

27-05-2016

De toepasbaarheid van kwaliteitsmeetinstrumenten in de praktijk; de verfijning van een meetinstrument



UNIEK
BEGELEIDING

**Valerie van Bijleveld, Esther Piepers &
Ravena Prinsen**

*Bachelorrapport SPH
Academie Mens & Maatschappij
Saxion Hogeschool Enschede*

De toepasbaarheid van kwaliteitsmeetinstrumenten in de praktijk; de verfijning van een meetinstrument

Leerpakket 9.2 Bacheloronderzoek

Door: Valerie van Bijleveld (326887)
Esther Piepers (330532)
Ravena Prinsen (329872)

Klas: EMM4VM
SB'er: L. Slots

Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Academie: Mens & Maatschappij

Leerpakket: AMM 9.2: Bacheloronderzoek
Onderdeel: Onderzoeksrapport
Opdrachtgever: Uniek Begeleiding
Praktijkbegeleider: I. Lammers
Intervisiedocent: H. Hendriks
Toetsvorm: Producttoets
Toetscode: T.AMM.37555

Plaats: Enschede
Datum: 27 mei 2016

Voorwoord

Voor u ligt het bachelorrapport dat is geschreven door Valerie van Bijleveld, Esther Piepers en Ravena Prinsen. Het rapport is geschreven in het kader van een afstudeeropdracht voor de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, onderdeel van de academie Mens & Maatschappij van Saxion Hogescholen te Enschede. De opdrachtgever betreffende dit onderzoek is Imke Lammers, gedragsdeskundige bij Uniek Begeleiding. Vanuit het Saxion wordt ondersteuning aangeboden door Helma Hendriks.

Om de anonimiteit te waarborgen zijn de transcripten uitsluitend op te vragen door de beoordelaars van dit bachelorrapport. Na beoordeling van dit onderzoek zullen de transcripten en opnames van de interviews vernietigt worden.

Onze dank gaat uit naar Imke Lammers en Helma Hendriks die ons ondersteuning hebben geboden tijdens het schrijven van dit onderzoek.

Wij hopen dat u ons verslag met plezier zal doorlezen.

Valerie van Bijleveld,
Esther Piepers en
Ravena Prinsen

Enschede, 27 mei 2016

Samenvatting

Zorginstellingen in Nederland zijn verplicht om de kwaliteit van de geboden zorg te bewaken, beheersen en te verbeteren. Uniek Begeleiding is een nieuwe zorgaanbieder binnen de gemeente Enschede. Zij bieden kleinschalige dagbesteding aan mensen met een verstandelijke beperking en met niet-aangeboren hersenletsel. Uniek Begeleiding heeft vertrouwen en veiligheid hoog in het vaandel staan. Deze zorginstelling heeft als doel voor ogen om ieder mens het gevoel te geven dat zij er mogen zijn en er toe doen. Door zorg op maat te bieden willen zij voor deze bijzondere mensen mogelijkheden creëren en niet alleen de beperking zien. Kwaliteit van de zorg is voor hen dan ook van groot belang. Uniek Begeleiding is net als alle andere zorgaanbieders binnen Nederland verplicht om eens in de twee à drie jaar de kwaliteit van de geboden zorg te meten. Dit wordt gerealiseerd door middel van de CQ-index. Dit is een kwaliteit meetinstrument dat speciaal voor mensen met een verstandelijke beperking is ontwikkeld. Vanuit het perspectief van de zorgvrager wordt de kwaliteit van de zorg in kaart gebracht. De uitslag van de meting wordt gebruikt om de geboden zorg te evalueren en in de toekomst te verbeteren. Vorig jaar heeft binnen Uniek Begeleiding de eerste kwaliteitsmeting plaatsgevonden doormiddel van de CQ-index. Uniek Begeleiding biedt zorg aan diverse niveaus voor mensen met een verstandelijke beperking. Naar aanleiding van de meting van vorig jaar bleek dat niet alle zorgvragers binnen Uniek Begeleiding deel konden nemen aan deze kwaliteitsmeting. Hierdoor is de wens ontstaan om de meting toegankelijker te maken en de knelpunten van de CQ-index in kaart te brengen. Dit onderzoek is er dan ook op gericht om deze knelpunten in kaart te brengen en de CQ-index te verfijnen en dus toegankelijker te maken. Om deze knelpunten in kaart te brengen en tot nieuwe ideeën te komen zijn de groepsbegeleiders binnen Uniek Begeleiding benaderd om hierin meningen te delen en adviezen in te winnen. Dit is uitgevoerd aan de hand van interviews waarbij het gehele begeleidende personeelsbestand is bevestigd. Uit de resultaten is gebleken dat de huidige vorm van de CQ-index niet voldoende aansluit op het niveau van de zorgvragers.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de respondenten tegen verschillende knelpunten aanlopen tijdens het afnemen van de CQ-index. Ten eerste werd genoemd dat de vragenlijst de zorgvragers kunnen overvragen. Een ander knelpunt is de moeilijkheidsgraad van de vragen. De vragen zijn te abstract, te lang en onduidelijk waardoor de zorgvragers deze niet begrijpen. Andere knelpunten waren dat er te veel antwoordkeuzemogelijkheden zijn en dat er niet relevante vragen tussen zitten.

Vanuit de resultaten zijn een aantal suggesties naar voren gekomen die ervoor kunnen zorgen dat de CQ-index meer aansluit op het niveau van de doelgroep. De CQ-index zou op verschillende onderdelen aangepast moeten worden. Het is belangrijk dat de vragen korter en duidelijker geformuleerd worden en dat de keuzemogelijkheden beperkt worden. Een andere suggestie is om de vragenlijst niet af te nemen tijdens een zakelijk interview maar tijdens een luchtig gesprek. Daarbij geven verschillende respondenten aan om gebruik te maken van spelelementen, waarbij een respondent met het idee van de 'ballenbak' kwam. Tevens komt naar voren dat het afnemen van de vragenlijst beter afgenomen kan worden op verschillende momenten in plaats van in één keer. Dit kan volgens een aantal respondenten tijdens een wandeling. Als laatste wordt het gebruik van communicatiehulpmiddelen genoemd. Het is volgens de respondenten belangrijk gebruik te maken van pictogrammen, foto's en smileys om de vragen te verduidelijken waardoor de zorgvragers de vragen beter begrijpen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1. Inleiding	6
§ 1.1. Aanleiding	6
§ 1.2. Doelstellingen	8
§ 1.3. Hoofdvraag en deelvragen	8
§ 1.4. Leeswijzer	9
Hoofdstuk 2. Literatuurverkenning	10
§ 2.1. Welke meetinstrumenten zijn er ontwikkeld om de kwaliteit in de zorg te meten?	10
§ 2.2. Hoe wordt een meetinstrument, zoals de CQ-index, ontworpen?	11
§ 2.3. Hoe ziet de CQ-index van Uniek Begeleiding eruit?	12
§ 2.4. Wat houdt de doelgroep matig verstandelijk beperkten in?	14
§ 2.5. Welke communicatievormen sluiten het beste aan bij de doelgroep matig verstandelijk beperkt?	15
§ 2.6. Welke hulpmiddelen kunnen er worden ingezet om de vraagstellingen te verduidelijken?	17
§ 2.7. Conclusie theoretische deelvragen	20
Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode	21
§ 3.1. Onderzoeksmethode	21
§ 3.2. Onderzoekstype	21
§ 3.3. Onderzoeksinstrument	21
§ 3.4. Onderzoekspopulatie	22
§ 3.5. Betrouwbaarheid	22
§ 3.6. Validiteit	23
§ 3.7. Data-analyse	24
§ 3.8. Ethische overwegingen	24
§ 3.9. Procedure	25
Hoofdstuk 4. Resultaten	27
§ 4.1. Kenmerken respondenten	27
§ 4.2. De communicatie tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers	27
§ 4.2.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index	27

§ 4.2.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index	29
§ 4.3. Knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding	30
§ 4.3.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index	30
§ 4.3.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index	31
§ 4.4. De ideeën volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding.....	31
§ 4.4.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index	31
§ 4.4.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index	32
Hoofdstuk 5. Conclusie.....	34
§ 5.1. Conclusies deelvragen.....	34
§ 5.1.1. Conclusie deelvraag 1	34
§ 5.1.2. Conclusie deelvraag 2	35
§ 5.1.3. Conclusie deelvraag 3	36
§ 5.2. Conclusie hoofdvraag.....	36
§ 5.3. Aanbevelingen.....	37
§ 5.4. Sterkte-/zwakteanalyse.....	38
§ 5.5. Discussie	40
Afsluiting	42
Literatuurlijst.....	43
Bijlagen	47
Bijlage 1. Vragenlijst begeleiders met ervaring CQ-index.....	47
Bijlage 2. Vragenlijst begeleiders zonder ervaring CQ-index.....	50
Bijlage 3. Aangepaste CQ-index 'Ballenbak'	53

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit hoofdstuk is de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Vervolgens is in paragraaf twee de doelstelling van dit onderzoek beschreven. In paragraaf drie is de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen beschreven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer.

§ 1.1. Aanleiding

‘Het leveren van kwaliteit kost geld, het niet leveren van kwaliteit kost kapitalen’ (Nair, 2006). In Nederland is de kwaliteit van leven hoog. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014) zijn de meeste Nederlanders tevreden over de materiële en sociale omstandigheden in Nederland. Niet alleen de Nederlanders zijn hier tevreden over, op internationaal vlak is Nederland volgens de ranglijst van Health Consumer Powerhouse één van de beste zorgverleners van Europa. Nederland staat in de top drie van deze ranglijst. Ondanks de bezuinigingen, is het Nederland gelukt om haar score van 2012 te verslaan. Dit was toen de hoogste testscore ooit. De ranglijst van Health Consumer Powerhouse analyseert 48 indicatoren. Deze indicatoren richten zich op de uitkomsten van behandeling, de toegang tot de zorg, preventie en patiëntrechten (Björnberg, 2016). Hierbij gaat het om de zorg en niet over materiële en sociale omstandigheden.

Volgens de ranglijst (Björnberg, 2016) zorgt de Nederlandse marktwerking in de zorg voor goede kwaliteit. Er is veel concurrentie, waardoor er gekeken wordt naar de mogelijkheden om de zorg te verbeteren. Een ander punt waarin Nederland hoog scoort, is de betrokkenheid van de cliënt in haar eigen zorgtraject. Tevens heeft Nederland korte wachttijden. Dit is een voorbeeld waardoor Nederland hoger scoort dan bijvoorbeeld de Scandinavische landen. Noorwegen heeft de wachttijden aangepakt, maar verliest hier alsnog veel punten in vergelijking met Nederland. Ook Zweden en Finland scoren minder hoog op het gebied van wachttijden (Björnberg, 2016). Brits advieskantoor (Wester, 2016) KPMG heeft echter kritiek op het onderzoek van Björnberg. Het Britse KPMG heeft jarenlang advies gegeven over wat wel en niet werkt bij de organisatie van gezondheidszorg. Deze ervaringen hebben zij samengebundeld in een vergelijkend onderzoek met als uitkomst dat er geen beste zorgsysteem bestaat, er zijn wel tal van onderdelen waarin individuele landen uit blinken. Nederland blinkt nergens in uit. KPMG belicht niet alleen de baten maar ook de lasten in tegenstelling tot Björnberg (Wester, 2016).

Om de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk hoog te houden kent Nederland sinds 1996 de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). Deze wet is ontstaan vanuit de behoefte van de overheid, organisaties van patiënten/consumenten, vertegenwoordigers van zorgaanbieders en verzekeraars om gezamenlijke afspraken te maken gericht op kwaliteit in de zorg (Borst - Eilers, z.j). Er zijn afspraken gemaakt rondom verantwoorde zorg. Hierbij is het van belang dat de instelling doeltreffende en patiëntgerichte zorg aan biedt dat aansluit aan de behoefte van de cliënt. Tevens zijn er afspraken gemaakt over het zorgbeleid. Het is van belang dat de instelling weet welke taken uitgevoerd worden door welke medewerkers, wie hier verantwoordelijk voor is en dat er goede communicatie tussen de medewerkers is. Ook zijn er afspraken gemaakt rondom het onderwerp kwaliteitssysteem. Men dient dit systeem te gebruiken om de kwaliteit te toetsen en waar nodig aan te passen. Tot slot zijn er afspraken gemaakt omtrent de verslaglegging. Elk jaar zijn instellingen verplicht om verantwoording af te leggen over het kwaliteitsbeleid (Borst - Eilers, z.j).

Deze wet is de afgelopen jaren diverse keren aangepast. De meest recente aanpassing is gedaan op één januari 2016. De KWZ is met de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) samengevoegd tot de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Een belangrijke reden voor deze wetswijziging is vanwege

de uitkomsten van het onderzoek uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) (Coppen, Friele, Kruikemeier, & Rademakers, 2009). Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat de manier waarop klachten werden afgehandeld door zorgverleners niet altijd als prettig werden ervaren.

De wijzigingen die doorgevoerd zijn in de wet, richten zich op het beter en sneller aanpakken van klachten. Daarnaast kunnen zorgmedewerkers intern incidenten melden, dit wordt door middel van het veilig incidenten melden (VIM) methode gedaan. Door VIM kunnen medewerkers incidenten melden, zodat collega's gezamenlijk deze incidenten kunnen bespreken en hierdoor kunnen werken aan het verbeteren van de zorg. Ook hebben de cliënten in deze wetswijziging een sterkere positie gekregen. Zij hebben recht op meer informatie over de verleende zorg. Deze informatie kan zich richten op het beschikbare aanbod en de kwaliteit van de zorgverlening, maar ook over gemaakte fouten tijdens operaties of behandelingen (Rijksoverheid, z.j.).

Zorginstellingen en solistisch werkende zorgverleners zijn door middel van deze wet verplicht om de kwaliteit van de zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Om de naleving van deze wet te controleren, houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hier toezicht op (Inspectie voor de Gezondheidszorg, z.j.). Deze wet verplicht zorgorganisaties om eens per twee à drie jaar de kwaliteit te meten door middel van een meetinstrument. Het doel hiervan is om de transparantie over prestaties te bevorderen. Deze transparantie maakt het mogelijk voor cliënten om te kijken wat een zorgaanbieder doet aan de kwaliteit van de zorg (Delnoij & Hendriks, 2008). Tevens zorgt het ervoor dat zorgaanbieders onderling de kwaliteit kunnen vergelijken wat kan leiden tot betere methoden en resultaten. Zweden is één van de eerste landen die deze kwaliteitsverschillen transparant heeft gemaakt. In Zweden zorgt de transparantie niet alleen voor kwaliteitsverbetering maar ook voor kostenbesparing. Nederland kan Zweden hierin als voorbeeld nemen bij het vaststellen van de beste manier om tot kwaliteitstransparantie te komen (Kuenen, Mohr, Larsson, & Leeuwen, 2011)

Om deze kwaliteit te meten kan men gebruik maken van diverse meetinstrumenten. Veel gebruikte meetinstrumenten in de gehandicaptenzorg zijn POS (Arduin), Quality Qube (Buntix), 'Ben ik tevreden' (Dichterbij/ Van Biene) en de CQ-index (Consumer Quality Index) (ZonMw & Zorginstituut Nederland, 2015). Binnen diverse zorginstellingen wordt er gebruik gemaakt van de CQ-index. Dit betreft een wetenschappelijke methodiek om ervaringen van zorgvragers op het gebied van lichamelijk en psychisch welbevinden, sociaal netwerk, zelfregie en aansluiting de samenleving te meten, te analyseren en te rapporteren (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Uniek Begeleiding is één van de zorginstellingen die gebruikt maakt van dit meetinstrument. Uniek Begeleiding is een zorginstelling die specialistische begeleiding biedt aan mensen met een verstandelijke beperking, met mogelijk een aanverwante stoornis en/of lichamelijke beperking. Dit betreft zorgvragers met een stoornis binnen het autistisch spectrum, moeilijk verstaanbaar gedrag, auditieve- en visuele beperking of een meervoudige beperking en mensen met niet-aangeboren hersenletsel. De missie van Uniek Begeleiding is om mensen met een verstandelijke beperking een veilige plek in de maatschappij te bieden in de vorm van dagbesteding die aansluit bij het ontwikkelingsniveau en de individuele behoefte. Hierbij uitgaande van een aangename, veilige en gestructureerde omgeving waar ieder mens zich prettig voelt, zich kan ontwikkelen en tot bloei komt. Dit alles in een omgeving waarbij de zorgvragers ruimte hebben voor zichzelf en niet in elkaars persoonlijke leefruimte komen als zij dat niet willen. Uniek Begeleiding staat voor volwaardigheid, volwaardig in de zin van gelukkig zijn, zich begrepen, geaccepteerd en gekend voelen (Uniek Begeleiding, 2015).

Omdat Uniek Begeleiding de kwaliteit van de zorg zeer belangrijk vindt, zodat de zorgvragers zich veilig en begrepen voelen, is het meten van kwaliteit erg belangrijk. Uniek Begeleiding heeft gekozen om deze kwaliteit te meten door middel van de CQ-index. Zij hebben gekozen voor dit meetinstrument omdat het speciaal ontwikkeld is voor de doelgroep gehandicapten. De CQ-index maakt gebruik van onder andere pictogrammen om vragen te verduidelijken zodat de zorgvragers deze beter kunnen begrijpen (Lammers, I. , persoonlijke communicatie, 3 maart 2016). Eenmaal per drie jaar vindt er een gesprek plaats tussen zorgvrager en de persoonlijke begeleider waarbij de CQ-index als meetinstrument wordt toegepast. De uitkomsten van deze meting worden gebruikt om kwaliteit zichtbaar te maken, te verbeteren en te borgen (Uniek Begeleiding, 2015).

Uit ervaring van Uniek Begeleiding blijkt dat de CQ-index niet geheel aansluit op het niveau van de zorgvragers binnen de dagbesteding. De zorgvragers begrepen de vragen niet of gaven antwoorden die niet relevant waren met betrekking tot de vraag. Hierdoor kan men dan ook stellen dat de uitkomsten van het onderzoek niet valide zijn. Naar aanleiding van deze ervaring is Uniek Begeleiding op zoek naar mogelijkheden om het huidige meetinstrument aan te passen, zodat het toepasbaar is op het niveau van de zorgvragers. Door deze aanpassing is het mogelijk om daadwerkelijk inzicht te krijgen in hoe de zorgvragers de kwaliteit van de zorg écht ervaren. Vanwege de brede doelgroep waaraan Uniek Begeleiding ondersteuning en begeleiding biedt, zal dit onderzoek zich richten op de doelgroep matig-verstandelijk beperkten. De reden dat het onderzoek zich richt op deze doelgroep is vanwege het feit dat op deze manier de grootste groep mensen kan worden bereikt. Men kan qua niveau iets afwijken naar zowel het lagere als het hogere niveau.

§ 1.2. Doelstellingen

De kortetermijndoelstellingen worden behaald door middel van dit onderzoek. De lange termijn doelstelling is het doel van de opdrachtgever.

Doelstelling korte termijn

- De knelpunten in de CQ-index in kaart brengen,
- Inzichtelijk maken welke communicatiestijlen toepasbaar zijn bij de doelgroep,
- Helder krijgen welke middelen er ingezet kunnen worden om de inhoud van de CQ-index voor de zorgvragers duidelijk te maken,
- Een opzet van een aangepaste CQ-index.

Doelstelling lange termijn

- Zorginstellingen, waaronder Uniek Begeleiding, kunnen de kwaliteit van de geboden zorg meten vanuit de ervaring van de zorgvragers, doordat zij een instrument tot hun beschikking hebben dat geschikt is voor de doelgroep.

