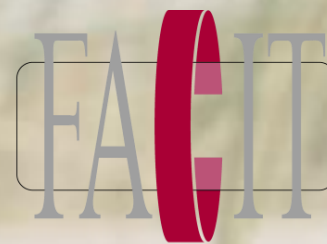


Quality Qube

Buntinx

training & consultancy



ONDERSTEUNT EN ADVISEERT



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

Sirjon Zorggroep/Siloah

**Ambulante Zorg
Praktisch Pedagogische
Gezinsbegeleiding (PPG)**

november 2019 – januari 2020



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.....	4
1	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg5
1.1	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg5
1.2	Het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.....5
1.3	Zorgvragerervaringsinstrument: Quality Qube.....6
2	Quality Qube bij PPG7
2.1	PPG7
2.2	Start van het onderzoek en opstellen van de vragenlijst.....7
2.3	Doelgroep7
2.4	Informatievoorziening7
2.5	Dataverzameling7
2.6	Respons.....8
2.7	Rapportage en leeswijzer8
3	Uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten PPG 10
3.1	Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst..... 10
3.1.1	Deel I Zorginhoud..... 10
3.1.2	Deel II Zorgvoorwaarden..... 11
3.1.3	Deel III Zorgrelatie..... 12
3.1.4	Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator 13
3.2	Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst 14
3.2.1	Rapportcijfer..... 14
3.2.2	Extra vraag..... 15
3.2.3	Open vragen..... 16
4	Uitkomsten medewerkers PPG..... 17
4.1	Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst..... 17
4.1.1	Deel I Zorginhoud..... 17
4.1.2	Deel II Zorgvoorwaarden..... 18
4.1.3	Deel III Zorgrelatie..... 19
4.1.4	Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator 20
4.2	Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer 21
4.2.1	Rapportcijfer..... 21
4.2.2	Extra vraag..... 22
4.2.3	Open vragen 23
5	Samenvatting24
5.1	Samenvatting uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten 24
5.2	Samenvatting uitkomsten medewerkers..... 24
Bijlage 1:	Overzicht kwaliteitsdimensies en literatuur verantwoording.....25

Inleiding

Facit heeft voor Sirjon Zorggroep/Siloah een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteitservaringen 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 kwaliteitservaringen met de Quality Qube plaats.

Hoofdstuk 2 beschrijft de gang van zaken rondom de Quality Qube. Beschreven wordt hoe het onderzoek naar kwaliteitservaringen, 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 en 4 worden de uitkomsten van het onderzoek met de Quality Qube gerapporteerd en in hoofdstuk 5 vindt u een korte samenvatting van het onderzoek.

Deze rapportage bevat de uitkomsten van het onderzoek bij Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG).

Facit, Velsen-Noord

Eddy Stam & Sabine van Pelt, februari 2020

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 worden 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 komen 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.

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022

Aanbieders van gehandicaptenzorg werken vanaf 2017 met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Het vernieuwde kader berust op een aansprekende visie, geeft helderheid aan cliënten over goede zorg, helpt teams om de zorg te verbeteren en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording. Het legt een sterk accent op leren en verbeteren. Bovendien laat het ruimte voor diversiteit en het stimuleert het leggen van eigen accenten.

Het kader bestaat uit vier bouwstenen. In de eerste drie wordt de kwaliteit bekeken vanuit drie perspectieven:

- dat van de individuele cliënt over zijn zorg;
- dat van meerdere cliënten over hun ervaringen;
- en dat van teams over hun functioneren.

De informatie uit de drie eerste bouwstenen komt samen in de vierde bouwsteen: het kwaliteitsrapport. Door de eerste drie bouwstenen in samenhang met elkaar te bekijken, ontstaat een helder, levendig zicht op kwaliteit. Daarmee geven zorgaanbieders antwoord op drie belangrijke vragen: Wat gaat goed? Wat kan beter? En hoe gaan we dat verbeteren?

¹ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2007

² Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0

De bestuurder bespreekt het kwaliteitsrapport met de interne en externe stakeholders. Vervolgens vraagt de bestuurder minimaal twee externe onafhankelijke deskundigen om een visitatie over het rapport. Met als doel: leren en verbeteren. De Quality Qube gaat over bouwsteen 2: onderzoek naar de ervaringen van cliënten.

Minstens één keer per drie jaar vraagt iedere zorgaanbieder naar de mening van al haar cliënten. Daarvoor gebruiken ze onderzoeksinstrumenten uit de waaier, die zijn goedgekeurd door een onafhankelijke commissie van deskundigen. Bij de Quality Qube gebeurt dit door middel van het bevragen van cliënten en/of vertegenwoordigers van cliënten en de begeleiders van de cliënten.

Van de uitkomsten van het cliëntervaringsonderzoek kunnen zorgaanbieders leren om de zorg te verbeteren. Dat doen ze op drie niveaus. Ten eerste op het niveau van de individuele cliënt, in aanvulling op het persoonlijk ondersteuningsplan. Ten tweede op het niveau van de locatie. Teams van begeleiders krijgen hiermee immers extra zicht op de kwaliteit van de zorg die ze bieden. Daar leren ze van. En ten slotte op het niveau van de organisatie. De uitkomsten van het onderzoek zijn handvatten voor het formuleren van verbeteracties.

1.3 Zorgvragerervaringsinstrument: Quality Qube

Om de kwaliteit van 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 zorgvragerervaringsinstrumenten. 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 zorgvrager 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 zorgvragers 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.

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

2 Quality Qube bij PPG

2.1 PPG

PPG staat voor Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding. Sirjon Zorggroep/Siloah biedt met PPG een behandelvorm voor gezinnen door middel van concrete en tijdelijke hulp bij de opvoeding. Deze hulp vindt plaats bij het gezin thuis. Samen met de gezinsbegeleider gaan de ouders/verzorgers aan de slag met opvoedvragen over hun kind(eren) met een beperking of ontwikkelings-achterstand.

2.2 Start van het onderzoek en opstellen van de vragenlijst

Het onderzoek is gestart met een gesprek met het management en andere betrokkenen op 3 oktober 2019. In dit gesprek zijn de relevante onderwerpen voor het kwaliteitsonderzoek aan de orde geweest en heeft instructie aan de interviewers plaatsgevonden.

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 21 indicatoren tot stand gekomen. De indicatoren zijn vertaald naar een vragenlijst met stellingen, die alle domeinen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg dekt.

De vragen waren als volgt verdeeld:

- tien vragen met betrekking tot 'Inhoudelijke aspecten' (deel I);
- zes vragen met betrekking tot 'Voorwaardenscheppende aspecten' (deel II);
- vijf vragen met betrekking tot 'Relationele aspecten' (deel III) van ondersteuning.

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 heeft Sirjon Zorggroep/Siloah zelf nog één vraag toegevoegd aan de vragenlijst, namelijk de vraag of cliënten met begeleiders over de Heere en de Bijbel kunnen praten.

Het onderzoek sluit af met twee open vragen, waarin de respondent in eigen woorden onderwerpen kon noemen waarover hij/zij tevreden was respectievelijk waarvan hij/zij vindt dat de prestaties van Sirjon Zorggroep/Siloah, beter kunnen of moeten zijn.

2.3 Doelgroep

De doelgroep voor het kwaliteitsonderzoek met de Quality Qube bij Sirjon Zorggroep/Siloah bestond uit alle cliënten van 16 jaar en ouder, vertegenwoordigers van alle cliënten en medewerkers van Sirjon Zorggroep/Siloah. Bij PPG zijn alleen vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers benaderd.

2.4 Informatievoorziening

De betreffende vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers zijn voorafgaand aan de start van het onderzoek door Sirjon Zorggroep/Siloah schriftelijk geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de wijze waarop het onderzoek zou gaan plaatsvinden.

2.5 Dataverzameling

In de delen I, II en III van de vragenlijst zijn voor alle 21 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 antwoordcategorieën (driepuntsschaal). Interviewers van Facit en van

Sirjon Zorggroep/Siloah zijn gedurende de maanden november en december met de cliënten in gesprek gegaan en hebben samen met hen zoveel mogelijk vragen ingevuld. Vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers konden gebruik maken van vijf antwoordcategorieën (vijfpuntsschaal). Vertegenwoordigers van cliënten ontvingen een brief met daarin een uitnodiging deel te nemen aan het onderzoek en de vragenlijst in te vullen. Medewerkers ontvingen een uitnodiging tot deelname via de mail en konden de vragenlijst online invullen.

