

**Rapportage CQ-Index PG
Zinia Zorggroep
Oranje Nassau's Oord**

Concept 2014
J. Cellarius-Weistra
C.M.S. Huijben

Van Loveren & Partners BV past al sinds 1989 inzichten uit de gerontologie toe in Research & Development-programma's voor bedrijfsleven, gezondheidszorg en diverse overheden. Het bevorderen van het functioneren van ouderen staat in al onze activiteiten centraal. Onze klanten hechten aan betrouwbaarheid, creativiteit en kwaliteit.

© 2014 Van Loveren & Partners BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Van Loveren & Partners BV
Rijstveld 5
6641 SK Beuningen
Tel. (024) 677 96 96
E-mail VLP@vanloverenpartners.nl

Verpleeghuis Oranje Nassau's Oord (5360)
Kortenburg 4
6704 AV Wageningen
Tel. (031) 736 4200



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
2.	Achtergrondinformatie over de CQ-Index	5
2.1	Kwaliteitskader	5
2.2	CQ-Index	7
3.	Opzet van het onderzoek	9
4.	Algemeen beeld van de cliënten en respondenten	10
4.1	Verblijfsduur cliënt	10
4.2	Verblijfsreden cliënt	11
4.3	Leeftijd cliënt	12
4.4	Relatie tussen cliënt en vertegenwoordiger	12
4.5	Gezondheid vertegenwoordiger	13
4.6	Opleidingsniveau vertegenwoordiger	13
4.7	Leeftijd vertegenwoordiger	14
5.	Ervaring van de zorg in uw organisatie	15
5.1	Kwaliteit van leven	16
5.2	Kwaliteit van de zorgverleners	21
5.3	Kwaliteit van de zorgorganisatie	23
6.	Sterke en zwakke punten in vergelijking met referentiegroep	26
7.	Mogelijkheden voor verbetering	29
7.1	Verbeterpunten	29
7.2	Prioriteitendiagram	30
	Bijlage	33
	Vergelijking met de vorige meting	34

1. Inleiding

In dit rapport kunt u lezen hoe de vertegenwoordigers van cliënten met een psychogeriatrische grondslag die in Oranje Nassau's Oord verblijven de zorg- en dienstverlening ervaren. Het onderzoek is uitgevoerd door Van Loveren & Partners in opdracht van de directie en de cliëntenraad. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de CQ-Index ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit is een landelijk erkend instrument om een cliëntenraadpleging uit te voeren. Van Loveren & Partners beschikt sinds 1 oktober 2008 over het vereiste accreditatie om de metingen met de CQ-Index uit te voeren. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in maart en april 2014. In die periode heeft een aantal vertegenwoordigers een vragenlijst thuisgestuurd gekregen.

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van het Centrum Klantervaring Zorg (www.centrumklantervaringzorg.nl). De validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten zijn daarmee geborgd. Dit betekent dat we de gegevens van Oranje Nassau's Oord mogen vergelijken met die van andere zorgorganisaties.

In deze rapportage zijn alle gegevens anoniem verwerkt. De antwoorden van individuele vertegenwoordigers zijn niet herkenbaar.

De uitkomsten van het onderzoek dienen meerdere doelen. Het belangrijkste is dat ze intern voor Oranje Nassau's Oord de basis vormen om op een systematische manier verbeteringen in de zorg tot stand te brengen. Het zorgkantoor gebruikt ze voor de zorginkoop. De Inspectie bekijkt de gegevens in het kader van Verantwoorde Zorg. De gegevens worden aangeleverd aan een landelijk databestand. Van daaruit worden ze doorgestuurd voor het jaardocument en voor plaatsing op www.kiesbeter.nl. Potentiële nieuwe cliënten kunnen hier terecht om zich een beeld te vormen van de zorg in Oranje Nassau's Oord.

Het rapport is als volgt opgebouwd.

In Hoofdstuk 2 is beschreven wat de CQ-Index precies inhoudt. In Hoofdstuk 3 kunt u lezen hoe het onderzoek is uitgevoerd. In Hoofdstuk 4 schetsen we een algemeen beeld van de deelnemers uit het onderzoek. Hoofdstuk 5 geeft weer hoe deze vertegenwoordigers de zorg ervaren en waarderen. In Hoofdstuk 6 wordt een vergelijking gemaakt met andere zorgorganisaties. Hoofdstuk 7 gaat in op mogelijke verbeterpunten. In de bijlage maken we een vergelijking met de vorige meting en is een trendanalyse opgenomen.

2. Achtergrondinformatie over de CQ-Index

In 2007 is voor de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T) het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg ontwikkeld. Dit is samengesteld door de Stuurgroep Verantwoorde Zorg. In deze Stuurgroep werkten alle relevante partijen samen: Ministerie van VWS, Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), LOC Zeggenschap in Zorg als belangenorganisatie van cliënten, ActiZ als belangenorganisatie van de zorgaanbieders en diverse beroepsverenigingen. Doel van het kader was de kwaliteit van de ouderenzorg inzichtelijk te maken. Daarvoor is toen een set prestatie-indicatoren ontwikkeld.

2.1 Kwaliteitskader

Op basis van een grondige evaluatie werd in 2010 het kwaliteitskader aangepast. Vanaf die tijd vormden vier thema's de rode draad: de kwaliteit van leven, de kwaliteit van de zorgverleners, de kwaliteit van de zorgorganisatie en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Ook na deze herziening bleek het evenwel erg lastig om met één en dezelfde set van prestatie-indicatoren te voldoen aan de informatiebehoefte van alle relevante veldpartijen.