§ 1.3. Hoofdvraag en deelvragen

In deze paragraaf wordt de hoofdvraag beschreven. Om de hoofdvraag te beantwoorden worden er deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen zijn onderverdeeld in theoretische en praktische deelvragen.

Hoofdvraag

Welke aanpassingen moeten er gedaan worden aan het kwaliteitsmeetinstrument, om er voor te zorgen dat de zorgvragers de inhoud van het meetinstrument begrijpen, uitgaande van de CQ-index?

Deelvragen

Theoretische deelvragen

- Welke meetinstrumenten zijn er ontwikkeld om de kwaliteit in de zorg te meten?
- Hoe wordt een meetinstrument ontworpen?
- Hoe ziet de CQ-index van Uniek Begeleiding eruit?
- Wat houdt de doelgroep matig verstandelijk beperkten in?
- Welke communicatievormen sluiten het beste aan bij de doelgroep matig verstandelijk beperkt?
- Welke hulpmiddelen kunnen er worden ingezet om de vraagstellingen te verduidelijken?

Praktische deelvragen

- Hoe wordt er gecommuniceerd tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers?
- Wat zijn de knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding bij het afnemen van de CQ-index?
- Welke ideeën hebben de begeleiders van Uniek Begeleiding voor het verbeteren van de CQ-index om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?

§ 1.4. Leeswijzer

Dit bachelorrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Voorafgaand wordt een samenvatting gegeven. Hoofdstuk één geeft de aanleiding weer voor het onderzoek. Tevens wordt in dit hoofdstuk de doelstellingen, hoofdvraag en deelvragen beschreven. Hoofdstuk twee zal in teken staan van literatuurverkenning. Dit betreft het antwoord geven op de theoretische deelvragen die beschreven staan in hoofdstuk één. Om inzicht te geven in de onderzoeksmethodiek zal in hoofdstuk drie het onderzoekstype en onderzoeksvorm worden beschreven. Tevens zal in dit hoofdstuk de onderzoekspopulatie, onderzoeksinstrument, procedure, betrouwbaarheid en de validiteit uitgewerkt worden. De resultaten van de praktische deelvragen worden in hoofdstuk vier beschreven. In de conclusie, hoofdstuk vijf, zal er antwoord gegeven worden op de deelvragen en de hoofdvraag van dit onderzoek. Dit antwoord zal leiden tot een aantal aanbevelingen voor de opdrachtgever. Tevens zal in dit hoofdstuk een sterkte-/zwakte analyse van dit onderzoek beschreven worden en wordt er afgesloten met een discussie.

Hoofdstuk 2. Literatuurverkenning

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de Theoretische deelvragen die in hoofdstuk één beschreven zijn. Deze deelvragen zijn onderverdeeld in vijf paragrafen. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven vanuit de theoretische deelvragen.

§ 2.1. Welke meetinstrumenten zijn er ontwikkeld om de kwaliteit in de zorg te meten?

Voor de doelgroep 'mensen met een verstandelijke beperking' zijn er diverse kwaliteit-meetinstrumenten ontwikkeld. Er zullen enkele instrumenten worden beschreven die allen gericht zijn het verbeteren van kwaliteit op diverse niveaus zoals: de individuele cliënten, het team, locatie, organisatie en het verantwoorden van kwaliteit.

Pos (Arduin) is een meetinstrument dat voor deze doelgroep is ontwikkeld. Dit meetinstrument is een gestructureerd interview dat bestaat uit 48 vragen en neemt ongeveer anderhalf uur in beslag. Bij dit meetinstrument is het de bedoeling dat de vragenlijst wordt afgenomen door een medewerker van Arduin die de respondent dus niet kent. 'Pos' levert voornamelijk informatie gericht op verbetering en richt zich hierbij met name op 'deelname aan de samenleving' (ZonMw & Zorginstituut Nederland, 2015).

Een ander meetinstrument is de Quality Qube (Buntix). Dit instrument is met name geschikt voor mensen met een lichamelijke beperking, matig verstandelijke beperking en mensen met een zintuiglijke beperking. Het meetinstrument bestaat uit een vragenlijst of ontwerplijst en is tevens toepasbaar in focusgroepen en interviews. De 'Quality Qube' belicht met name het materieel welzijn, zelf bepaling en persoonlijke ontwikkeling. Het meetinstrument kan worden uitgevoerd door zowel mensen die bekend zijn als mensen die niet of minder bekend zijn bij de zorgvrager (ZonMw & Zorginstituut Nederland, 2015).

'Ben ik tevreden' (Dichterbij/Van Biene) bevat een topiclijst en een vragenlijst dat tevens als open gesprek kan worden ingezet. Het instrument wordt veelal afgenomen door een bekende van de zorgvrager, echter niet de persoonlijk begeleider. 'Ben ik tevreden' is zeer geschikt voor zorgvragers met een lichamelijke beperking, lichte- en matige verstandelijke beperking en mensen met niet aangeboren hersenletsel (ZonMw & Zorginstituut Nederland, 2015).

De CQ-index is het meetinstrument dat momenteel door Uniek Begeleiding wordt ingezet om de kwaliteit te meten. Het meetinstrument bestaat uit een vragenlijst die mondeling dient afgenomen te worden. Het doel van dit instrument is om transparantie over prestaties vanuit het perspectief van de zorgvrager te bevorderen. De vragenlijst kan worden ingezet om in kaart te brengen op welke punten zorgvragers zowel positieve als negatieve ervaringen hebben (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Wat deze meetinstrumenten gemeen hebben is dat ze allemaal ontwikkeld zijn voor de doelgroep verstandelijk beperkten. Bovengenoemde meetinstrumenten bestaan allen uit een vragenlijst of een open gesprek. Echter verschilt het per meetinstrument wie het meetinstrument toepast. Pos (Arduin) adviseert om een medewerker van Arduin het interview af te laten nemen. Daarentegen maakt het voor het gebruik van de Quality Qube weinig uit of er gebruik wordt gemaakt van mensen die de respondent kent of juist niet kent. 'Ben ik tevreden' geeft aan dat het goed is om mensen te gebruiken die de respondent (goed) kent, echter niet de persoonlijk begeleider. Als laatste geeft de CQ-index aan dat er

gebruik wordt gemaakt van externe interviewers, mensen die de respondenten niet kennen. Echter is het ook mogelijk om de CQ-index door het eigen personeel te laten afnemen.

§ 2.2. Hoe wordt een meetinstrument, zoals de CQ-index, ontworpen?

Om het meetinstrument, de CQ-index, te ontwikkelen wordt er een CQ-werkgroep gesteld. De werkgroep bestaat uit verschillende belanghebbenden, zoals het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), de zorgaanbieders, branche- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en een onderzoeksinstituut (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Tijdens het ontwerpen van de CQ-index worden er een aantal fasen doorlopen die belangrijk zijn voor de ontwikkeling. De eerste fase bestaat uit de voorbereiding. Er wordt een onderzoeksplan opgesteld, waarin de desbetreffende doelgroep in afgebakend wordt. Daarnaast wordt er een methode voor steekproeftrekking vastgesteld. Vervolgens gaat men over in de constructiefase. In deze fase wordt er een literatuuronderzoek gestart, zodat men kennis vergaard over de recente ontwikkelingen bij onderzoeken over kwaliteit van de zorg. Tevens moet er onderzocht worden welke activiteiten plaats hebben gevonden rondom het te onderzoeken gebied en kan men zich voorbereiden op de groeps gesprekken. In de constructiefase komt de CQ-werkgroep bij elkaar om het onderzoek af te bakenen. Er wordt besproken welke onderdelen van een zorgproces en welke zorgverleners opgenomen worden in de CQ-index. Vanuit deze informatie gaat de werkgroep starten met een kwalitatief onderzoek. Tijdens dit kwalitatieve onderzoek wordt er een topic lijst opgesteld waarin een aantal standaard vragen in opgenomen zijn. Met deze lijst kan er gekeken worden of alle relevante onderwerpen aan bod komen (Rademakers, Sixma, Triemstra, Damman, Hendriks & Zuidgeest, 2008).

Tijdens dit kwalitatief onderzoek wordt er een samenstelling gemaakt van de deelnemers voor het onderzoek. Deze deelnemers zullen deelnemen aan de focusgroeps gesprekken. Tijdens deze gesprekken komen de onderwerpen die opgesteld zijn in de topic lijst aan bod. Naast deze focusgroeps gesprekken kan er ook gekozen worden voor diepte-interviews. Het doel van een diepte-interview kan zijn om meer inzicht te krijgen in de problematiek van de doelgroep. Wanneer de gesprekken gevoerd zijn, moeten de gegevens geanalyseerd worden. Vanuit deze analyse kan er een concept vragenlijst voor de CQ-index opgesteld worden. Er worden twee lijsten ontwikkeld, een ervaringsvragenlijst en een belangvragenlijst. De ervaringsvragenlijst is erop gericht op de ervaringen met de zorg te inventariseren. Vanuit deze vragenlijst is de belangvragenlijst ontstaan. De belangvragenlijst heeft als doel om erachter te komen hoe de zorgvragers de afzonderlijke kwaliteitsaspecten beoordelen. De uitkomsten van beide vragenlijsten kunnen verbeterpunten opleveren waaraan gewerkt kan worden (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Nadat er een conceptvragenlijst is opgesteld, komt men in de fase van steekproef en dataverzameling. De verkregen data zal geanalyseerd moeten worden, zodat de psychometrische kwaliteit van de vragenlijst vastgesteld kan worden. Het is hierbij van belang dat er gekeken wordt naar de bruikbaarheid en kwaliteit van de vragenlijst, de opbouw, de betrouwbaarheid en stabiliteit van de thema's en de relevantie van de kwaliteitsaspecten (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Als het ontworpen meetinstrument alle fasen doorlopen heeft, wordt het meetinstrument getoetst door Zorginstituut Nederland. Er wordt gekeken naar de kwaliteitsstandaarden, de informatiestandaarden en de criteria voor meetinstrumenten. Wanneer het meetinstrument goedgekeurd wordt door Zorginstituut Nederland, zal het opgenomen worden in het Register van het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland, 2015).

§ 2.3. Hoe ziet de CQ-index van Uniek Begeleiding eruit?

De CQ-index die Uniek Begeleiding inzet om kwaliteit te meten is gericht op dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking. De vragenlijst bestaat uit 37 items. Tevens bestaat er de mogelijkheid om door middel van open vragen verbeteringen en/of opmerkingen aan te geven. De thema's die bij het afnemen van de vragenlijst aan bod komen zijn: zorgafspraken, psychisch welbevinden, persoonlijke ontwikkeling, veiligheid en kwaliteit van medewerkers (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Zorgafspraken worden vastgelegd in een persoonlijk ontwikkelingsplan. Dit plan bevat concreet geformuleerde doelen die vanuit het perspectief van de zorgvrager zijn beschreven. Het persoonlijk ontwikkelingsplan wordt samengesteld in samenwerking met de zorgvrager. Dit plan zorgt voor een duidelijk beeld van wat een zorgvrager van de begeleider verwacht om de gestelde doelen te behalen. Het plan dient geëvalueerd te worden en eventueel bijgesteld worden.

Naast het vastleggen van de zorgafspraken zal ook het psychisch welbevinden van de zorgvrager aan bod komen. Dit thema gaat over een positief zelfbeeld van de zorgvrager, zich thuis voelen bij de dagbestedingsvorm. Voelt de zorgvrager zich begrepen door de begeleiding? Hierbij is het van belang dat de ondersteuning zich richt op de beleving van de zorgvrager en zijn/haar psychisch welbevinden te verbeteren, in stand te houden of verslechtering tegen te gaan.

Persoonlijke ontwikkeling is een thema dat ook aan bod komt bij de CQ-index. Hier richt men zich op de ontwikkeling van de zorgvrager. Krijgt hij/zij voldoende ondersteuning om kwaliteiten zo goed mogelijk te benutten? In hoeverre richt de begeleiding zich op het optimaliseren van de ontplooiingsmogelijkheden van de zorgvrager? Ontstaat hierdoor genoeg voldoening en bevrediging bij de zorgvrager?

Veiligheid is voor Uniek Begeleiding een belangrijk aspect en ook hier richt de CQ-index zich op. In hoeverre durven en kunnen zorgvragers zichzelf zijn? Hebben zij het gevoel dat zij genoeg gezien en gehoord worden? Ook gezelligheid en plezier beleven vallen onder dit thema (Lammers, I., persoonlijke communicatie, 3 maart 2016).

Kwaliteit van medewerkers is het laatste thema dat aan bod komt tijdens het afnemen van de CQ-index. Voor zorgvragers is het van belang dat zij gebruik kunnen maken van deskundige begeleiders. Zij dienen voldoende ondersteuning te bieden en moeten afspraken kunnen vastleggen in de zorgplannen. Signaleren en observeren zijn kwaliteiten die van groot belang zijn voor vakkundige begeleiding om tijdig te kunnen reageren op verschillende behoeften.

Voorafgaand aan de afname van de CQ-index moet Uniek Begeleiding een meetbureau inhuren en overleggen over hoe de organisatie en de uitvoering van de raadpleging er uit komt te zien. Hierbij gaat het om de volgende zaken (Zorginstituut Nederland, z.j.):

- De periode en de planning van onderzoek,
- Gegevensuitwisseling van (reserve)coördinator van Uniek Begeleiding en het meetbureau,
- Het aantal te interviewen zorgvragers,
- Informatie en benadering voor vertegenwoordigers, bestaande uit brieven,
- Informatie en benadering voor de zorgvragers; bestaande uit brieven, folders of mondelinge toelichting,
- Het trekken van de steekproef, die uitgevoerd wordt door de coördinator van Uniek Begeleiding,
- Het aanleveren van het respondentenbestand,
- Het aanleveren van de planning (alleen geldig bij mondelinge interviews).

Voordat de vragenlijst daadwerkelijk kan worden afgenomen is het van belang dat de coördinator van Uniek Begeleiding goed op de hoogte is van zijn/haar werkzaamheden die hij/zij uit zal moeten voeren. Daarbij is het belangrijk dat er ruime tijd tussen het eerste overleg en de afname van de vragenlijst zit, zodat Uniek Begeleiding de tijd heeft haar medewerkers en zorgvragers op de hoogte te brengen van het onderzoek.

Binnen Uniek Begeleiding is de coördinator het aanspreekpunt voor het meetbureau. De taken die het meetbureau aan de coördinator meegeeft zijn opgedeeld in zeven fases.

Tijdens fase één moet de coördinator de medewerkers en zorgvragers informeren over het afnemen van het onderzoek.

In fase twee wordt het populatiebestand en de steekproeftrekking gedaan. Het gaat hierbij om zorgvragers die achttien jaar of ouder zijn. De zorgvragers worden verdeeld naar zorgtype en de achtergrondbestanden worden ontdekt.

Vervolgens wordt in fase drie de ouders/zorgvraagvertegenwoordigers geïnformeerd. Er worden tijdens deze fase brieven verstuurd en er wordt geregistreerd welke cliënten niet benaderd mogen worden.

In fase vier wordt de achtergrond- en respondentenbestand en de inclusie van de zorgvragers nagekeken. Tijdens deze fase wordt nagegaan en geregistreerd of zorgvragers uit het achtergrondbestand voldoen aan de inclusiecriteria. Daarbij wordt tijdens deze fase het respondentenbestand dagbesteding verstuurd naar meetbureau.

In fase vijf worden de gesprekken gepland. Tijdens deze fase worden de zorgvragers geïnformeerd en wordt toestemming gevraagd voor deelname. Daarbij worden er afspraken gemaakt met de zorgvragers en wordt de informatie over datum, tijd en locatie geregistreerd op de aangeleverde planningsformulieren. Als laatste worden de formulieren over de planning van de interviews overgedragen aan het meetbureau.

Daarna komt fase zes, het faciliteren veldwerk. Er wordt tijdens deze fase ruimte geregeld voor de af te nemen interviews. Dit moet binnen de locatie plaatsvinden. Daarbij wordt de interviewer opgevangen. Er wordt gezorgd dat de zorgvragers gestimuleerd worden op tijd te zijn voor het gesprek en er nazorg geboden.

Als laatste, fase zeven, wordt er geëvalueerd (Zorginstituut Nederland, z.j.).

De vragenlijst bestaat uit multiple choice vragen. Dit houdt in dat er per vraag uit meerdere antwoorden kan worden gekozen. Bij de meeste vragen kan er worden gekozen tussen drie antwoorden, in een enkele geval tussen meer dan drie antwoorden. Naarmate de test vordert, ontstaan er aan het einde vragen met meer mogelijkheden. Het aantal antwoorden die per vraag mogelijk zijn varieert tussen de vijf en de elf antwoorden per vraag. De test maakt het mogelijk gebruik te maken van gebaren (duim omhoog of omlaag) en pictogrammen (Zorginstituut Nederland, z.j.). De gehele vragenlijst die door Uniek Begeleiding in het verleden is gebruikt, is te vinden in de bijlage (bijlage 5). Hiernaast (figuur 1) volgt een voorbeeld van een vraag uit de CQ-index.

36. Hoe vaak gaat u naar het dagcentrum?

Int: het gaat om een gemiddelde frequentie.

- ☐ 1 minder dan één dagdeel per week (ochtend / middag)
- ☐ 2 één ochtend / middag per week
- ☐ 3 1 dag per week
- ☒ 4 2 – 3 dagen per week
- ☐ 5 4 – 5 dagen per week
- ☐ 6 onbekend

Figuur 1. Voorbeeldvraag uit de CQ-Index

§ 2.4. Wat houdt de doelgroep matig verstandelijk beperkten in?

In Nederland leven 142.000 mensen met een verstandelijke beperking (Volksgezondheidszorg.info, 2016). Mensen met een verstandelijke beperking zijn te omschrijven als mensen met een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren (van Trigt, 2014). Dit houdt in dat er beperkingen zijn op meerdere ontwikkelingsgebieden, waaronder emotioneel, sociaal en lichamelijk gebied.

Een verstandelijke beperking wordt in verschillende categorieën verdeeld volgens de huidige DSM-IV. Er zijn mensen met een lichte beperking en mensen met zeer ernstige beperkingen. Een lichte beperking wordt in de regel niet meteen opgemerkt bij de geboorte maar pas op latere leeftijd. Een zeer ernstige beperking of syndroom wordt vaak al in de eerste levensjaren herkend. Om de zwaarte van de beperking aan te geven wordt er gebruik gemaakt van IQ-grenzen en ontwikkelingsleeftijden, zie figuur 2 (van Trigt, 2014).

Categorie	IQ- grenzen	Ontwikkelingsleeftijden
Licht verstandelijk beperkt	50-69	6-11 jaar
Matig verstandelijk beperkt	35-49	4-6 jaar
Ernstig verstandelijk beperkt	20-34	2-4 jaar
Zeer ernstig verstandelijk beperkt	<20	2 jaar

Figuur 2. Afbakening en definiëring (van Trigt, 2014).

De doelgroep matig verstandelijk beperkten is ingedeeld in de leeftijd van vier tot zes jaar en zitten in de pre-operationele fase (Vugths - De Groot, 2009). Naast het IQ moet er ook een beperking in sociale, praktische of conceptuele vaardigheden aanwezig zijn bij de persoon. Bij conceptuele vaardigheden gaat het om taal, lezen en schrijven, bij praktische vaardigheden horen geldbeheer, aankleden en eten. De sociale vaardigheden zijn verantwoordelijkheden en het volgen van verschillende regels (Inzowij, z.j.).