Aan alle respondenten is gevraagd in de antwoorden de eigen waarderingen 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.

Het onderzoek is op 31 januari 2020 afgesloten.

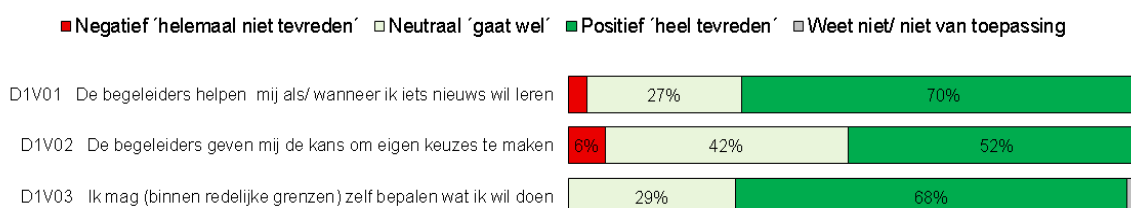
2.6 Respons

In totaal hebben vijf medewerkers en zeven vertegenwoordigers van cliënten voor PPG de vragenlijst ingevuld.

2.7 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:

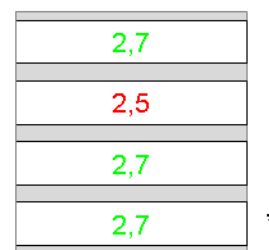


Bovenin de grafiek staan de verschillende antwoordcategorieën die in het diagram voorkomen. Links van de staafdiagrammen zijn de indicatoren weergegeven. In de staven staat het percentage respondenten dat het betreffende antwoord heeft gegeven. Omdat dit afgeronde percentages zijn, kan het soms voorkomen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

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

De gemiddelde indicatorscore staat boven de meest rechtse grafiek. 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 bepaald.

□ gemiddelde = 2,5



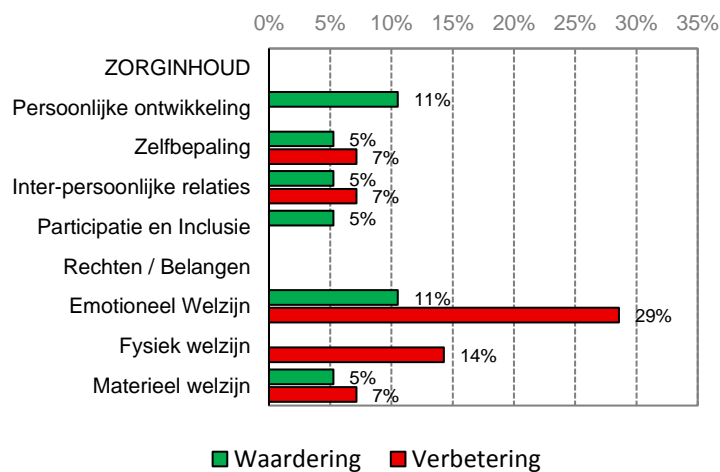
De uitkomsten die statistisch significant zijn ten opzichte van het gemiddelde zijn met een sterretje gemarkeerd. Wanneer een verschil significant is ($p < ,05$) betekent dit dat deze groter is dan op basis van toeval verwacht kan worden (bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%).

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.

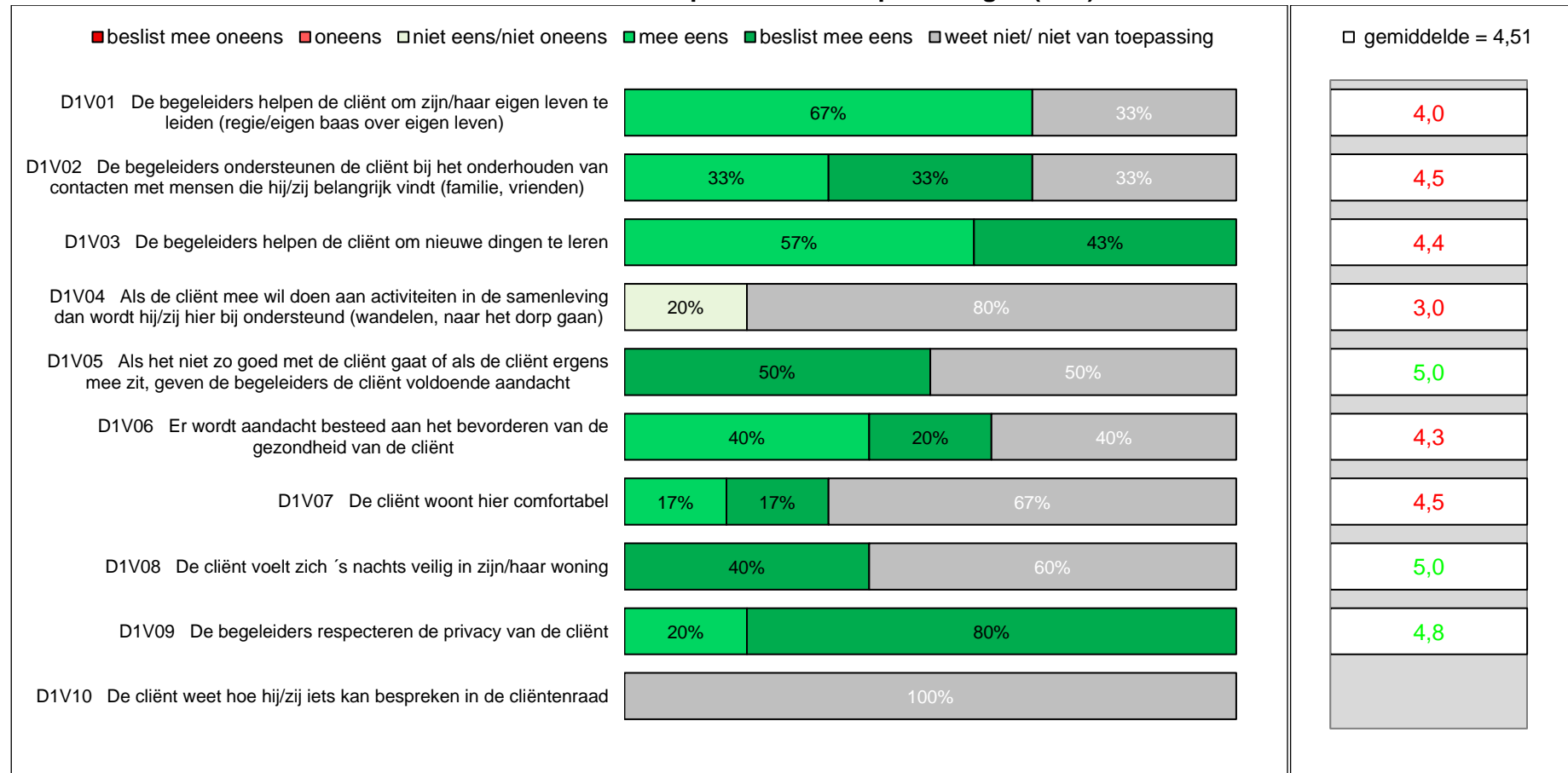
3 Uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten PPG

3.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

3.1.1 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.