In de loop van 2011 zijn verschillende uitgangspunten rondom het Kwaliteitskader en de Stuurgroep Verantwoorde Zorg opnieuw tegen het licht gehouden. De partijen hebben nog eens goed gekeken naar hun informatiebehoefte en hun informatievraag scherper geformuleerd. Daarnaast zijn er in 2011, met name vanuit de zorgaanbieders, kritische geluiden geuit richting de cliëntenraadpleging met de CQ-Index. Dit alles heeft erin geresulteerd dat IGZ, ZN en LOC het initiatief hebben genomen tot wijziging van de indicatoren en de vragenlijsten. Zij zijn daarbij op methodologisch vlak ondersteund door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). De achterbannen van de betrokken partijen zijn door middel van een consultatiedag geraadpleegd. De andere veldpartijen zijn in adviserende zin betrokken geweest bij de wijzigingen.

In april 2012 zijn de volgende relevante thema's door de veldpartijen geformuleerd:

1. Leven in vrijheid
2. Respect voor mensen
3. Gastvrijheid
4. Effect van de zorg op iemands leven
5. Kwaliteit, effectiviteit, continuïteit bestuur en governance
6. Kwaliteit en kwantiteit personeel
7. Veiligheid
8. Inspraak en informatie
9. Aanbevelingsvraag

In het Kwaliteitsdocument 2012, Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis, zijn ze nader uitgewerkt. In het Kwaliteitsdocument 2013, Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis, zijn ze verder aangevuld. Om de herkenbaarheid te vergroten en aan te sluiten bij reeds ingerichte systemen hebben de ontwikkelaars van het Kwaliteitsdocument ervoor gekozen de nieuwe thema's alsnog onder de thema's uit het Kwaliteitskader van 2010 te hangen. In onderstaand overzicht is dit weergegeven. Per thema en indicator is aangegeven of deze is opgenomen in de CQ-Index. Een aantal indicatoren, zoals 'Leven in vrijheid: antipsychotica' en 'Valincidenten' komen niet in de CQ-Index voor, maar bij de Zorginhoudelijke Indicatoren. Deze worden door de zorgorganisatie zelf geregistreerd.

Thema's 2010 Indicatoren 2012	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren
	VV	PG	ZT	
Kwaliteit van leven				
1. <i>Lichamelijk welbevinden en gezondheid</i>				
1.1 Ervaringen met maaltijden (A: Smaak, B: Sfeer)	■	■		
2. <i>Woon- en leefsituatie</i>				
2.1 Omgang met elkaar	■	■		
2.2 Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	■	■		
2.3 Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	■	■		
2.4 Gastvrijheid: Ervaren privacy	■	■		
3. <i>Participatie</i>				
3.1 Zinvolle dag	■	■		
4. <i>Mentaal welbevinden</i>				
4.1 Leven in vrijheid: Vrijheidsbeperkende maatregelen – Prevalentie				■
4.2 Leven in vrijheid: Antipsychotica				■
4.3 Respect voor mensen: Ervaren bejegening	■	■	■	
4.4 Effect van zorg op iemands leven: Depressieve symptomen				■
4.5 Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging			■	
Kwaliteit van de zorgverleners				
5. <i>Kwaliteit van de zorgverleners</i>				
5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	■	■		
5.2 Beschikbaarheid verpleegkundige				■
5.3 Beschikbaarheid arts				■
5.4 Ervaren kwaliteit personeel	■	■	■	
Kwaliteit van de zorgorganisatie				
6. <i>Kwaliteit van de zorgorganisatie</i>				
6.1 Ervaren inspraak	■	■	■	
6.2 Ervaren informatie	■	■	■	
6.3 Pilot aanbevelingsvraag	■	■	■	
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid				
7. <i>Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</i>				
7.1 Risicosignalering zorgproblemen				
7.1a Risicosignalering - uitvoering				■
7.1b Risicosignalering – opvolging				■
7.2 Valincidenten				■
7.3 Medicijnincidenten				■
7.4 Probleemgedrag				■
7.5 Ervaren veiligheid	■			

In dit rapport staat de cliëntenraadpleging met de CQ-Index centraal. Hieronder geven we uitleg over het instrument en de toepassingen in het onderzoek.

2.2 CQ-Index

Ondanks alle commotie en ontwikkelingen zien partijen de CQ-Index nog steeds als hét instrument om cliëntervaringen te meten. De resultaten geven een betrouwbaar beeld van de ervaren kwaliteit van zorg door de cliënten. Voorwaarde is dat de afname door een onafhankelijk goedgekeurd bureau gebeurt dat volgens vastgestelde richtlijnen te werk gaat. Deze richtlijnen zijn ontwikkeld door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Zorgaanbieders zijn verplicht iedere twee jaar de CQ-Index af te (laten) nemen.

Branchebeeld

Tot nu toe zijn er regelmatig landelijke gegevens van de CQ-Index gepubliceerd. In dit rapport refereren wij naar de laatst gepubliceerde gegevens. Tot en met 2013 worden de gegevens van individuele zorgorganisaties aangeleverd aan een landelijk databestand ten behoeve van plaatsing op Kiesbeter.nl.

Belangrijkheid

Bij de oorspronkelijke ontwikkeling van de vragenlijsten is aan een deel van de cliënten en hun vertegenwoordigers niet alleen gevraagd hoe zij de kwaliteit van zorg *ervaren*. Ook is hen gevraagd hoe *belangrijk* zij het betreffende kwaliteitsaspect vinden. Deze gegevens vormen de basis om een rangorde vast te stellen voor verbetermogelijkheden in een zorgorganisatie. De betreffende scores van belangrijkheid extrapoleren wij naar ons onderzoek. We gaan daarbij uit van de veronderstelling dat onze onderzoeksgroep hetzelfde belang hecht aan de kwaliteitsaspecten als de deelnemers aan het onderzoek tijdens de ontwikkeling van de vragenlijsten. Deze veronderstelling hebben we kunnen bevestigen door middel van een eigen onderzoek. In 2010 hebben we - weliswaar op kleine schaal - zelf een onderzoek gedaan naar de belangrijkheid van de kwaliteitsaspecten. We hebben nauwelijks verschillen gevonden met het eerdere onderzoek naar de belangrijkheid. Daaruit hebben wij de conclusie getrokken dat de belangsscores nog steeds goed bruikbaar zijn om prioriteiten in verbeteringen aan te brengen.