Er zijn verschillende kenmerken van verstandelijke beperkingen. Dat kan zitten in het IQ wat beneden het gemiddelde ligt. Tevens hebben zorgvragers moeite met het spreken en het begrijpen van gesproken taal, maar hebben zij ook moeite met het begrijpen van grappen of spreekwoorden. Hiernaast kunnen zij ook moeite hebben met schrijven of het maken van rekensommen en vinden zij het moeilijk om hun emoties te uiten of emoties te herkennen bij anderen. Andere kenmerken zijn (Inzowij, z.j.):

- Zij kunnen vaak niet denken in tijd, grootte en ruimte (abstract),
- Zij zijn makkelijk te beïnvloeden,
- Zij zijn impulsief (handelen zonder eerst na te denken),
- Zij hebben last van faalangst,
- Zij hebben moeite met het aangaan maar ook met het onderhouden van vriendschappen.

Het is van belang dat iemand die een interview afneemt, aftast op welk niveau de zorgvrager functioneert. Indien dit niet gebeurt bestaat de kans op overschatting dat leidt weer tot overvraging, dat uiteindelijk kan leiden tot onjuiste informatie (Bockstaele & De Clercq, 2014).

§ 2.5. Welke communicatievormen sluiten het beste aan bij de doelgroep matig verstandelijk beperkt?

Volgens van Gemert en Minderaa (2000) is één van de belangrijkste levensbehoefte communiceren met anderen. Met communicatie kan men ideeën en informatie uitwisselen, waardoor men sociale relaties aan kan gaan met anderen. Tevens heeft het een belangrijke rol in de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling.

Om te kunnen communiceren kan men gebruik maken van verschillende communicatievormen. Volgens Boschman (2005) zijn er drie communicatievormen; de lichaamstaal, de taal van dingen en de taal van woorden. Deze vormen worden door de mens bijna altijd door elkaar gebruikt. De lichaamstaal is de taal waarbij het lichaam zich uit. Dit kan de lichaamshouding zijn, huilen, lachen, gezichtsuitdrukking of bewegingen met handen. Uit deze vorm is vaak op te maken wat iemand voelt of wat iemand wil. Deze vorm gebeurt niet alleen bewust maar gebeurt ook onbewust. Deze vorm van communicatie is erg sterk en is belangrijk om veiligheid en vertrouwen te creëren (Boschman, 2005).

De taal van dingen zijn dingen die buiten het lichaam liggen. Met die dingen kan gecommuniceerd worden. Dit kan door een voorwerp te laten zien, maar ook door gebruik te maken van plaatjes, tekeningen, pictogrammen of foto's. Deze verwijzen naar voorwerpen of betekenissen. Ook eigenschappen als hard of zacht, een kleur, geluiden of geuren kunnen gebruikt worden om te communiceren (Boschman, 2005). De taal van woorden is niet aangeboren maar wordt aangeleerd. Vaak hebben woorden die gebruikt worden geen directe relatie met een betekenis. Daardoor is taal met woorden heel veelzijdig en is er veel mogelijk (Boschman, 2005).

Naast deze communicatievorm in talen kunnen volgens Boschman (2005) deze vormen ook ingedeeld worden in abstractieniveaus. De eerste zijn natuurlijke tekens. Dit zijn de meest primaire vormen. Dit kan zuchten, aanraken, blozen, lachen of bewegen zijn. De tweede zijn concrete verwijzers. Hierbij kunnen mensen concreet voorstellings- of verwijzingsmateriaal gebruiken. De laatste zijn de afgesproken tekens, waarbij mensen afgesproken tekens of symbolen gebruiken om te kunnen communiceren. Hieronder vallen pictogrammen, gebarentaal en gebarensystemen.

De doelgroep verstandelijk beperkt heeft vaak een achterstand of een stoornis in de communicatie. Volgens van Gemert en Minderaa (2000) kan communicatieproblemen ook ontstaan door een stoornis waarbij het aangaan en onderhouden van contact vermoeilijkt wordt. Aangaan van contacten gaat normaal gesproken automatisch, ouder en kind gaan contact aan door lichaamsbeweging en geluiden. Maar bij de doelgroep verstandelijk beperkt kan het zijn dat in dit contact iets verstoord wordt, waardoor men onbewust anders gaat handelen of de signalen van het verstandelijk beperkt kind niet herkent. Doordat het verstandelijk beperkt kind hierdoor niet goed leert om te communiceren, kan het zijn dat er verstoorde communicatie ontstaat. Ook kan het zijn dat het kind de gesproken taal vertraagd op neemt. Dit kan in combinatie met een achterstand in de cognitieve ontwikkeling het gevolg hebben dat het kind een achterstand krijgt in de taalontwikkeling (van Gemert & Minderaa, 2000).

Om toch te kunnen communiceren is het belangrijk de eigen communicatievorm aan te passen, zodat deze aansluit bij de doelgroep. Om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep verstandelijk beperkt in de communicatie, is het belangrijk de lichaamstaal en de taal van dingen meer te gebruiken. Deze communicatievormen worden dan gebruikt als vervanging of aanvulling van de geschreven of gesproken taal (Boschman, 2005).

De communicatie is per zorgvrager verschillend. Daarom is het belangrijk vooraf te bekijken welke communicatievorm het beste aansluit bij de zorgvrager (Boschman, 2005). Tevens wordt er gekeken

welke toepassing de beste resultaten oplevert. Het is van belang eerst een inschatting te maken van de communicatieve vaardigheden en mogelijkheden. Het gaat hierbij om de voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de zorgvrager. Er wordt gekeken hoe de zorgvrager communiceert, hoe de zorgvrager contact legt maar ook wat de zorgvrager begrijpt. Om deze inschatting te kunnen maken, kan er gebruik gemaakt worden van vijf verschillende vragen:

- Welke communicatiefuncties beheerst de zorgvrager?
- Hoe communiceert de zorgvrager zelf met zijn of haar omgeving?
- Hoe neemt de zorgvrager boodschappen van anderen waar?
- In hoeverre begrijpt de zorgvrager informatie van anderen?
- Welke zintuigen van de zorgvrager zijn het best passend voor de communicatie?

Wanneer een inschatting is gemaakt, kan er gekozen worden voor één of meer communicatievormen en toepassingen die toegepast kan worden, welke het beste aansluit bij de zorgvrager (Boschman, 2005).

Naast bovengenoemde vormen van communicatie zijn er zes punten waarop gelet moet worden tijdens de communicatie met verstandelijk beperkten om miscommunicatie tegen te gaan of zoveel mogelijk te beperken. Deze zes punten zijn (Thuisarts.nl, 2013):

- Tijdens de communicatie voldoende tijd nemen en geven. Zorgvragers met een verstandelijke beperking hebben vaak meer tijd nodig om informatie te kunnen verwerken of om na te kunnen denken,
- Een rustige omgeving opzoeken. In een omgeving met weinig geluiden of onrust is het prettiger om te communiceren,
- Praat rustig en maak gebruik van duidelijke en korte zinnen. Stel daarbij vragen één voor één en praat verstaanbaar,
- Gebruik woorden die de zorgvrager kent,
- Actief luisteren,
- Begrip tonen.

Van Gemert en Minderaa (2000) beschrijven in het boek 'Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' vier verschillende categorieën van communicatievormen. Als eerste is er de motorisch-visuele communicatievorm. Hiermee wordt lichaamstaal/houding bedoeld. Tevens valt gebarentaal, handelingen en mimiek hier ook onder. Bij het gebruiken van gebaren, wordt er volgens van Gemert en Minderaa (2000) vooral gebruik gemaakt van natuurlijke gebaren. Dit zijn bewegingen die de menselijke handelingen uitdrukken.

De volgende categorie is de grafisch- visuele communicatievorm. Hiermee wordt bedoeld dat men gebruik maakt van foto's en plaatjes. Door middel van deze middelen kan men informatie overbrengen. Deze communicatievorm sluit goed aan bij mensen met een ernstige motorische beperking.

De derde categorie is ruimtelijk-tactiele communicatievorm. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van voorwerpen, tastbare vormen en bijvoorbeeld braille. Deze communicatievorm wordt veelal toegepast bij mensen die een beperkt gezichtsvermogen hebben. De voorwerpen die gebruikt kunnen worden, kunnen ook ingezet worden als verwijzers. Hierdoor heeft men een tastbaar voorwerp waarmee men naar iets kan 'verwijzen'. De laatste categorie is de akoestisch-auditieve communicatievorm. Hieronder valt spraak en morse onder. Het is hierbij van belang dat de cliënt een goed gehoor heeft (van Gemert & Minderaa, 2000).

Zowel Boschman (2005) als van Gemert en Minderaa (2000) geven aan dat het van belang is om te kijken naar de cliënt. Wat sluit aan bij de cliënt? Wat is zijn/haar cognitief niveau. Tevens is het volgens van Gemert en Minderaa (2000) van belang rekening te houden met de sensorische en motorische

vaardigheden bij het kiezen van een passend communicatievorm. Men kan bijvoorbeeld geen akoestisch-auditieve communicatievorm inzetten wanneer de cliënt slechthorend is.

Tijdens het communiceren is het van belang dat de non-verbale en verbale communicatie met elkaar overeenkomen. Dit wordt ook wel congruente communicatie genoemd. Wanneer de communicatie incongruent is, krijgt de cliënt verschillende signalen, waardoor de communicatie verstoord wordt. Hierdoor kan het zijn dat de cliënt de boodschap verkeerd interpreteert en daardoor verkeerd antwoord of handelt (Willemse, 2012).

Aansluitende methodiek op doelgroep

Omdat het communiceren met mensen met een verstandelijke beperking niet altijd goed verloopt en soms ook te veel gestuurd wordt door de hulpverlener, is er in 2006 een methode ontwikkeld om de communicatie met verstandelijke beperkten in de praktijk te verbeteren. Deze methode heet Niet-sturende Communicatie (NSC). Het is een methode waardoor men de zorgvrager de gelegenheid geeft om op zijn eigen manier te uiten, zonder dat de hulpverlener de zorgvrager ook maar iets stuurt of bepaald welke richting zij op gaat. Er wordt binnen deze methode gebruik gemaakt van verbale en non-verbale spiegeling. Tevens zal er veel gebruik worden gemaakt van korte samenvattingen en zal de hulpverlener veel bevestiging geven (Twint & de Bruijn, 2014). Door middel van deze methode worden er weinig vragen gesteld, hierdoor heeft de zorgvrager veel ruimte om zijn eigen mening en ervaringen te delen. Volgens de theorie van Twint en de Bruijn (2014) groeit het zelfvertrouwen van de zorgvrager door deze methode. Dit komt omdat de zorgvrager zich gehoord voelt. De hulpverlener stelt dus weinig vragen en stelt zich open op naar de zorgvrager.

Conclusie

Het is lastig om aan te geven welke communicatievorm nu echt aansluit bij de doelgroep matig verstandelijk beperkten. De doelgroep is breed en divers, waardoor er goed gekeken moet worden naar het individu en wat daar het beste bij aansluit. Volgens de theorieën van zowel Boschman als van Gemert en Minderaa is het van belang te kijken naar de zorgvrager. Wanneer men duidelijk heeft wat deze zorgvrager wel of niet kan, kan men daar de communicatievorm op aanpassen. Veel gebruikte vormen zijn zowel gesproken taal samen met een middel zoals verwijzers. De doelgroep matig verstandelijk beperkten kan kwetsbaar zijn op het gebied van sturing. Deze doelgroep kan sociaal wenselijke antwoorden geven wanneer de hulpverlener te veel sturing geeft tijdens het gesprek. Door de methodiek Niet-sturende Communicatie in te zetten, leert de hulpverlener om een open en afwachtende houding aan te nemen, waardoor de zorgvrager de gelegenheid krijgt zijn eigen mening of ervaringen te delen (Twint & de Bruijn, 2014).

§ 2.6. Welke hulpmiddelen kunnen er worden ingezet om de vraagstellingen te verduidelijken?

Wanneer er gecommuniceerd wordt met zorgvragers met een verstandelijke beperking kan het nodig zijn gebruik te maken van hulpmiddelen om vragen en communicatie te verduidelijken. Er zijn verschillende hulpmiddelen die ingezet kunnen worden (Boschman, 2005).

Foto's

Een foto is een herkenbare en bekende weergave van de werkelijkheid. Een foto laat zien waar het echt om gaat. Het is pas een goede foto wanneer de achtergrond neutraal is. Foto's kunnen worden gebruikt om iets te vertellen, iets te vragen maar kunnen ook gebruikt worden net als voorwerpen om een activiteit aan te kondigen. Op de volgende pagina (pagina 18) staan twee foto's met een boom

afgebeeld. De linker foto (figuur 1) is een voorbeeld van een goede foto en de rechter foto (figuur 2) is een voorbeeld van een slechte foto (Boschman, 2005).



Figuur 4. Voorbeeld van een foto van een boom. Deze laat alleen zien waar het om gaat.



Figuur 3. Voorbeeld van een foto van een boom. Deze foto heeft meer weer op de achtergrond. Het is niet duidelijk dat het om een boom gaat.

Tekeningen

In vergelijking met een foto is een tekening abstracter. Tekeningen kunnen een reeks handelingen aan geven. Tevens kunnen tekeningen worden gebruikt om te verwijzen naar voorwerpen of activiteiten (Boschman, 2005).

Kleuren

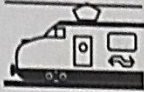
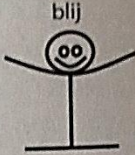
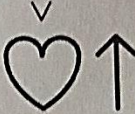
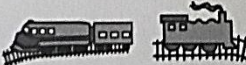
Kleuren kunnen voor bepaalde zaken verhelderend en structureel werken. Het is hierbij van belang geen gebruik te maken van te veel verschillende kleuren en te zorgen voor een duidelijk onderscheid tussen de kleuren. Daarbij moeten de kleuren consequent gebruikt worden. Een kleur kan concreet naar een voorwerp met die kleur verwezen worden (Boschman, 2005).

Geluiden

Om rust en veiligheid te creëren, maar ook om informatie te geven kan er gebruik gemaakt worden van geluiden. Geluiden kunnen helpen om een begrip te herkennen, bijvoorbeeld het geluid van dieren. Tevens kan een geluid een signaal zijn voor een bepaald woord of de start van een handeling aangeven (Boschman, 2005).

Pictogrammen

Pictogrammen zijn gereduceerde tekeningen en zijn, net als tekeningen, abstracter dan foto's. Er zijn verschillende systemen met pictogrammen. Op de volgende pagina (pagina 19) volgt een schema (figuur 3) met deze verschillende systemen (Boschman, 2005).

Systeem	Beeld voor trein	Beeld voor blij
Beeldlezen ▷ gestileerde zwart-wit tekeningen ▷ onderscheid woordsoorten door vormgeving of extra elementen		
Bliss ▷ sterk gestileerde symbolen met rechte, gebogen en cirkelvormige lijnelementen ▷ onderscheid woordsoorten door achtergrondkleur		
Picture Communication Symbols (PCS) ▷ eenvoudige lijntekeningen in zwart-wit en kleur		
Visitaal pictogrammen ▷ gestileerde witte silhouetten op zwarte achtergrond ▷ met woorden		

Figuur 5. systemen met pictogrammen en symbolen (Boschman, 2005, p. 26).

Gebarensystemen

Om duidelijk te maken wat iemand wil zeggen, kan gebarentaal gebruikt worden. Echter wordt dit bij de doelgroep verstandelijk beperkten alleen gebruikt in combinatie met spraak en andere vormen van communicatie (Boschman, 2005).

Materialen/verwijzers

Er kunnen veel materialen gebruikt worden om iets te verduidelijken. Er kan betekenis gegeven worden aan materialen die gevoeld kunnen worden. Hierbij is het wel belangrijk dat er eerst begrippen aangeleerd worden zodat er betekenis zit aan het materiaal (Boschman, 2005). Een voorbeeld is een wc-rol.

Wanneer er gekeken wordt naar zorgvragers die moeite hebben met praten zijn er ook verschillende hulpmiddelen. Een eerste is het 'Gespreksboek', een aanwijsboek met woorden en tekeningen waarbij de zorgvrager kan aanwijzen of duidelijk kan maken wat hij/zij bedoelt. Hierbij wordt er gekeken naar vier rubrieken; "wie of wat", "waar", "wanneer" en "hoe". De informatie uit dit boek wordt ingedeeld van heel globaal naar meer gedetailleerd waardoor er een gesprek over gebeurtenissen kan plaatsvinden maar kunnen ook gevoelens worden besproken. Een tweede is het 'Communicatiebord'. Dit is een openstaand, geplastificeerd en stevig bord waarop zorgvragers belangrijke vragen en

gespreksonderwerpen kunnen aanwijzen wat ter ondersteuning is bij hun dagelijkse communicatie (Afasie Vereniging Nederland (AVN), z.j.).

Een ander hulpmiddel dat wel eens ingezet wordt is de 'Time timer'. Dit is een klok die eenvoudig inzichtelijk maakt hoeveel tijd er nog over is om iets te doen. Er wordt dan gekeken naar de rode schijf. (Uitgeverij Pica, 2016).

Als laatste zijn er nog een heleboel andere hulpmiddelen die ingezet kunnen worden. Dit kunnen hulpmiddelen zijn met behulp van tekstsysteemen, verschillende software, dynamische systemen, en spraaksynthese om de communicatie te verduidelijken (rdgKompagne, z.j.).

Om voor de juiste vorm van communicatie te kiezen is het belangrijk om vanuit de ontwikkelingsleeftijd van de zorgvrager een keuze te maken. Als men kijkt naar grafische symbolen, zoals plaatjes, foto's en tekeningen, zijn deze over het algemeen vrij toegankelijk en makkelijk te begrijpen. Toch blijkt dat zelfs voor mensen met een lichte verstandelijke beperking het lastig is om de connectie te leggen met de betekenis van een pictogram. Als men gebruik wil maken van grafische symbolen is het goed om voorafgaande te bepalen welke symbolen men wil gebruiken. De symbolen dienen te verwijzen naar eenvoudige begrippen die in veel situaties toepasbaar zijn, en dienen aan te sluiten bij de interesse en de behoeften van de zorgvragers (van Gemert & Minderaa, 2000). Tevens kan een dergelijk onderzoek veel stress en onduidelijkheid bij de zorgvragers veroorzaken. Gezien de ontwikkelingsleeftijd waarin zij zich bevinden is het voor hen niet eenvoudig om te bepalen wat realiteit is en wat fantasie is. Bovendien zijn zijzelf niet geheel zelfstandig in staat om frustraties en teleurstellingen te verwerken (Vughths - De Groot, 2009). Promovenda Dorijn Wubs heeft onderzoek gedaan naar de zorg voor pleegkinderen met een verleden van seksueel misbruik. Een andere doelgroep, echter zijn ze beide erg kwetsbaar en lastig te benaderen. Veiligheid is een aspect dat voor beide doelgroepen van groot belang is. Voor minderjarige deelnemers ontwikkelde Wubs een activiteitenboekje, waarin de kinderen de dagelijkse belevingswereld kon laten zien. 'Het was een heel veilige manier van informatie vergaren, waarbij we de kans op het triggeren van een trauma tot een minimum beperkten', aldus Wubs. De doelgroep die op deze manier werd geïnterviewd door Wubs had zelf de controle doordat ze op elk gewenst moment een stopbord konden inzetten (Otten, 2016)..

§ 2.7. Conclusie theoretische deelvragen

Met de uitgewerkte literatuur kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek; *"welke aanpassingen moeten er gedaan worden aan het kwaliteitsonderzoek, om er voor te zorgen dat de zorgvragers de inhoud van het meetinstrument begrijpen, uitgaande van de CQ-index?"*.