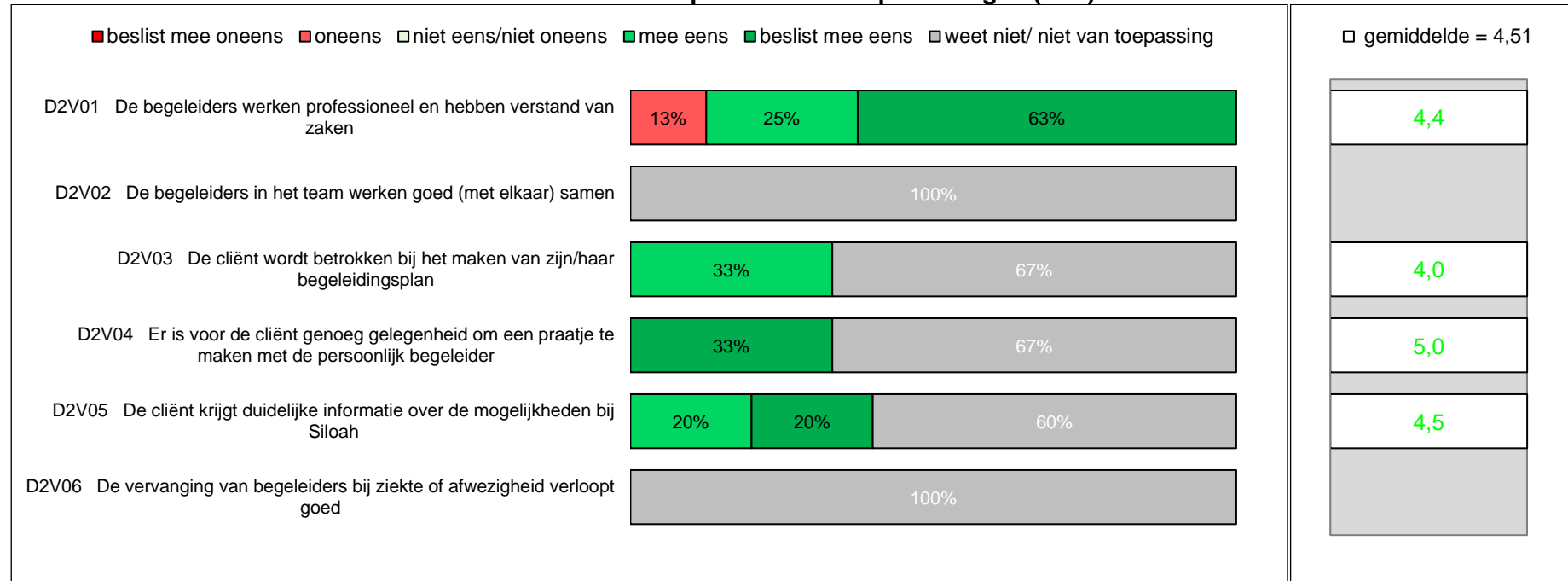
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=7)



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.

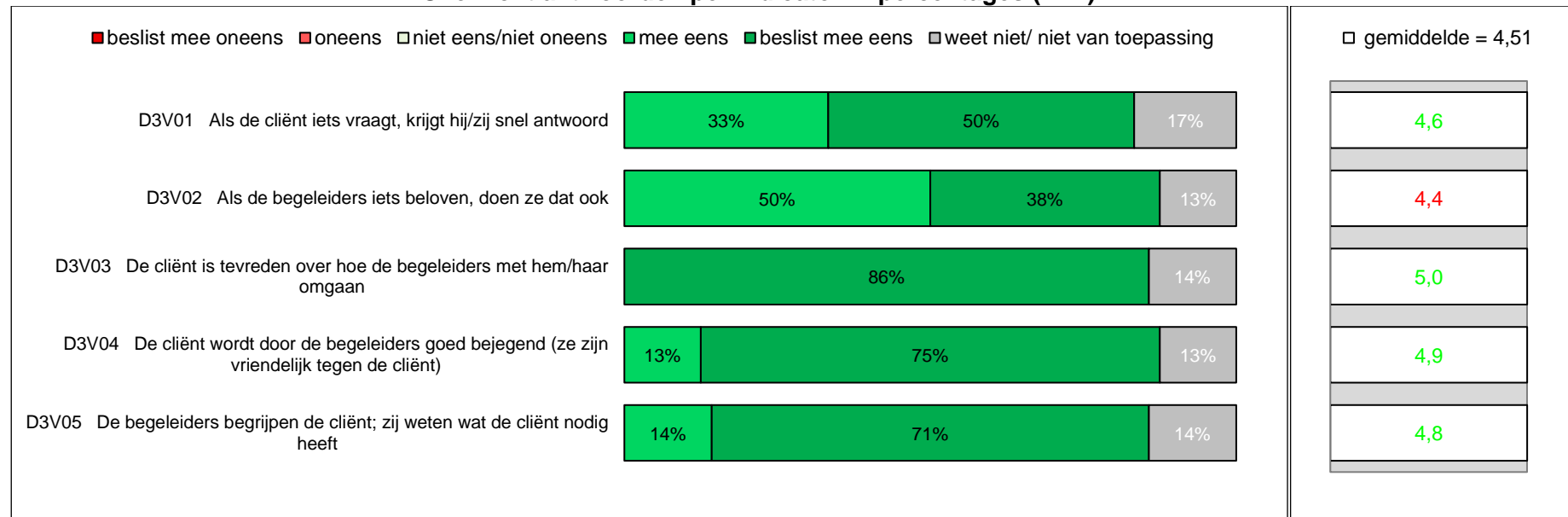
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=8)



3.1.3 Deel III Zorgrelatie

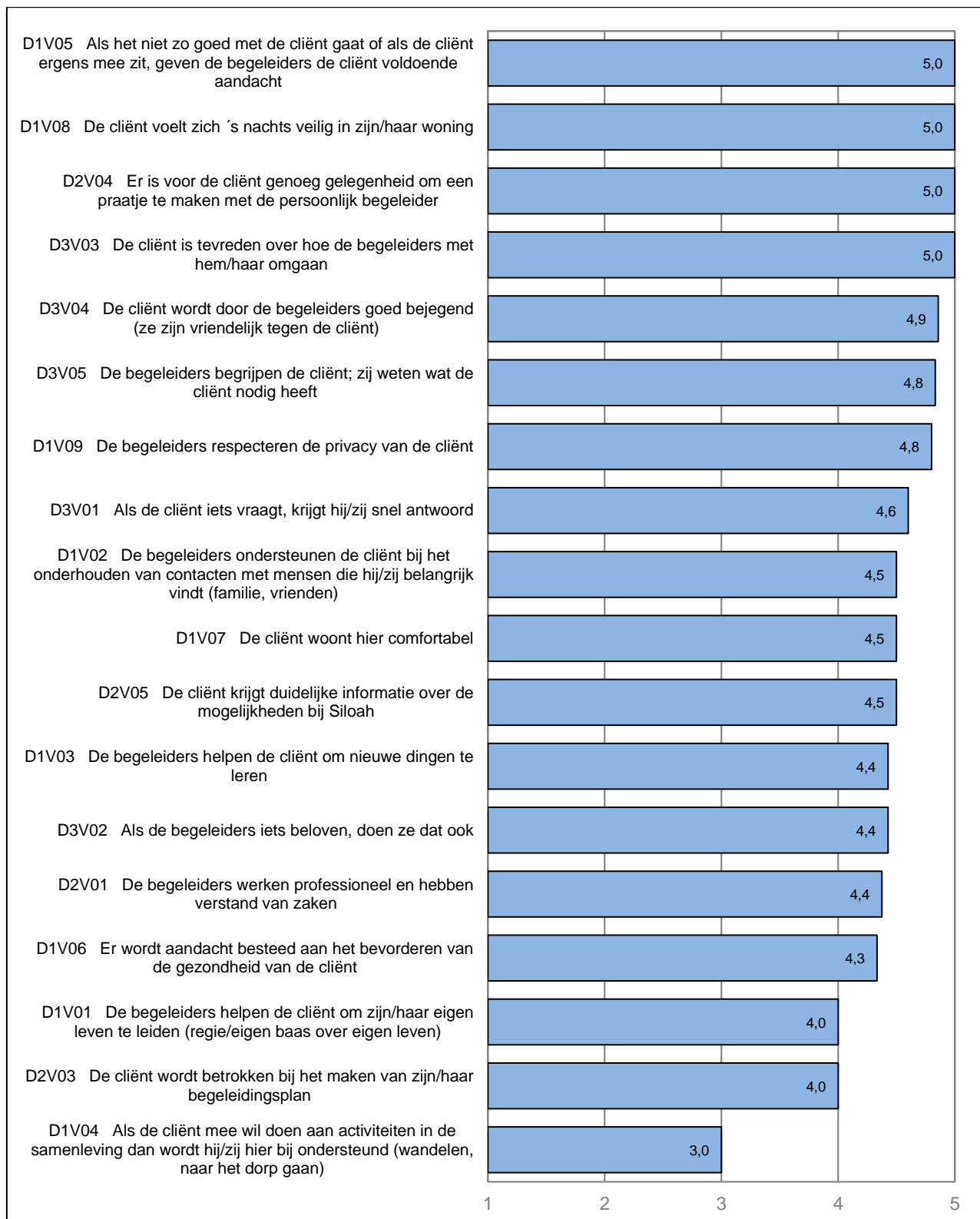
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de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

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=7)



3.1.4 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.

