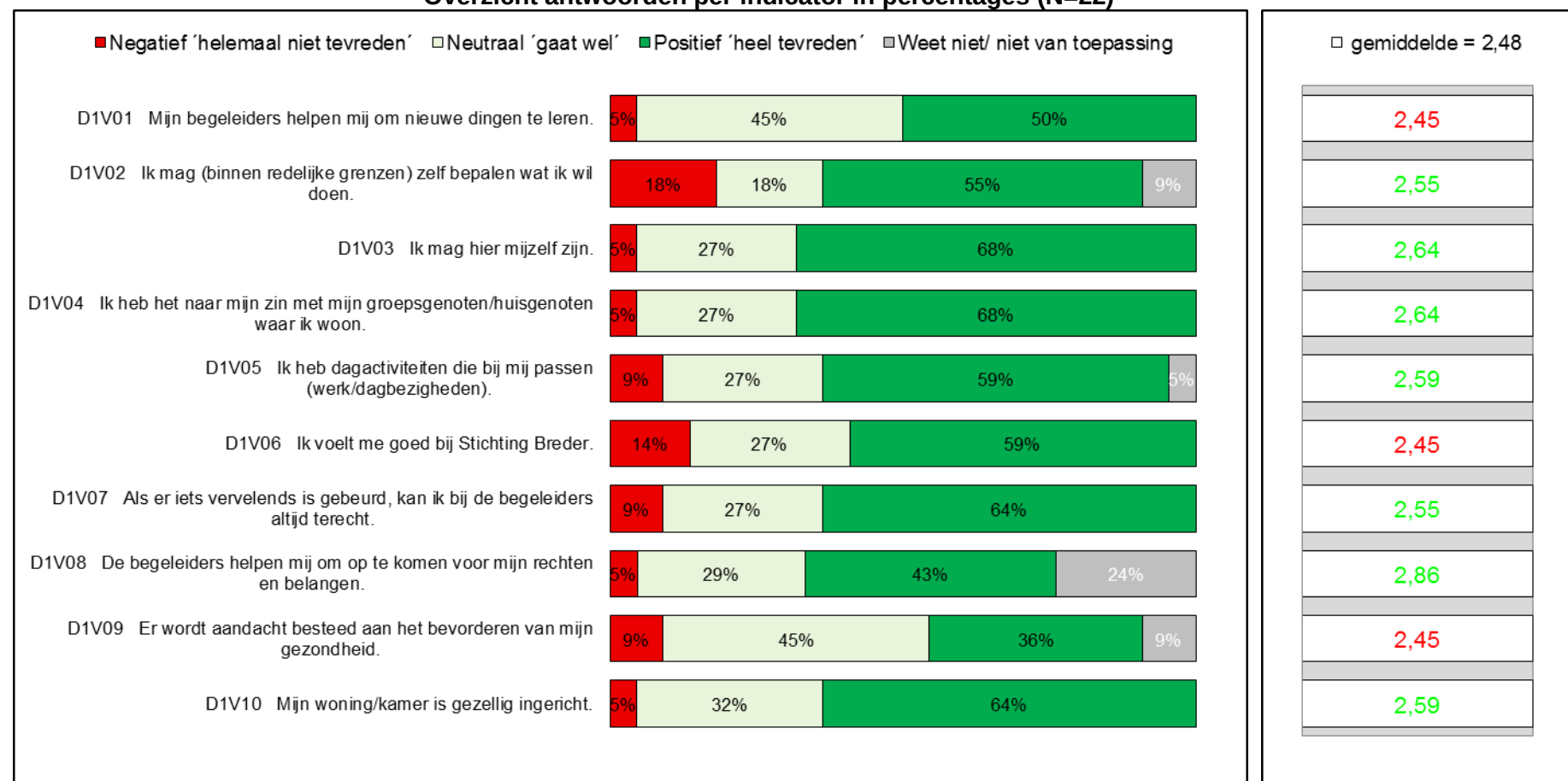
4 Uitkomsten cliënten woonlocaties

4.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

4.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren cliënten dat de geboden ondersteuning bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.

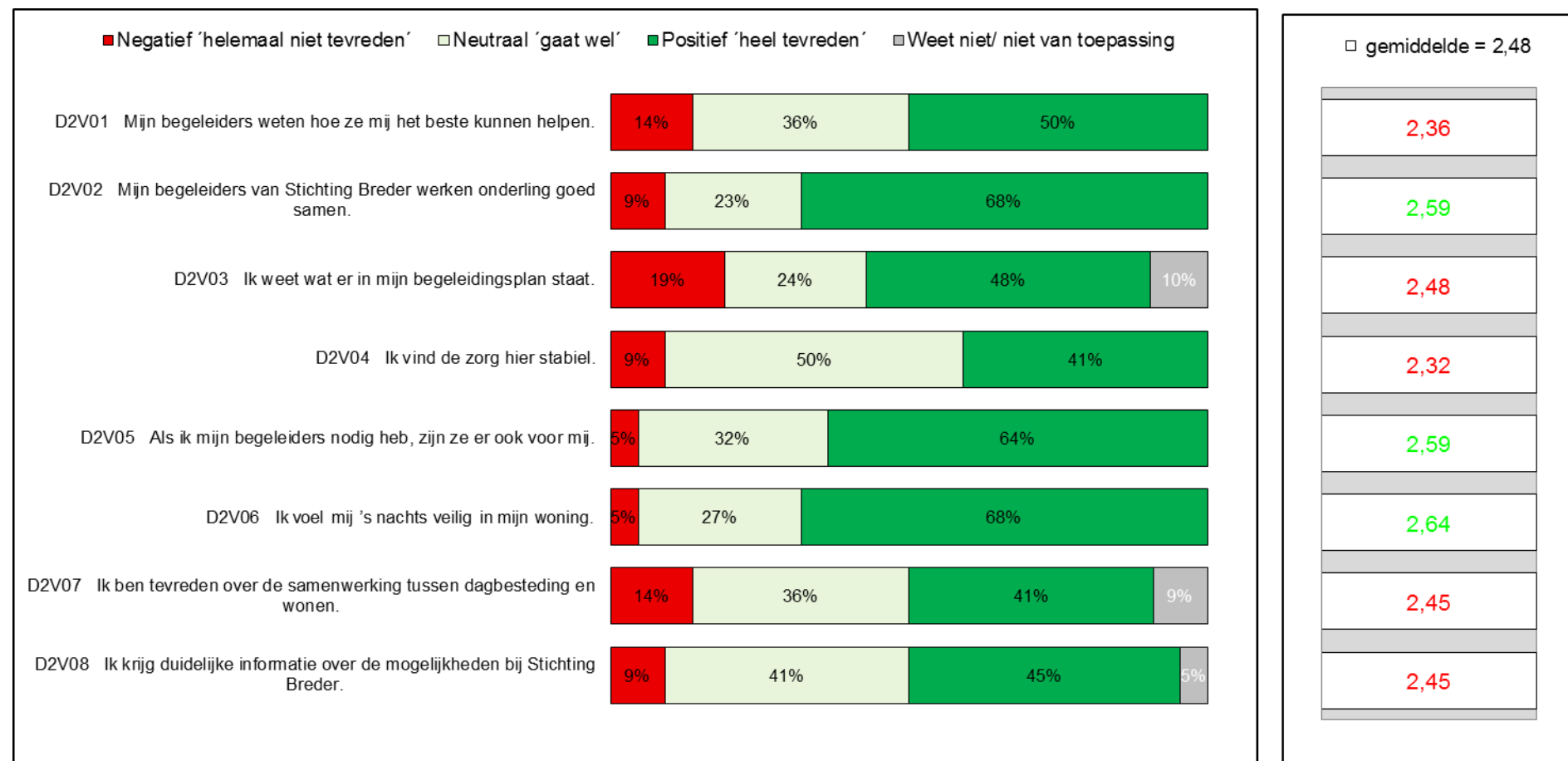
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=22)



4.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de teamsamenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .

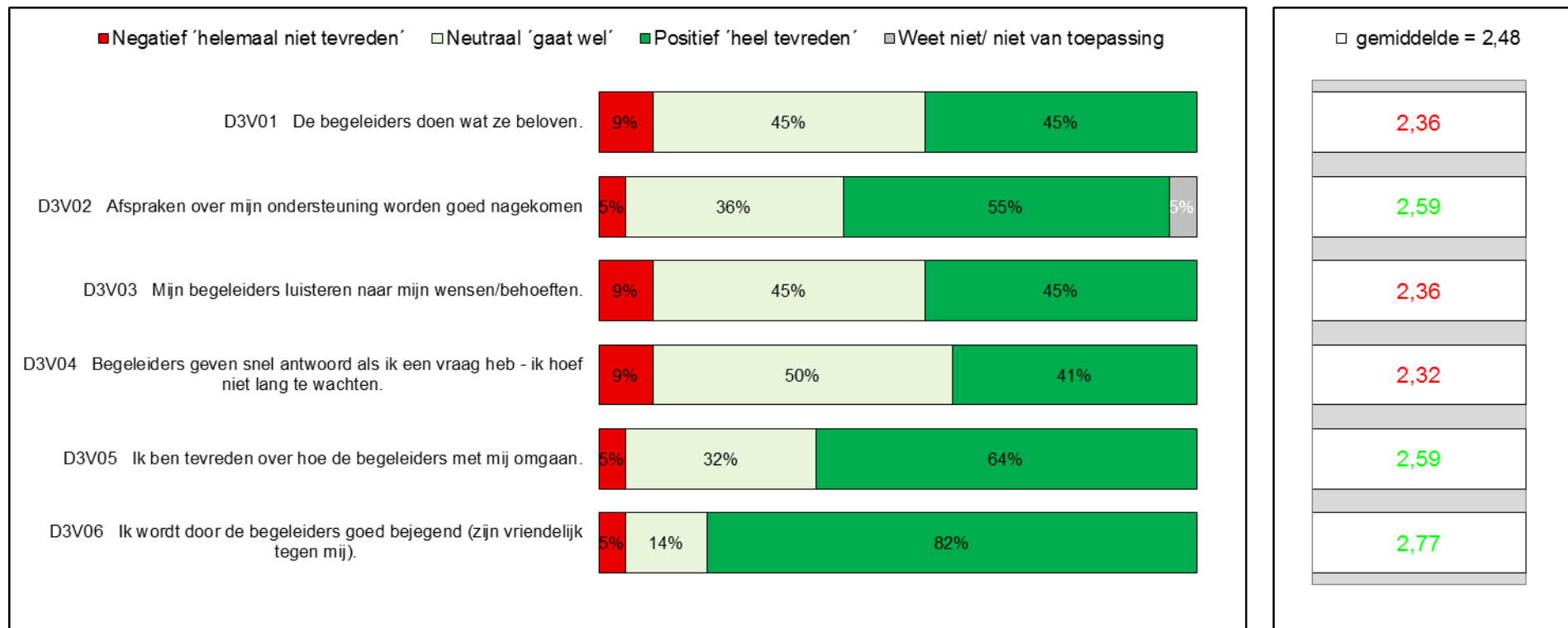
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=22)