De vragenlijsten

Binnen de sector VV&T bestaan drie varianten van de CQ-Index:

1. Een vragenlijst die mondeling wordt afgenomen bij bewoners van verzorgingshuizen en somatische verpleeghuizen.
2. Een vragenlijst die schriftelijk wordt afgenomen bij vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners.
3. Een vragenlijst die schriftelijk wordt afgenomen bij cliënten die zorg thuis (persoonlijke verzorging en/of verpleging) ontvangen.

De versies van augustus 2012 bestaan respectievelijk uit 29, 35 en 32 items. Over het algemeen zijn deze vragen afkomstig uit de eerdere versies van de vragenlijsten.

Voorbeeldvragen

In de CQ-Index zijn de vragen als volgt geformuleerd:

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
Kunt u ¹ meebeslissen over wat voor zorg of hulp u ¹ krijgt?				
Werken de zorgverleners vakkundig?				
Luisteren de zorgverleners aandachtig naar u?				

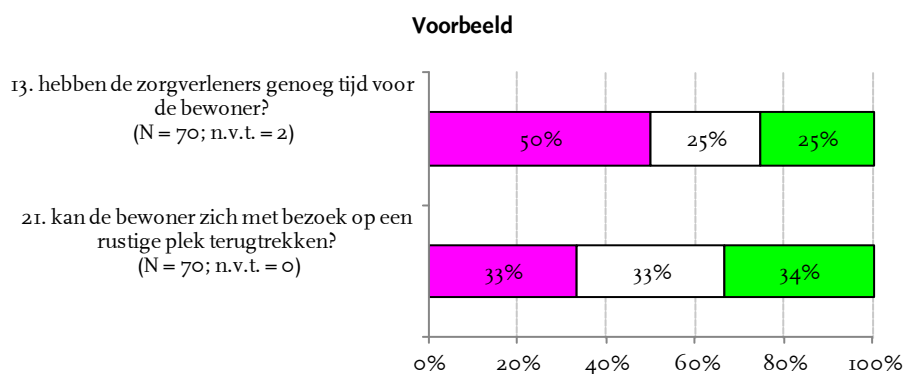
¹ Indien vertegenwoordigers worden gevraagd, staat hier 'de bewoner'.

In het rapport wordt per vraag aangegeven hoeveel procent van de respondenten een bepaald antwoord heeft gegeven. We geven de resultaten weer in figuren.

Presentatie van de gegevens

De antwoordcategorieën 'soms' en 'nooit' tellen we bij elkaar op. In de grafieken krijgen deze 'negatieve' uitkomsten een paarse kleur. De antwoordcategorie 'altijd' wordt weergegeven met een groene kleur. 'Meestal' krijgt de kleur wit. Dit is geheel in overeenstemming met de richtlijnen van het CKZ.

Ter illustratie:



In bovenstaande figuur betekent dit dat 25% van de vertegenwoordigers vindt dat de zorgverleners altijd voldoende tijd hebben voor de bewoner. Een even groot percentage, ook 25%, vindt dat de zorgverleners meestal voldoende tijd hebben en de resterende 50% vindt dat de zorgverleners nooit of soms genoeg tijd hebben voor de bewoner.

Volgens 34% van de vertegenwoordigers kan de bewoner zich altijd met bezoek op een rustige plek terugtrekken. Een derde van de vertegenwoordigers (33%) geeft aan dat dit meestal het geval is. Volgens een even groot deel van de vertegenwoordigers (33%) kan de bewoner zich nooit of soms met bezoek op een rustige plek terugtrekken.

Bij alle vragen staat aangegeven hoeveel vertegenwoordigers deze vraag hebben beantwoord. Bij deze vragen geldt dit voor 70 familieleden. Tevens staat vermeld bij hoeveel cliënten de vraag 'n.v.t.' (niet van toepassing) is. Het betreffende onderwerp heeft geen betrekking op hun situatie. Concreet betekent dit voor de eerste vraag uit het voorbeeld dat twee vertegenwoordigers geen antwoord weten op de vraag.

In het rapport volgen we de thema's uit het Kwaliteitsdocument 2013.

3. Opzet van het onderzoek

In Oranje Nassau's Oord hebben voor de cliëntenraadpleging verschillende deelonderzoeken plaatsgevonden. Cliënten met een somatische grondslag zijn geïnterviewd. Daarnaast hebben vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten thuis een vragenlijst ontvangen. In dit rapport geven we de resultaten weer van het onderzoek onder vertegenwoordigers van cliënten met een psychogeriatrische grondslag. Van de 70 familieleden hebben er 46 de vragenlijst ingevuld teruggestuurd.

Afstemming

Bij aanvang van het project in Zinzia Zorggroep heeft er afstemming per e-mail en telefoon plaatsgevonden. Samen met de secretaris van de raad van bestuur, tevens centrale contactpersoon voor het onderzoek, is ondermeer de concrete planning en de werkwijze doorgesproken. Met de contactpersoon van De Lingehof zijn voorbereidingen voor de interviewdag getroffen.

Deelnemers onderzoek

Bij aanvang van het onderzoek verbleven er 121 cliënten met een psychogeriatrische aandoening in Oranje Nassau's Oord. Tien personen zijn uitgesloten van het onderzoek, omdat zij geen familie hadden (7), minder dan een maand in Oranje Nassau's Oord waren opgenomen (1) of vanwege andere zwaarwegende redenen (2). Van de 111 cliënten die overbleven zijn er - volgens de richtlijnen van het CKZ - 70 geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Deze cliënten zijn gemiddeld 85,2 jaar oud. De groep bestaat uit 14 mannen en 56 vrouwen. Van de vertegenwoordigers hebben er 46 (66%) de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Door een strenge opschoning is het mogelijk dat er in het landelijke databestand uiteindelijk minder vragenlijsten overblijven dan de 46 waarover in dit rapport de gegevens zijn beschreven.