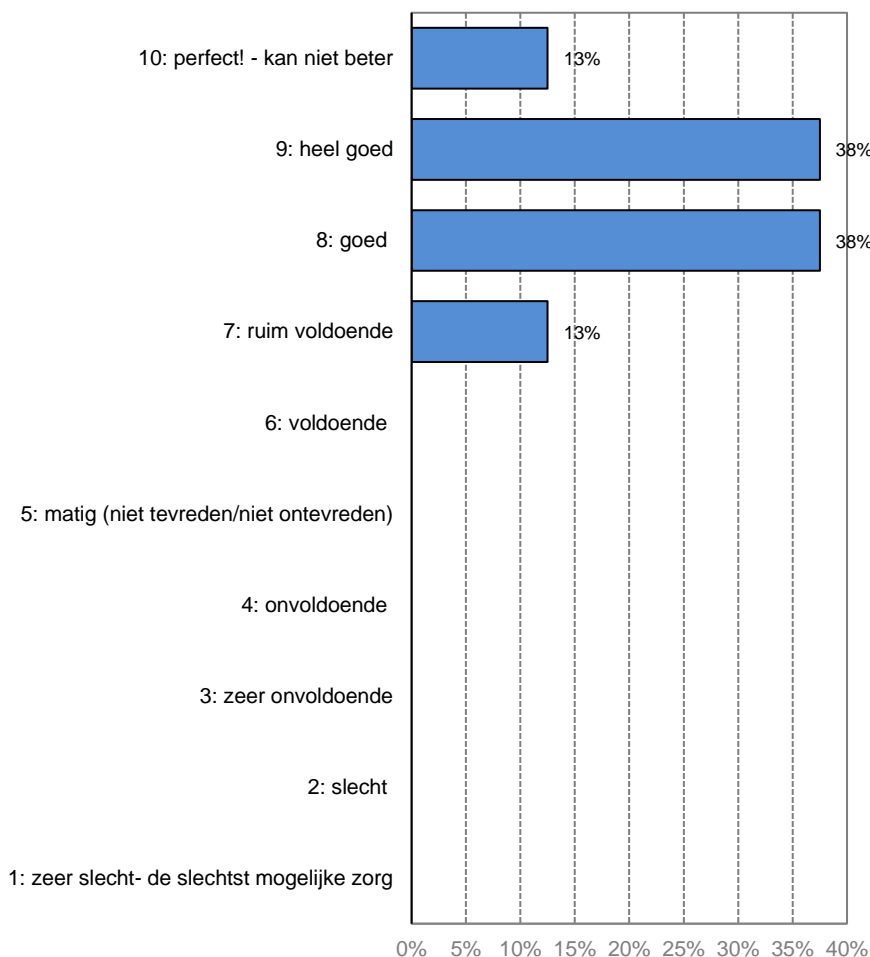


3.2 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst

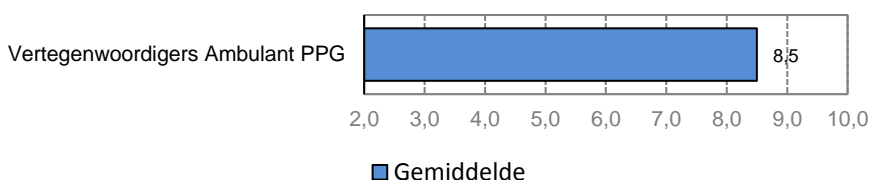
3.2.1 Rapportcijfer

Aan de vertegenwoordigers van cliënten PPG is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Sirjon Zorggroep/Siloah. De meest gegeven cijfers zijn een 8 en 9. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 7. Gemiddeld krijgt de ondersteuning bij PPG Sirjon Zorggroep/Siloah een **8,5**.

Hoe tevreden bent u over de begeleiding van Siloah?



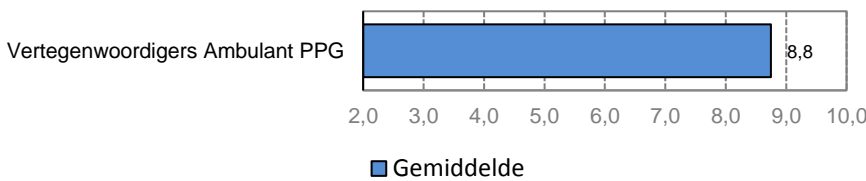
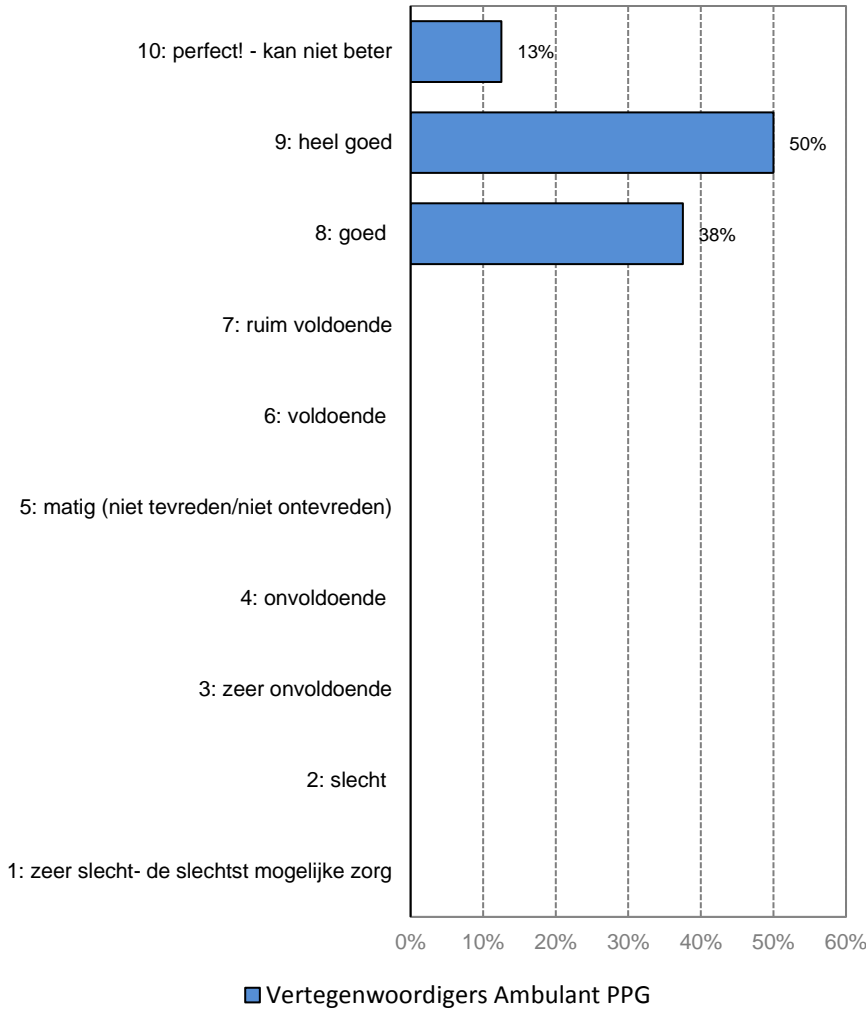
■ Vertegenwoordigers Ambulant PPG



■ Gemiddelde

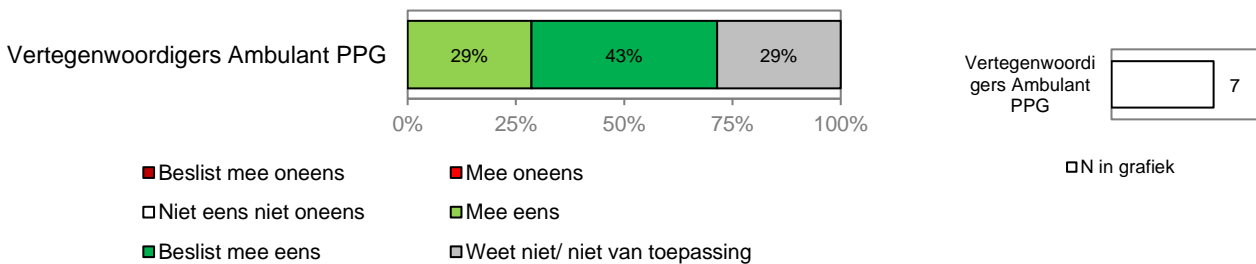
Aan de vertegenwoordigers van cliënten is ook gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de **begeleiders** van Sirjon Zorggroep/Siloah. Het meest gegeven cijfer is een 9. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 8. Gemiddeld geven de vertegenwoordigers de PPG begeleiders van Siloah een **8,8**.