4.1.3 Deel III Zorgrelatie

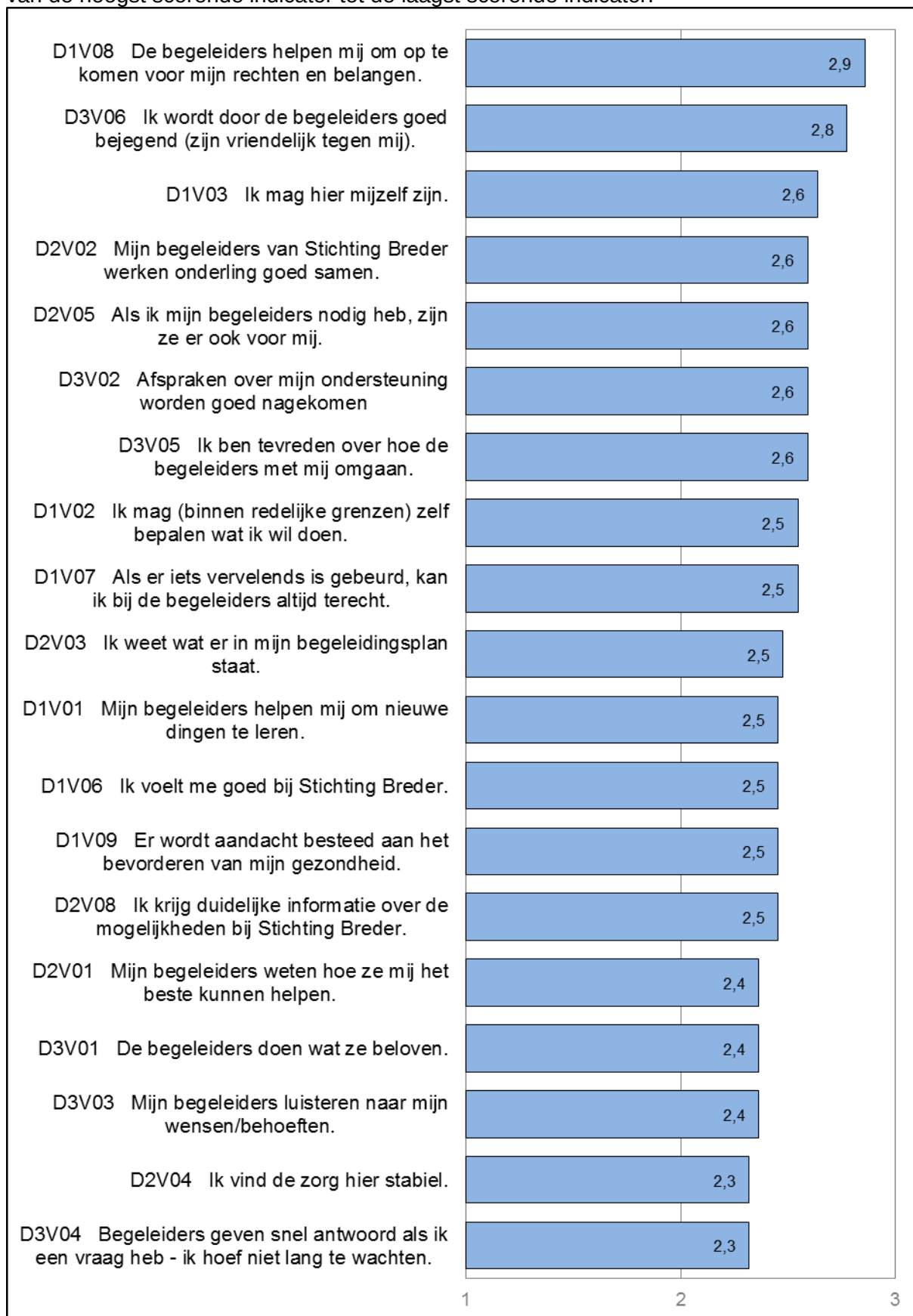
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers, genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=22)



4.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator

In onderstaande grafiek zijn alle indicatoren uit de drie domeinen (deel I, II en III) gerangschikt van de hoogst scorende indicator tot de laagst scorende indicator.

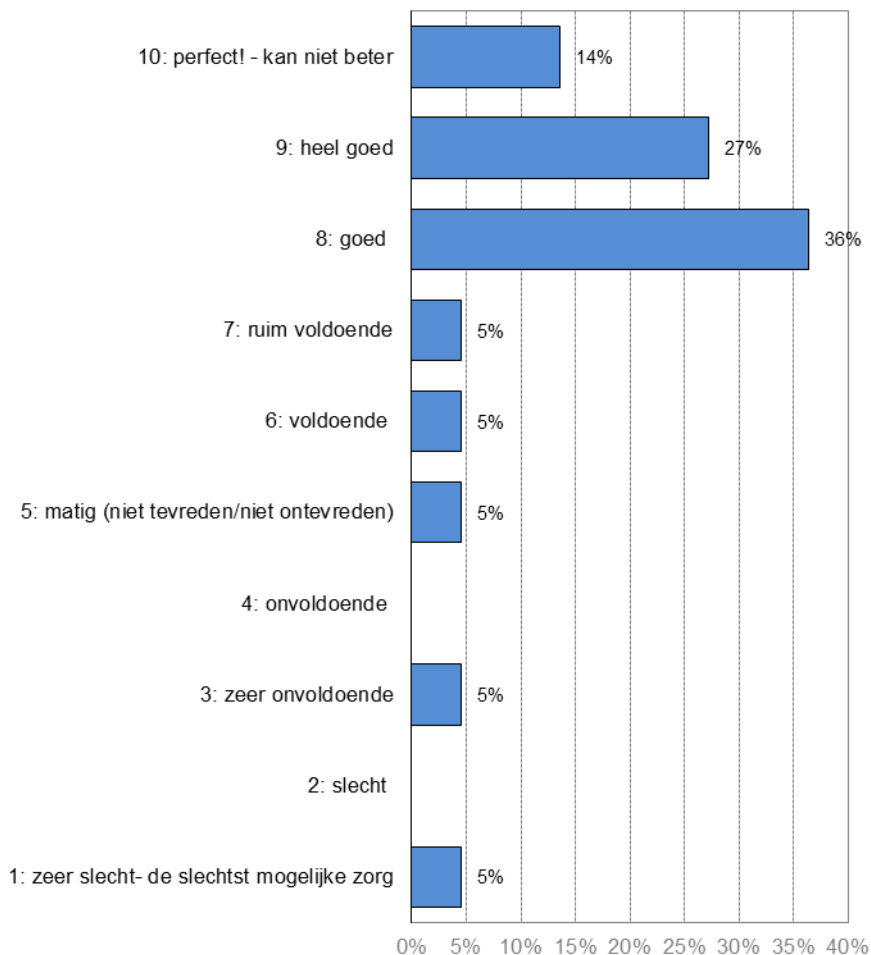


4.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst

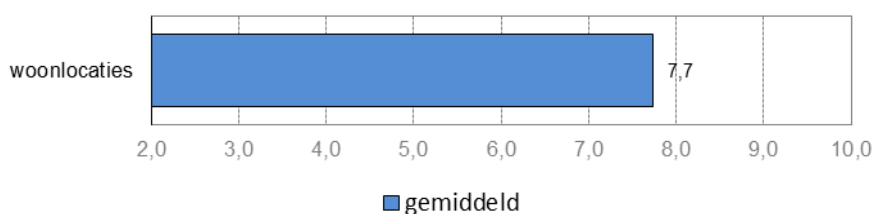
4.3.1 Rapportcijfer

Aan de cliënten is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 1. Gemiddeld geven de cliënten de ondersteuning van Stichting Breder een 7,7.

1. Hoe tevreden ben je over de kwaliteit van de ondersteuning?



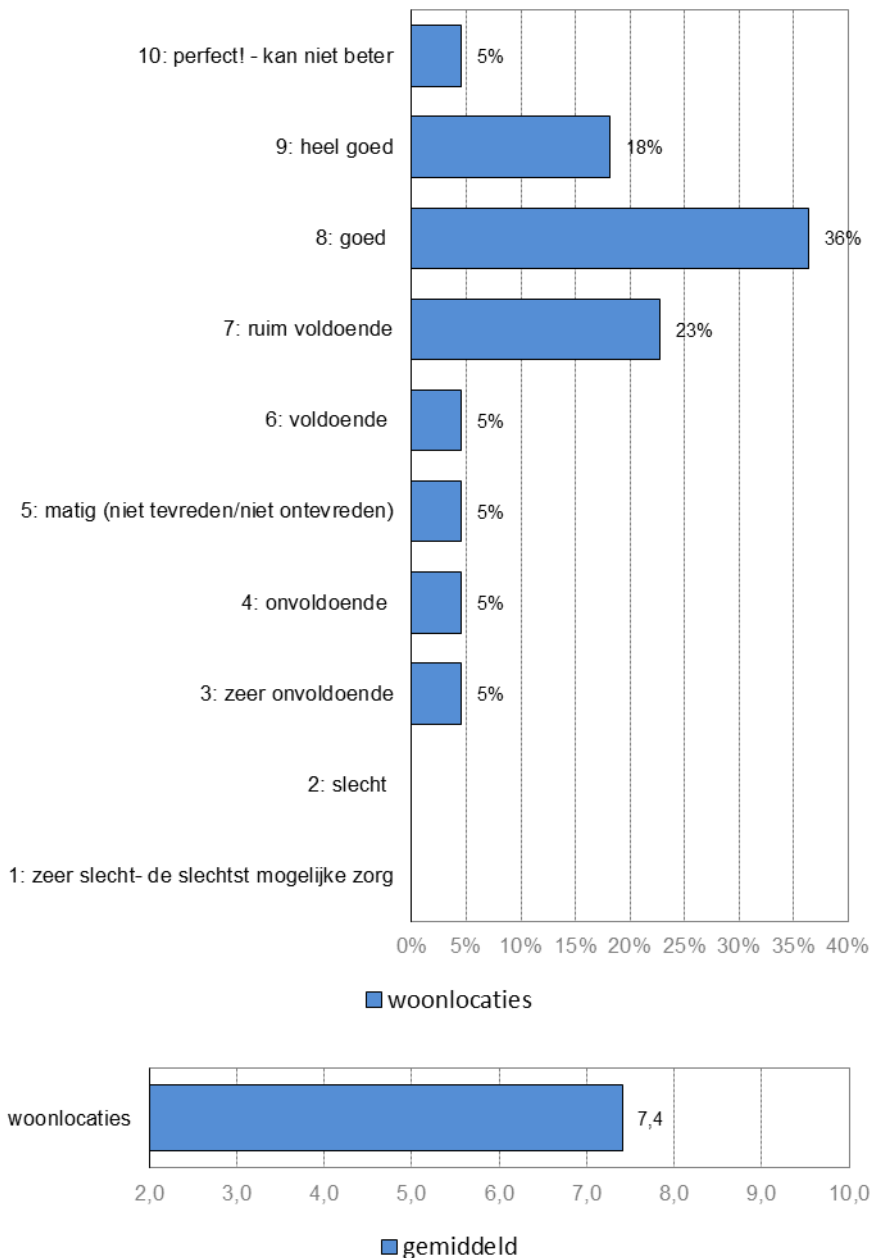
■ woonlocaties



■ gemiddeld

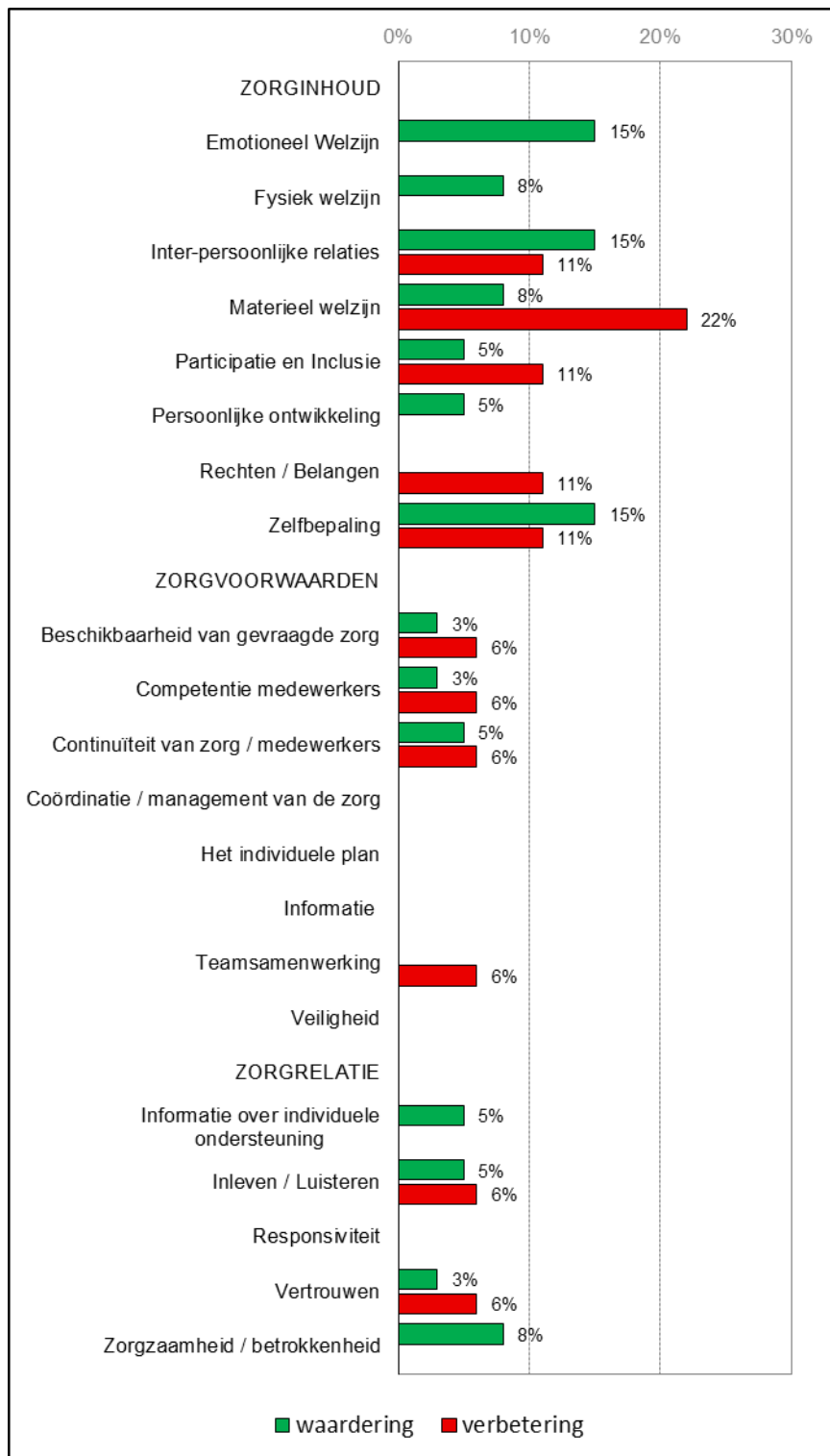
Vervolgens is aan de cliënten gevraagd om een rapportcijfer te geven hoe tevreden ze zijn over de begeleiders van Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 3. Gemiddeld geven de cliënten de begeleiders van Stichting Breder een 7,4.