Kijkend naar de doelgroep matig verstandelijk beperkten is opgevallen dat er een andere communicatievorm en andere communicatiemiddelen nodig zijn om met deze doelgroep te kunnen communiceren. Geconcludeerd kan worden dat de taal van het lichaam en de taal van dingen het beste aansluit bij de doelgroep wat bestaat uit verschillende hulpmiddelen die ingezet kunnen worden. Vooral plaatjes, foto's en tekeningen zijn het meest toegankelijk. Deze zijn makkelijker te begrijpen dan bijvoorbeeld de 'Bliss' of de 'visueel pictogrammen'. Naast deze middelen is het van belang om bij elke individuele zorgvrager na te gaan op welk niveau hij/zij functioneert en is het belangrijk daaraan de communicatievorm en de hulpmiddelen in te zetten. Elke zorgvrager is uniek.

Tevens kan worden geconcludeerd dat er meerdere meetinstrumenten zijn die kunnen worden ingezet om kwaliteit te meten bij de doelgroep matig verstandelijk beperkten. Het meetinstrument dat toch het beste aansluit bij de doelgroep is de CQ-index. Deze maakt al gebruik van plaatjes, tekeningen en foto's om de vragen te verduidelijken.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode en het onderzoekstype beschreven worden. Tevens zal ook het onderzoeksinstrument en de onderzoekspopulatie worden beschreven. De betrouwbaarheid, de validiteit en ethische overwegingen zullen daarnaast ook beschreven worden. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met de procedure hoe het onderzoek verlopen is.

§ 3.1. Onderzoeksmethode

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de knelpunten van de CQ-index die toegepast wordt door Uniek Begeleiding. Door deze inzichten is het mogelijk om de CQ-index zodanig aan te passen, dat het instrument aansluit op het niveau van de zorgvragers.

Om dit doel te kunnen behalen, wordt er gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek is volgens Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, van der Velden & de Goede (2013) een onderzoek waarbij problemen beschreven en geïnterpreteerd worden van gebeurtenissen, situaties en personen met behulp van gegevens van kwalitatieve aard. Er wordt onderzoek gedaan in de natuurlijke context. De ervaringen en belevingswerelden van de onderzochte personen worden in zijn geheel gezien. Door middel van deze methode kan men voor meer verdieping in het onderzoek zorgen. Er worden gegevens verzameld op een open en flexibele manier, waardoor er verder kan worden ingegaan van de verzamelde gegevens (Verhoeven, 2011).

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat de onderzoekers de belevingen en meningen van de begeleiders en zorgvragers van Uniek Begeleiding nodig hebben om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

§ 3.2. Onderzoekstype

Het onderzoek betreft een ontwikkelingsonderzoek. Soms wordt dit type ook wel ontwerponderzoek genoemd. Bij een ontwikkelingsonderzoek kan het gaan om een bestaande situatie die herzien of verbeterd dient te worden. Het kan zijn dat er iets niet klopt, er iets ontbreekt of en dat er knelpunten zitten in de huidige situatie (Migchelbrink, 2006). Een ontwikkelingsonderzoek bestaat uit twee onderdelen; het onderzoeken en het ontwerpen. Door het onderzoeken wordt kennis opgedaan en het ontwerpen leidt tot praktijkverbetering. Er wordt dus een tweedelig doel nagestreefd (Migchelbrink, 2006).

§ 3.3. Onderzoeksinstrument

Er zal er gebruik worden gemaakt van half-gestructureerde interviews. Door deze interviews kan er specifieke informatie verkregen worden. Dit houdt in dat er onderwerpen en de belangrijkste vragen vast staan. Daarbij kan men een aantal voorbeelden van doorvragen toevoegen. Tijdens een half-gestructureerde interview is de interviewer vrij in het kiezen van het formuleren van de vraag en de vraagvolgorde. Het is hierbij wel van belang dat de interviewer goed in de gaten houdt dat alle onderwerpen aan bod komen (Baarda, et al., 2013). Volgens Mertens (2013) zorgt een half-gestructureerde interview ervoor dat er ruimte is voor de meningen, discussie en ervaringen van de respondent. Hierdoor kan er meer informatie verkregen worden die van belang kunnen zijn voor het onderzoek. Tevens kan deze vorm ervoor zorgen dat er een goede sfeer is en er ruimte is voor de interviewer om het taalgebruik en de referentiekader aan te passen naar de respondent (Mertens, 2013).

De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de interviews worden gebruikt om de deelvragen te beantwoorden. Tijdens deze analyse is het van belang dat er goed gekeken wordt welke uitkomsten relevant zijn voor het onderzoek en of deze uitkomsten de deelvragen voldoende beantwoorden.

Door dit onderzoek kan de CQ-index aangepast worden op het niveau van de zorgvrager. De onderzoekers kunnen door dit onderzoek een opzet ontwikkelen dat als voorbeeld toegevoegd wordt in het onderzoek. Het voorbeeld kan eventueel gebruikt worden voor een mogelijk toekomstig vervolg onderzoek.

§ 3.4. Onderzoekspopulatie

Personen of objecten waarover in onderzoeksvragen een uitspraak wordt gedaan en die in een onderzoek betrokken worden, worden ook wel onderzoekseenheden genoemd. Deze onderzoekseenheden worden ook wel populatie genoemd (Baarda, et al., 2013).

De populatie voor dit onderzoek betreft twintig werknemers van Uniek Begeleiding, bestaande uit mannelijke en vrouwelijke werknemers met verschillende leeftijden en opleidingsniveaus. Tevens bestaat een deel van de populatie uit stagiaires. Om voor het onderzoek de juiste onderzoekseenheden te selecteren, wordt er gebruik gemaakt van één soort steekproef. Omdat niet alle werknemers van Uniek Begeleiding de informatie kunnen opleveren die kan helpen bij de beantwoording van de vraagstelling, is er gekozen voor een gerichte steekproef. Een gerichte steekproef houdt in dat de onderzoekers een onderzoeksgroep samenstelt die veel informatie kan opleveren voor het beantwoorden van de vraagstelling (Baarda, et al., 2013). Er zijn twee groepen geselecteerd voor het onderzoek. De eerste groep bestaat uit zes begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index. Zij hebben ervaring met de CQ-index. De tweede groep bestaat uit zes begeleiders die geen ervaring hebben met de CQ-index, maar hebben wel ervaring met de doelgroep.

§ 3.5. Betrouwbaarheid

Als men spreekt over betrouwbaarheid, kan dit worden onderscheiden in interne en externe betrouwbaarheid. Interne betrouwbaarheid betreft een mogelijke vertekening van de resultaten door invloed van een individuele onderzoeker. Dit is voornamelijk van toepassing als er meerdere onderzoekers interviews afnemen. Het is van belang dat de verschillende onderzoekers dezelfde resultaten zouden verkrijgen bij het afnemen van het interview. Het is van belang dat de uitkomsten op dezelfde manier worden gecodeerd (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Externe betrouwbaarheid houdt in dat hetzelfde onderzoek dezelfde uitkomsten zou moeten krijgen wanneer het nogmaals door een ander persoon zou worden uitgevoerd. Daarom is het van belang om te documenteren op welke wijze de gegevens zijn verkregen (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen, is het van belang dat de onderzoekers een open en transparante houding aannemen. Het is hierbij belangrijk dat de eigen conclusies en meningen van de onderzoekers zo min mogelijk naar voren komen. Tevens gaan de drie onderzoekers met elkaar in discussie om onderwerpen en literatuur te bespreken. Het zorgt er voor dat de onderzoekers goed nadenken over het onderzoek en het doel hiervan, maar het zorgt er ook voor dat de onderzoekers scherp blijven gericht op eventuele fouten (Lucassen & Olde Hartman, 2007).

Om de juiste informatie te verkrijgen worden er half-gestructureerde interviews afgenomen. Om de betrouwbaarheid te verhogen, wordt er tijdens deze interviews gebruik gemaakt van een spraakrecorder. Dit zorgt ervoor dat alle gegeven informatie opgeslagen zijn, waardoor er geen informatie verloren raakt. Een ander voordeel van een spraakrecorder is dat de andere onderzoekers

deze informatie ook kunnen beluisteren. Dit zorgt ervoor dat er geen eenzijdige interpretatie ontstaat. Tevens worden deze interviews door minimaal twee onderzoekers afgenomen, zodat er voldoende informatie verkregen kan worden. Daarnaast zorgt deze samenstelling ervoor dat het interview objectief blijft. De informatie die verkregen wordt door middel van deze interviews, worden geanalyseerd en gelabeld. Dit zorgt ervoor dat de gegevens controleerbaar zijn en op elk moment terug te halen zijn.

Bij de half-gestructureerde interviews is het van belang dat deze plaatsvinden in een rustige ruimte, waarbij de respondent zich goed kan concentreren op de vragen. Dit zorgt ervoor dat de vragen juist beantwoord worden. Om ervoor te zorgen dat de half-gestructureerde interviews betrouwbaar zijn, wordt er een proefinterview gehouden. Wanneer nodig wordt de vragenlijst aangepast en verbeterd.

§ 3.6. Validiteit

Validiteit wil zeggen dat de inhoud van het onderzoek, de verzamelde gegevens en resultaten, de werkelijkheid weerspiegelen. Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek wordt in plaats van validiteit ook gesproken over geloofwaardigheid van de resultaten. Geloofwaardigheid geeft beter weer dat het om vertrouwen gaat dat men in de uitkomsten van het onderzoek heeft. Daarbij is het van belang dat toevalligheden zo veel mogelijk worden uitgesloten. Dit om te voorkomen dat de uitkomst van het onderzoek zo min mogelijk beïnvloed is door externe factoren (Migchelbrink, 2006).

Om het onderzoek valide te maken, zal er rekening worden gehouden met een aantal aspecten. In dit onderzoek wordt verantwoord welke manier van onderzoek gehanteerd gaat worden. Daarbij zal er begeleiding plaatsvinden vanuit het Saxion door middel van intervisie bijeenkomsten. Tevens zal er vanuit Uniek Begeleiding ondersteuning worden geboden door een professional. Er zal tijdens het onderzoek actief contact worden gehouden door middel van persoonlijke afspraken en mailcontact met de opdrachtgever vanuit Uniek Begeleiding. Op deze manier wordt er duidelijkheid gecreëerd voor beide partijen.

Door de interviews mondeling, persoonlijk en in een rustige ruimte af te nemen zal de respondent zich volledig kunnen concentreren op de vraagstellingen (Baarda, et al., 2013). Deze vragen worden geoperationaliseerd uit het theoretisch kader.

De gegevens die verzameld worden bestaan uit verschillende bronnen. Er wordt gebruik gemaakt van literatuur zoals artikelen, wetenschappelijke bronnen en boeken. Door gebruik te maken van juiste, relevante en wetenschappelijke bronnen, wordt het onderzoek kwalitatief versterkt. Door middel van de juiste, relevante bronnen, kunnen er interviewvragen opgesteld worden die ervoor zorgen dat praktische deelvragen beantwoord kunnen worden. Daarnaast is het van belang dat deze interviews gevoerd worden met de juiste personen. Er is gekozen om zowel begeleiders met ervaring met de CQ-index als begeleiders zonder ervaring met de CQ-index te interviewen. Door deze twee groepen te interviewen kan er meer informatie verkregen worden over het onderwerp van het onderzoek. Door middel van deze verkregen informatie kan de CQ-index aangepast worden, zodat deze beter aansluit bij de doelgroep. Om er voor te zorgen dat de gegevens die verzameld worden tijdens de interviews valide zijn, wordt er eerst een proefinterview afgenomen bij proefrespondenten. Hierdoor kan er gecontroleerd worden of de interviewvragen duidelijk zijn voor de respondent. Tevens zal er gekeken worden of de vragen ervoor zorgen dat de onderzoekers de juiste informatie verkrijgen voor het onderzoek.

§ 3.7. Data-analyse

Voordat men start met het analyseren van de data, is het volgens Baarda et al. (2013) van belang dat er gekeken wordt naar de voorkennis van de onderzoekers en welk onderzoeksmateriaal er verzameld is. Bij voorkennis kan het gaan om indrukken van het onderwerp, maar ook over de literatuurstudie die gedaan is door de onderzoekers. Vervolgens wordt er gekeken naar het onderzoeksmateriaal. Wanneer begint men met analyseren, in hoeverre wordt het materiaal letterlijk uitgeschreven en met welk materiaal begint men te analyseren? Volgens Baarda et al. (2013) kan men al op tijd beginnen met het analyseren van het materiaal. Wanneer men een aantal interviews heeft gevoerd, kan men deze informatie al analyseren en uittypen. Wanneer men het materiaal gaat analyseren kan men kiezen met welk materiaal men start. Volgens Baarda et al. (2013) kan het zinvol zijn om te starten met het materiaal wat veel informatie bevat voor het onderzoek.

Al het verkregen materiaal zal geanalyseerd moeten worden, zodat er een conclusie gevormd kan worden. Volgens Baarda et al. (2013) is er voor een kwalitatief onderzoek geen kant en klaar model waarin onderzoeksmateriaal in gezet kan worden. De onderzoekers moeten zelf al het materiaal onderbrengen in een eigen ontworpen model. De onderzoekers moeten binnen al dit materiaal op zoek gaan naar belangrijke onderdelen die gebruikt kunnen worden bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Baarda et al. (2013) beschrijft dat er drie activiteiten zijn die horen bij het proces van kwalitatieve analyse. Als eerste gaat men waarnemen. Men verzamelt materiaal door middel van interviews, literatuurstudie en/of observaties. Daarna wordt dit materiaal geanalyseerd. Hierbij gaat men het materiaal ontleden en zal dit vastgelegd worden met codes, ook wel labels genoemd. Vervolgens gaat men deze codes synthetiseren, of te wel de codes/labels samenvoegen en ordenen. Dit zorgt ervoor dat er een model ontstaat waarin alle relevante informatie in staat op een logische wijze. De laatste activiteit is reflecteren. Hiermee wordt bedoeld dat men gaat kijken of de resultaten van de analyse bij kunnen dragen bij het beantwoorden van de deelvragen.

Vanuit de literatuurstudie hebben de onderzoekers gekeken welke thema's/ onderwerpen meer aandacht nodig hebben, zodat de juiste informatie verkregen wordt. Tijdens de interviews komen deze thema's/onderwerpen aan bod. Zodra er een interview gehouden was, zijn de onderzoekers begonnen met het transcriberen van het materiaal. Alle informatie is letterlijk overgetypt, zodat alle informatie zichtbaar is. Tussen de interviews door en het transcriberen, worden de uitgetypte interviews geanalyseerd en opgedeeld in segmenten/fragmenten. Volgens Baarda et al. (2013) is dit de exploratiefase. Tijdens deze fase wordt er open gecodeerd. Vanuit de segmenten worden er codes gebruikt om de belangrijke elementen in kaart te brengen. Het is bij het open coderen van belang relevante codes te gebruiken en niet te veel.

Vervolgens worden alle open codes gestructureerd en geordend, zodat het aantal codes verkleind kan worden. Dit is de specificatiefase (Baarda, et al., 2013). Dit coderen heet axiaal coderen. De open codes worden samengevoegd tot een aantal hoofd- en sublabels. De laatste fase, de reductiefase, gaan de onderzoekers op zoek naar samenhang van het materiaal. Er wordt gekeken naar de verschillen en overeenkomsten in het verhaal en/of patronen.

§ 3.8. Ethische overwegingen

Om te kunnen zeggen dat een onderzoek ethisch verantwoord is, moet het voldoen aan een aantal eisen die betrekking hebben op de respondenten en/of op de onderzoeker. De eisen die betrekking hebben op de respondenten richten zich op de vrijwillige medewerking, de anonimiteit, afwezigheid van nadelige effecten en de juiste voorlichting (Baarda, et al., 2013). Het is van belang dat de respondenten vrijwillig meewerken aan het onderzoek. De anonimiteit wordt veelal gewaarborgd bij enquêtes. Het is

hierbij van belang dat de uitkomsten van bijvoorbeeld een enquête anoniem zijn. Deze uitkomsten mogen ook geen negatief effect hebben op de respondenten of de organisatie. Als laatste is het van belang dat de respondenten de juiste voorlichting hebben ontvangen over het doel en de werkwijze van het onderzoek (Baarda, et al., 2013).

De eisen die betrekking hebben op de onderzoeker richten zich vooral op het wetenschappelijk verantwoord handelen. Het is hierbij van belang dat de onderzoeker de juiste methoden en literatuur gebruikt, waarmee hij/zij de onderzoeksvraag kan beantwoorden. Ook is het belangrijk dat de onderzoeker geen plagiaat pleegt. De literatuur die gebruikt wordt, zal vermeld moeten worden in de literatuurlijst en tekst. Een andere eis is het niet verstrekken van informatie naar derden zonder toestemming van de opdrachtgever. Als laatste is het van belang dat de onderzoeker onafhankelijk van de opdrachtgever functioneert. De opdrachtgever mag aanvullende ideeën geven en inzage hebben in de onderzoeksopzet, maar de onderzoeker bepaald hoe het onderzoek uitgevoerd wordt (Baarda, et al., 2013).

Om dit onderzoek ethisch verantwoord te maken, is het van belang dat de begeleiders van Uniek Begeleiding weten dat er onderzoekers aanwezig zijn die de CQ-index aan gaan passen. Het is belangrijk dat de begeleiders weten wat het doel en de werkwijze van het onderzoek is. De onderzoekers zullen samen met de opdrachtgever er voor zorgen dat de begeleiders en het management geïnformeerd worden over het onderzoek, zodat zij weten dat er een onderzoek plaats vindt en wat het doel er van is. Voor dit onderzoek worden interviews afgenomen. Het is van belang dat de respondenten vrijwillig mee willen werken met dit onderzoek en dat zij weten dat de uitkomsten van het interview en de vragenlijst anoniem zullen blijven. De respondenten zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het interview en hebben zelf de keuze om hieraan deel te nemen. De opdrachtgever heeft ons toestemming gegeven om de begeleiders te interviewen en om het aangepaste instrument te testen.

Voor de onderzoekers is het van belang dat zij een professionele houding aannemen en de juiste literatuur gebruiken dat aansluit bij het onderzoek. De literatuur die gebruikt zal worden voor dit onderzoek, zal door middel van APA-richtlijnen op de juiste manier vermeld worden in de literatuurlijst. De informatie die verstrekt wordt zal niet aan derden gedeeld worden, zonder dit eerst te overleggen met de opdrachtgever. Als laatste worden er duidelijke afspraken gemaakt met de opdrachtgever, zodat iedereen weet wat zijn/haar rol is bij dit onderzoek.

Een ander aspect waar rekening mee gehouden dient te worden, is dat één van de onderzoekers werkzaam is bij Uniek Begeleiding. Het is van belang dat zij een objectieve en transparante houding aanneemt.

§ 3.9. Procedure

Dit onderzoek richt zich op de dagbesteding locatie 'De Kei' van Uniek Begeleiding in Enschede. Tijdens de gesprekken met de opdrachtgever is er gekeken welke werknemers geselecteerd konden worden als onderzoekseenheid. Deze selectie heeft er voor gezorgd dat de onderzoekers de informatie verkregen die zij nodig hadden voor de onderzoeksvraag. Nadat de onderzoeksgroep geselecteerd was, werden de begeleiders van Uniek Begeleiding door middel van een uitnodiging via de mail uitgenodigd voor het interview. In de mail is tevens aangegeven dat de interviews opgenomen worden door middel van een spraakrecorder en dat de gegevens anoniem verwerkt worden in het document. De meeste respondenten hebben via de mail een afspraak gemaakt. De rest van de respondenten zijn op de instelling zelf benaderd, zodat er een afspraak gemaakt kon worden. Het is een kleine instelling,

waardoor de lijnen kort zijn. Dit heeft er voor gezorgd dat er ook tussendoor interviews gepland konden worden. Om er voor te zorgen dat de onderzoekers goed geconcentreerd de interviews konden afnemen, is er voor gekozen om alle twaalf interviews uit te spreiden over twee werkweken. Tijdens deze interviews waren altijd twee onderzoekers aanwezig, waardoor er goed doorgevraagd kon worden. Tevens heeft deze samenstelling ervoor gezorgd dat de onderzoekers elkaar konden ondersteunen en scherp konden houden.