Hoe tevreden bent u over de begeleiders van Siloah?



3.2.2 Extra vraag

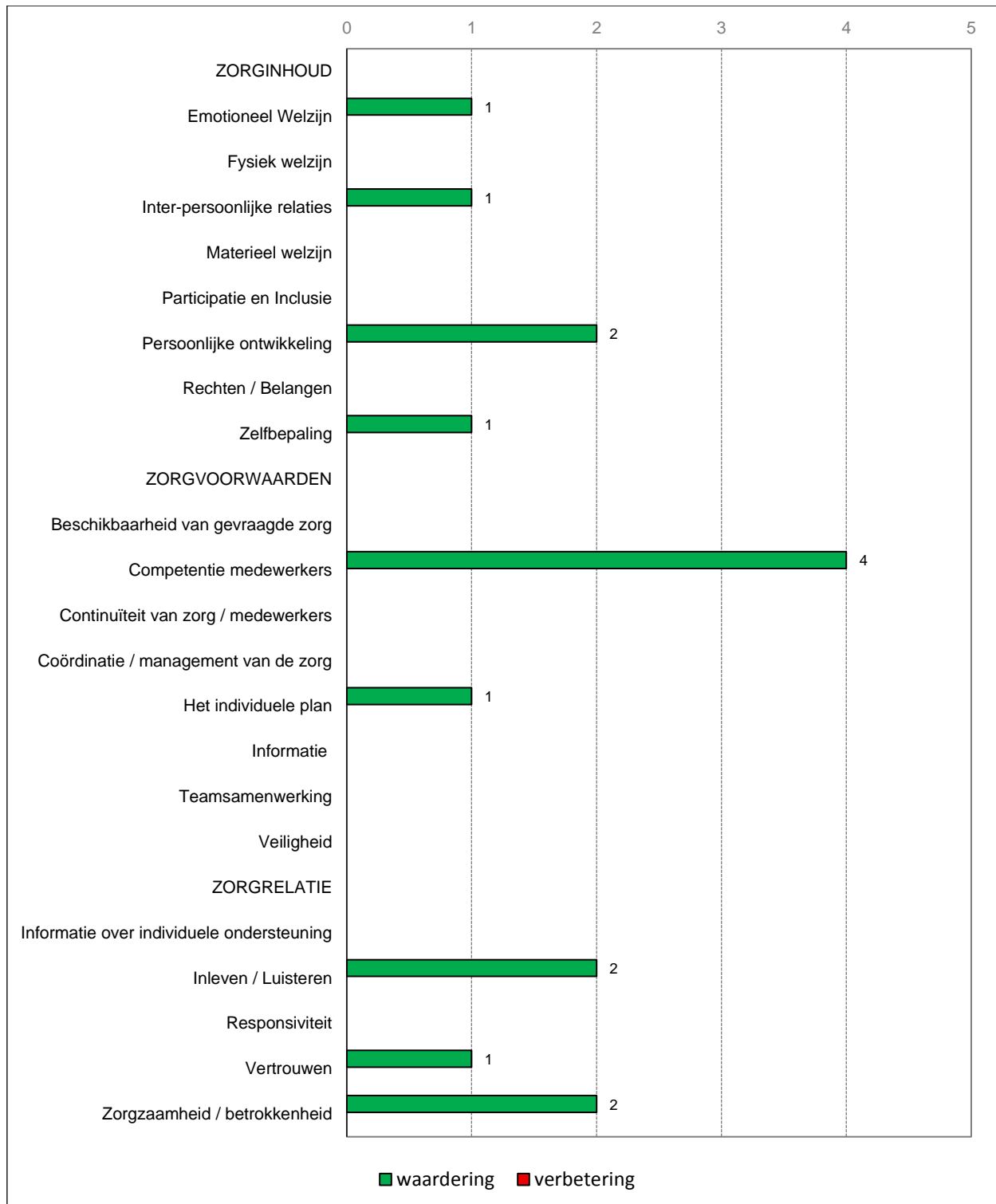
De cliënt kan met zijn/haar begeleiders praten over de Heere en de Bijbel



3.2.3 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 Sirjon Zorggroep/Siloah 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 15 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en geen opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



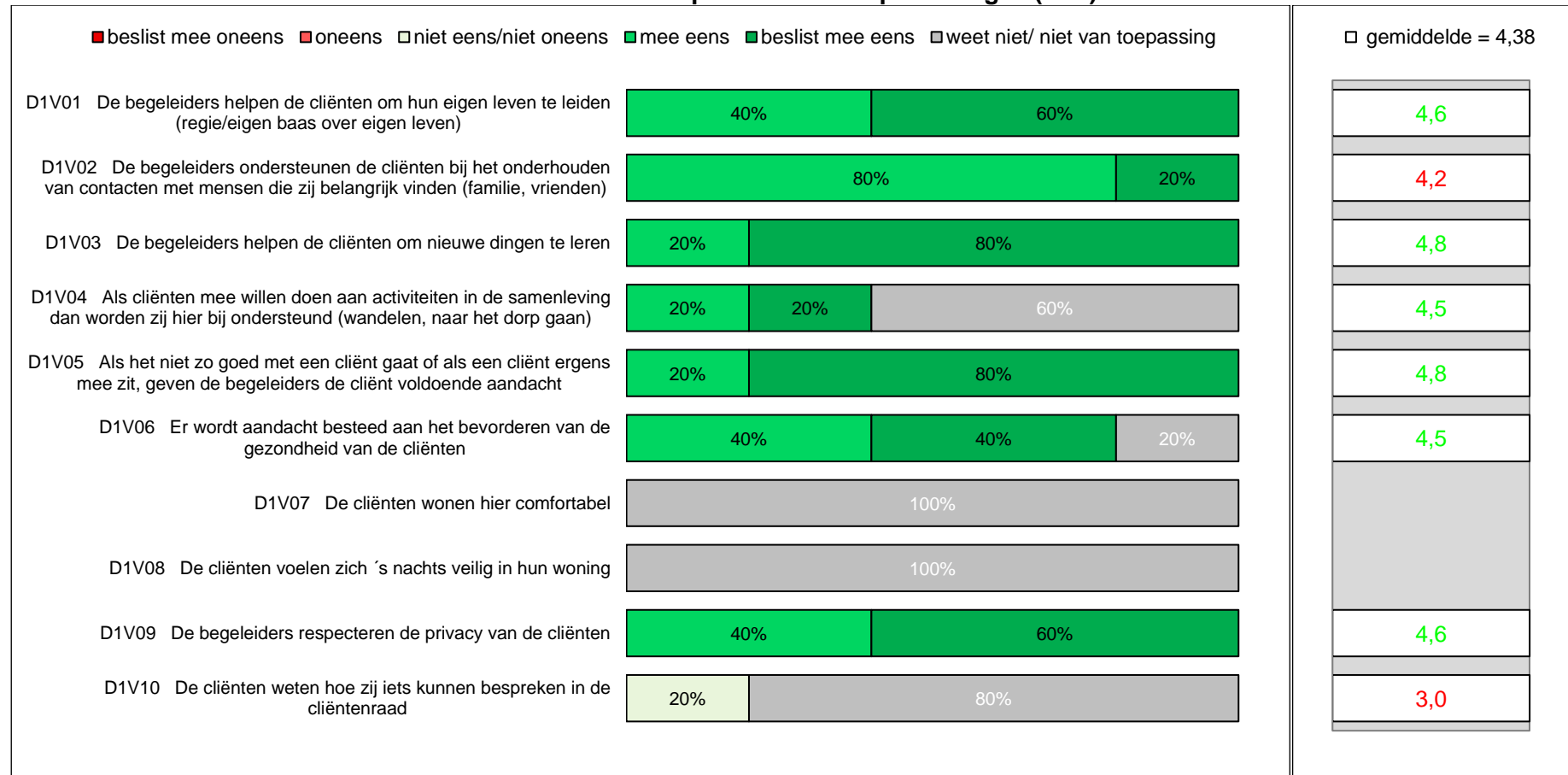
4 Uitkomsten medewerkers PPG

4.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

4.1.1 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.