2. Hoe tevreden ben je over de begeleiders?



4.3.2 Open vragen

Aan elke cliënt is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de begeleiding van Stichting Breder en welke dingen hij/zij het liefst verbeterd zou willen zien. De antwoorden zijn gecodeerd naar de domeinen van het standaard kwaliteitsmodel dienstverlening (zie voor het overzicht bijlage 1). Er zijn in totaal 40 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en 18 opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



Uit de antwoorden blijkt dat 15% van de opmerkingen van cliënten waardering uitdrukt voor zelfbepaling, interpersoonlijke relaties en emotioneel welzijn.

Opvallend is dat zelfbepaling en interpersoonlijke relaties ook als verbeterpunt naar voren komen in 11% van de antwoorden.

Daarnaast wordt materieel welzijn in 22% van de antwoorden als verbeterpunt genoemd.

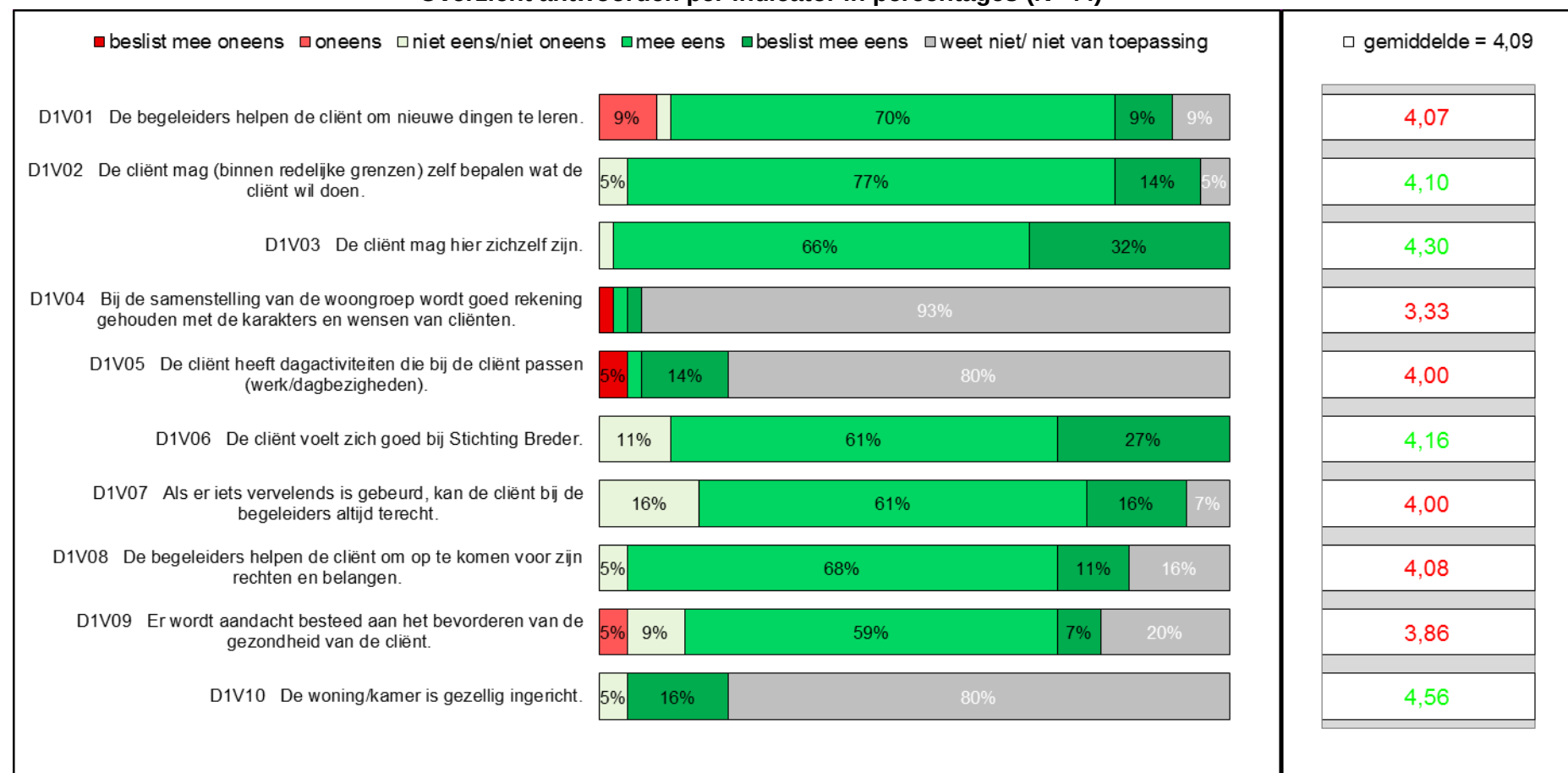
5 Uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten

5.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

5.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren vertegenwoordigers van cliënten dat de geboden ondersteuning aan cliënten bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.

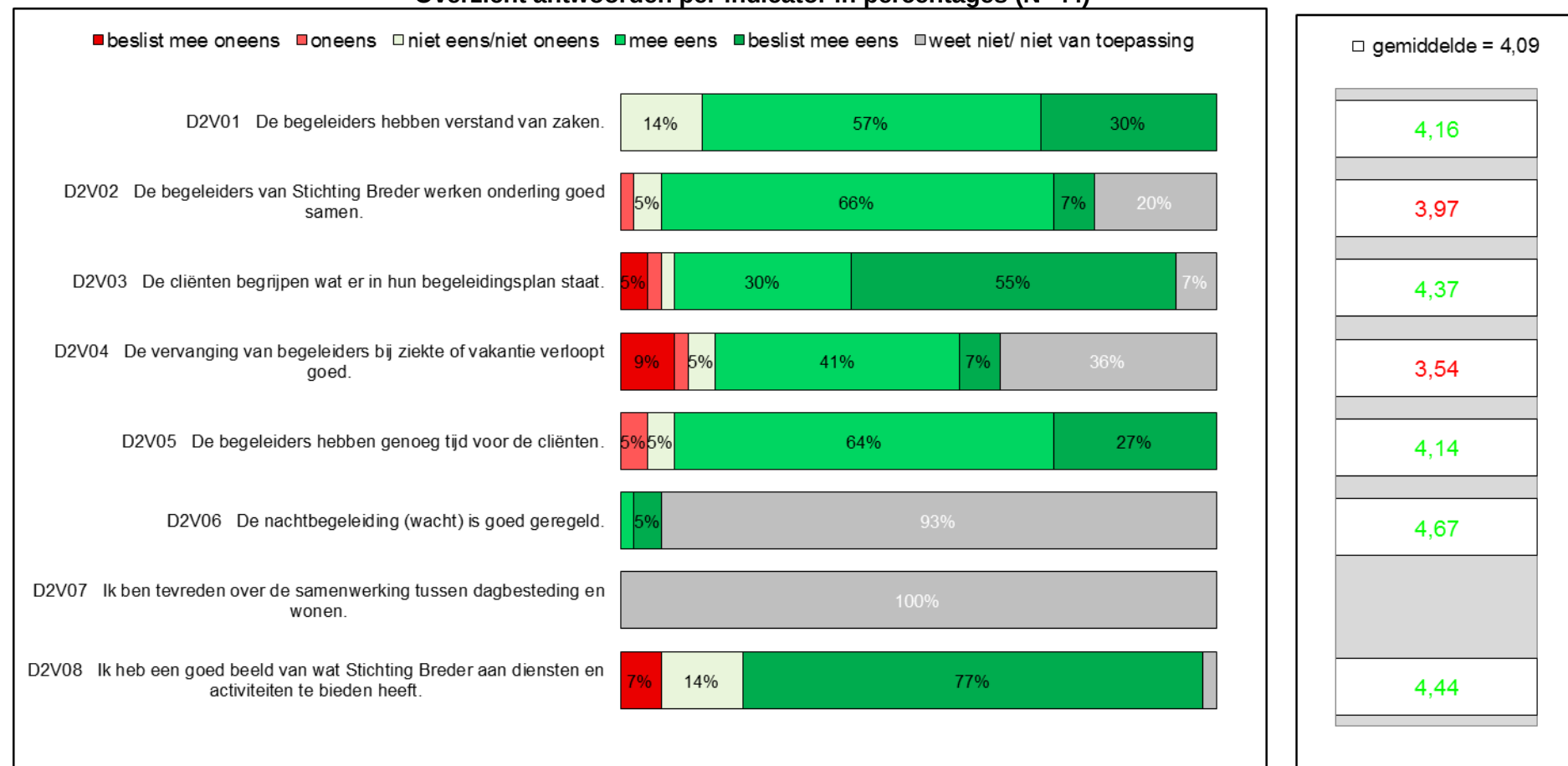
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=44)



5.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de teamsamenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .

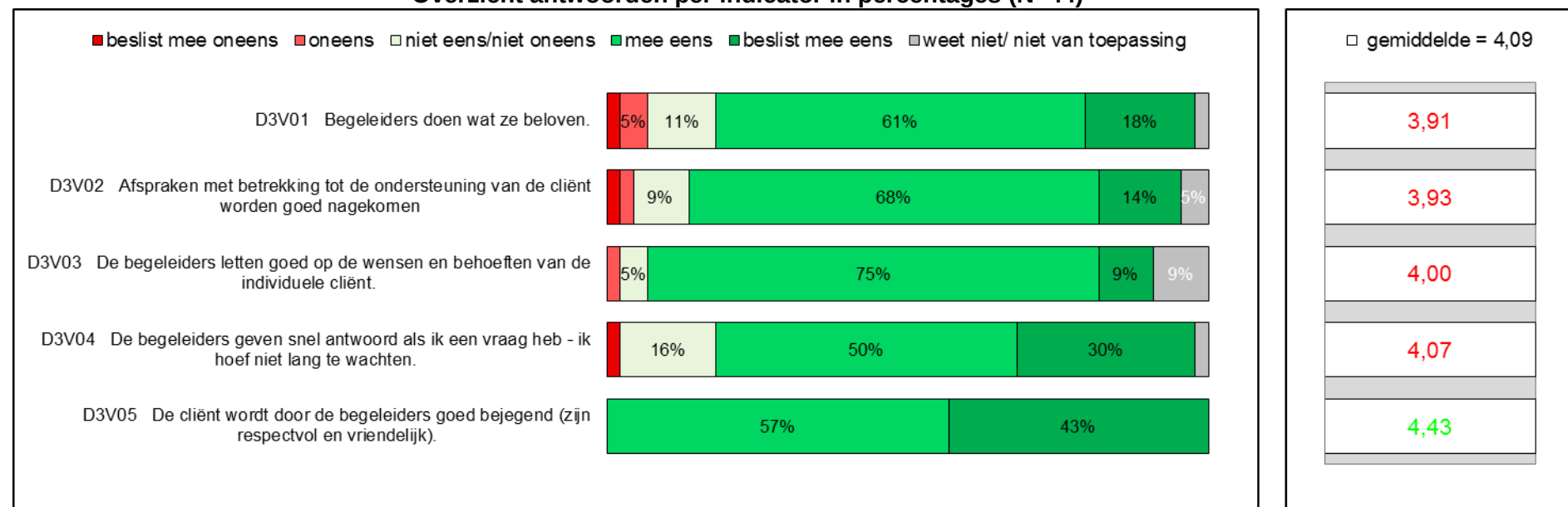
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=44)



5.1.3 Deel III Zorgrelatie

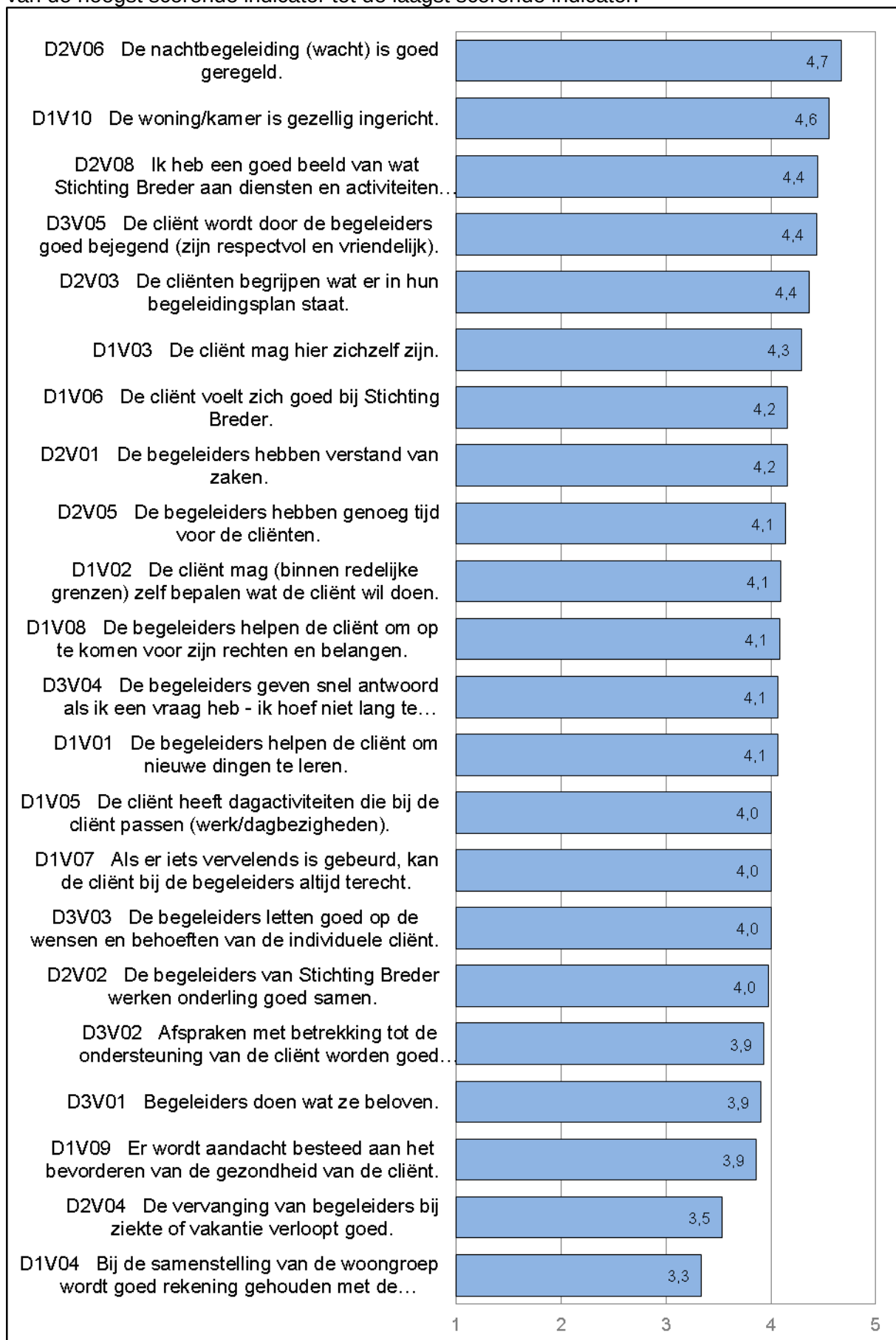
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=44)



5.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator

In onderstaande grafiek zijn alle indicatoren uit de drie domeinen (deel I, II en III) gerangschikt van de hoogst scorende indicator tot de laagst scorende indicator.

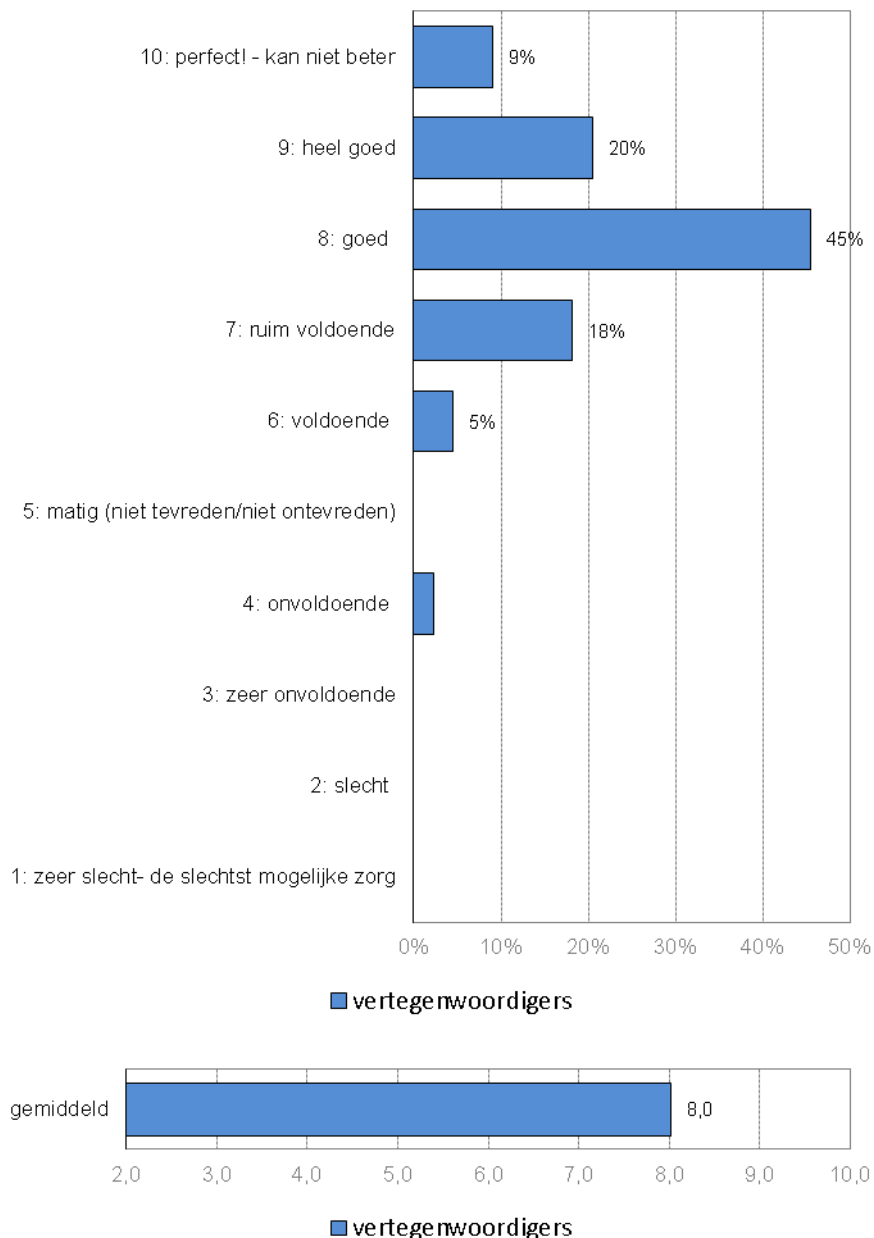


5.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst

5.3.1 Rapportcijfer

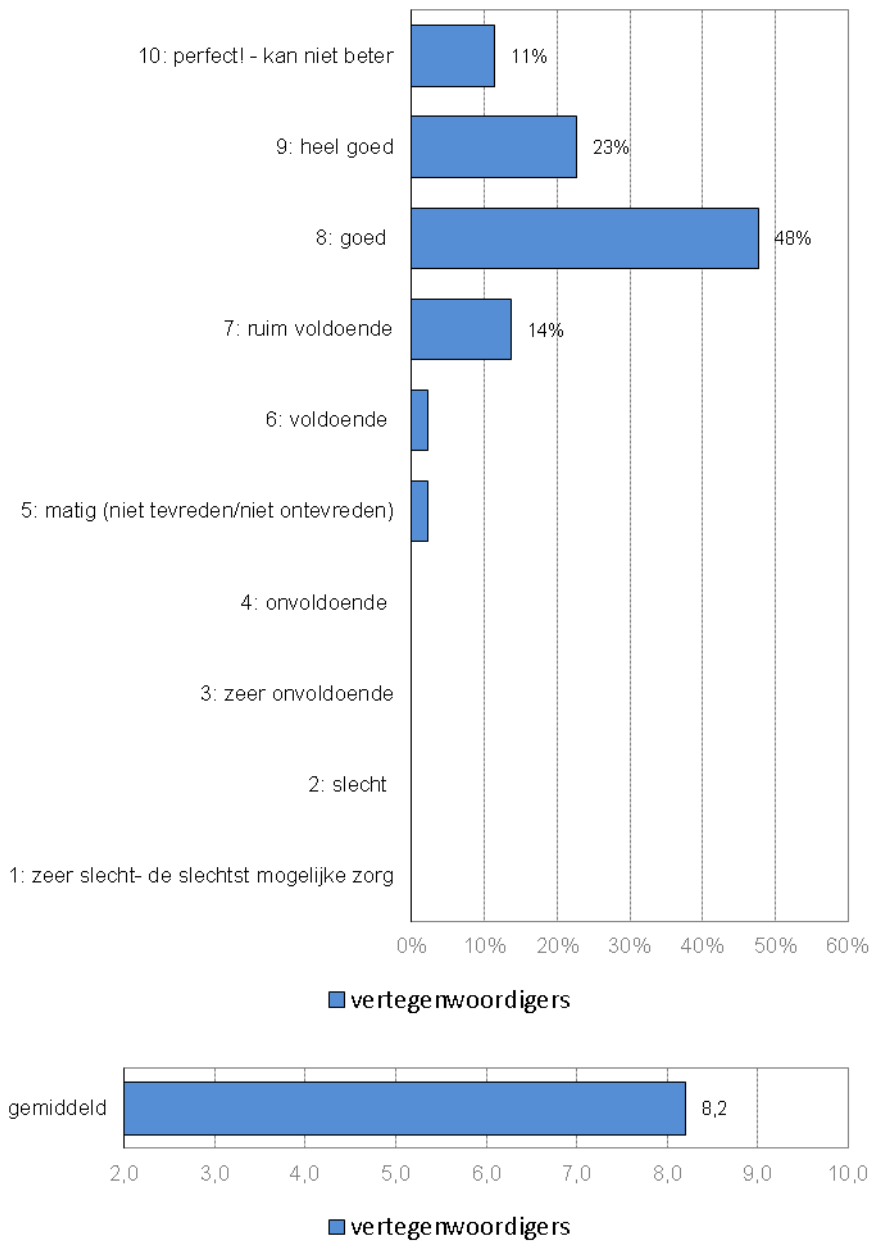
Aan de vertegenwoordigers van cliënten is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 4. Gemiddeld geven de vertegenwoordigers de ondersteuning van Stichting Breder een **8**.

1. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van de ondersteuning?