Werkwijze

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de CQ-Index 'Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis, vragenlijst voor vertegenwoordigers van cliënten', versie 4.1 (augustus 2012).

In de eerste week van het onderzoek hebben 70 vertegenwoordigers van de cliënten de vragenlijst ontvangen, vergezeld van een begeleidende brief van Oranje Nassau's Oord, een folder en een antwoordenvlop. In de tweede week heeft iedereen een bedank-/herinneringskaartje toegestuurd gekregen. Vanaf het begin is de respons bijgehouden. In de vijfde week kreeg iedereen die nog niet had gereageerd nogmaals de vragenlijst met een antwoordenvlop toegestuurd. In de zevende week werd voor de laatste keer een herinneringsbrief gestuurd. Gedurende de gehele periode konden de vertegenwoordigers van de cliënten bij Van Loveren & Partners terecht bij de helpdesk voor eventuele vragen en opmerkingen.

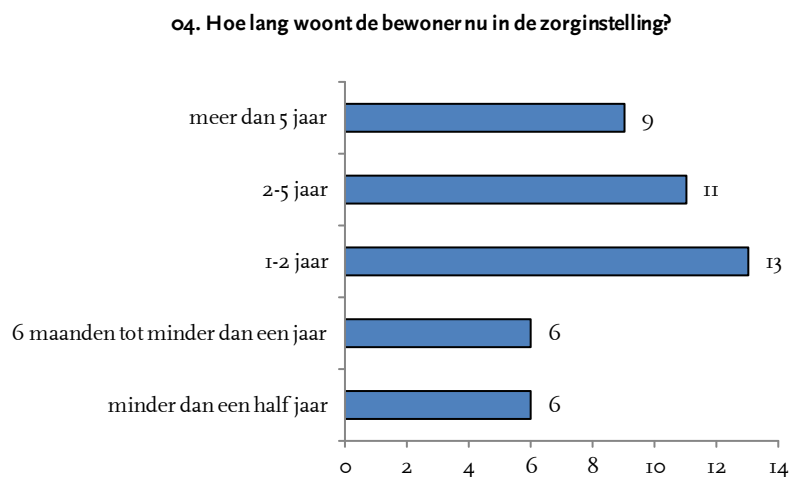
4. Algemeen beeld van de cliënten en respondenten

In dit hoofdstuk geven we een algemeen beeld van de cliënten en hun vertegenwoordigers. We beschrijven hoe lang de cliënten in Oranje Nassau's Oord verblijven en waarom zij er wonen. Ook geven we een beeld van hun leeftijd. Daarnaast laten we zien welke relatie er bestaat tussen de cliënten en hun vertegenwoordigers. Tot slot geven we weer hoe de vertegenwoordigers hun gezondheid ervaren, welke opleiding zij hebben gevolgd en hoe oud zij zijn. Al deze gegevens zijn gebaseerd op de eerste en de laatste vragen uit de vragenlijst.

Opgemerkt moet worden dat we in dit rapport alleen uitspraken kunnen doen over de vertegenwoordigers die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Soms spreken we over 'de vertegenwoordigers van Oranje Nassau's Oord', maar we bedoelen steeds de vertegenwoordigers die een vragenlijst hebben ingevuld.

4.1 Verlijfsduur cliënt

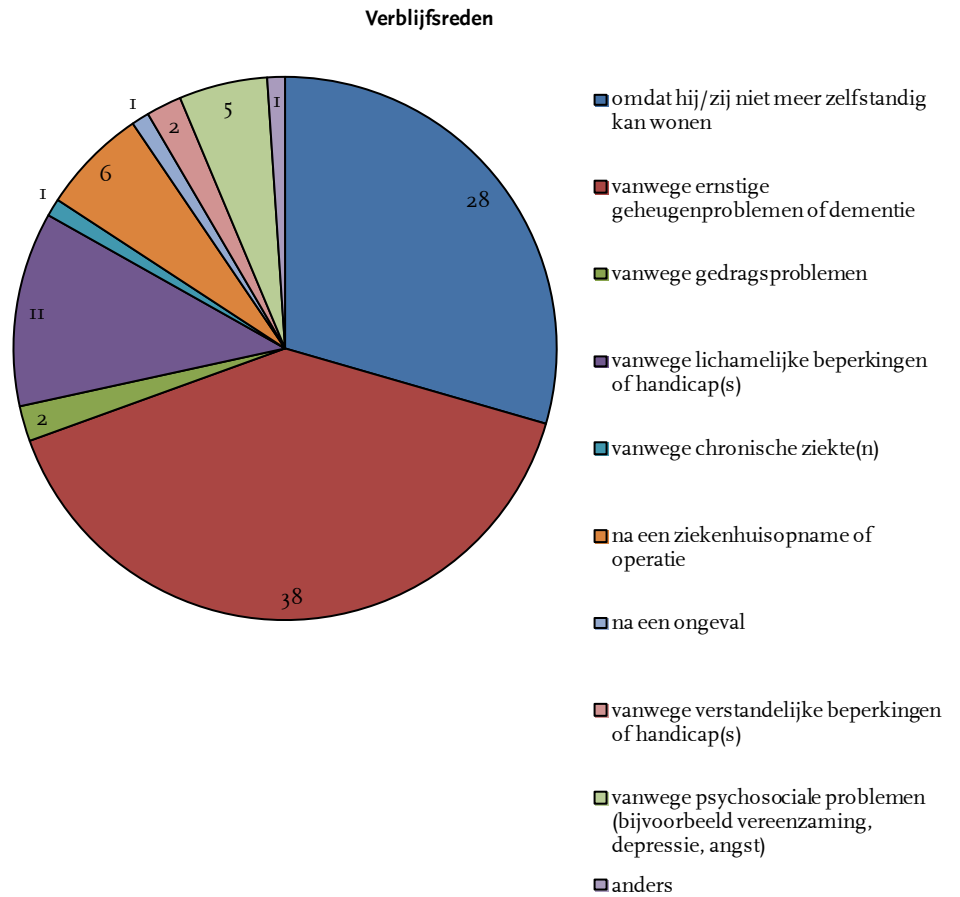
Onderstaande figuur geeft weer hoe lang de cliënten in Oranje Nassau's Oord verblijven.