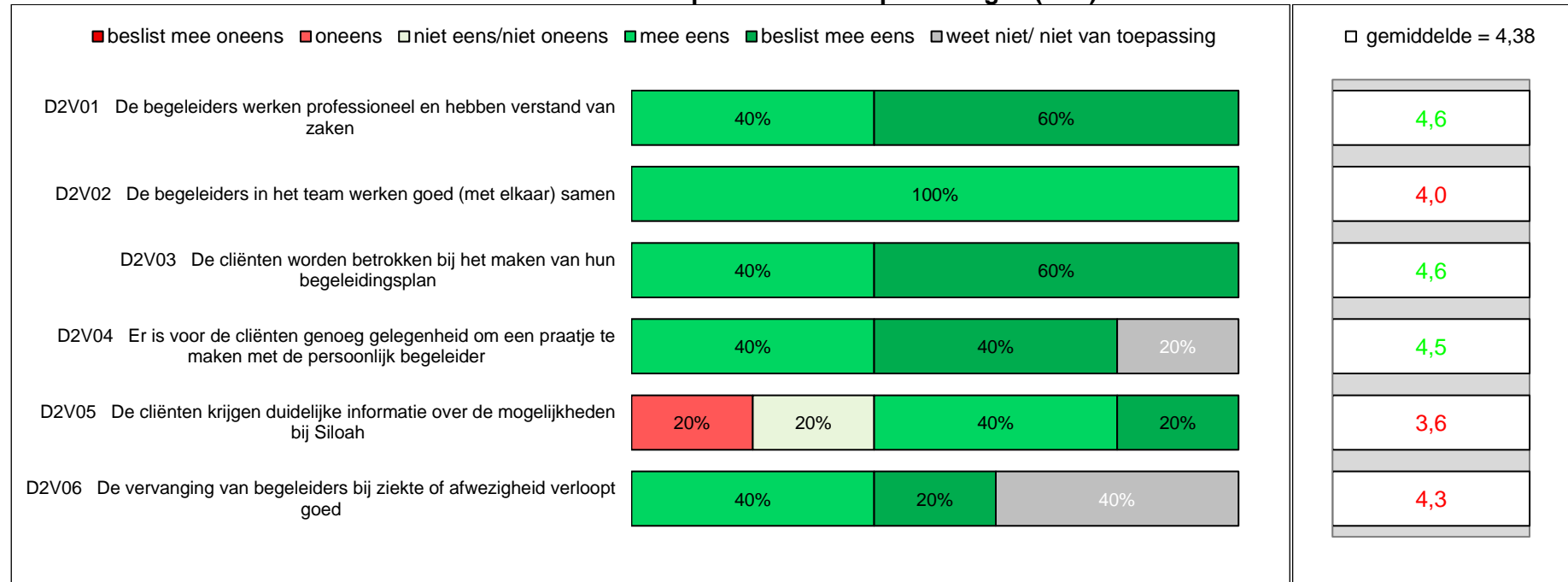
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=5)



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.

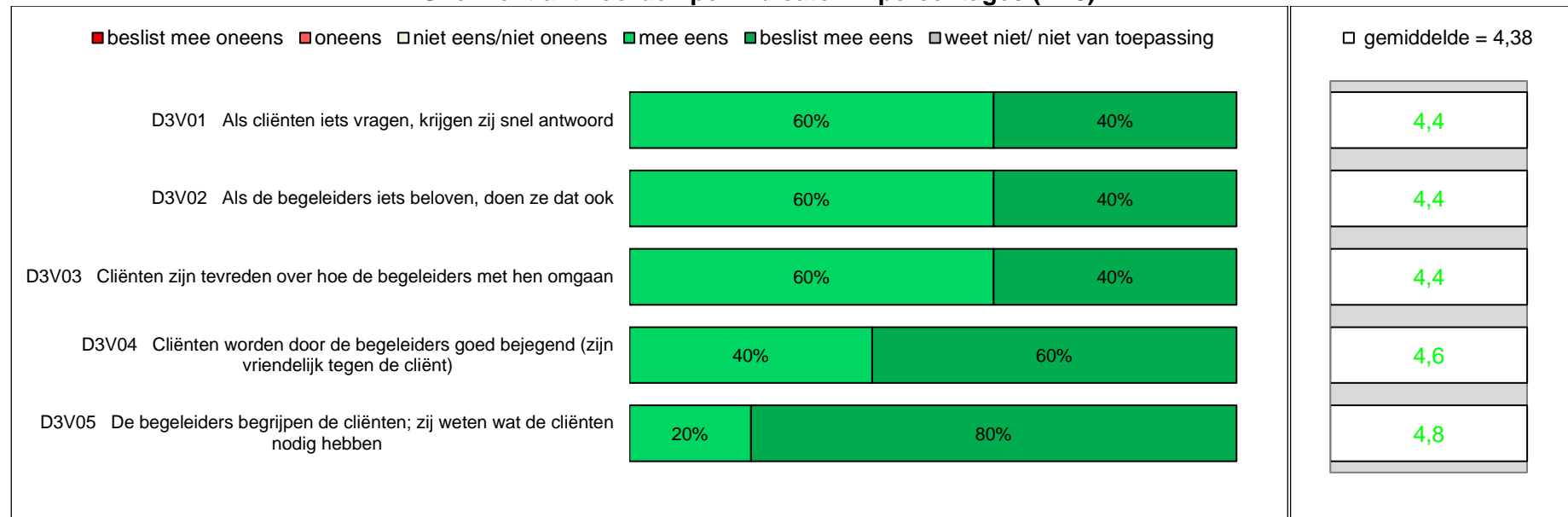
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=5)



4.1.3 Deel III Zorgrelatie

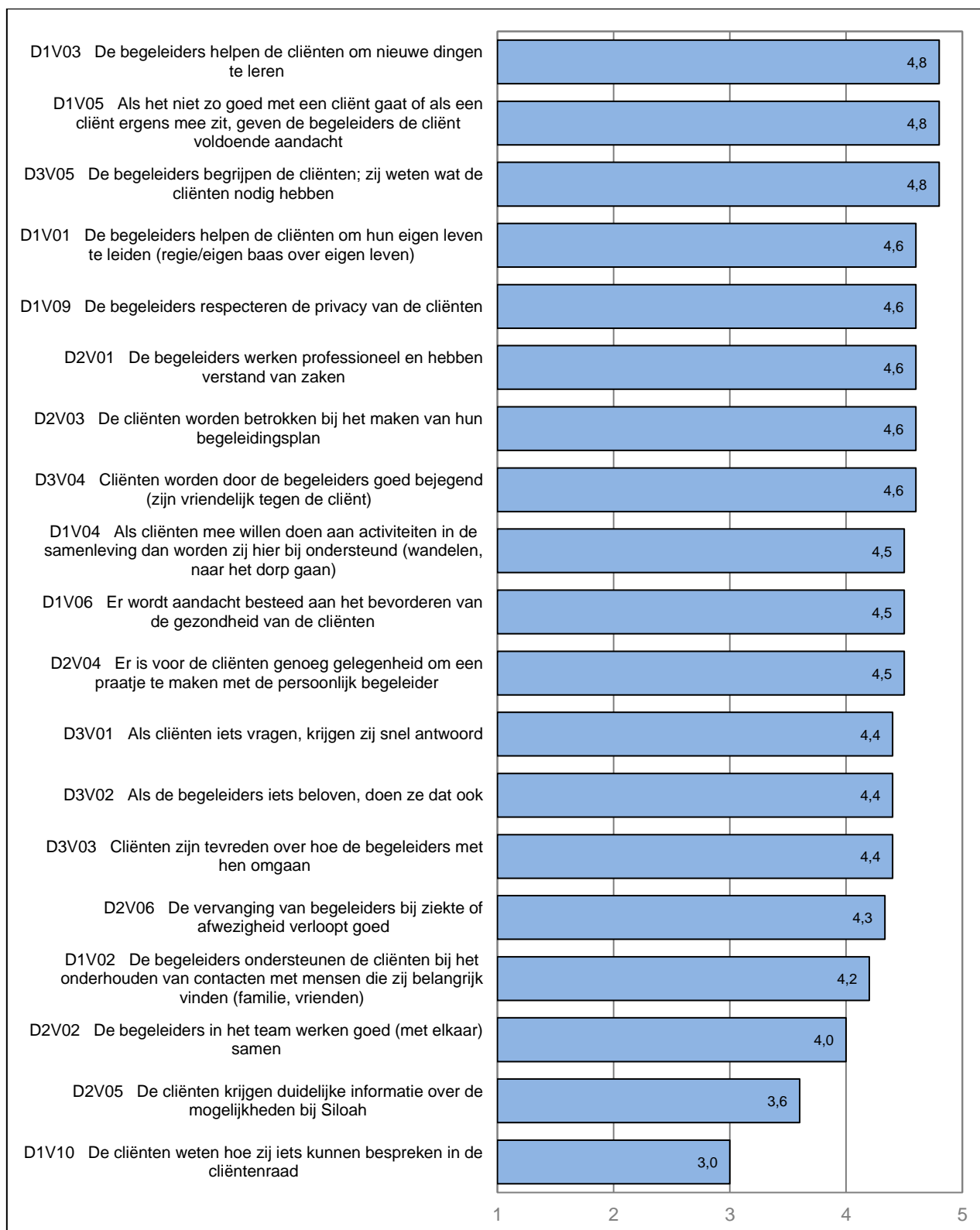
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardengebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de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