Zoals in hoofdstuk 3.4 onderzoekspopulatie aangegeven is, bestaat de onderzoekseenheid uit twee groepen van in totaal twaalf begeleiders. De eerste groep bestaat uit zes begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index. De tweede groep bestaat uit zes begeleiders zonder ervaring met de CQ-index. Omdat het niet voor iedereen duidelijk is wat de CQ-index is of hoe het er uit ziet, is er gekozen om alle geselecteerde begeleiders de CQ-index mee te geven in de bijlage van de mail. De begeleiders die de CQ-index wel kennen, hebben dit document ook ontvangen, omdat het al een tijd geleden is dat zij dit document hebben moeten gebruiken.

Tijdens het interviewen is er gekozen om gebruik te maken van een rustige ruimte, zodat zowel de respondent als de onderzoekers niet gestoord konden worden. Tevens zorgt dit er voor dat er geen ruis opgenomen wordt door de spraakrecorder, waardoor de informatie die opgenomen wordt niet bruikbaar meer is. Tijdens het interviewen is er gebruik gemaakt van een vragenlijst waar de belangrijkste vragen op genoteerd stonden. Tijdens het interviewen is er voldoende ruimte geweest om door te vragen, zodat de juiste informatie verkregen kon worden. Deze doorvragen konden door beide onderzoekers gesteld worden.

Tussen de interviews door hebben de onderzoekers de interviews getranscribeerd. Er is er voor gekozen om letterlijk alles over te typen, zodat alle informatie genoteerd werd. Om er voor te zorgen dat alle belangrijke informatie uit de interviews gehaald werden, hebben de onderzoekers de eerste twee uitgetypte interviews samen opgedeeld in fragmenten en labels. Vervolgens is er een goed labelschema opgesteld, waardoor de rest van de interviews in het schema toegevoegd konden worden. Dit labelschema met een aantal voorbeeldfragmenten is te vinden in bijlage 3.

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden beschreven. Hiervoor wordt er uitgegaan van de drie praktische deelvragen. Eerst zal in paragraaf 4.1 de kenmerken van de respondenten beschreven worden, waarna in paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4 de deelvragen zullen worden uitgewerkt. De deelvragen luiden als volgt: *‘Hoe wordt er gecommuniceerd tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers?’*, *‘Wat zijn de knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding bij het afnemen van de CQ-index?’* en *‘Welke ideeën hebben de begeleiders van Uniek Begeleiding voor het verbeteren van de CQ-index om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?’*

§ 4.1. Kenmerken respondenten

Voor dit onderzoek zijn er twee groepen mensen geïnterviewd, zodat er een breed beeld verkregen kon worden voor de resultaten. De eerste groep bestaat uit begeleiders die ervaring hebben met CQ-index. Deze groep bestaat uit zes respondenten bestaande uit vrouwen in verschillende leeftijdscategorieën en verschillende opleidingsniveaus. De tweede groep bestaat uit begeleiders die geen ervaring hebben met de CQ-index maar wel met de doelgroep matig-verstandelijk beperkten. Deze groep bestaat uit zes respondenten bestaande uit mannen en vrouwen. Tevens hebben zij net als groep één verschillende opleidingsniveaus en leeftijdscategorieën. Alle respondenten zijn werkzaam binnen Uniek Begeleiding.

§ 4.2. De communicatie tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers

In deze paragraaf wordt de deelvraag *‘hoe wordt er gecommuniceerd tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers?’* beantwoord aan de hand van de interviews die zijn afgenomen onder de begeleiders. Omdat er twee groepen zijn geïnterviewd, wordt deze deelvraag onderverdeeld in begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index en begeleiders die geen ervaring hebben met de CQ-index. Bij deze deelvraag is uitgegaan van het hoofdlabel ‘communicatie’ en zijn de resultaten beschreven aan de hand van de bijbehorende sublabels.

§ 4.2.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index

Overvragen

Uit de resultaten komt naar voren dat een deel van de respondenten aangeven dat men tijdens de communicatie de zorgvrager kan overvragen. Respondent één geeft aan dat men moet *“oppassen met te veel informatie geven”*. De respondent geeft aan dat het belangrijk is om *“de communicatie zo klein mogelijk te houden, zodat je niet aan het overvragen gaat”*. Daarbij zegt respondent één: *“Niet te veel achter elkaar vragen, eerst antwoord afwachten voor je daar op verder gaat”*. Volgens respondent acht kan overvragen leiden tot negatief gedrag. Respondent acht zegt: *“Dan raken ze overvraagd. Je vraagt dan meer dan wat ze eigenlijk aankunnen. Hierdoor kunnen ze veel gaan nadenken, piekeren, lichamelijke onrust en uiteindelijk ook wel agressie”*. Respondent tien geeft aan dat het belangrijk is om de zorgvragers goed in te schatten zodat je hen niet over- of ondervraagt. Respondent tien zegt: *“Als je niet goed inschat, dan vraag je of te weinig of te veel van ze, wat beide niet goed voor ze is. Te weinig dan hebben ze geen structuur meer, gaan ze dwalen en anderen lastigvallen. Ga je ze overschatten dan raken ze overvraagd, dan kunnen ze het niet aan”*.

Houding

Bijna alle respondenten geven aan dat houding belangrijk is tijdens de communicatie met de zorgvragers. Respondent één zegt: *“Je wil het zo normaal over laten komen.”* Respondent zes geeft aan *“Je moet goed kijken welke cliënt je voor je hebt en daar moet je je op aanpassen”*. Respondent tien sluit

hierbij aan en zegt: *“Je moet ze wel goed kunnen inschatten”*. Tevens sluit ook respondent acht zich hierbij aan en zegt: *“Je moet wel kijken wat ze aankunnen”*. Als laatste geeft respondent vier aan om een beetje op het oogniveau van de zorgvrager te gaan zitten zodat er nabijheid gecreëerd kan worden.

Sfeer

Sfeer is een onderwerp wat volgens vier van de zes respondenten belangrijk is. Respondent vier geeft aan dat het belangrijk is dat de zorgvragers *“zich vertrouwd voelen, dat ze weten dat ze alles kunnen zeggen wat ze willen”*. Daarbij is het volgens respondent acht belangrijk rekening te houden met de ruimte, zodat de zorgvrager niet overprikkeld raakt. Respondent acht zegt hierover: *“Allereerst de plek, dat ze niet overprikkeld raken”*. Tevens is het volgens respondent acht belangrijk de tijd te nemen en aandacht te geven aan de zorgvragers. Als laatste zegt respondent één: *“Je probeert het dan ook leuk te maken”*.

Duidelijkheid

Volgens respondent één is het van belang om duidelijk uit te leggen wat je gaat doen en daarbij de communicatie *“klein en overzichtelijk”* houdt en *“de communicatie zo abstract mogelijk houden”*. Zowel respondent zes als zeven vinden duidelijkheid binnen de communicatie ook belangrijk. Zo geeft respondent zeven aan dat de begeleiders zoveel mogelijk duidelijkheid moeten geven aan de zorgvragers. *“Wat gaat er komen. Dit kan door middel van picto’s en soms doorvragen”* en *“Dan zul je (...) meer uitgebreidere voorbeelden moeten geven”*.

Communicatievorm

Communicatievorm is een onderwerp waar alle respondenten over gesproken hebben. De eerste opmerking die geplaatst werd was: *“De manier van communiceren is met iedereen anders”*. Volgens de begeleiders is de meest voorkomende communicatievorm gesproken taal. Zo zegt respondent één: *“Je bent altijd met gesproken taal bezig”*. Daarnaast zegt respondent zes: *“Gewoon afspraken maken, zelf praten”*. Zo zegt respondent zeven: *“Gesproken begrijpen taal begrijpen ze redelijk”*. Ook respondent tien zegt: *“Gesproken taal”*. Naast gesproken taal geven de begeleiders aan dat lichaamstaal veel wordt toegepast. Volgens respondent één is *“lichaamstaal op de groep (...) wel belangrijk.”* Respondent zes geeft hierbij een voorbeeld; als begeleider doe je dingen voor zoals het handen wassen verbeelden. Respondent zeven geeft hierbij ook aan dat lichaamstaal van de zorgvrager ook belangrijk is. *“Je let vooral op hun lichaamstaal. Daar haal je wel heel veel uit”*. Ook respondent acht zegt over lichaamstaal: *“Als begeleider let je natuurlijk heel veel op lichaamstaal bij de zorgvragers. Daaraan kun je veel aflezen”*.

Hulpmiddelen

Vijf respondenten geven aan dat er binnen Uniek Begeleiding gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen om de communicatie te verduidelijken. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van foto’s. Respondent acht zegt: *“Toch wel vaak foto’s, vaak herkenbaarder dan picto’s. Verwijzer ook wel om het visueel te maken”*. Ook respondent tien zegt: *“Foto’s om structuur te bieden. Door iets visueel te maken is het vaak makkelijker te begrijpen. Foto’s zijn toch al persoonlijker en dus herkenbaarder voor iemand”*. Daarnaast worden pictogrammen toegepast. Respondent zes zegt: *“Picto’s”*. Ook respondent zeven zegt: *“Picto’s zijn hulpstukken”*. Als laatste wordt er ook gebruik gemaakt van andere hulpmiddelen zoals een Time-timer en stoplichten. Respondent acht zegt hierover: *“We werken ook nog wel eens met stoplichten zeg maar, hoe iemand zicht voelt of gedraagt. Goed is dan groen, oranje is wat minder”*.

§ 4.2.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index

Overvragen

Respondent drie geeft aan dat een interview, zoals een CQ-index, niet te lang mag duren omdat de zorgvrager daardoor overvraagd wordt. Respondent drie zegt: *“Korte tijd, niet langer dan max een halfuur, dan gaan ze al weer wat anders doen”*. Daarbij zegt respondent drie over overvraging: *“Dan gaat hij nog meer zijn eigen weg, meer tegendraads worden. Weglopen uit de situatie, niet meer luisteren en moeilijk terugkomen”*. Respondent twaalf zegt over overvraging: *“Bij de één zie je dat zij zich afsluit van de wereld, er is dan weinig contact met haar en de ander raakt geïrriteerd. Sommigen kunnen ook wel wat agressief worden”*.

Houding

Niet alle respondenten benoemen het onderwerp houding binnen de communicatie. Wel geeft respondent drie aan het belangrijk te vinden om een positieve houding aan te nemen. Respondent drie zegt: *“Hele positieve benadering aan geven”*.

Sfeer

Volgens de respondenten is het belangrijk rekening te houden met de ruimte waar men zit. Volgens hen is het van belang dat de ruimte prikkelarm is zodat de zorgvragers niet afgeleid worden. Respondent drie zegt: *“Geen geluid op de achtergrond”*. Respondent negen geeft aan: *“Wanneer de ruimte prikkelarm is, is het makkelijker om de cliënt bij het gesprek te houden”*.

Duidelijkheid

Over duidelijkheid binnen de communicatie wordt gezegd door respondent drie: *“Heel duidelijk moeten maken”*.

Communicatievorm

Volgens de begeleiders is gesproken taal de meest voorkomende communicatievorm. Respondent negen zegt: *“Gewoon gesproken taal, denk dat de meeste dat wel redelijk begrijpen”*. Ook respondent zegt hierover: *“Gesproken taal, omdat ze dat gewoon goed begrijpen”*. Daarnaast is een veel voorkomende vorm lichaamstaal. Respondent zes zegt: *“Dat je dingen voordoet dit moet zo, naar het toilet begeleiden en met je handen het handenwassen verbeelden. Dus (...) gebruik je wel veel lichaamstaal”*. Daarnaast zegt respondent negen over lichaamstaal: *“Ik denk dat ik vooral mijn handen en houding gebruik. Met mijn handen kan ik voorwerpen of andere dingen duidelijker maken, waardoor de cliënt het dan beter kan begrijpen”*. Als laatste zegt respondent twaalf: *“ik maak ook gebruik van handgebaren”*.

Hulpmiddelen

Ook de begeleiders zonder ervaring met de CQ-index geven aan gebruikt te maken van verschillende hulpmiddelen om de communicatie te verduidelijken. Een eerstgenoemd middel zijn foto's. Respondent twee zegt: *“Foto's”*. Een ander hulpmiddel zijn plaatjes. Respondent drie zegt: *“Met (...) plaatjes, duim omhoog, duim omlaag, dat begrijpen ze allemaal wel”*. Veelvoorkomend middelen zijn pictogrammen (picto's). Respondent twee zegt: *“Ik denk dat je bepaalde pictogrammen kunt gebruiken”*. Ook respondent drie zegt: *“Picto's (...) dat begrijpen ze allemaal wel”*. Respondent vijf zegt vervolgens: *“Bij een aantal picto's”*. Respondent negen zegt over picto's: *“We maken ook gebruik van picto's”* en *“vooral het gebruik van picto's, dat begrijpen de meeste cliënten op de groep, dat zijn ze hier gewend”*. Andere middelen die werden benoemd waren time-timers.

§ 4.3. Knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding

In deze paragraaf wordt de deelvraag 'Wat zijn de knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding bij het afnemen van de CQ-index?' beantwoord aan de hand van de interviews die zijn afgenomen onder de begeleiders. Omdat er twee groepen zijn geïnterviewd, wordt deze deelvraag onderverdeeld in begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index en begeleiders die geen ervaring hebben met de CQ-index. Bij deze deelvraag is uitgegaan van het hoofdlabel 'knelpunten' en zijn de resultaten beschreven aan de hand van de bijbehorende sublabels.

§ 4.3.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index

Overvragen

Vijf van de zes respondenten benoemt het onderwerp overvragen tijdens de interviews. Respondent één en vier geven aan dat de zorgvragers veel moesten nadenken wanneer ze bevraagd werden tijdens het afnemen van de CQ-index. Respondent één zegt: *"Je ziet dat ze aan het denken zijn en er niet uitkomen. Op dat moment probeert ze antwoord te geven maar dan gaan er zo veel mapjes open en dan zie je gewoon, op dit moment is ze het spoor bijster"*. Respondent vier zegt: *"Denk dat sommige bij ons op de groep er heel erg over na gaan denken en over gaan malen" en "op een gegeven moment is de concentratie ook wel een beetje weg"*. Respondent zes geeft aan wanneer een zorgvrager overvraagd is, dat de zorgvrager veel onrust ervaart, zij verbaal aanwezig zijn en ook meer agressie kunnen vertonen. Letterlijk zegt respondent zes: *"Heel veel onrust, verbaal aanwezig maar ook lichamelijk veel dingen zoeken, meer agressie"*. Respondent acht geeft aan dat het voor sommigen wel belastend is geweest. Daarbij geeft respondent zeven aan zich af te vragen of de zorgvragers niet overvraagd worden door de vragen van de CQ-index, waardoor er een kans is dat de zorgvragers de vragen niet goed beantwoorden, omdat het ze te veel wordt. Respondent zeven zegt hier nog over: *"Misschien ook wel de overvraging, dat ze er later vast van hebben. En de mate waarin de vragen goed beantwoord kunnen worden is ook nog maar de vraag bij sommigen. Bij de laatste vragen als het ze te veel wordt"*. Ook zegt respondent zeven: *"Bij sommigen ben ik na aan paar vragen gestopt, omdat ik toen al merkte dit wordt niet wat"*.

Spanning

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de zorgvragers een interview als de CQ-index als spannend kunnen ervaren. Zo geeft respondent één aan als voorbeeld *"voor degene is het best spannend. Wat gaat er allemaal in dat hoofd om? Zo van heb ik wat verkeerd gedaan of waar gaan we het nu over hebben?"* Zo zegt respondent acht over spanning; *"Je merkt dat ze het spannend vinden"*. Ook respondent tien zegt over spanning: *"Ze vinden dit gewoon ook soms spannend"*.

Onduidelijkheid

Volgens een aantal respondenten is een van de knelpunten van de CQ-index, onduidelijkheid. Respondent één geeft aan het zelf al niet inzichtelijk te vinden waardoor het lastig is om het over te brengen op de zorgvrager. Deze respondent zegt: *"Ik vond het verwarrend als ik het zo alleen op tekst las" en "ik had het zelf al niet heel erg inzichtelijk van wat kan ik erbij gebruiken en dan wordt het lastig als je dat over moet brengen op iemand anders"*. Respondent zes geeft daarbij aan dat er te veel keuzemogelijkheden zijn waardoor de zorgvrager het overzicht kwijtraakt. Volgens respondent acht moet men als interviewer oppassen geen sociaal wenselijke antwoorden te ontvangen van de zorgvragers. Tevens zegt respondent acht: *"Je moest veel uitleggen om tot een antwoord te komen. Of anders stellen"*.

Te moeilijk & begrijpbaarheid

Het merendeel van de respondenten heeft aangegeven dat zij van mening waren dat zij de vragen van de CQ-index te moeilijk vonden. Respondent één zegt " (...) *of minder uitgebreid, te moeilijk*". Volgens respondent één waren de onderwerpen die aan bod kwamen best lastig. Respondent één denkt dat de doelgroep dit niveau niet aan kan waardoor ze "*sociaal wenselijk zullen reageren*". Een aantal respondenten geven aan dat het niveau van de zorgvragers niet altijd aansluiten op de CQ-index. Respondent zes zegt hierover: "*Veel vragen worden gewoon niet begrepen*". Respondent zes vraagt zich hierdoor af of de uitkomsten van de CQ-index dan wel reëel zijn. Ook respondent tien zegt: "*Ze begrijpen het niet*".

§ 4.3.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index

Overvragen

Vier respondenten geven aan dat zij van mening zijn dat het aantal vragen uit de CQ-index te veel is. Respondent elf geeft aan dat de vragenlijst echt overvraging is. "*De spanningsboog bij deze mensen is niet zo lang, daar moet je rekening mee houden. Dat kunnen ze gewoon niet aan*". Volgens respondent twee is het voor de zorgvragers te veel informatie om op te nemen. Respondent negen denkt dat als de juiste hulpmiddelen gebruikt worden en met let op het niveau van de zorgvrager dat men "*op zich een heel eind zou kunnen komen*".

Spanning

Respondent elf koppelt de gevoelens van de zorgvrager aan eigen ervaringen van het interview van dit onderzoek. Respondent elf zegt: "*Ik merk zelf al hoe spannend dit is, zo'n interview, dat er toch wel lading op zit. Ik kan me voorstellen dat zij nog meer spanning ervaren*". Respondent twee zegt: "*Ik denk (...) zenuwachtig maakt, angstig van worden*".

Te moeilijk & begrijpbaarheid

De respondenten geven aan dat het per zorgvrager verschillend is of zij de vragen van de CQ-index wel of niet kunnen beantwoorden. Respondent negen geeft aan dat zij denkt "*dat de vragen niet aansluiten bij hun beleavingswereld. De zorgvragers zullen de vragen niet begrijpen doordat zij er geen beeld bij kunnen vormen*". Een aantal begeleiders geven aan dat zij niet weten of alle zorgvragers de vragen van de CQ-index wel kunnen begrijpen. Zo zegt respondent vijf: "*Ik denk dat je het in een aantal gevallen wel anders zou moeten formuleren om het begrijpelijk te maken*".

Respondent elf zegt: "*Ze kunnen het zelf niet overzien, dus door het in te kaderen maak je het al een stuk overzichtelijker voor ze, dat ze weten waar ze aan toe zijn en wat er van ze wordt verwacht*".