Per balk staat het aantal cliënten vermeld. U kunt bijvoorbeeld zien hoeveel cliënten er tussen de 1 en 2 jaar wonen en hoeveel er al meer dan 5 jaar verblijven.

4.2 Verblifsreden cliënt

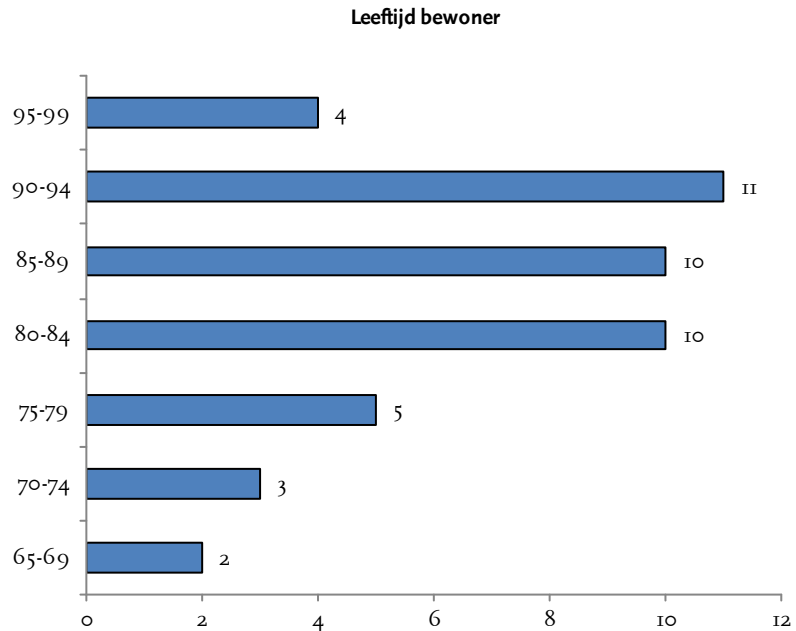
In onderstaande figuur is te zien waarom de cliënten uit het onderzoek in Oranje Nassau's Oord zijn komen wonen.



Elke cliënt kan meerdere redenen hebben gehad om naar Oranje Nassau's Oord te verhuizen. Daarom hoeft het aantal redenen niet in overeenstemming te zijn met het aantal respondenten uit het onderzoek.

4.3 Leefijd cliënt

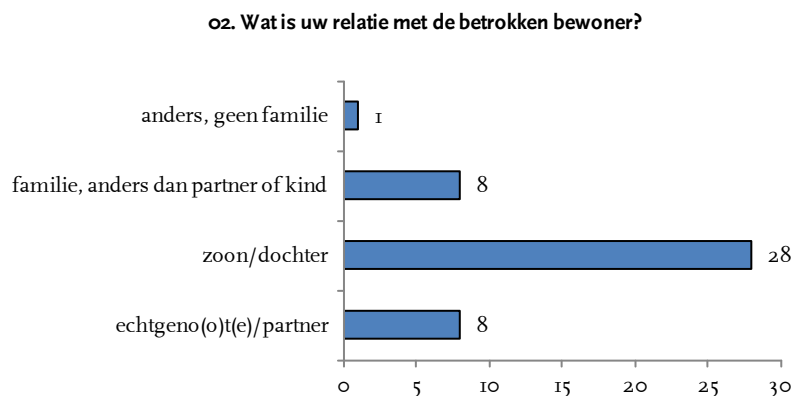
In de volgende figuur kunt u zien hoe de leeftijdverdeling van de cliënten uit het onderzoek is.



De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 84,6 jaar.

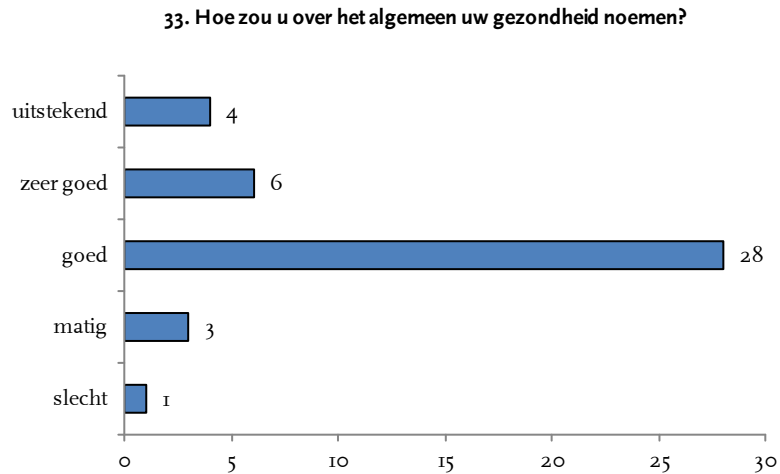
4.4 Relatie tussen cliënt en vertegenwoordiger

Onderstaande figuur geeft de relatie weer tussen de respondent en de cliënt.