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=5)



4.1.4 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.

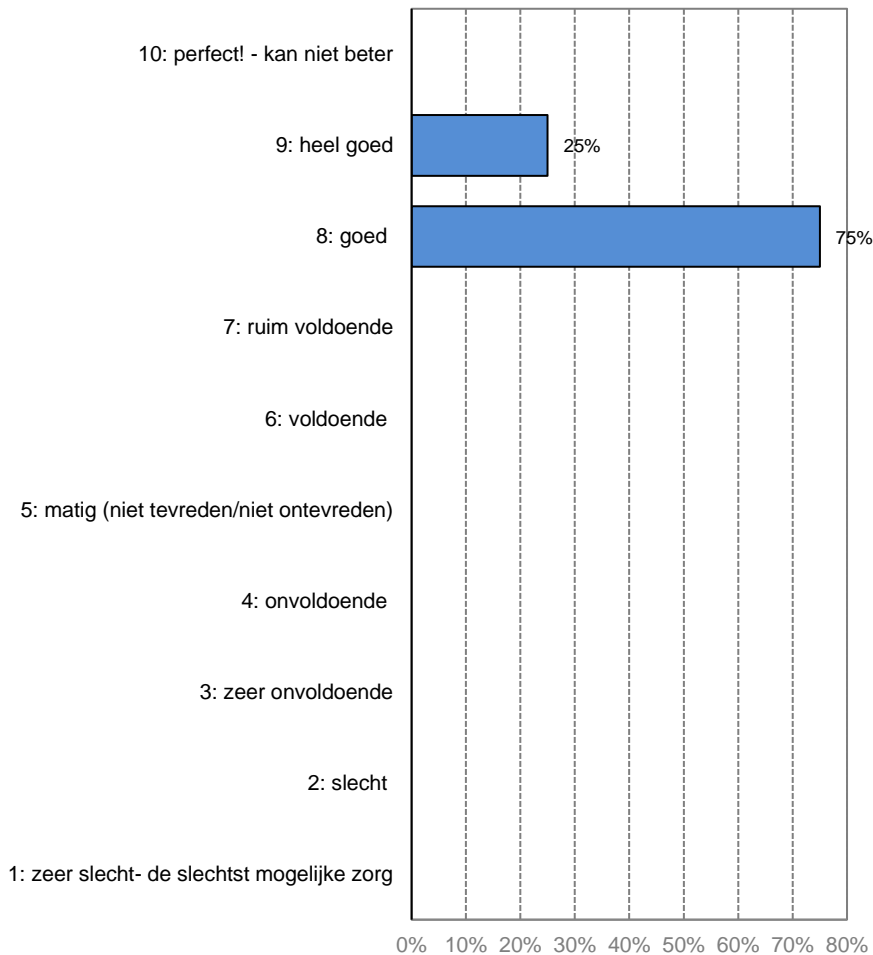


4.2 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer

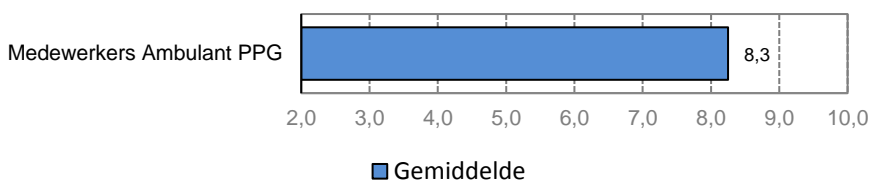
4.2.1 Rapportcijfer

Aan de medewerkers is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Sirjon Zorggroep/Siloah. Het meest gegeven cijfer (en meteen ook het laagst gegeven cijfer) is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 9. Gemiddeld geven de medewerkers de PPG ondersteuning van Sirjon Zorggroep/Siloah h PPG een **8,3**.

Hoe tevreden bent u over de begeleiding van Siloah?