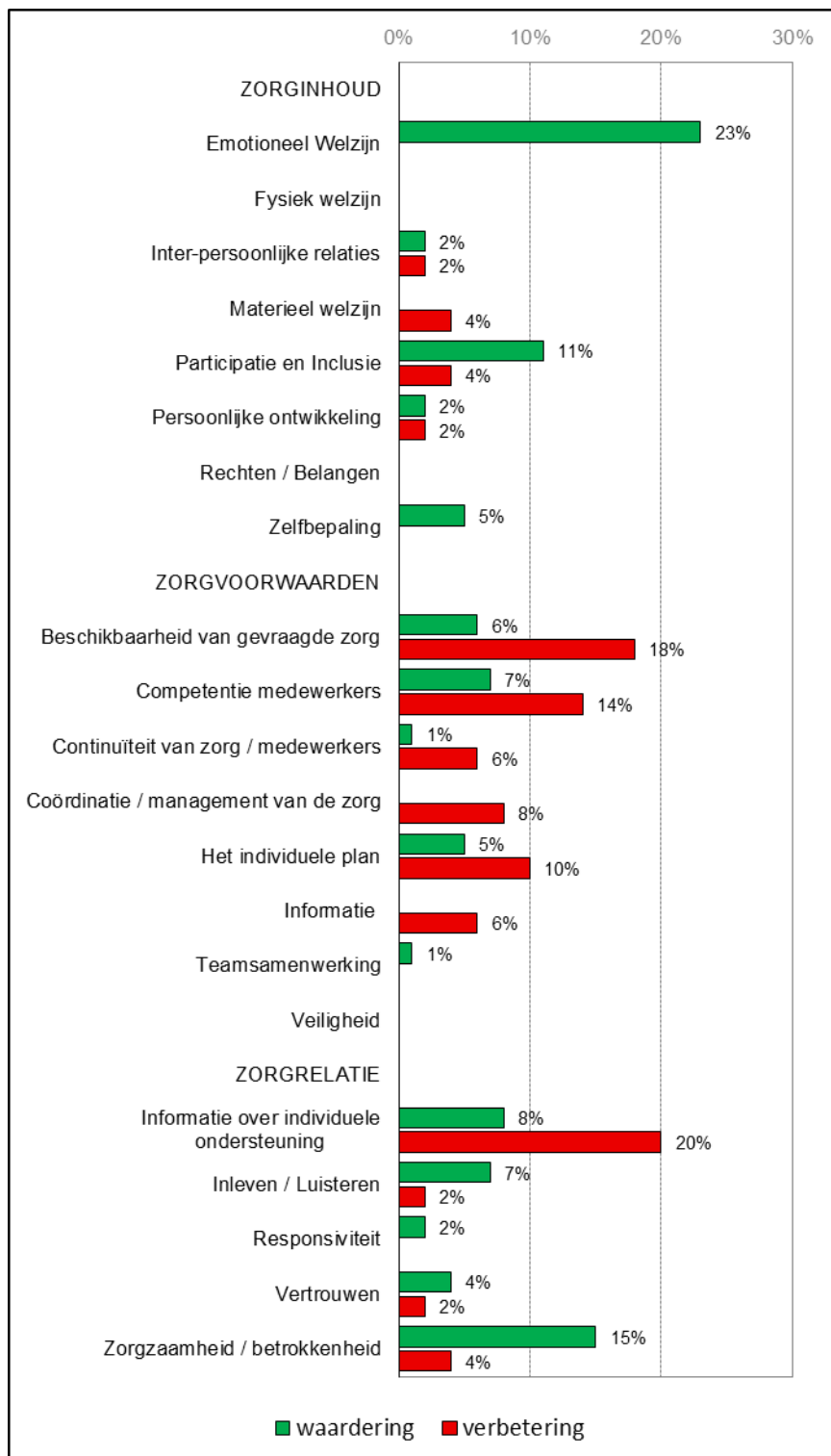
Vervolgens is aan de vertegenwoordigers gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de begeleiders van Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 5. Gemiddeld geven de vertegenwoordigers de begeleiders van Stichting Breder een **8,2**.

2. Hoe tevreden ben je over de begeleiders?



5.3.2 Open vragen

Aan elke vertegenwoordiger van cliënten is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de begeleiding van Stichting Breder en welke dingen hij/zij het liefst verbeterd zou willen zien. De antwoorden zijn gecodeerd naar de domeinen van het standaard kwaliteitsmodel dienstverlening (zie voor het overzicht bijlage 1).



Uit de antwoorden blijkt dat 23% van de opmerkingen van vertegenwoordigers van cliënten waardering uitdrukt voor emotioneel welzijn. In 15% van alle antwoorden wordt uiting gegeven aan waardering voor zorgzaamheid en betrokkenheid.

Informatie over de individuele ondersteuning komt in 20% van de antwoorden als verbeterpunt aan bod.

Daarnaast worden beschikbaarheid van gevraagde zorg en competentie van de medewerkers in resp. 18% en 14% van de antwoorden als verbeterpunten genoemd.

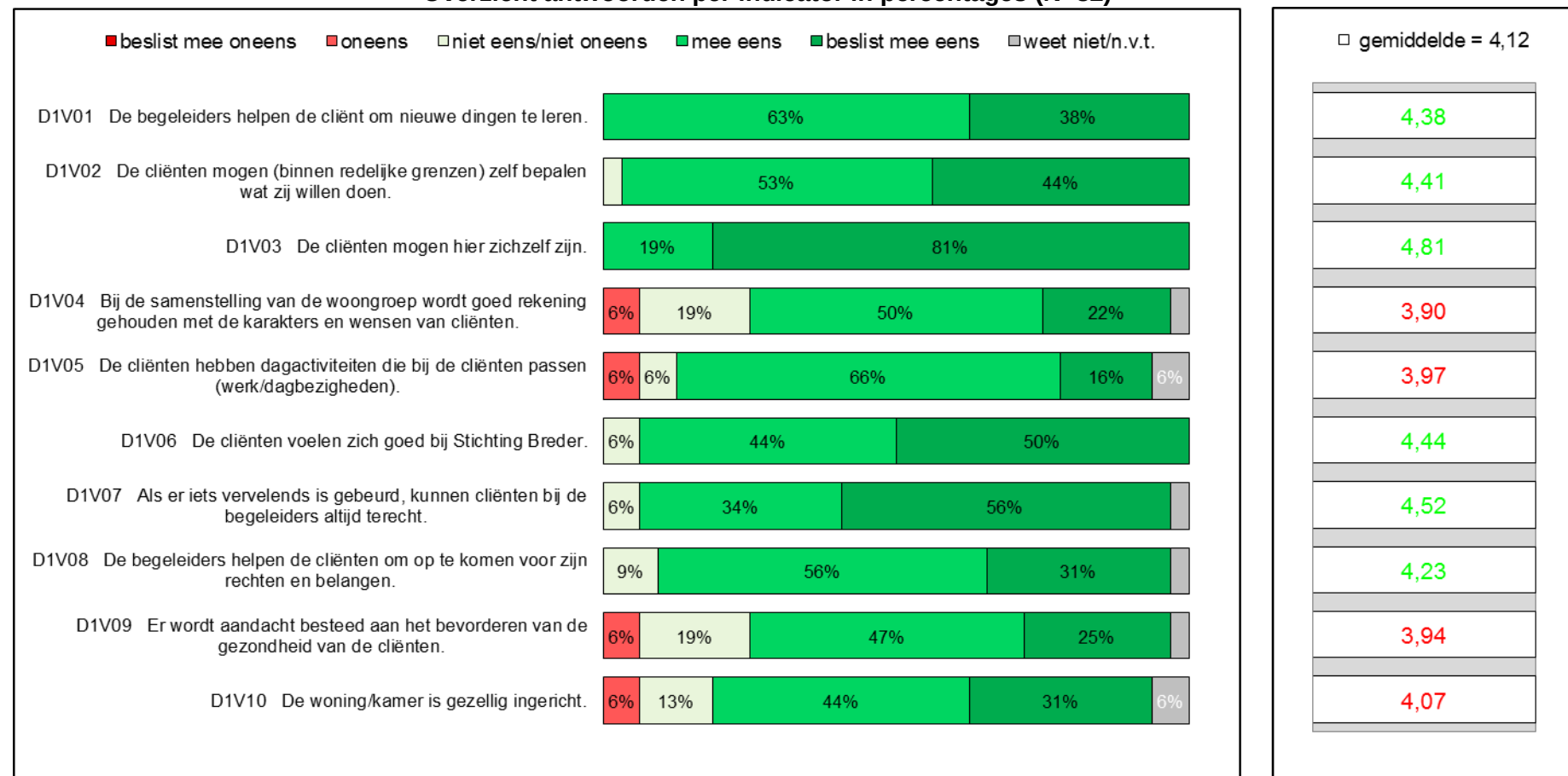
6 Uitkomsten medewerkers

6.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

6.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren medewerkers dat de geboden ondersteuning aan cliënten bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.

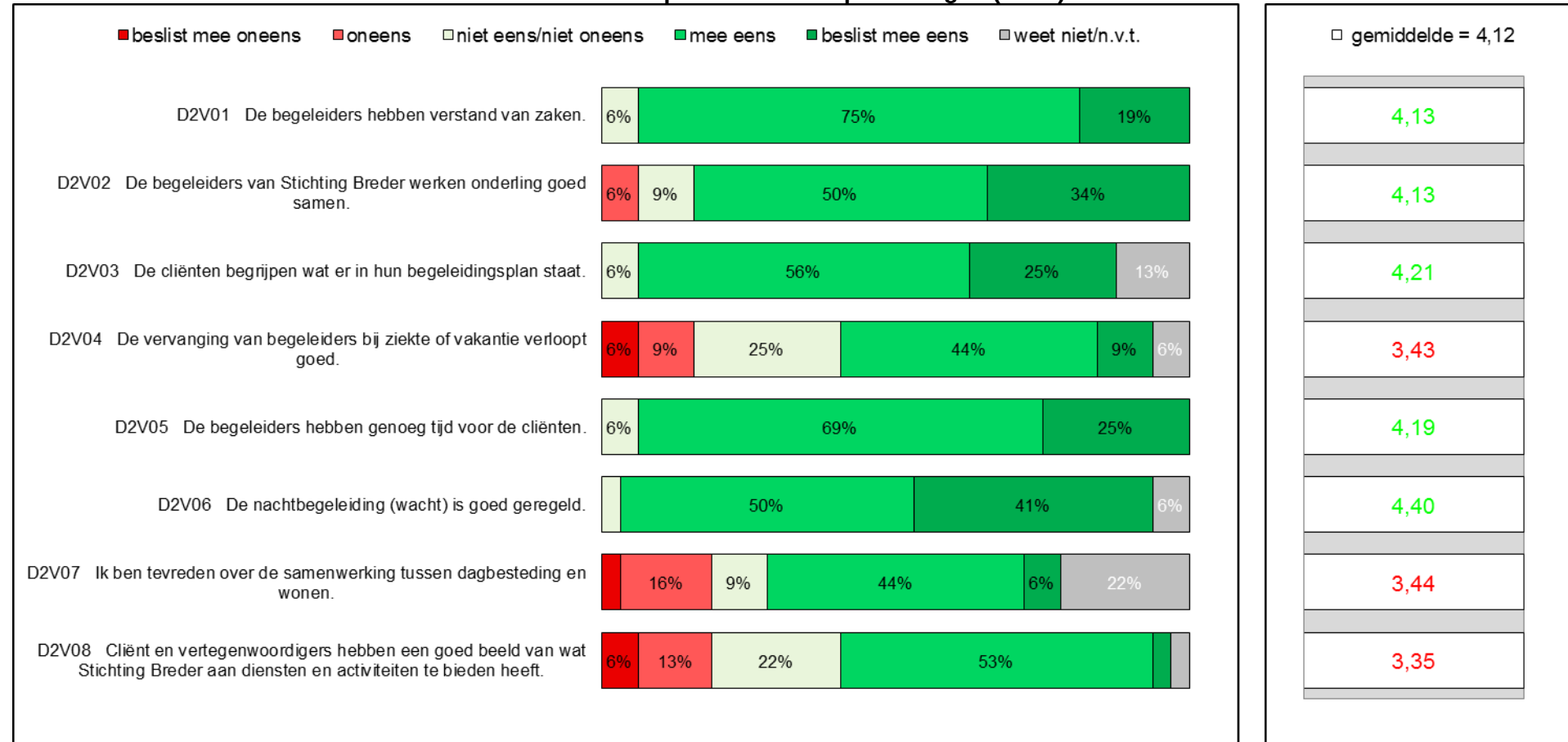
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=32)



6.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de teamsamenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .

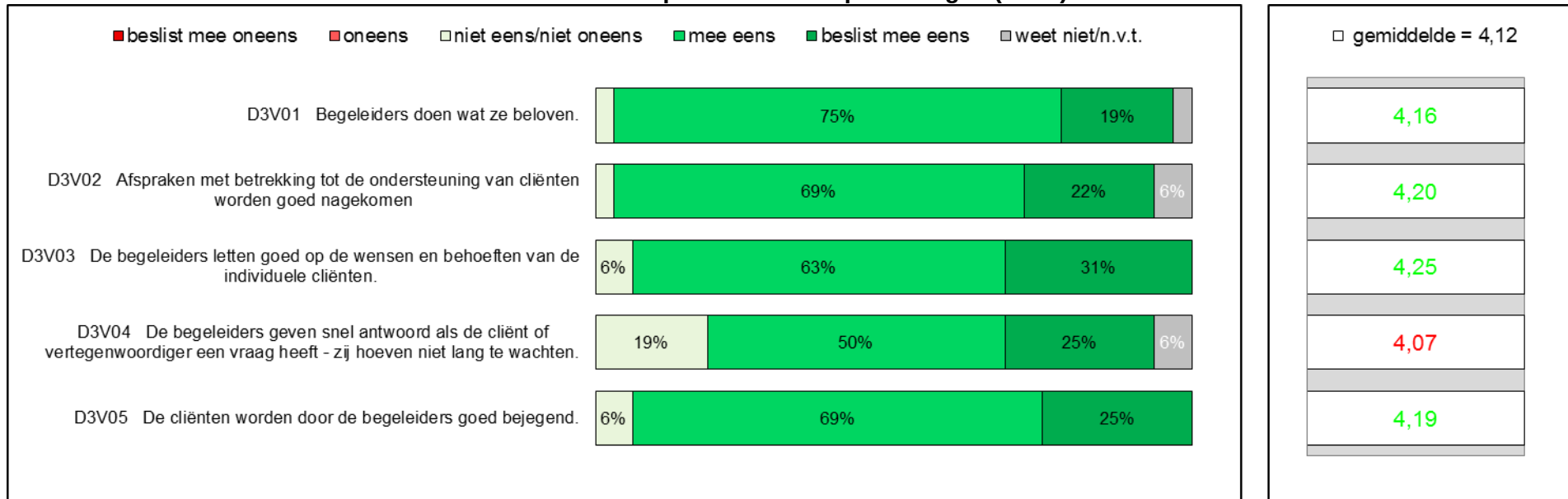
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=32)



6.1.3 Deel III Zorgrelatie

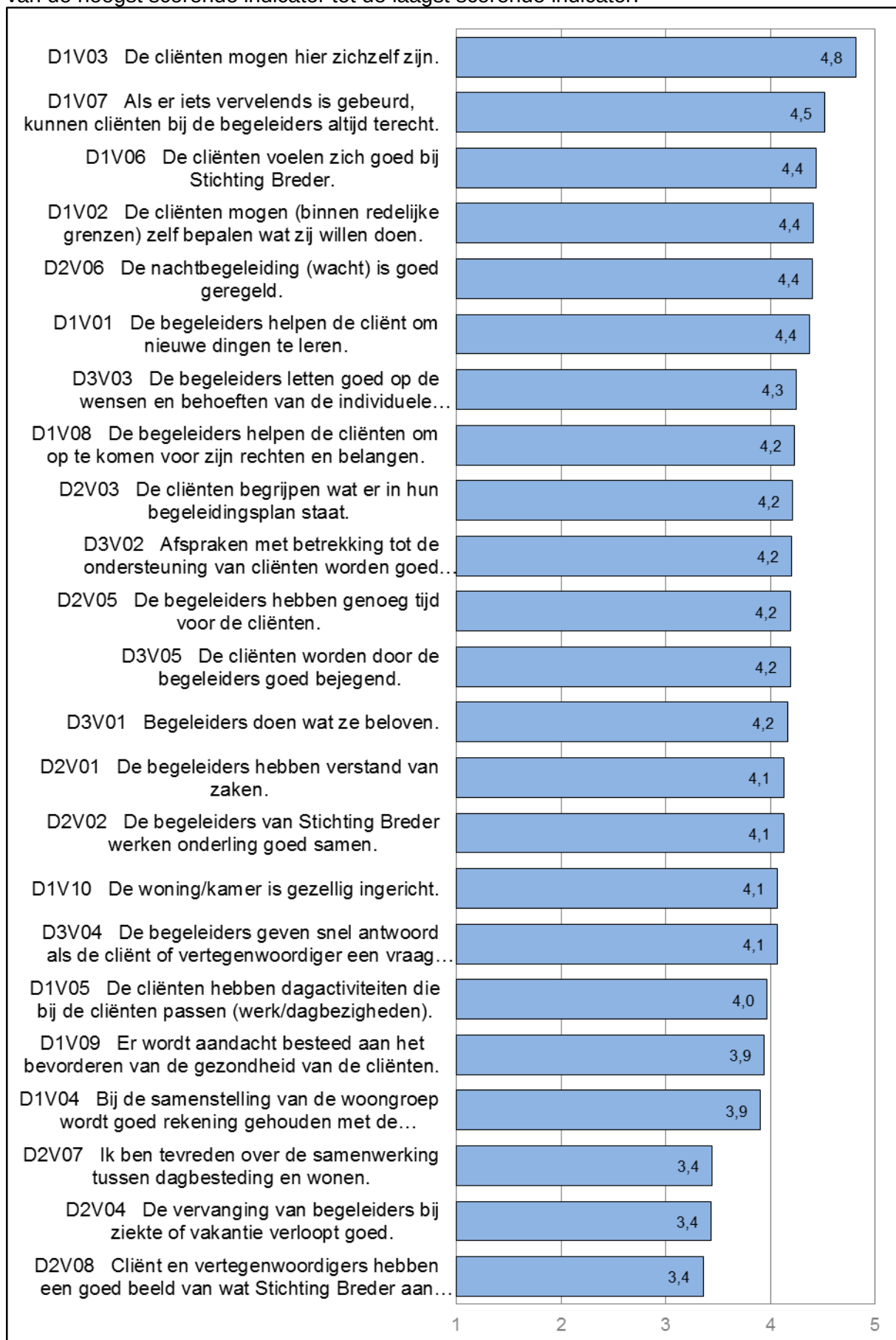
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers, genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=32)



6.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator

In onderstaande grafiek zijn alle indicatoren uit de drie domeinen (deel I, II en III) gerangschikt van de hoogst scorende indicator tot de laagst scorende indicator.