§ 4.4. De ideeën volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding

In deze paragraaf wordt de deelvraag 'Welke ideeën hebben de begeleiders van Uniek Begeleiding voor het verbeteren van de CQ-index om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?' beantwoord aan de hand van de interviews die zijn afgenomen onder de begeleiders. Omdat er twee groepen zijn geïnterviewd, wordt deze deelvraag onderverdeeld in begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index en begeleiders die geen ervaring hebben met de CQ-index. Bij deze deelvraag is uitgegaan van het hoofdlabel 'ideeën' en zijn de resultaten beschreven aan de hand van de bijbehorende sublabels.

§ 4.4.1. Begeleiders met ervaring met de CQ-index

Specifiek

Om de vragen van de CQ-index specifieker te maken zegt respondent één: "*Dat het kleiner kan, het is nu te globaal*". Daarnaast zegt respondent één: "*Dat zullen echt (...) hele makkelijke, concrete vragen zijn*".

Daarnaast zegt respondent zeven: *“Heel duidelijk in kaart brengen wat je wilt weten en dat in een paar korte vragen terug laten komen”*. Respondent tien zegt: *“ik zou het korter houden”*.

Vorm meetinstrument

Veel respondenten geven aan dat de vorm van het meetinstrument anders zou kunnen. Hierbij geeft respondent één aan niet goed te weten of de vragenlijst een meerwaarde heeft. Hierover zegt respondent één: *“Haal je bijvoorbeeld uit een bepaald speelmoment niet meer dan dat wanneer je met elkaar gaat zitten en je vult zo’n vragenlijst in”*. Een andere manier zou kunnen zijn volgens respondent vier om de vragen tussendoor te stellen en zegt: *“In ieder geval niet alles tegelijk maar gewoon een paar vragen”*. Respondent acht ziet meer in de vorm van een spel en zegt hierover: *“Dat het voor sommigen beter dat zij niet het idee hebben dat ze een test krijgen (...) en de onzinnige vragen eruit halen”*. Ook respondent tien zegt: *“Overbodige vragen eruit haalt zou het al een stuk beter zijn”*. Naast een speelmoment geeft respondent tien ook aan wat te zien in de mogelijkheden tijdens een wandeling.

Sfeer

Veiligheid en vertrouwen volgens een aantal begeleiders belangrijk als je kwaliteit gaat meten door middel van de CQ-index. Respondent vier zegt: *“Ik was voor hun een bekend gezicht, dus dan is het ook vertrouwd”*. Daarbij is ook volgens respondent tien het moment van belang. Deze respondent zegt: *“Dat begint al met een goed moment uitkiezen. Dat je ook echt even de tijd hebt maar ook iemand goed genoeg in zijn vel zit om hieraan mee te werken”*.

Duidelijkheid

Om de duidelijkheid te verbeteren geven de begeleiders verschillende mogelijkheden. Als eerste zegt respondent vier: *“De vragen iets anders formuleren”*. Respondent zeven zegt: *“Het mag voor hun wel makkelijker (...) de vraag is soms te ingewikkeld”*.

Hulpmiddelen

Er worden door de respondenten verschillende ideeën aangedragen met betrekking tot hulpmiddelen die ingezet kunnen worden bij het afnemen van een vragenlijst, zoals de CQ-index. Eerste hulpmiddelen die benoemd worden zijn plaatjes, afbeeldingen en pictogrammen. Zo zegt respondent vier: *“Ik denk dat voor sommige wel handig is als ze ook iets kunnen aanwijzen, wel of niet, groen of rood”*. Ook respondent zes zegt hierover: *“Plaatjes, afbeeldingen, picto’s (...) je moet echt met afbeeldingen komen. Dingen laten zien. Dan moet je met meer beelden komen”*. Ook worden hulpmiddelen als geluiden en smileys benoemd. Respondent acht zegt: *“Toch ook smileys denk ik. Dan kunnen ze een emotie aanwijzen”*. Als laatste wordt over geluiden gezegd respondent zes: *“of met geluiden”*.

§ 4.4.2. Begeleiders zonder ervaring met de CQ-index

Specifiek

Verschillende begeleiders geven aan dat de vragen in de CQ-index specifiekere moeten. Respondent twee zegt hierover: *“Dat je het rustig met hun doorneemt, maar wel in korte vragen”*. Respondent drie zegt: *“Dan moet je het wel heel erg gaan specificeren met kleur, met blij/boos of blij/verdrietig. Dat er echt een heel groot verschil in zit”*. Als laatste zegt respondent negen: *“Van te voren al goed doornemen welke vragen er in de vragenlijst staan, dan zou ik al kunnen bepalen bij wie ik de vragen wel of niet zou kunnen stellen”*.

Vorm meetinstrument

De vorm van het meetinstrument zou volgens een aantal begeleiders anders kunnen. Als eerst zegt respondent twee: *“Dat je misschien onbewust aan hun vraagt, niet dat hun weten (...) nu gaan we een interview af of nu gaan we een vragenlijst doornemen”*. Daarbij vindt respondent twee het belangrijk de vragenlijst niet aan de zorgvrager voor te leggen en de vragen makkelijker te maken. Tevens zegt respondent vijf om de vragenlijst af te nemen *“in de vorm van een gesprekje”*. Ook geeft een aantal van de begeleiders aan dat de keuzemogelijkheid kleiner gemaakt moet worden. Respondent negen zegt: *“Ik denk dat meer dan vier keuzemogelijkheden eigenlijk niet zou mogen. De meeste hebben al moeite met twee keuzemogelijkheden”*. Tevens is een idee van respondent negen om de vragen over meerdere momenten te verdelen. Eén respondent kwam met het idee om de vorm aan te passen naar een spel met een ballenbak. Deze respondent, respondent elf, zegt: *“Een ballenbak, zo van wat vond je ervan? En dan heb je een bak met groene en rode ballen. Dat is dan goed of niet goed. Dan hou je het klein en simpel”*.

Sfeer

Enkele respondenten geven aan dat de ruimte van invloed is op de sfeer tijdens het afnemen van vragenlijst, zoals de CQ-index. Respondent negen zegt: *“Zorgen voor een ruimte waarbij de cliënt niet zo snel kan worden afgeleid”*. Daarbij moet volgens respondent negen *“de ruimte prikkelarm”* zijn. Veiligheid is daarbij ook een belangrijk elf zegt hierover: *“Een vreemd persoon is altijd spannend. Daar doe je ze over het algemeen geen plezier mee en denk dat juist dan vooral veel sociaal wenselijke antwoorden zullen geven”*. Ook moet je volgens respondent negen *“niet te veel lading (...) geven”*.

Duidelijkheid

Een aantal respondenten vinden dat de duidelijkheid beter kan. Tevens zegt respondent negen: *“Kijken welke vragen relevant zouden zijn of niet”*. Ook zou de keuzemogelijkheid kleiner kunnen volgens respondent twaalf. Zo zegt respondent twaalf: *“Minder antwoordmogelijkheden. Ik kan daar zelfs al bijna niet uit kiezen. Dat is echt te veel”*.

Hulpmiddelen

Er zijn verschillende hulpmiddelen die volgens de respondenten ingezet zouden kunnen worden. Een eerste hulpmiddel is kleur. Respondent drie zegt: *“Dat je kleur geeft aan het goede en een kleur geeft aan het minder goede of met antwoordplaatjes of met een smiley blij en boos”*. Daarnaast worden pictogrammen en foto's genoemd.

Hoofdstuk 5. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek beschreven. Als eerste worden in paragraaf 5.1. de conclusies beschreven op de deelvragen. Daarna zal in paragraaf 5.2 de conclusie worden beschreven op de hoofdvraag. Vervolgens zullen er aanbevelingen geschreven worden in paragraaf 5.3. Om te beschrijven hoe het onderzoek verlopen is, zal een sterkte-/zwakteanalyse beschreven worden in paragraaf 5.4 en wordt dit hoofdstuk afgesloten met een discussie.

§ 5.1. Conclusies deelvragen

In deze paragraaf zullen de conclusies beschreven worden per praktische deelvraag.

§ 5.1.1. Conclusie deelvraag 1

De eerste deelvraag die opgesteld is, luidt: *‘Hoe wordt er gecommuniceerd tussen begeleiders van Uniek Begeleiding en de zorgvragers?’* Uit de interviews is gebleken dat er op veel verschillende manieren gecommuniceerd kan worden met de zorgvragers. De meest gebruikte communicatievorm is gesproken taal. Daarbij is het wel van belang dat er gekeken wordt per zorgvrager hoe de gesproken taal toegepast wordt. Als voorbeeld gaf een respondent aan dat er bij een aantal zorgvragers gesloten vragen gesteld worden. Naast gesproken taal wordt er ook door de begeleiders gebruik gemaakt van lichaamstaal om handelingen te verduidelijken, denk hierbij aan de handeling ‘handen wassen’. Naast communicatievormen wordt er door de begeleiders gebruik gemaakt van verschillende hulpmiddelen. Opvallend is dat vooral pictogrammen ingezet worden om de communicatie te verduidelijken. Daarbij zijn er begeleiders die gebruik maken van foto’s en verwijzers. Deze hulpmiddelen worden ingezet om de boodschap visueel te maken, waardoor de zorgvrager dit makkelijker kan begrijpen. Om de communicatievorm en de hulpmiddelen goed in te zetten moet men volgens de respondenten rekening houden met een aantal aspecten. Een belangrijk aspect wat veel naar voren is gekomen is de overvraging van de zorgvrager. Om overvraging zo veel mogelijk tegen te gaan, wordt de communicatie zo klein mogelijk gehouden. Tevens worden er niet te veel vragen achter elkaar gesteld en is het van belang niet te veel informatie in één keer te geven. Volgens de respondenten is de houding ook van belang tijdens de communicatie. Er wordt gezegd: *“Je moet goed kijken welke cliënt je voor je hebt en daar moet je je op aanpassen.”* Hieruit blijkt dat de communicatie per zorgvrager anders kan zijn. Hierbij moet er gelet worden op wat het niveau van de zorgvrager is en wat zij aan kunnen. Een derde aspect wat door de respondenten benoemd wordt, is sfeer. Om te kunnen communiceren met de zorgvragers moet er gelet worden op een ruimte die prikkelarm is. Tevens is het van belang dat de zorgvrager een vertrouwensband heeft en zich veilig voelt bij de begeleider. Om te communiceren is het van belang duidelijkheid te creëren. Dit doen de begeleiders door goed en duidelijk uit te leggen wat er gaat gebeuren. Hierbij maken ze gebruik van voorbeelden of hulpmiddelen.

Uit de theorie blijkt dat er verschillende soorten communicatievormen zijn. Volgens Boschman (2005) zijn er drie vormen van communicatie. Dit is de lichaamstaal, de taal van de woorden en de taal van de dingen. Van Gemert en Minderaa (2000) beschrijven vier verschillende categorieën van communicatievormen. Deze zijn de motorisch-visuele, grafisch-visuele, ruimtelijk-tactiele en akoestisch-auditieve communicatievorm. Zowel Boschman (2005) als van Gemert en Minderaa (2000) beschrijven dat het van belang is om per cliënt te kijken naar het cognitieve niveau en de sensorische en motorische vaardigheden bij het kiezen van de communicatievorm. Om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep verstandelijk beperkten in de communicatie, is het belangrijk de lichaamstaal en de taal van dingen meer te gebruiken. Deze communicatievormen worden dan gebruikt als vervanging of aanvulling van de geschreven of gesproken taal (Boschman, 2005).

Bij het communiceren met mensen met een matig verstandelijke beperking is het van belang goed te kijken naar het niveau van de cliënt, zodat hij/zij niet overvraagd wordt, wat kan leiden tot onjuiste informatie (Bockstaele & De Clercq, 2014).

De manier waarop de begeleiders communiceren met de zorgvragers sluit aan bij de theorie die beschreven is door Boschman (2005) en van Gemert en Minderaa (2000). De begeleiders bekijken per zorgvrager welke communicatievorm het beste aansluit en welke hulpmiddelen zij inzetten om de communicatie te verduidelijken. De hulpmiddelen die de begeleiders toepassen komen overeen met de hulpmiddelen die beschreven worden door Boschman (2005).

§ 5.1.2. Conclusie deelvraag 2

De tweede deelvraag die is opgesteld, luidt: *‘Wat zijn de knelpunten volgens de begeleiders van Uniek Begeleiding bij het afnemen van de CQ-index?’* Zes geïnterviewde begeleiders hebben ervaring met de CQ-index. Uit de resultaten kwam naar voren dat er algemeen geconcludeerd kan worden dat de CQ-index niet aansluit bij de doelgroep. Een aantal respondenten hebben aangegeven de vragenlijst aan te moeten passen, zodat de zorgvragers antwoord konden geven op de vragen. Zij hebben de vragen aangepast omdat deze te moeilijk waren en tevens geven zij aan dat de vragenlijst te lang is. Naast de zes begeleiders met ervaring, zijn er ook zes begeleiders geïnterviewd zonder ervaring met de CQ-index. Zij zijn wat positiever over de vragenlijst van de CQ-index. Zij denken dat vooral de zorgvragers met een hoger niveau de vragenlijst wel redelijk goed in kunnen vullen. Tevens geven deze respondenten aan dat er vragen in de CQ-index staan die zij niet relevant vinden. Als voorbeeld geven twee respondenten de vraag ‘wat is het geboorteland van uw vader/moeder’. Zij vinden dat de begeleiders deze vraag zelf in kunnen vullen. Uit de resultaten komt een opvallende reactie van een respondent die geen ervaring heeft met de CQ-index naar voren. Deze respondent geeft aan niet te weten of het beeld wat men door middel van de CQ-index krijgt reëel is.

Alle respondenten hebben knelpunten benoemd tot betrekking met de CQ-index. Als er gekeken wordt naar de resultaten van de zes begeleiders die ervaring hebben met de CQ-index kan er geconcludeerd worden dat de grootste knelpunt de overvraging van de zorgvrager is. Eén respondent geeft aan dat zij tijdens het afnemen van de CQ-index eerder gestopt is, omdat het te veel was voor de zorgvrager. Door de overvraging gaf de zorgvrager geen antwoorden meer. Tevens gaf deze respondent aan niet zeker te weten of alle vragen dan wel goed beantwoord worden, omdat het dan te veel kan worden voor de zorgvrager. Een respondent zonder ervaring met de CQ-index gaf aan dat de spanningsboog van de zorgvragers niet zo lang is waar men rekening mee moet houden tijdens het afnemen van de vragenlijst. Volgens een aantal respondenten kan een dergelijke vragenlijst, zoals de CQ-index, spanning opleveren. Een respondent gaf tijdens het interview aan *“Ik merk zelf al hoe spannend dit is, zo’n interview, dat er toch wel lading op zit. Ik kan me voorstellen dat zij nog meer spanning ervaren”*. Een ander knelpunt wat door bijna alle respondenten is aangegeven is de moeilijkheidsgraad van de vragen. De onderwerpen zijn lastig. Er moet volgens een aantal respondenten veel uitleg gegeven worden voordat de zorgvrager de vragen kan beantwoorden. Tevens komt hier naar voren dat het per zorgvrager verschilt wat zij wel of niet begrijpen. Als begeleider moet men oppassen dat de zorgvrager geen sociaal wenselijke antwoorden geeft, want volgens één respondent is dat een valkuil van de doelgroep. Tevens was de CQ-index voor een respondent wat onoverzichtelijk/onduidelijk. Deze respondent wist niet goed welke hulpmiddelen gebruikt konden worden, waardoor het lastig was om de informatie over te moeten brengen op de zorgvrager. Tevens blijkt volgens de respondenten dat er vragen zijn die niet relevant zijn om te vragen.

Het doel van de CQ-index is om erachter te komen hoe de zorgvrager de verschillende kwaliteitsaspecten beoordelen. De uitkomsten van de vragenlijst kunnen leiden tot verbeterpunten voor de desbetreffende instelling (Zorginstituut Nederland, z.j.). Vanuit de resultaten kan er geconcludeerd worden dat de CQ-index een aantal knelpunten bevat die er voor kunnen zorgen dat het doel van de CQ-index niet behaald kan worden. De knelpunten die het meest naar voren kwamen waren overvraging, te moeilijke vragen, te veel onduidelijkheid en niet-relevante vragen.

§ 5.1.3. Conclusie deelvraag 3

De derde deelvraag die opgesteld is, luidt: *‘Welke ideeën hebben de begeleiders van Uniek Begeleiding voor het verbeteren van de CQ-index om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?’* Zowel de begeleiders met ervaring met de CQ-index als begeleiders zonder ervaring met de CQ-index hadden ideeën over het verbeteren van de CQ-index. De ideeën zijn verspreid over de duidelijkheid van de vragenlijst, de omgeving, vorm van het meetinstrument en de hulpmiddelen. Als eerste komt naar voren dat de vragen specifiekere moeten. De vragen zijn nu te globaal, waardoor de zorgvrager deze niet begrijpt. Daarbij moeten de vragen volgens de respondenten korter geformuleerd worden en moet de antwoordkeuzemogelijkheid ingekort worden. Zo geeft een respondent aan: *“Minder antwoordmogelijkheden. Ik kan daar zelfs al bijna niet uit kiezen. Dit is echt te veel”*. Een aantal respondenten geven aan dat sfeer en de ruimte waar de vragenlijst afgenomen wordt belangrijk is. Zo geeft een respondent aan dat het belangrijk is dat de zorgvrager niet het idee heeft ondervraagd te worden en daarbij is een vertrouwd/bekend persoon belangrijk om veiligheid te bieden voor de zorgvrager. Een idee hierbij is om de vragenlijst niet af te nemen als een zakelijk interview, maar af te nemen tijdens een luchtig gesprek. Ook komt naar voren om de vragen te verspreiden over een bepaalde periode in plaats van alle vragen in één keer te stellen. Een ander idee om de vragenlijst af te nemen is om er een spelelement aan toe te voegen. Een van de respondenten gaf als voorbeeld de ballenbak waarbij er gebruik wordt gemaakt van een groene en een rode bal om antwoord te geven op een bepaalde vraag. Naast een spelelement is het belangrijk volgens de respondenten deze vragenlijst af te nemen in een meer neutrale setting, zoals tijdens een wandeling. Daarbij geven een aantal respondenten aan overbodige vragen eruit te halen en gebruik te maken van verschillende hulpmiddelen. De meest voorkomende hulpmiddelen die naar voren kwamen waren pictogrammen, het gebruik van smileys of afbeeldingen/foto's, maar ook het gebruik van meer kleur en geluiden.

Er kan geconcludeerd worden dat de respondenten van mening zijn dat de CQ-index op een aantal onderdelen aangepast moet worden. Het is van belang dat de vragen korter en duidelijker geformuleerd worden en dat de keuzemogelijkheden drastisch verminderd worden. Een ander aspect is de vorm van de vragenlijst. Nu wordt het nog afgenomen als een interview, maar volgens de respondenten zou het beter zijn als het afgenomen wordt in of een luchtig gesprek of met de toevoeging van een spelelement. Daarbij is het volgens de respondenten belangrijk om hulpmiddelen in te zetten, waardoor men de vragen kan verduidelijken. Hierbij kwamen vooral de hulpmiddelen pictogrammen, foto's en smileys naar voren.