4.5 Gezondheid vertegenwoordiger

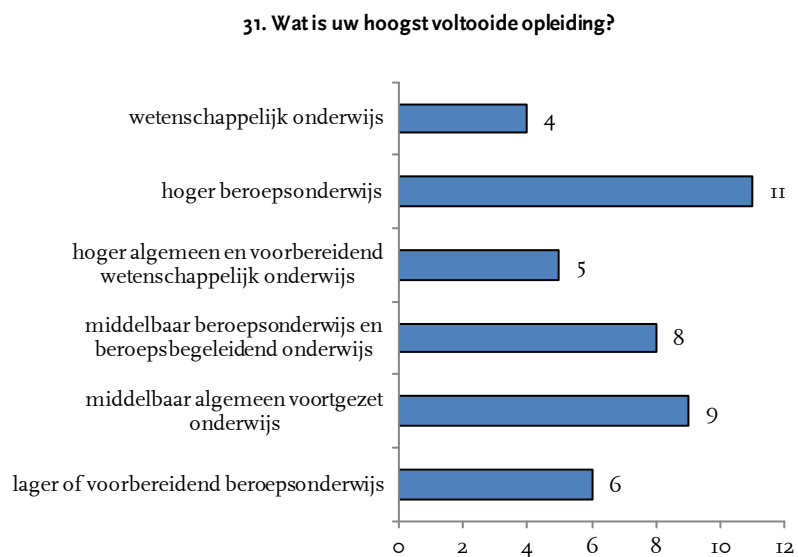
Aan de deelnemers is gevraagd een oordeel te geven over hun eigen gezondheid.



Het gaat hierbij om hun eigen beleving.

4.6 Opleidingsniveau vertegenwoordiger

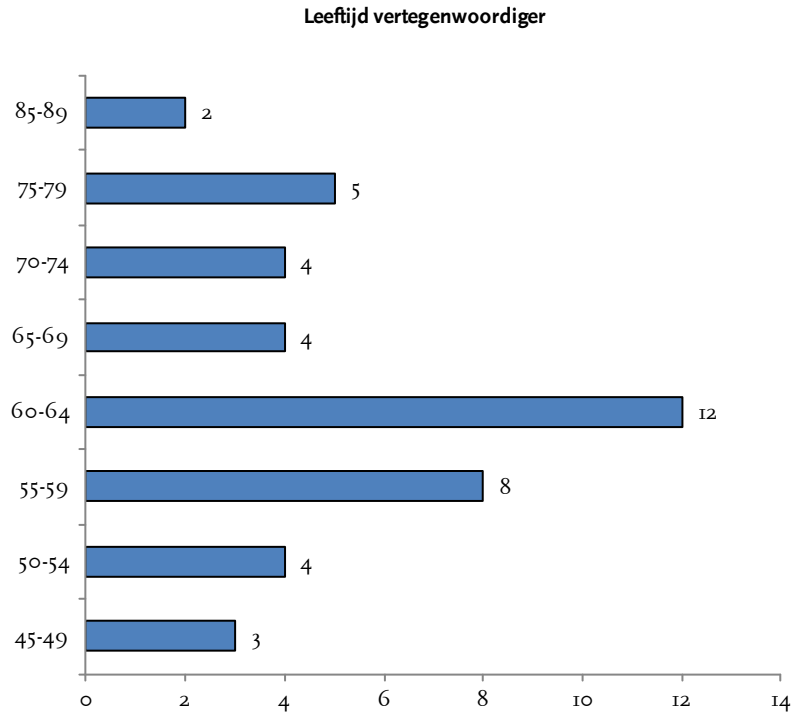
Het opleidingsniveau van de vertegenwoordigers van de cliënten is af te lezen uit de figuur hieronder.



Het gaat om de hoogste opleiding die een respondent heeft gevolgd.

4.7 Leeftijd vertegenwoordiger

In onderstaande figuur kunt u zien hoe de leeftijdsverdeling van de vertegenwoordigers uit het onderzoek is.



De gemiddelde leeftijd van de vertegenwoordigers is 63 jaar.

5. Ervaring van de zorg in uw organisatie

In dit hoofdstuk bespreken we de ervaringen van de vertegenwoordigers op de thema's uit het Kwaliteitsdocument 2013, Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. We geven enerzijds een beeld van de ervaringen op het thema in zijn totaliteit (=themascore). Anderzijds bespreken we ieder kwaliteitsaspect afzonderlijk. In navolging van de ontwikkelaars van het Kwaliteitsdocument 2013 (Inspectie voor de GezondheidsZorg, Zorgverzekeraars Nederland en LOC Zeggenschap in Zorg) hangen we de nieuwe thema's alsnog onder de thema's uit het Kwaliteitskader van 2010. Dit vergroot de herkenbaarheid en sluit beter aan bij reeds ingerichte systemen.

In de bovenste staaf van iedere grafiek vindt u de themascore. In de staven eronder zijn de diverse deelaspecten weergegeven.

De linker - paarse - gebieden geven aan hoeveel procent van de vertegenwoordigers dit aspect negatief ervaart. De rechter - groene - gebieden geven aan hoeveel procent van de vertegenwoordigers dit aspect positief ervaart. Het komt erop neer dat hoe groter het groene gebied en hoe kleiner het paarse, hoe beter de ervaringen van de vertegenwoordigers. De precieze betekenis van de kleuren staat uitgelegd in Hoofdstuk 2.

Per kwaliteitsaspect is aangegeven hoeveel vertegenwoordigers de betreffende vraag hebben beantwoord. Ook is steeds vermeld voor hoeveel vertegenwoordigers de vraag niet van toepassing was. Dit kan betekenen dat ze geen antwoord hebben gegeven op de vraag, omdat het betreffende kwaliteitsaspect in hun situatie niet speelt of omdat ze het niet weten.