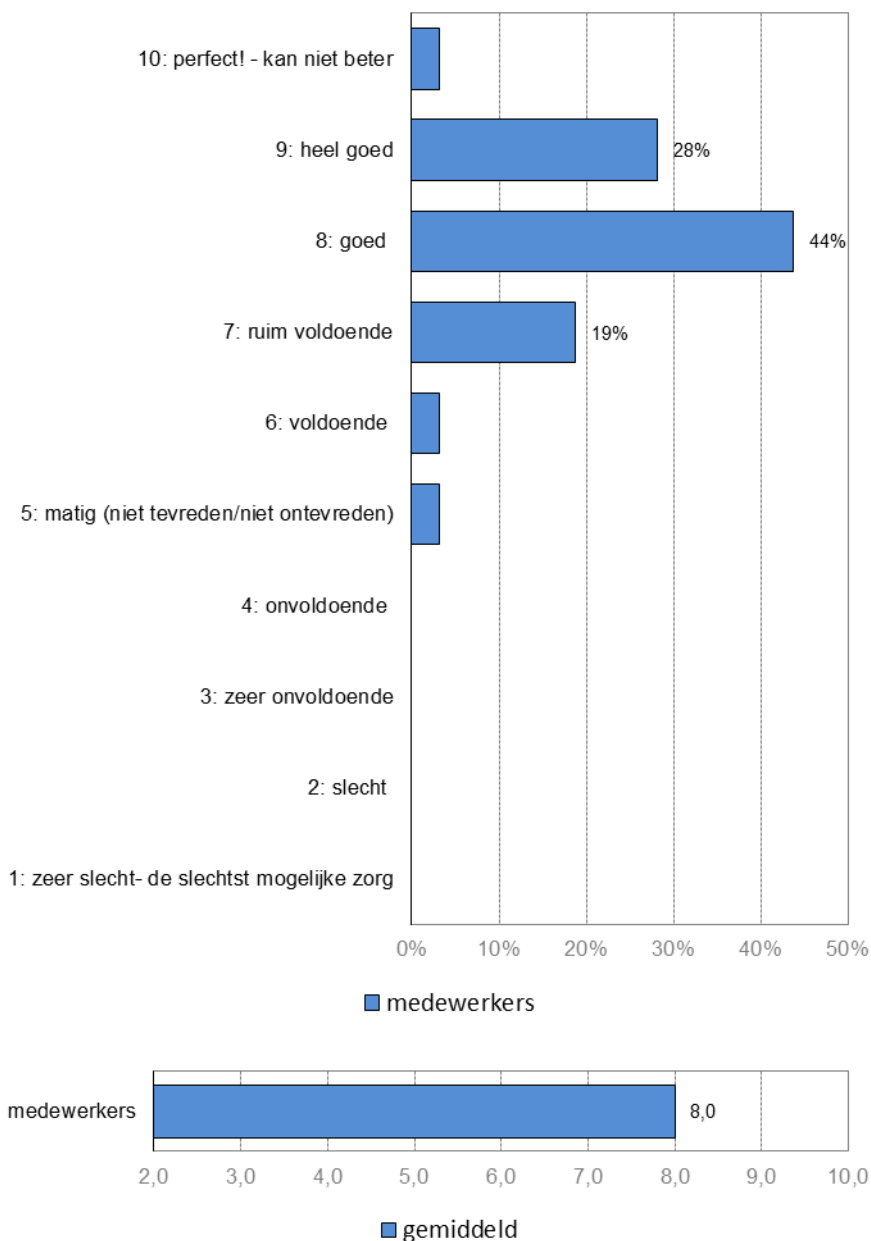


6.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer

6.3.1 Rapportcijfer

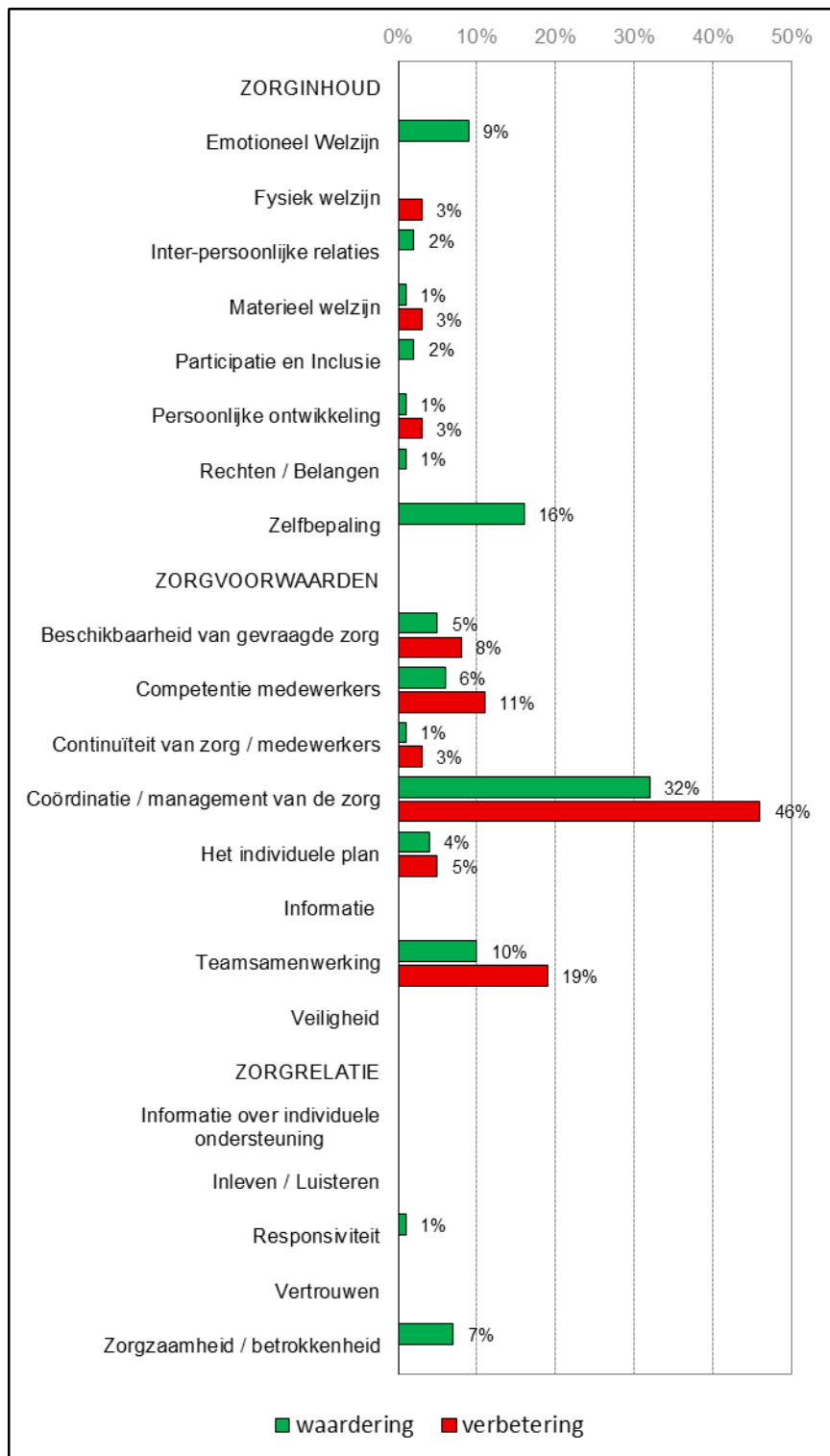
Aan de medewerkers is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 5. Gemiddeld geven de medewerkers de ondersteuning van Stichting Breder een **8**.

1. Hoe tevreden ben je over de kwaliteit van de ondersteuning?



6.3.2 Open vragen

Aan elke medewerkers is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de begeleiding van Stichting Breder en welke dingen hij/zij het liefst verbeterd zou willen zien. De antwoorden zijn gecodeerd naar de domeinen van het kwaliteitsmodel dienstverlening (zie voor het overzicht bijlage 1). Er zijn in totaal 15 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en 12 opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



Uit de antwoorden blijkt dat 16% van de opmerkingen van medewerkers waardering uitdrukt voor zelfbepaling. In 32% van alle antwoorden wordt uiting gegeven aan waardering voor de coördinatie/management van de zorg.

Coördinatie/management van zorg komt in 46% van de antwoorden van medewerkers als verbeterpunt naar voren. Daarnaast wordt teamsamenwerking in 19% van de antwoorden als verbeterpunt genoemd.

7 Samenvatting

Het onderzoek naar kwaliteitservaringen met de Quality Qube is bedoeld voor interne kwaliteitsverbetering en geeft een beeld van de wijze waarop cliënten en medewerkers de kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning bij het wonen ervaren. Met de uitkomsten van het onderzoek kan Stichting Breder verbeterpunten formuleren met als doel de zorg en ondersteuning nog beter aan te laten sluiten bij vragen van cliënten.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek naar kwaliteitservaringen samengevat.

7.1 Samenvatting uitkomsten cliënten

Gemiddeld wordt de begeleiding gewaardeerd met het rapportcijfer 8,7, de uitkomsten variëren van voldoende tot perfect/kan niet beter. Het gemiddelde rapportcijfer voor de begeleiders is 8,9.

De gemiddelde score op de 24 kwaliteitsindicatoren is met 2,85 (op een maximum van 3) hoog.

De vijf hoogst scorende indicatoren zijn: zelfbepaling (D1V02), interpersoonlijke relaties (D1V03), zorgzaamheid/betrokkenheid (D3V06), inleven/luisteren (D3V05) en emotioneel welzijn (D1V07).

De meeste reacties van cliënten op de open vraag naar waardering hebben met name betrekking op emotioneel welzijn en responsiviteit.

De vijf laagst scorende indicatoren betreffen informatie (D2V08), het individuele plan (D2V03), vertrouwen (D3V02), competentie van de medewerkers (D2V01) en fysiek welzijn (D1V09).

In de reacties van cliënten op de open vragen naar verbeterpunten springen de opmerkingen over beschikbaarheid van de gevraagde zorg, informatie over de individuele ondersteuning en teamsamenwerking in het oog.

7.2 Samenvatting uitkomsten cliënten woonlocaties

Gemiddeld wordt de begeleiding gewaardeerd met het rapportcijfer 7,7 de uitkomsten variëren van zeer slecht tot perfect/kan niet beter. Het gemiddelde rapportcijfer voor de begeleiders is 7,4.

De gemiddelde score op de 24 kwaliteitsindicatoren is met 2,48 (op een maximum van 3) redelijk hoog.

De vijf hoogst scorende indicatoren zijn: rechten (D1V08), zorgzaamheid/betrokkenheid (D3V06), interpersoonlijke relaties (D1V03), teamsamenwerking (D2V02) en beschikbaarheid van de zorg (D2V05).

De meeste reacties van cliënten op de open vraag naar waardering hebben met name betrekking op emotioneel welzijn, zelfbepaling en interpersoonlijke relaties.

De vijf laagst scorende indicatoren betreffen responsiviteit (D3V04), continuïteit van de zorg (D2V04), luisteren (D3V03), vertrouwen (D3V01) en competentie van de medewerkers (D2V01).

In de reacties van cliënten op de open vragen naar verbeterpunten springen de opmerkingen over materieel welzijn, interpersoonlijke relaties en zelfbepaling in het oog.

7.3 Samenvatting uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten

De vertegenwoordigers van cliënten zijn positief over de kwaliteit van de ondersteuning bij Stichting Breder. De geraadpleegde vertegenwoordigers van cliënten waarderen de ondersteuning in het algemeen onvoldoende tot perfect. Het gemiddelde rapportcijfer komt uit op een 8,0. Het gemiddelde rapportcijfer voor de begeleiders is 8,2.

De gemiddelde score op de 24 algemene kwaliteitsindicatoren is met 4,09 (op een maximum van 5) redelijk hoog.

De vijf hoogst scorende indicatoren zijn: veiligheid (D2V06), materieel welzijn (D1V10), informatie (D2V08 en D2V03) en inleven/luisteren (D3V05).

De meeste reacties van vertegenwoordigers van cliënten op de open vraag naar waardering hebben met name betrekking op de ervaren emotioneel welzijn en zorgzaamheid/betrokkenheid.

De vijf laagst scorende indicatoren zijn continuïteit van de zorg (D2V04), interpersoonlijke relaties (D1V04), fysiek welzijn (D1V09), responsiviteit (D3V01) en vertrouwen (D3V02).

In de reacties van vertegenwoordigers van cliënten op de open vragen naar verbeterpunten vallen met name de opmerkingen over informatie, competentie van de medewerkers en de ervaren beschikbaarheid van de zorg op.

7.4 Samenvatting uitkomsten medewerkers

Ook de uitkomsten van het onderzoek naar kwaliteitservaringen onder medewerkers laten een positief beeld zien over de kwaliteit van de ondersteuning bij Stichting Breder in het algemeen. Alle medewerkers beoordelen de ondersteuning met matig tot perfect. Het gemiddelde rapportcijfer komt uit op een 8,0.

De gemiddelde score op de 24 algemene kwaliteitsindicatoren is met 4,12 (op een maximum van 5) hoog.

De vijf hoogst scorende indicatoren zijn: interpersoonlijke relaties (D1V03), emotioneel welzijn (D1V07 en D1V06), zelfbepaling (D1V02) en veiligheid (D2V06).

De meeste reacties van medewerkers op de open vraag naar waardering hebben met name betrekking op coördinatie en management van de zorg en zelfbepaling.

De laagst scorende indicatoren betreffen coördinatie/management van zorg (D2V07), informatie (D2V08), continuïteit van de zorg (D2V07), interpersoonlijke relaties (D1V04) en fysiek welzijn (D1V09).

Kijkend naar de opmerkingen bij de open vraag, liggen verbeterpunten in de mening van de geraadpleegde medewerkers vooral in de coördinatie/management van zorg. Ook worden er in meerdere antwoorden opmerkingen gemaakt over de teamsamenwerking.

Tot slot

Een overzicht met concrete verbeter suggesties van respondenten staat in de Kwaliteit-Verbeter-Kaart in hoofdstuk 7.

8 Kwaliteit-Verbeter-Kaart

Het onderzoek naar kwaliteitservaringen heeft niet alleen informatie opgeleverd over aspecten waarover respondenten van Stichting Breder tevreden zijn, maar ook over aspecten die verbeterd kunnen worden. Deze informatie is geanalyseerd en de vaakst genoemde verbeteronderwerpen zijn samengevat in onderstaande Kwaliteit-Verbeter-Kaart. Het doel van deze Kwaliteit-Verbeter-Kaart is handvatten te geven om samen de kwaliteit van ondersteuning te verbeteren. In bijlage 4 worden voor nog enkele handrekeningen geboden voor het werken met de Kwaliteit-Verbeter-Kaarten.

De onderwerpen die op de Kwaliteit-Verbeterkaart staan, betreffen zaken die door respondenten van Stichting Breder het vaakst werden genoemd of onderwerpen die – in verhouding tot andere onderwerpen – een relatief hoge of lage tevredenheid scoorden.

De Kwaliteit-Verbeter-Kaart bevat geen absolute uitspraken maar een steekproef van ervaringen. De samenvattingen zijn gebaseerd op trends en meerdere antwoorden in dezelfde richting, niet noodzakelijkerwijs de mening weer van 'alle' cliënten of van iedereen die bij een onderdeel is betrokken. Antwoorden van individuele respondenten kunnen in de praktijk aanzienlijk van elkaar verschillen. Binnen eenzelfde groep kunnen sommigen positieve ervaringen rapporteren, terwijl anderen juist negatieve ervaringen rapporteren over het zelfde onderwerp. Dat kan soms zichtbaar zijn in de Kwaliteit-Verbeter-Kaart.

Wanneer een te beperkt aantal respondenten en/of reacties beschikbaar was, vermeldt de Kwaliteit-Verbeter-Kaart: 'geen informatie'.

Kwaliteit Verbeter Kaart

Stichting Breder

Waardering voor...

Ik mag mezelf zijn.
Eten en drinken.
Ze luisteren naar je.
Ik mag mijn eigen ding doen.
Wekelijks contact, regelmaat en structuur.
Begeleiders hebben oog voor cliënt en de situatie.

Voor verbetering vatbaar...

Meer leuke groepsactiviteiten.
Afspraken beter nakomen.
Vervanging bij ziekte niet goed geregeld.
Betere communicatie tussen medewerkers.
Niet tevreden over plan van aanpak.

49 cliënten

Gemiddeld rapportcijfer 8,2

Waardering voor...

Persoonlijke aandacht.
Betrokkenheid, flexibiliteit.
Er wordt goed geluisterd.
Afspraken worden nagekomen.
Begeleider geeft goed aandacht aan cliënt.
Goede begeleiding.
Begeleiding afgestemd op cliënt.

Voor verbetering vatbaar...

Moeder voelt zich niet gehoord en onbegrepen.
Doelstellingen worden niet teruggekoppeld. Geen rapportage.
Onduidelijk wie aanspreekpunt is.
Communicatie met cliënten.
Vaker logeeropvang of begeleiding in vakanties.

44 vertegenwoordigers

Gemiddeld rapportcijfer 8,0

Waardering voor...

Huiselijke sfeer.
Mensen in hun waarde laten.
Maatwerk is mogelijk.
Flexibiliteit.
Laagdrempelig en sociaal betrokken.
Persoonlijk, betrokken en gelijkwaardig.
Communicatie.

Voor verbetering vatbaar...

Meer waardering en aandacht voor medewerkers, o.a. salaris en CAO.
Onderlinge communicatie in het team.
Zorgplannen met regelmaat bespreken met collega's.
Vervanging bij ziekte.
Meer specialisatie.