§ 5.2. Conclusie hoofdvraag

Hieronder zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek *‘Welke aanpassingen moeten er gedaan worden aan het kwaliteitsmeetinstrument, om er voor te zorgen dat de zorgvragers de inhoud van het meetinstrument begrijpen, uitgaande van de CQ-index?’*. Om de hoofdvraag volledig te kunnen beantwoorden worden de uitkomsten van de deelvragen samengevoegd. Uit de resultaten blijkt dat de CQ-index niet aansluit op het niveau van de doelgroep. De vragenlijst bestaat uit 37 vragen waarbij de keuzemogelijkheid varieert van drie tot elf antwoordmogelijkheden. De vragenlijst richt zich

op vijf thema's; zorgafspraken, psychisch welbevinden, persoonlijke ontwikkeling, veiligheid en kwaliteit van de medewerkers. Er wordt gekeken vanuit het perspectief van de zorgvrager om zo tot verbeterpunten te komen, waardoor de kwaliteit van de instelling verbeterd kan worden. Uit de resultaten komt naar voren dat de vragenlijst te lang is, waardoor de kans bestaat dat de zorgvragers worden overvraagd. Het gevaar hiervan is dat de zorgvragers sociaal wenselijke antwoorden geven, waardoor de kwaliteit niet gemeten kan worden. Hierdoor verliest de CQ-index haar doel. Tevens is de moeilijkheidsgraad en de onduidelijkheid een knelpunt, de vragen zijn te lang, te moeilijk en te globaal.

Communicatie is noodzakelijk bij het afnemen van de CQ-index. Daardoor is het van belang dat er gekeken wordt naar het communicatieniveau van de zorgvrager. Hierbij kan er rekening worden gehouden met gespreksvaardigheden tijdens gesproken taal en bij het kiezen van de communicatiehulpmiddelen. Een aansluitend communicatievorm bij de doelgroep matig verstandelijk beperkten is de taal van dingen en lichaamstaal. Door middel van communicatiehulpmiddelen kan men de communicatie verduidelijken.

Om de CQ-index aan te laten sluiten bij de doelgroep matig verstandelijk beperkten is het volgens de respondenten noodzakelijk de vragenlijst aan te passen. Een veelvoorkomende suggestie is om de vragenlijst in te korten. De 37 vragen zijn volgens de respondenten niet allemaal even zinvol om in te laten vullen door de zorgvrager. Zo zijn er een aantal vragen die door de begeleider voor het interview ingevuld kan worden door middel van de gegevens uit het persoonlijk ontwikkelingsplan van de zorgvrager. Een volgende suggestie is om de vragen te verduidelijken waardoor deze minder abstract zijn en dus beter begrijpbaar voor de zorgvrager. Tevens het volgens de respondenten belangrijk de antwoordmogelijkheden te beperken naar maximaal twee à drie antwoorden. Een laatste suggestie is het aanpassen van de vorm van de CQ-index. Om ervoor te zorgen dat het spanningsniveau niet te hoog wordt voor de zorgvrager, kan men de vragenlijst afnemen tijdens een luchtig gesprek. Hierbij hebben ook een aantal respondenten aangegeven de vragenlijst niet in één keer af te nemen, maar de vragen te verdelen over een bepaalde periode. Tevens geven respondenten aan om de vragenlijst af te nemen door middel van een spelvorm. Een aantal ideeën die naar voren kwamen waren een wandeling of ballenbak. Als laatste is het belangrijk om hulpmiddelen in te zetten zodat de vragen verduidelijkt worden, waardoor de zorgvrager deze beter begrijpt en antwoord kan geven. De respondenten geven aan dat pictogrammen, smileys en foto's goed gebruikt kunnen worden tijdens het afnemen van de CQ-index. Een ander idee is het gebruik maken van kleur en geluid.

Vanuit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de vragenlijst ingekort moet worden, omdat de hoeveelheid vragen de zorgvrager kan overvragen. Tevens is het van belang dat de vragen verduidelijkt worden en dat de antwoordmogelijkheden beperkt moet worden. De respondenten zijn van mening dat een aantal vragen voor het afnemen van de CQ-index al ingevuld kunnen worden door de begeleiders van Uniek Begeleiding. De vorm van de CQ-index blijkt uit dit onderzoek te zakelijk en zou meer afgenomen moeten worden tijdens een luchtig gesprek. Ook zou er tijdens een wandeling of een spelmoment de vragenlijst afgenomen kunnen worden. Bij het afnemen van de vragenlijst zou er gebruik moeten worden gemaakt van verschillende communicatiehulpmiddelen.

§ 5.3. Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de hand van de beschreven resultaten en conclusies. De uitkomsten van dit onderzoek zijn tot stand gekomen mede door de kennis en visie van de begeleiders die in directe verbinding staan met de zorgvragers. Deze informatie is zeer waardevol geweest en heeft tot diverse mogelijkheden en ideeën geleid. Hierdoor zou het dan ook zinvol kunnen

zijn voor ontwikkelaars om meer in gesprek te gaan met begeleiders van de doelgroep. Op dit moment wordt de inhoud van de huidige CQ-index veelal niet begrepen en als lastig ervaren. Ook komt overvraging veel voor, waardoor de meting niet kan worden afgerond. Door meer kennis en ervaringen uit te wisselen en samen na te denken over de vorm van een meetinstrument kan dit tot hele mooie uitkomsten leiden die beter bij de doelgroep aansluiten en waardoor dus ook de uitkomsten waardevoller en betrouwbaarder kunnen zijn.

Een andere aanbeveling is om de vragen concreter te maken en keuzemogelijkheden verder in te perken tot twee à drie antwoordmogelijkheden. Dit maakt het voor zorgvragers overzichtelijker en beter te begrijpen. Daarbij is het zinvol om te kijken naar de woordkeuze bij het invullen van de multiple choice vragen en antwoorden. Deze moeten simpel geformuleerd worden, zodat de zorgvrager de antwoorden herkent en kan koppelen aan zijn/haar ervaringen. Ook de duur van de vragenlijst zal volgens ons aangepast moeten worden. Veelal hebben de zorgvragers een korte spanningsboog. Ons advies is dan ook om de zorgvrager niet langer dan half uur te belasten met de vragenlijst. Een aantal vragen kunnen voor het afnemen van de CQ-index ook al ingevuld worden door de begeleiders zelf. Hiermee zorgt men er ook voor dat de zorgvrager minder belast wordt.

Een derde aanbevelingspunt is de vorm van de vragenlijst. Hoewel de vragenlijst zeker belangrijk is om er bij te houden als leidraad, is het volgens ons goed om er een spelelement en tastbare materialen aan toe te voegen. Dit heeft als doel de spanning en overvraging te beperken. Op deze manier ervaren zij minder het idee dat zij ondervraagd worden en zou het mooi zijn als het voor hen ook leuk kan worden gemaakt. Een spelidee dat naar voren is gekomen uit de resultaten is de 'Ballenbak'. Dit spelidee bestaat uit vragen die opgehangen worden in een ruimte waar de zorgvrager naartoe kan. De antwoorden worden door middel van gekleurde ballen gegeven. Door het toevoegen van deze gekleurde ballen is het voor een groot gedeelte van de doelgroep mogelijk om op een simpele manier deel te nemen aan de meting van de kwaliteit binnen de instelling. Door het vereenvoudigen van de vragenlijst is er kans dat de zorgvragers minder snel sociaal gewenste antwoorden zullen geven. Door middel van de 'Ballenbak' kan de zelfstandigheid van de zorgvrager vergroot worden, doordat zij zelf kunnen kiezen wanneer zij de vragen beantwoorden. De uitgewerkte versie van het aangepaste meetinstrument doormiddel van de ballenbak is tevens te vinden in bijlage vier.

§ 5.4. Sterkte-/zwakteanalyse

Hieronder volgt een sterkte-/zwakteanalyse van het onderzoek. Deze zijn tijdens de uitvoering van het onderzoek naar voren gekomen.

Sterktes	Zwaktes
- Kleinschalige instelling - Drie onderzoekers - Onderzoeker kent de doelgroep - Half gestructureerd vragenlijst - Ervaren begeleiders - Aanwezigheid onderzoekers tijdens interviews	- Kleinschalige instelling - Regie niet in eigen hand gehouden - Eén instelling gebruikt - Drie onderzoekers - Onderzoeker werkzaam bij Uniek Begeleiding

Sterktes

Uniek Begeleiding is kleinschalige instelling. Een sterk punt van een kleinschalige instelling is dat de communicatielijnen tussen werknemers kort zijn, waardoor iedereen elkaar kent en communicatie daardoor makkelijk verloopt. Daardoor was tevens de populatie makkelijk te bereiken om deel te nemen

aan het onderzoek. Een ander sterk punt is dat één van de onderzoekers zelf werkzaam is binnen Uniek Begeleiding en hierdoor nog makkelijker begeleiders kon aanspreken en bevragen om mee te werken aan het onderzoek. Hierdoor hebben wij alle begeleidende medewerkers kunnen interviewen en hebben wij iedereen kunnen bereiken om mee te werken aan het onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd door drie onderzoekers, waardoor wij als onderzoeksgroep flexibel waren. Hierdoor is er meer tijd en ruimte geweest om literatuur op te zoeken en te verwerken, waardoor er meer diepte in het onderzoek heeft kunnen ontstaan. Tevens zijn er door de groepssamenstelling discussies ontstaan waardoor de objectiviteit van de onderzoekers gewaarborgd bleef. De groepssamenstelling is zo opgesteld waardoor de verschillende kwaliteiten optimaal benut konden worden.

Een ander sterk punt is dat één van de onderzoekers zelf werkzaam is binnen de instelling en daardoor ook bekend is met de doelgroep. Hierdoor was er over de doelgroep al enige informatie bekend. Daarnaast had deze onderzoeker zelf ervaring met de CQ-index waardoor er al snel helderheid ontstond over de inhoud van de interviews. Deze informatie hebben wij optimaal kunnen benutten en is waardevol geweest tijdens het verloop van het onderzoek.

Ook de half-gestructureerd interview is genoemd als sterk punt. Door de half-gestructureerde interviews waren er mogelijkheden om tijdens het afnemen van de interviews extra vragen te stellen die konden zorgen voor meer verduidelijking of verdieping van de antwoorden.

De ervaring van de begeleiders is een sterkte, omdat zij ons de informatie konden geven die gebruikt konden worden om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden. De begeleiders worden gezien als betrouwbare bronnen, waardoor de validiteit en de betrouwbaarheid verhoogd worden.

Als laatste wordt de aanwezigheid van de onderzoekers tijdens de interviews als sterkte genoemd. Door deze opstelling kon er meer informatie verkregen worden en werd de objectiviteit tijdens de interviews gewaarborgd.

Zwaktes

De eerste zwakte die genoemd is, is de kleinschalige instelling. Ondanks dat deze hierboven ook als sterkte is genoemd, heeft een kleinschalige instelling ook nadelen. Het inplannen van de interviews werd belemmerd, doordat de begeleiders weinig tijd en ruimte overhadden vanwege hun werkzaamheden. Tevens heeft dit ervoor gezorgd dat er geen focusgroep gepland kon worden, waardoor er geen methodetriangulatie plaats heeft gevonden.

In eerste instantie hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de opdrachtgever de begeleiders uit te nodigen voor de interviews. Uit ervaring is gebleken dat de respons op de mail van de opdrachtgever minimaal was, waardoor er geen interviews op tijd gepland konden worden. Daarna hebben de onderzoekers de regie in eigen handen genomen door zelf mailcontact te houden met de begeleiders, waardoor de interviews binnen een week gepland waren.

Voor dit onderzoek is er één instelling benaderd, wat ervoor zorgt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. De uitkomst die uit dit onderzoek naar voren is gekomen, is daarom alleen toepasbaar binnen Uniek Begeleiding.

Dit onderzoek is uitgevoerd door drie onderzoekers. Zoals hierboven de voordelen beschreven zijn, zullen hier de nadelen worden beschreven. Een eerste nadeel is het plannen van de bijeenkomsten om aan het onderzoek te werken. Tevens hebben alle drie de onderzoekers een eigen mening en visie, waardoor de discussies tijd hebben gekost. Ook heeft deze samenstelling invloed op de effectiviteit gehad. Onderdelen die uitgewerkt moesten worden, konden vaak door twee onderzoekers uitgevoerd worden, waardoor de derde onderzoeker niet altijd een duidelijke taak had.

Een laatste zwakte is dat één van de onderzoekers werkzaam is binnen de instelling. Deze onderzoeker moest waken voor haar objectiviteit.

§ 5.5. Discussie

De CQ-index is ontwikkeld voor veel verschillende doelgroepen, zoals de gehandicaptenzorg verstandelijk gehandicapten, gehandicaptenzorg lichamelijk gehandicapten, gehandicaptenzorg zintuiglijk gehandicapten en GGZ (Zorginstituut Nederland, z.j.). Door de diversiteit van de CQ-index kunnen veel instellingen gebruik maken van dit kwaliteitsmeetinstrument. Wij vragen ons af of de instellingen die gebruik maken van de CQ-index ook tegen knelpunten aanlopen bij het afnemen van de vragenlijst. Het zal naar onze mening zinvol kunnen zijn om dit onderzoek te verbreden door meerdere instellingen te contacteren over de ervaringen van de CQ-index. Vanuit dit vervolgonderzoek kan er gekeken worden of de CQ-index daadwerkelijk niet volledig aansluit op het niveau van de doelgroep verstandelijk beperkten.

Door dit onderzoek zijn wij als beginnende professionals meer gaan nadenken over de CQ-index in zijn algemeenheid en het gebruik daarvan. Wij zijn van mening dat er meer gekeken moet worden naar de aansluiting van de kwaliteitsmeetinstrumenten op de doelgroepen, zodat er daadwerkelijk gemeten kan worden wat de kwaliteit van de desbetreffende zorginstelling is. Vanuit de overheid en de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg wordt er verplicht gesteld dat de zorginstellingen de kwaliteit meten en de resultaten delen met anderen (Delnoij & Hendriks, 2008). Deze transparantie wordt steeds vaker verwacht vanuit de overheid. Zij willen weten wat er gebeurt, of het zinvol is om de geboden zorg te financieren en hoe men er voor gaat zorgen dat de kwaliteit nog meer verbeterd wordt. Tevens willen de zorgverzekeraars deze informatie ook verkrijgen. De zorgkosten worden elk jaar hoger en zowel de zorgverzekeraars als de overheid willen deze kosten verminderen. Door te kijken naar de kwaliteit van de zorginstelling, kan er gekeken worden welke behandelingen zinvol zijn om te financieren en welke niet (Smit, 2010). Vanuit deze druk moeten zorginstellingen resultaten aanleveren over de kwaliteit. Maar heeft dit wel het juiste effect? Gaan instellingen deze metingen vanuit hunzelf doen om te blijven werken aan de kwaliteit of wordt het meer een verplichting? En als er gekeken wordt naar de uitkomsten van dit onderzoek, heeft het meten van kwaliteit op deze manier wel zin? De uitkomsten kunnen niet betrouwbaar zijn, waardoor toekomstige zorgvragers verkeerd geïnformeerd worden. De vraaggestuurde zorg waar de overheid naar toe wil, zorgt ervoor dat toekomstige zorgvragers zelfstandig keuzes gaan maken bij het kiezen van zorg. Hierbij verwacht de overheid dat de kosten van de zorg minder worden doordat marktwering ontstaat. Tevens zal hierdoor ook de kwaliteit verbeteren, althans dat denkt de overheid (Smit, 2010).

Onze visie op het meten van kwaliteit binnen de zorg sluit aan bij die van de overheid. Het is belangrijk om de kwaliteit van zorginstellingen te meten, zodat de kwaliteit van geboden zorg zich kan blijven ontwikkelen. Het is naar onze mening van belang dat de transparantie in de zorg aanwezig blijft, zodat toekomstige zorgvragers de informatie kan verkrijgen die zij nodig hebben. Door dit onderzoek zijn wij erachter gekomen dat de manier waarop de CQ-index kwaliteit meet, niet de resultaten kan verkrijgen

die men nodig heeft. Het lijkt ons belangrijk dat zorgvragers en zorginstellingen betrokken worden bij het ontwikkelen van een vragenlijst. Dit wordt wel in de theorie van Zorginstituut Nederland (z.j.) aangegeven, dat tijdens het ontwerpen van het meetinstrument branche- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere verschillende belanghebbenden uitgenodigd worden, maar uit ervaring blijkt dat dit dus niet voldoende is. Wij denken dat er tijdens het ontwikkelen van de CQ-index te weinig aandacht is besteed aan het niveau van de doelgroep, waardoor de vragen niet goed aansluiten. Uit een artikel van NIVEL (2015) komt naar voren dat wij niet de enige zijn met deze gedachte. Er is een onderzoek gedaan waarbij cliënten hebben geholpen bij het aanpassen van de vragenlijst 'Cliënten over Kwaliteit'. Hierdoor hebben zij drie valide, betrouwbare en beknopte vragenlijsten op kunnen stellen die gebruikt kunnen worden in de gehandicaptenzorg (NIVEL, 2015).

Naar onze mening is dit een interessante manier om een meetinstrument te ontwikkelen. Toch is het niet altijd mogelijk om zorgvragers te betrekken bij deze ontwikkeling. Wel zijn wij van mening dat er meer contact gelegd moet worden met zorginstellingen die ervaring hebben met de doelgroep. Op deze manier is het mogelijk dat er meer "out of the box" gedacht wordt, waardoor er zeer interessante ideeën naar voren kunnen komen. Neem hierbij als voorbeeld de 'Ballenbak' (zie bijlage 4). Het meten van kwaliteit is naar onze mening belangrijk, maar de uitvoering hiervan is nog discutabel. Wij hopen door middel van dit onderzoek een opzet te hebben gegeven, waardoor er meerdere onderzoeken zullen volgen gericht op het meten van kwaliteit en de uitvoering hiervan.

Afsluiting

Met zicht op het afstudeeronderzoek ontstond al snel het idee om het bachelorrapport met ons drieën te gaan schrijven. Als groep vullen wij elkaar goed aan en hebben wij alle drie onze eigen kwaliteiten. Door de samenwerking hebben wij optimaal van elkaars kwaliteiten kunnen leren en deze ook kunnen benutten. Toen de groepssamenstelling duidelijk was moesten wij nog wel een onderwerp hebben om over te schrijven. Esther is werkzaam binnen Uniek Begeleiding en al snel ontstond het idee om binnen deze zorginstelling onderzoek te gaan verrichten. Het eerste contact is gelegd met Imke Lammers, gedragskundige binnen Uniek Begeleiding. Samen hebben wij gekeken naar diverse geschikte onderwerpen. Tijdens dit gesprek is dan ook het plan ontstaan om de kwaliteit en werking van de CQ-index te onderzoeken.

Het onderzoeksplan is dankzij de kundige begeleiding van Geke Fier ontstaan, docent binnen de academie Mens & Maatschappij van het Saxion te Enschede. Dit onderzoeksplan is beoordeeld met een negen, een resultaat om trots op te zijn. Naar aanleiding van het onderzoeksplan konden wij beginnen met het daadwerkelijke onderzoeksrapport. Hiervoor hebben wij gebruik kunnen maken van de kennis van Helma Hendriks, tevens docente aan de academie Mens & maatschappij van het Saxion te Enschede. Als intervisiedocent heeft Helma Hendriks tips en feedback gegeven en heeft zij tevens het gehele proces nauwkeurig in de gaten gehouden.

Vanuit Uniek Begeleiding heeft Imke Lammers ons gesteund door mee te denken over het onderwerp. Tevens heeft zij haar kennis en visie met ons gedeeld, waardoor dit onderzoeksrapport mede door is ontstaan. Het resultaat hiervan heeft u zojuist in dit verslag kunnen lezen. Als groep hebben wij het dan ook als een interessant en leerzaam proces ervaren. Het begeleidend personeel binnen Uniek Begeleiding heeft enthousiast meegewerkt, waardoor er mooie ideeën zijn ontstaan. De resultaten van dit onderzoek zijn niet alleen voor Uniek Begeleiding interessant. De uitkomsten geven een kritisch beeld van de uitkomsten van een huidig meetinstrument en toont hiermee aan dat er zeker ruimte is voor verbeteringen. Juist de mensen die direct met de doelgroep werken zijn hierbij erg waardevol, zo is te zien in dit rapport.