5.1 Kwaliteit van leven

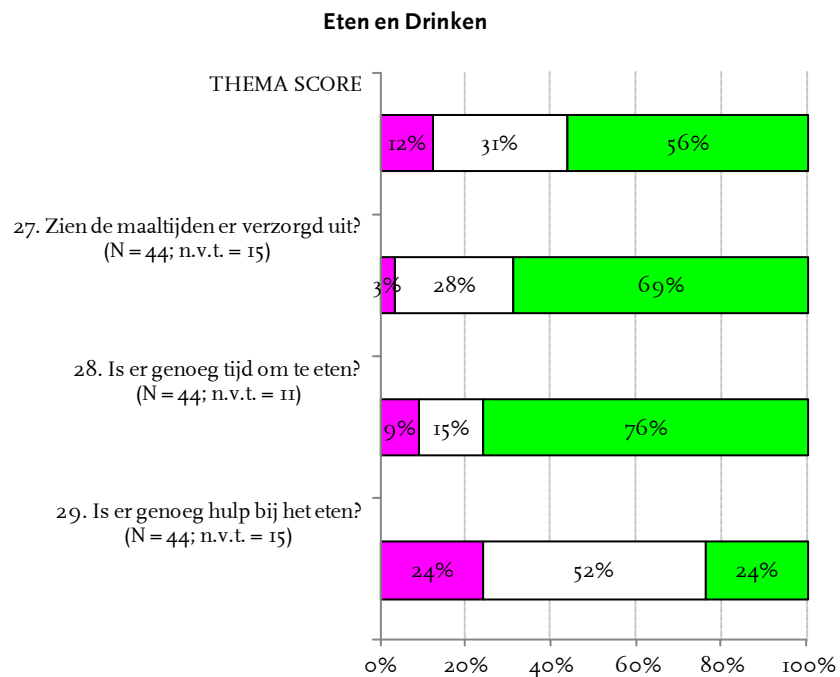
Volgens de Normen Goede Zorg mogen cliënten rekenen op ondersteuning van de kwaliteit van leven, door een individuele en passende invulling van de zorg en een adequate uitvoering daarvan. Hieronder vindt u de ervaringen van de vertegenwoordigers van cliënten van uw zorgorganisatie met de vier domeinen van de kwaliteit van leven: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden.

Domein 1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidbescherming en –bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamelijke gezondheid.

Kwaliteitsindicator 1.1. Eten en drinken

In onderstaande figuur staan de ervaringen van de vertegenwoordigers van uw cliënten weergegeven op het gebied van de maaltijdverzorging. Het gaat erom of de maaltijden er verzorgd uitzien, of er genoeg tijd is om te eten en of er voldoende hulp is bij het eten.



Wij willen u er nog nogmaals op wijzen dat u bij het lezen van de grafieken goed moet kijken naar hoeveel vertegenwoordigers de vraag hebben beantwoord (N) en hoeveel vertegenwoordigers hebben aangegeven dat de vraag niet op hun van toepassing is (n.v.t.).¹

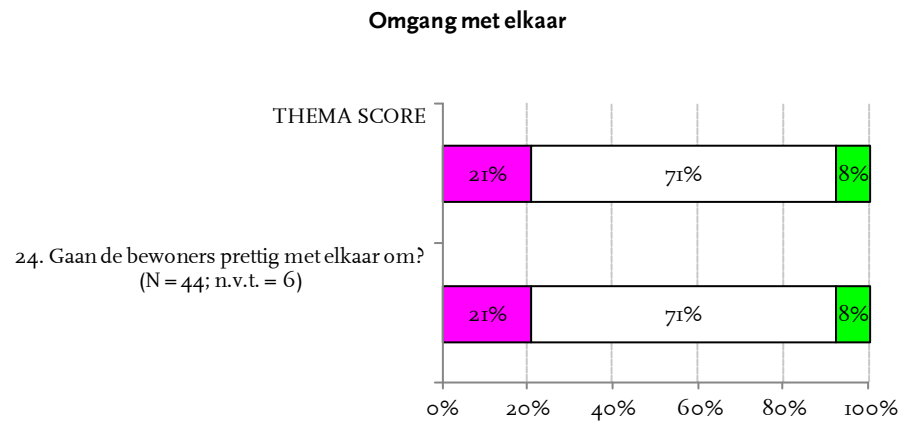
¹ Het is mogelijk dat door het afronden van de percentages, de staven niet altijd op honderd procent uitkomen.

Domein 2. Woon- en leefsituatie

Cliënten mogen rekenen op ondersteuning bij het wonen, met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy. Zij mogen rekenen op aandacht voor veiligheid van en in de woon- en leefsituatie.

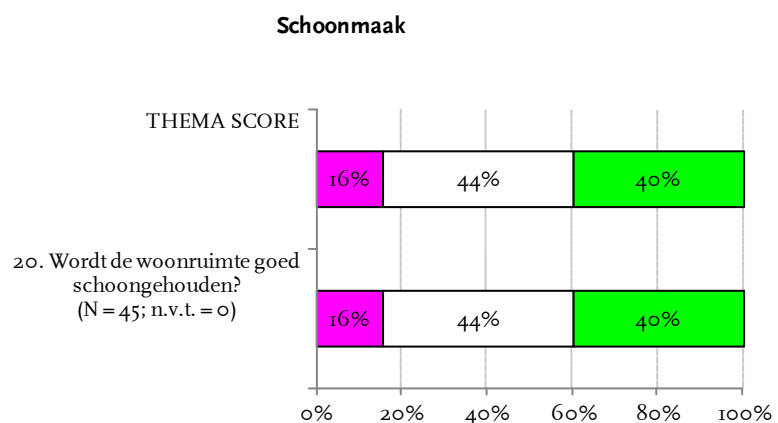
Kwaliteitsindicator 2.1. Omgang met elkaar

Aan de vertegenwoordigers is gevraagd hoe zij de omgang tussen bewoners onderling ervaren. Onderstaande figuur geeft weer wat zij van deze omgang vinden.