32 Medewerkers

Gemiddeld rapportcijfer 8,0

Bijlagen

Bijlage 1: Beknopt overzicht van de drie dimensies Kwaliteit van Dienstverlening met bijhorende domeinen – Literatuuroverzicht methode QUALITY QUBE

Bijlage 2: Overzicht van indicatoren voor het kwantitatieve deel van de vragenlijst Stichting Breder (weergave in het format 'cliënten' Delen I, II, III)

Bijlage 3: Vragen Deel IV (weergave in het format 'cliënten')

Bijlage 4: Instructie Kwaliteit-Verbeter-Kaarten

Bijlage 1: Overzicht kwaliteitsdimensies en literatuur verantwoording

Beknopt overzicht van de drie dimensies Kwaliteit van Dienstverlening met bijhorende domeinen

Dimensie I: Inhoudelijke kwaliteit (Quality of Life – Schalok & VGN/IGZ)

Dimensie II: Voorwaardenscheppende kwaliteit (VGN / IGZ)

Dimensie III: Relationele kwaliteit (Zeithaml / Servqual)

© Buntinx Training & Consultancy – 2014

Kwaliteitskader

Professionele ondersteuning van mensen met verstandelijke beperkingen

© Buntinx Training & Consultancy 2006-2011

INHOUD

Persoonlijke ontwikkeling
Zelfbepaling
Inter-persoonlijke relaties
Sociale inclusie
Rechten en belangen
Emotioneel welzijn
Fysiek (lichamelijk) welzijn
Materieel welzijn

VOORWAARDEN

Competenties van medewerkers
Teamsamenwerking
Individuele OndersteuningsPlan
Beschikbaarheid van ondersteuning
Veiligheid
Informatie over organisatie
Bereikbaarheid
Continuïteit

RELATIES

Responsiviteit
Vertrouwen
Informatie (persoonlijk)
Zorgzaamheid
Inleven en luisteren

Uitgangspunten van de Quality Qube

1. Zorg en ondersteuning worden opgevat als inter-actionele processen waaraan cliënten, hun vertegenwoordigers (verwanten, familie) en medewerkers van de dienstverlenende organisatie deel hebben. De methode verzamelt dan ook informatie over kwaliteitsservaringen bij deze drie groepen.
2. Kwaliteit is multi-dimensioneel. Het gaat in de eerste plaats om 'inhoudelijke aspecten' die verwijzen naar de (gewenste) uitkomsten van zorg en ondersteuning op niveau van de cliënt. Deze inhoudelijke aspecten worden uitgedrukt in termen van 'Kwaliteit van Bestaan'. In de tweede plaats gaat het om 'voorwaardenscheppende aspecten'. Dit zijn geen doelen op zich maar middelen en instrumenten om de inhoudelijke kwaliteit te realiseren zoals 'medewerkers', 'competenties', 'zorgplannen', 'continuïteit'... In de derde plaats gaat het om 'relationele aspecten'. Dit gaat over de kwaliteit van de dialoog tussen de betrokken actoren in termen van 'vertrouwen', 'responsiviteit', bejegening, empathie, 'zorgzaamheid' en 'informatie'.
3. De methode Quality Qube is gericht op verbeteren van kwaliteit binnen de eigen organisatie. De rapportage vindt plaats op organisatieniveau en daarnaast op divisie- of regioniveau en op teamniveau, zo dicht mogelijk bij de plek waar 'zorg tot stand komt'. Dit laatste gebeurt in de vorm van Kwaliteit-Verbeter-Kaarten waarin de uitkomsten van de kwaliteitsservaringen van alle actoren worden samengevat. Terugkoppeling van ervaringen ten behoeve van het ondersteuningsplan is eveneens mogelijk.
4. De Quality Qube methode onderzoekt en rapporteert op elk niveau zowel positieve kwaliteitsservaringen (waardering) als ervaringen met betrekking tot zaken die voor verbetering vatbaar zijn.

Literatuur met betrekking tot de methode QUALITY QUBE (dec. 2015)

Wetenschappelijke basis **Methodiek (algemeen)**

ontwikkeling

- Abma, T., & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Amsterdam: Boom
- Abma, T.A., Bos, G.F., & Meiningier, H.P. (2011). Perspectieven in dialoog. Responsieve evaluatie van beleid voor mensen met verstandelijke beperkingen en hun omgeving. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. (37) 2, 2011, p. 70-87.
- Grol R, & Wensing M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Havenaar J., Van Splunteren P., & Wennink J. (Red.) (2008). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Lighter, D.E., & Fair, D.C. (2004). *Quality Management in Health Care. Principles and Methods*. Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Schalock, R., & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.

Validiteitskader

- VGN (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorgt. Visiedocument 2.0*. Utrecht: VGN.
- Inspectie Gehandicaptenzorg (2008). *Overzicht Kwaliteitsindicatoren Gehandicaptenzorg*. Den Haag: IGZ
- Schalock, R.L., Bonham, G.S., & Verdugo, M.A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190.
- Zeithaml, V.A., Bitner, M.J., & Gremler, D.D. (2006), *Services Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*. New York: McGraw-Hill.

Publicaties en presentaties

- Buntinx, Wil (2015). Wat willen cliënten? *Markant*, april 2015. 28-32.
- Buntinx, W., Tan, J., Kuppens, S., Herps, M.A., & Curfs, L. (2015). Content analysis of support service experiences. AAIDD conferentie te Louisville (KY) op 2 juni 2015.
- Buntinx, W. & Benjamins, C. (2010). Content analysis of client, family and staff perceptions of service quality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23 (5), 486.
- Buntinx, W., & Slisser, S. (2010). Systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk. *Markant Kenniskatern*, 3/2010, 4-7.
- Buntinx, W. (2010). Kwaliteit Verbeteren. Een methode via inhoudsanalyse van cliënt-, familie-, en medewerkerservaringen. Kennismarkt, Bussum, 27 mei 2010.
- Buntinx, W. H. E. (2009). Quality Assessment and Quality Improvement in Long Term Disability Services and Nursing Homes. HOPE seminar series # 74. Maastricht: Maastricht University
- Buntinx, W.H.E. (2008). Quality of life based evaluation of support service performance. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (8/9), 794.

Vergelijking met andere methoden

- Cobigo, V., Martin, L., Lysaght, R., Lunsky, Y., Hickey, R. & Ouellette-Kuntz, H. (2014). Quality Improvement in Services for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Guiding Principles. *Journal on Developmental Disabilities*, Volume 20, Number 2, 89-102.
- Schuurman, M. & Finkenflügel, H. (2011). Instrumenten voor de bepaling van cliënttevredenheid naast elkaar geplaatst. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. (37) 1, 2011, p. 35-48.

Bijlage 2: Overzicht van indicatoren voor het kwantitatieve deel van de vragenlijst Stichting Breder

Deel 1 Zorginhoudelijk

- D1V01 Mijn begeleiders helpen mij om nieuwe dingen te leren.
- D1V02 Ik mag (binnen redelijke grenzen) zelf bepalen wat ik mag doen.
- D1V03 Ik mag hier mijzelf zijn.
- D1V04 Ik heb het naar mijn zin met mijn groepsgenoten/huisgenoten waar ik woon.
- D1V05 Ik heb dagactiviteiten die bij mij passen (werk/dagbezigheden).
- D1V06 Ik voel me goed bij Stichting Breder.
- D1V07 Als er iets vervelends is gebeurd, kan ik bij de begeleiders altijd terecht.
- D1V08 De begeleiders helpen mij om op te komen voor mijn rechten en belangen.
- D1V09 Er wordt aandacht besteed aan het bevorderen van mijn gezondheid.
- D1V10 Mijn woning/kamer is gezellig ingericht.

Deel 2 Zorgvoorwaarden

- D2V01 Mijn begeleiders weten hoe ze mij het beste kunnen helpen.
- D2V02 Mijn begeleiders bij Stichting Breder werken onderling goed samen.
- D2V03 Ik weet wat er in mijn begeleidingsplan staat.
- D2V04 Ik vind de zorg hier stabiel.
- D2V05 Als ik mijn begeleiders nodig heb, zijn ze er ook voor mij.
- D2V06 Ik voel mij 's nachts veilig in mijn woning.
- D2V07 Ik ben tevreden over de samenwerking tussen dagbesteding en wonen.
- D2V08 Ik krijg duidelijke informatie over de mogelijkheden bij Stichting Breder.

Deel 3 Zorgrelatie

- D3V01 De begeleiders doen wat ze beloven.
- D3V02 Afspraken over mijn ondersteuning worden goed nagekomen.
- D3V03 Mijn begeleiders luisteren naar mijn wensen/behoefte.
- D3V04 Begeleiders geven snel antwoord als ik een vraag heb - ik hoef niet lang te wachten.
- D3V05 Ik ben tevreden over hoe de begeleiders met mij omgaan.
- D3V06 Ik word door de begeleiders goed bejegend (zijn vriendelijk tegen mij).

Bijlage 3: Deel IV Overzicht van indicatoren van de vragenlijst Stichting Breder

1) Hoe tevreden ben je over de kwaliteit van de ondersteuning?

- ☐ 10 : perfect! - kan niet beter
- ☐ 9 : heel goed
- ☐ 8 : goed
- ☐ 7 : ruim voldoende
- ☐ 6 : voldoende
- ☐ 5 : matig (niet tevreden/niet ontevreden)
- ☐ 4 : onvoldoende
- ☐ 3 : zeer onvoldoende
- ☐ 2 : slecht
- ☐ 1 : zeer slecht – de slechtst mogelijke zorg.

2) Hoe tevreden ben je over de begeleiders?

- ☐ 10 : perfect! - kan niet beter
- ☐ 9 : heel goed
- ☐ 8 : goed
- ☐ 7 : ruim voldoende
- ☐ 6 : voldoende
- ☐ 5 : matig (niet tevreden/niet ontevreden)
- ☐ 4 : onvoldoende
- ☐ 3 : zeer onvoldoende
- ☐ 2 : slecht
- ☐ 1 : zeer slecht – de slechtst mogelijke zorg.

3) Welke 3 dingen waardeer je het meest in de zorg en ondersteuning van Stichting Breder?

Geef dit aan in je eigen woorden.

4) Welke 3 dingen zou je het liefst verbeterd willen zien in de zorg en ondersteuning van Stichting Breder?

Geef dit aan in je eigen woorden.

Bijlage 4: Hoe omgaan met de Kwaliteit-Verbeter-Kaart voor Stichting Breder?

De Kwaliteit-Verbeter-Kaart zegt niet wat moet veranderen en hoe dat zou moeten maar vermeldt aandachtspunten die bij het kwaliteitsonderzoek duidelijk naar voren kwamen. Deze onderwerpen zijn vertrekpunten voor het gesprek over kwaliteitsverbetering.

De Kwaliteit-Verbeter-Kaart kan als volgt met 'de zevensprong' worden behandeld.

1. **Bekijk** in het team de uitkomsten: zijn deze herkenbaar? Kunnen er voorbeelden of meer details worden gegeven? Wat zijn de sterke en de zwakke punten van het team.
Besprek de kaart vervolgens met cliënten en contactpersonen van cliënten.
2. Bereik overeenstemming over één of twee thema's die verbeterd kunnen worden en beargumenteer waarom. **Kies** vervolgens één of twee duidelijke doelen en formuleer ze SMART (**S**pecifiek; **M**eerbaar; **A**anvaardbaar; **R**ealistisch; **T**ijdgebonden).
3. Stel **prioriteiten**: welk doel is het belangrijkste of urgentst volgens cliënten en team. Wat is het tweede verbeterdoel?
4. **Ga na** wat nodig is om die doelen te bereiken (hulpbronnen, voorwaarden, methodieken? Medewerking van cliënten, vertegenwoordigers, eigen medewerkers, vrijwilligers, facilitaire zaken, management...? Zijn de benodigde hulpbronnen beschikbaar)?
5. Maak een concreet **plan** per gekozen doel (wie doet wat; welke acties zijn nodig; tijdpad; hoe bewaken we de voortgang; wanneer en hoe evalueren we?).
6. **Start acties** en plan momenten waarop tussentijds nagegaan wordt of voldoende aandacht wordt besteed aan de uitvoering.
7. **Evaluatie**: wat is er veranderd m.b.t. het gekozen doel? Is dat een verbetering? Trek conclusies en plan vervolgacties. Ga weer **naar 2**: formuleer nieuwe doelen.