Het zou dan ook erg waardevol zijn als dit onderzoeksrapport aanleiding is om de huidige meetinstrumenten kritisch te bekijken. Tevens zou het waardevol zijn om vanuit de overheid andere mogelijkheden te bekijken om kwaliteit te meten bij deze doelgroep.

Valerie van Bijleveld,
Esther Piepers &
Ravena Prinsen

Literatuurlijst

- Afasie Vereniging Nederland (AVN). (z.j.). *Communicatiehulpmiddelen*. Opgeroepen op 10 mei 2016, van Afasie Vereniging Nederland: <http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=9>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T., & de Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Björnberg, A. (2016). *Euro Health Consumer Index 2015 Report*. Opgehaald van Health Consumer Powerhouse: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf
- Bockstaele, M., & De Clercq, B. (2014). *Verhoren van minderjarigen en kwetsbare volwassenen*. Antwerpen- Apeldorn: Maklu Uitgevers.
- Borst - Eilers, E. (z.j.). *De Kwaliteitswet zorginstellingen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opgeroepen op 10 februari, 2016, van <http://www.infectiepreventie.nl/unic/downloadpdf/1996%20kwaliteitswet.pdf>
- Boschman, M. (2005). *Communiceren met mensen met een verstandelijke handicap*. Soest: Nelissen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014). *Kwaliteit van leven in Nederland is hoof, maar beperkt houdbaar*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/duurzaamheid/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-074-pb.htm?RefererType=RSSItem>
- Coppen, R., Friele, R., Kruikemeier, S., & Rademakers, J. (2009). *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. Opgehaald van NIVEL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-klachten-over-de-gezondheidszorg.pdf>
- Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). *De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg*. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 440. Opgehaald van: <http://nvl002.nivel.nl/postprint/ppPP3276.pdf>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (z.j.). *Wet kwaliteit klachten geschillen zorg*. Opgeroepen op 10 februari, 2016, van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/wet_kwaliteit_klachten_geschillen_zorg/index.aspx
- Inzowijz. (z.j.). *Verstandelijke beperking*. Opgeroepen op 5 april 2016, van Inzowijzer: http://inzowijzer.inzowijz.nl/userfiles/files/hud0j4wou1_VerstandelijkeBeperking.pdf
- Kuenen, J., Mohr, R., Larsson, S., & Leeuwen, W. v. (2011). *Zorg voor waarde. Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden*. Amsterdam: The Boston

- Consulting Group. Opgehaald van
http://www.skopr.nl/wosmedia/564/zorg_voor_waarde_bcg.pdf
- Lucassen, P., & Olde Hartman, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mertens, J. (2013). *Praktijkonderzoek voor bachelors. Leidraad voor studenten bij het (af)studeren in het competentiegericht hbo*. Bussum: Coutinho.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Nair, K. (2006). *Management Wijsheden*. Opgehaald van Ernest Keijzers:
home.hccnet.nl/fam.keijzers/Gezegden/Wijsheden%20Management.html
- NIVEL. (2015). *Cliënten helpen vragenlijst over kwaliteit gehandicaptenzorg te verbeteren*. Opgehaald van NIVEL: <http://www.nivel.nl/nl/nieuws/cli%C3%ABnten-helpen-vragenlijst-over-kwaliteit-gehandicaptenzorg-te-verbeteren>
- Otten, K. (2016). *Kennis en Wijsheid in de pleegzorg. Broerstraat 5, 8-9*. Opgehaald van
<http://www.rug.nl/alumni/stay-involved/broerstraat-5/pdf/broerstraat5-2016-1.pdf>
- Rademakers, J., Sixma, H., Triemstra, M., Damman, O., Hendriks, M., & Zuidgeest, M. (2008). *De constructie van een COI meetinstrument: ervaringen uit de praktijk*. Opgehaald van TSG: Tijdschrift voor de Gezondheidswetenschappen: <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp3286.pdf>
- rdgKompagne. (z.j.). *Communicatiehulpmiddelen*. Opgeroepen op 10 mei 2016, van rdgkompagne:
<http://www.rdgkompagne.nl/producten/Communicatiehulpmiddelen>
- Rijksoverheid. (z.j.). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*. Opgeroepen op 11 februari, 2016, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>
- Smit, D. (2010). *Over meten is weten en de behoefte aan zekerheid. Psychopraktijk*. Opgehaald van
<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03089017?LI=true#page-1>
- Thuisarts.nl. (2013). *Ik wil goed communiceren met mijn naaste die verstandelijk beperkt is*. (Nederlands huisartsen genootschap) Opgehaald van Thuisarts.nl: <https://www.thuisarts.nl/slechthorend-en-verstandelijke-beperking/ik-wil-goed-communiceren-met-mijn-naaste-die-verstandelijk->
- Twint, B., & de Bruijn, J. (2014). *Handboek verstandelijke beperking. 24 succesvolle methoden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Uitgeverij Pica. (2016). *Time-timer*. Opgehaald van Pica:
<http://www.uitgeverijpica.nl/titels/hulpmiddelen/time-timer>
- Uniek Begeleiding. (2015). *De essentie van Uniek Begeleiding*. Opgehaald van Uniek Begeleiding:
<http://www.uniek-begeleiding.nl/>

- Uniek Begeleiding. (2015). *Kwaliteit van zorg*. Opgehaald van Uniek Begeleiding: <http://www.uniek-begeleiding.nl/over-ons/kwaliteit/>
- van Gemert, G., & Minderaa, R. (2000). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Assen: Van Gorcum & Comp B.V.
- van Trigt, M. (2014). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: inleiding en ziektebeelden* (Vol. Introductie in de wereld van mensen met een verstandelijke beperking). Bohn Stafleu van Loghum.
- van Trigt, M. (2014). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: inleiding en ziektebeelden* (Vol. Afbakening en definiëring). Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Volksgezondheidszorg.info. (2016). *Verstandelijke beperking, cijfers & context*. Opgehaald van: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie#>
- Vughts - De Groot, B. (2009). *Werken met ontwikkelingsleeftijden*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Wester, J. (2016). *En het land met de beste zorg is...* NRC. Opgehaald van <http://www.nrc.nl/next/2016/02/03/en-het-land-met-de-beste-zorg-is-1583808>
- Willemse, J. (2012). *Anders kijken: een breder zicht op menselijk gedrag. Theorie en praktijk van de systeembenadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- ZonMw, & Zorginstituut Nederland. (2015). *Het in kaart brengen van de kwaliteit van bestaan inde gehandicaptenzorg en -ondersteuning*. Opgehaald van invoorzorg.nl: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/Nieuws/Instrumenten_voor_meten_kwaliteit_van_bestaan_in_de_gehandicaptenzorg_en_ondersteuning_20150710.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2015). *Toetsingkader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/toetsingskader-en-register/toetsingskader/toetsingskader/toetsingskader/zinl%3Aparagraaf/zinl%3Adocuments/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-informatiestandaarden--meetinstrumenten>
- Zorginstituut Nederland. (z.j.). *CQI-vragenlijsten*. Opgeroepen op 24 mei 2016, van Zorginstituut Nederland: Wester, 2016
- Zorginstituut Nederland. (z.j.). *De CQ-index*. Opgeroepen op 10 februari, 2016, van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index>

Zorginstituut Nederland. (z.j.). *De CQ-index*. Opgeroepen op 23 maart 2016, van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index>

Zorginstituut Nederland. (z.j.). *Handboek ontwikkelen CQ-index*. Opgeroepen op 23 maart 2016, van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/handboek+ontwikkelen+cq-index>

Zorginstituut Nederland. (z.j.). *Ontwikkeling CQ-index: de rol van de begeleidende CQ-werkgroep*. Opgeroepen op 23 maart 2016, van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/toetsingskader-en-register/de-cq-index/handboek-ontwikkelen-cq-index/handboek-ontwikkelen-cq-index/zinl%3Adocuments/cqi-bijslui>

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst begeleiders met ervaring CQ-index

Vraag Topic Doelgroep	Doorvraag	Doorvraag
- Met welke ontwikkelingsleeftijd werk jij het meest?		
- Wat is kenmerkend bij deze ontwikkelingsleeftijd?	- En welke nog meer?	
- Wat maakt deze doelgroep kwetsbaar?	- Hoe zie jij dat/ hoe uit zich dat?	- Hoe ga jij hiermee om? - En welke nog meer?
- Hoe ervaren zorgvragers een dergelijk interview zoals de CQ-index?	- Hoe zie jij dat/ hoe uit zich dat?	- Hoe ga jij hiermee om?
- Waar houd jij rekening mee als jij een interview afneemt bij deze doelgroep?	- Wat maakt dat jij hier rekening mee houdt?	- Wat levert jou dat op? - Wat nog meer?

Vraag Topic communicatie	Doorvraag	Doorvraag
- Van welke communicatievormen maak jij het meeste gebruik?	- Waarom?	
- Een veel gebruikte vorm van communicatie is lichaamstaal, in welke mate maak jij hier gebruik van?	- Hoe pas jij dat toe?	
- Kun jij een situatie schetsen waarin het gebruik van lichaamstaal essentieel is geweest?		
- Welke communicatie hulpmiddelen sluiten het beste aan bij deze doelgroep volgens jou?	- Waarom?	- En welke sluiten het minste aan? - Waarom?
- In welke mate is het gebruik van communicatiemiddelen essentieel in de communicatie met de zorgvragers?	- Kun jij een voorbeeld van een situatie geven?	-

Vraag Topic CQ-index	Doorvraag	Doorvraag
- Heb jij ervaring met de CQ-index?	- Kun jij hier iets over vertellen?	- Hoe vaak heb jij de CQ-index afgenomen?
- Welke positieve ervaringen heb jij met de CQ-index?	- En welke nog meer?	
- Welke negatieve ervaringen heb jij met de CQ-index?	- En welke nog meer?	
- Wat gaat goed goed/makkelijk? En wat niet?	- Waar merk jij dat aan?	- Wat heb je toen gedaan?
- Wat is jou mening over de kwaliteit van de CQ-index?	- Waarom vind jij dat?	
- Wat is volgens jou van belang om rekening te houden als jij deze doelgroep gaat interviewen?	- Waarom vind jij dat?	- Hoe zou jij dat toepassen?
- Welke communicatiemiddelen worden er toegepast bij de CQ-index?	- Sluiten deze aan bij de doelgroep?	- Waarom wel/waarom niet?

Vraag Topic knelpunten	Doorvraag	Doorvraag
- Is de vragenlijst van de CQ-index passend bij de doelgroep?	- Waarom wel/ waarom niet?	- Waar merk jij dat aan?
- Kun jij voorbeelden geven waarin de vragen van de CQ-index aangepast moesten worden, om de vraag te verduidelijken voor de zorgvrager?	- Hoe heb jij dat gedaan?	- Is het jou gelukt een duidelijk antwoord te krijgen?
- Welke communicatie hulpmiddelen zouden volgens jou zinvol zijn om in te zetten?	- Waarom?	- Op welke manier zou jij deze inzetten?
- Wat zou volgens jou de beste manier zijn om de kwaliteit onder de zorgvragers te testen?	- Waarom?	

- Welke vragen zijn wel geschikt voor deze doelgroep?	- Waarom wel?	
- Welke vragen zijn niet geschikt voor deze doelgroep?	- Waarom niet?	
- Heb jij het idee dat de zorgvragers door de CQ-index worden overvraagd?	- Zo ja/nee waarom?	- Waar merk jij dat aan?
- In welke vorm zou de CQ-index er volgens jou uit moeten zien?	- Waarom?	- Wat zal dan het resultaat zijn?

Bijlage 2. Vragenlijst begeleiders zonder ervaring CQ-index

Vraag Topic Doelgroep	Doorvraag	Doorvraag
- Met welke ontwikkelingsleeftijd werk jij het meest?		
- Wat is kenmerkend bij deze ontwikkelingsleeftijd?	- En welke nog meer?	
- Wat maakt deze doelgroep kwetsbaar?	- Hoe zie jij dat/ hoe uit zich dat?	- Hoe ga jij hiermee om? - En welke nog meer?
- Hoe ervaren zorgvragers een dergelijk interview zoals de CQ-index?	- Hoe zie jij dat/ hoe uit zich dat?	- Hoe ga jeij hiermee om?
- Waar houd jij rekening mee als jij een interview afneemt bij deze doelgroep?	- Wat maakt dat jij hier rekening mee houdt?	- Wat levert jou dat op? - Wat nog meer?

Vraag Topic communicatie	Doorvraag	Doorvraag
- Van welke communicatievormen maak jij het meeste gebruik?	- Waarom?	
- Een veel gebruikte vorm van communicatie is lichaamstaal, in welke mate maak jij hier gebruik van?	- Hoe pas jij dat toe?	
- Kun jij een situatie schetsen waarin het gebruik van lichaamstaal essentieel is geweest?		
- Welke communicatie hulpmiddelen sluiten het beste aan bij deze doelgroep volgens jou?	- Waarom?	- En welke sluiten het minste aan? - Waarom?
- In welke mate is het gebruik van communicatiemiddelen essentieel in de communicatie met de zorgvragers?	- Kun jij een voorbeeld van een situatie geven?	-

Vraag Topic CQ-index	Doorvraag	Doorvraag
- Heb jij ervaring met de CQ-index?	- Kun jij hier iets over vertellen?	- Hoe vaak heb jij de CQ-index afgenomen?

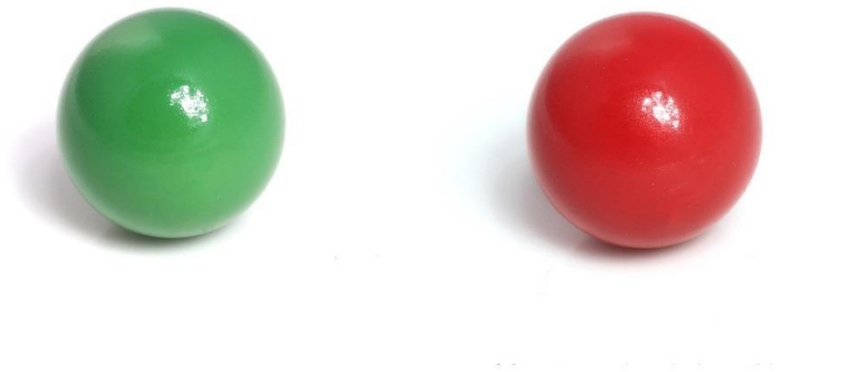
- Welke positieve ervaringen heb jij met de CQ-index? (alleen bij ervaring vragen)	- En welke nog meer?	
- Welke negatieve ervaringen heb jij met de CQ-index? (alleen bij ervaring vragen)	- En welke nog meer?	
- Wat gaat goed goed/makkelijk? En wat niet? (alleen bij ervaring vragen)	- Waar merk jij dat aan?	- Wat heb jij toen gedaan?
- Wat is je mening over de kwaliteit van de CQ-index?	- Waarom vind jij dat?	
- Wat is volgens jou van belang om rekening te houden als jij deze doelgroep gaat interviewen?	- Waarom vind jij dat?	- Hoe zou jij dat toepassen?
- Welke communicatiemiddelen worden er toegepast bij de CQ-index?	- Sluiten deze aan bij de doelgroep?	- Waarom wel/waarom niet?

Vraag Topic knelpunten	Doorvraag	Doorvraag
- Is de vragenlijst van de CQ-index passend bij de doelgroep?	- Waarom wel/ waarom niet?	- Waar merk jij dat aan?
- Kun jij voorbeelden geven welke vragen van de CQ-index jij zou moeten aanpassen, om de vraag te verduidelijken voor de zorgvrager?	- Hoe zou jij dat doen?	
- Welke communicatie hulpmiddelen zouden volgens jou zinvol zijn om in te zetten?	- Waarom?	- Op welke manier zou jij deze inzetten?
- Wat zou volgens jou de beste manier zijn om de kwaliteit onder de zorgvragers te testen?	- Waarom?	
- Welke vragen zijn wel geschikt voor deze doelgroep?	- Waarom wel?	

- Welke vragen zijn niet geschikt voor deze doelgroep?	- Waarom niet?	
- Heb jij het idee dat de zorgvragers door de CQ-index worden overvraagd?	- zo ja/nee waarom?	- Waar merk jij dat aan?
- In welke vorm zou de CQ-index er volgens jou uit moeten zien?	- Waarom?	- Wat zal dan het resultaat zijn?

Bijlage 3. Aangepaste CQ-index 'Ballenbak'

Aangepaste CQ-index



Instructie

Dit meetinstrument bestaat uit een aantal posters en twee bakken met rode en groene ballen. Het is van belang dat de ruimte waarin de meting plaats gaat vinden prikkelarm is. De meting kan zelfstandig worden uitgevoerd door zorgvragers, mits nodig ook onder begeleiding. De begeleiding geeft voorafgaande uitleg aan de zorgvragers over de werking van het meetinstrument. De uitleg vindt plaats aan de hand van een voorbeeld vraag. De zorgvrager kan altijd kiezen uit twee antwoorden, groen of rood. Hiervoor plaatst de zorgvrager een bal in de bak die van toepassing is bij zijn/haar mening.

Voorbeeld:

“Ik vind het fijn bij de dagbesteding”



Ja



Nee

De meting dient binnen een jaar te worden afgerond. Het advies is om per week twee posters, dus twee vragen, op te hangen. De begeleiding houdt hierbij in de gaten of de zorgvragers hierbij niet worden overvraagd. De zorgvragers kunnen zelf een moment bepalen, wanneer zij zichzelf prettig voelen om een vraag te beantwoorden. Voor de zorgvragers die baat bij structuur hebben, wordt het meetmoment in het dagprogramma opgenomen.

De begeleiding zorgt voor ondersteuning en laat de zorgvrager zo zelfstandig mogelijk de vraag beantwoorden. Dit om anonimiteit te waarborgen en sociaal gewenste antwoorden zo ver mogelijk uit te sluiten.

1. Ik weet wie mijn persoonlijk begeleider is



Ja



Nee

2. De afspraken die worden gemaakt staan in mijn ontwikkelingsplan



Ja



Nee

3. Ik mag zelf kiezen wat mijn activiteiten zijn



Ja



Nee

4. Zorgt de begeleiding goed voor jou?



Ja



Nee

5. Kun jij met jouw begeleider ook praten over moeilijke dingen?



Ja



Nee

6. Als je ergens mee zit, kun je dit dan met de begeleiding bespreken?



Ja



Nee

**7. Ik vind de activiteiten bij de
dagbesteding:**



Leuk



Niet leuk

8. Werkt de begeleiding goed samen?



Ja



Nee

9. Als ik iets onduidelijk vind, kan de begeleiding het mij uitleggen



Ja



Nee

10. De begeleiding heeft genoeg tijd voor mij



Ja



Nee

11. Ik ben bang voor de begeleiding



Ja



Nee

12. Er zijn vaak nieuwe begeleiders binnen de dagbesteding



Ja



Nee

13. Ik weet wat ik moet doen als ik niet tevreden ben



Ja



Nee

14. Ik weet wat een cliëntenraad is



Ja



Nee

**15. De begeleiding heeft mij vertelt wat
een cliëntenraad doet**



Ja



Nee

16. Gebeuren er wel eens dingen die je niet zo leuk vindt...zoals ruzies, pesten of iemand die jou aanraakt?



Ja



Nee

17. Er zijn andere zorgvragers waar ik bang voor ben



Ja



Nee

18. Ik vind het fijn bij de dagbesteding



Ja



Nee