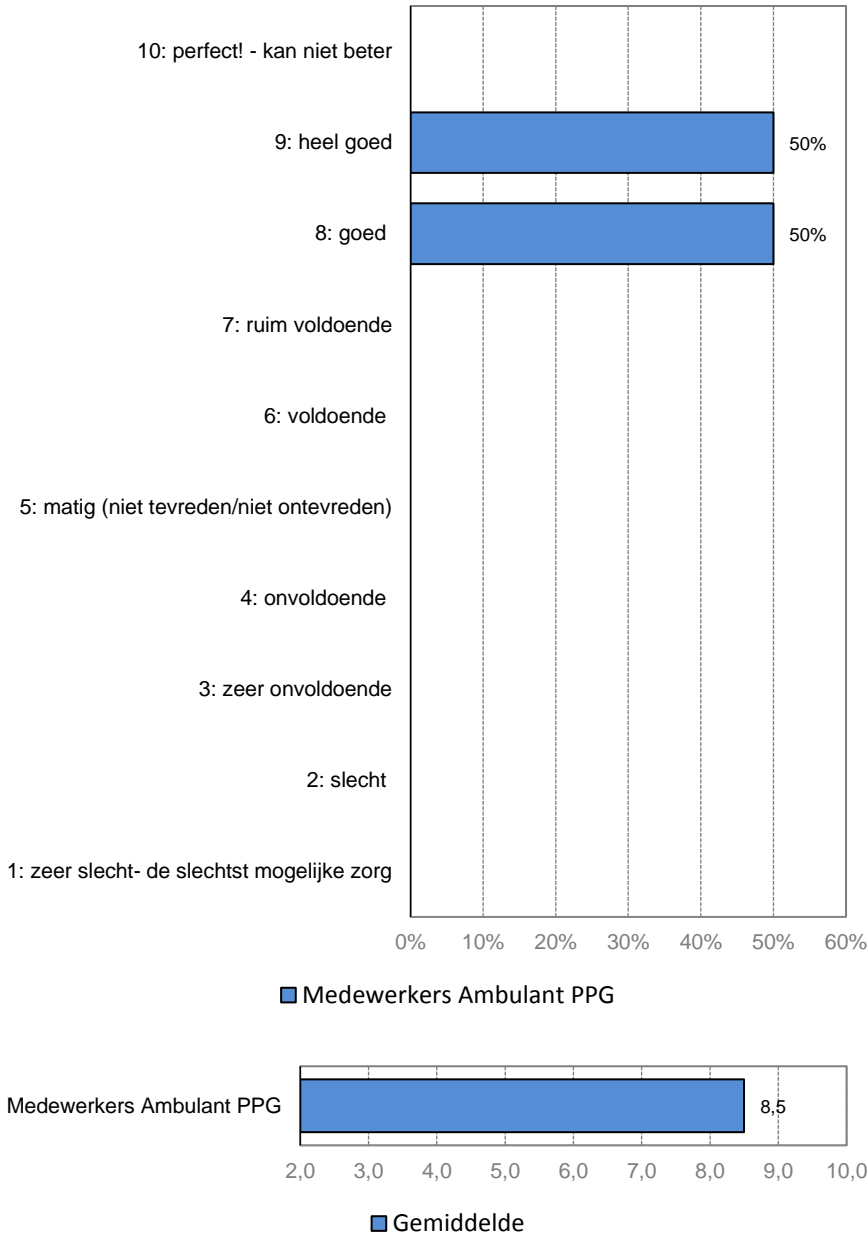


■ Medewerkers Ambulant PPG



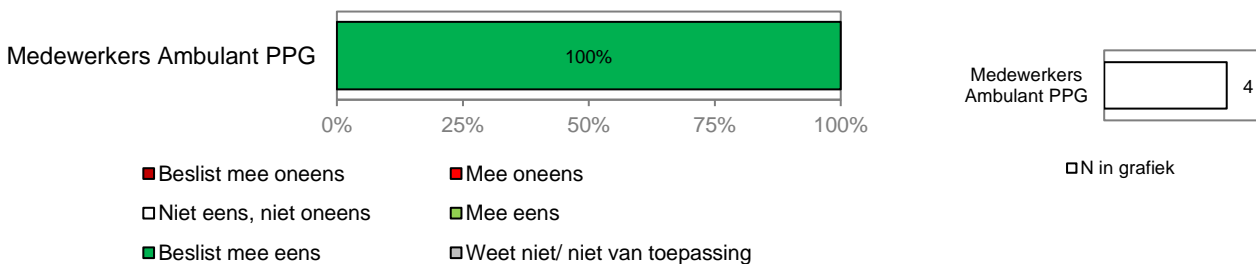
Aan de medewerkers is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de PPG begeleiders van Sirjon Zorggroep/Siloah. Precies de helft geeft de begeleiders een 9, de andere helft beoordeelt ze met een 8. Gemiddeld geven de medewerkers de begeleiders dus een **8,5**.

Hoe tevreden bent u over de begeleiders van Siloah?



4.2.2 Extra vraag

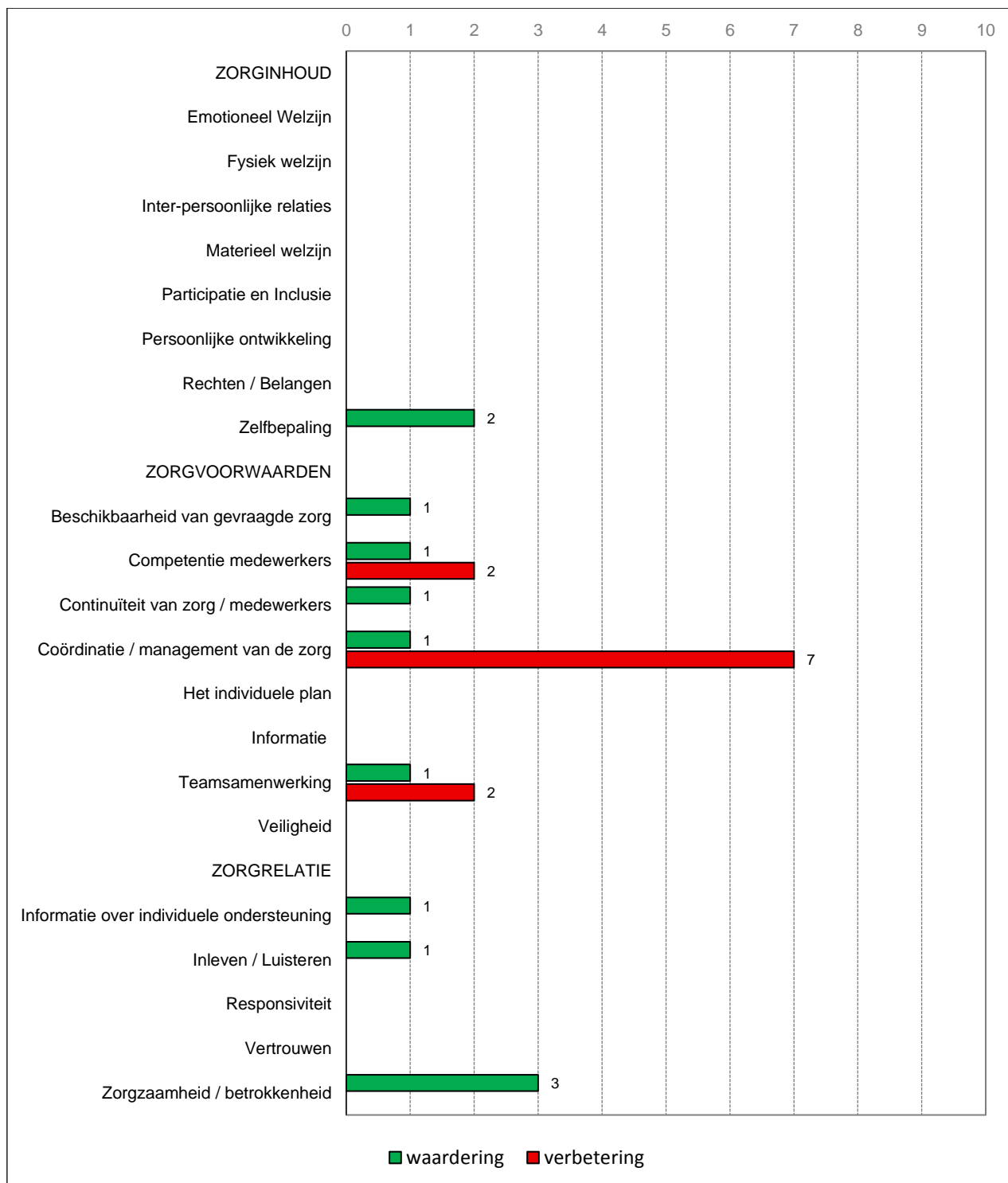
De cliënten kunnen met hun begeleiders praten over de Heere en de Bijbel



4.2.3 Open vragen

Aan elke medewerkers is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de PPG begeleiding van Sirjon Zorggroep/Siloah 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 12 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en 11 opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



5 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 Sirjon Zorggroep/Siloah 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.

5.1 Samenvatting uitkomsten vertegenwoordigers van cliënten

De vertegenwoordigers van cliënten PPG zijn zeer positief over de kwaliteit van de ondersteuning van Sirjon Zorggroep/Siloah. De geraadpleegde vertegenwoordigers van cliënten waarderen de ondersteuning van ruim voldoende tot perfect. Het gemiddelde rapportcijfer komt uit op een 8,5. Ook over de begeleiders van PPG zijn ze tevreden; zij scoren gemiddeld een 8,8.

De gemiddelde score op de algemene kwaliteitsindicatoren is met 4,51 (op een maximum van 5) hoog.

Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat 27% van de opmerkingen van vertegenwoordigers van cliënten waardering uitdrukt voor de competenties van de medewerkers en 13% voor persoonlijke ontwikkeling. In eveneens 13% van alle antwoorden wordt uiting gegeven aan waardering voor inleven/luisteren.

In de antwoorden op de open vragen worden door vertegenwoordigers van cliënten geen verbeterpunten genoemd.

5.2 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 PPG in het algemeen. Alle medewerkers beoordelen de ondersteuning met een goed tot heel goed. Het gemiddelde rapportcijfer komt uit op een 8,3. De begeleiders worden met een 8,5 beoordeeld.

De gemiddelde score op de 25 algemene kwaliteitsindicatoren is met 4,38 (op een maximum van 5) hoog.

Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat 13% van de opmerkingen van medewerkers waardering uitdrukt voor zorgzaamheid en betrokkenheid. In 9% van alle antwoorden wordt uiting gegeven aan waardering voor de zelfbepaling.

Coördinatie/management van zorg komt in 39% van de antwoorden van medewerkers als verbeterpunt naar voren. Daarnaast worden teamsamenwerking en competenties van de medewerkers allebei in 9% van de antwoorden als verbeterpunt genoemd.

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 kwaliteitservaringen 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 kwaliteitservaringen 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 kwaliteitservaringen (waardering) als ervaringen met betrekking tot zaken die voor verbetering vatbaar zijn.

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

- Wetenschappelijke basis ontwikkeling **Methodiek (algemeen)**
- Abma, T., & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Amsterdam: Boom
 - Abma, T.A., Bos, G.F., & Meininger, 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 Gehandicaptenzorg. 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., Lunsy, 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.

-Schoorman, 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.