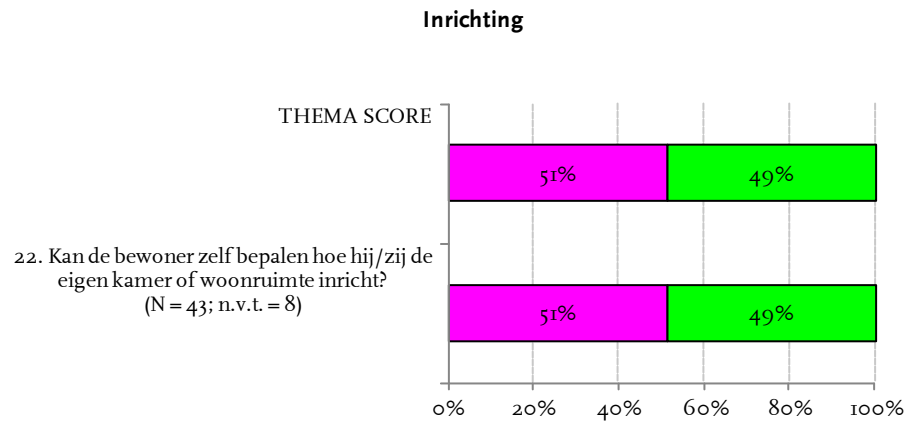
Kwaliteitsindicator 2.2. Schoonmaken

Eén van de aspecten van gastvrijheid is schoonmaken. Aan de vertegenwoordigers van uw cliënten is gevraagd hoe zij de schoonmaak van de woonruimte van hun naasten ervaren. In de figuur hieronder zijn de uitkomsten weergegeven.



Kwaliteitsindicator 2.3. Inrichting

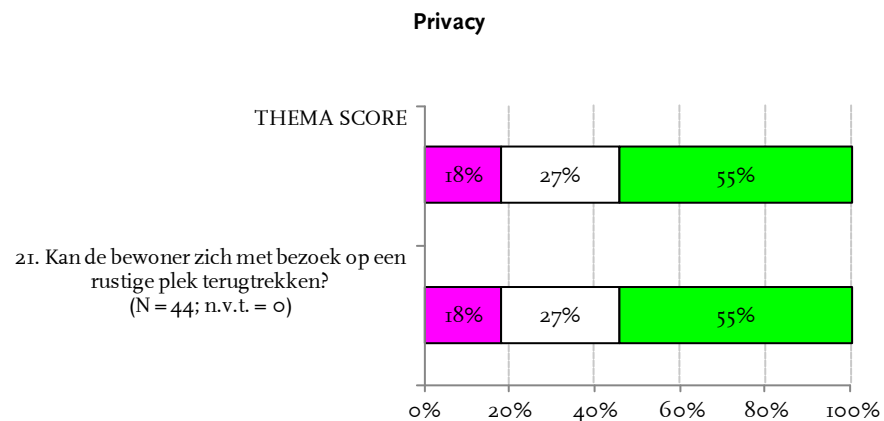
Een tweede aspect van gastvrijheid is de inrichting. In onderstaande figuur is af te lezen of uw vertegenwoordigers de ervaring hebben dat de bewoner zelf kan bepalen hoe zijn/haar woonruimte is ingericht.



Bovenstaande vraag kent twee antwoordcategorieën, namelijk 'ja' (het groene gedeelte) en 'nee' (het paarse gedeelte).

Kwaliteitsindicator 2.4. Privacy

Tot slot is privacy een aspect van gastvrijheid. De ervaringen van vertegenwoordigers of de bewoner zich met bezoek op een rustige plek kan terugtrekken, ziet u hieronder.

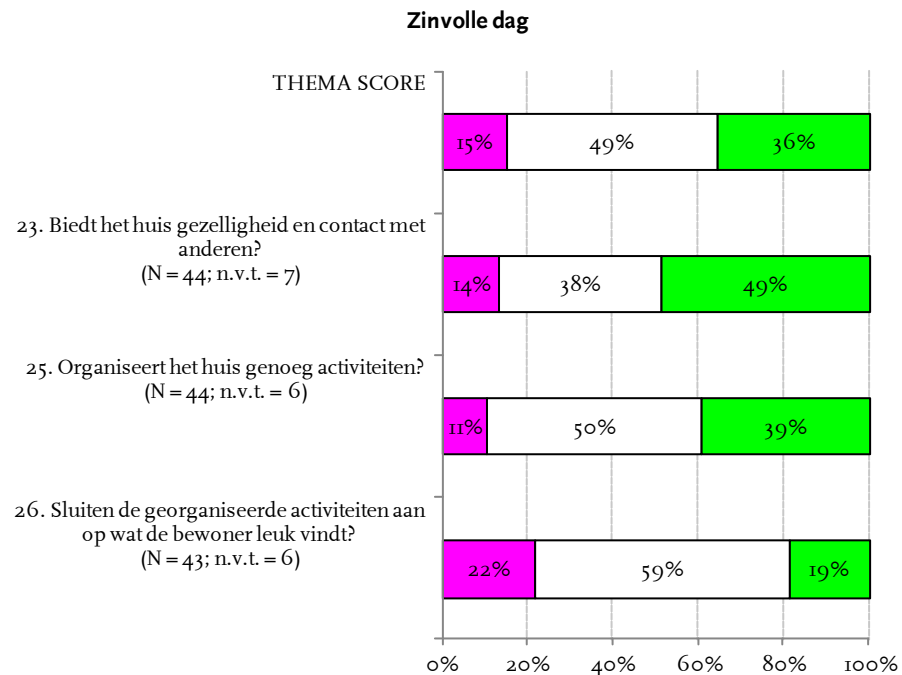


Domein 3. Participatie

De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het invulling geven aan persoonlijke interesses en hobby's, en ondersteuning bij een sociaal leven en het contact houden met de samenleving.

Kwaliteitsindicator 3.1. Zinnvolle dag

Aan de vertegenwoordigers is gevraagd of zij vinden dat het huis gezelligheid en contact met anderen biedt. Ook is aan hen gevraagd of het huis genoeg activiteiten voor de bewoner organiseert en of de activiteiten aansluiten op wat de bewoner leuk vindt. In onderstaande figuur zijn de ervaringen van de vertegenwoordigers op dit onderwerp weergegeven.

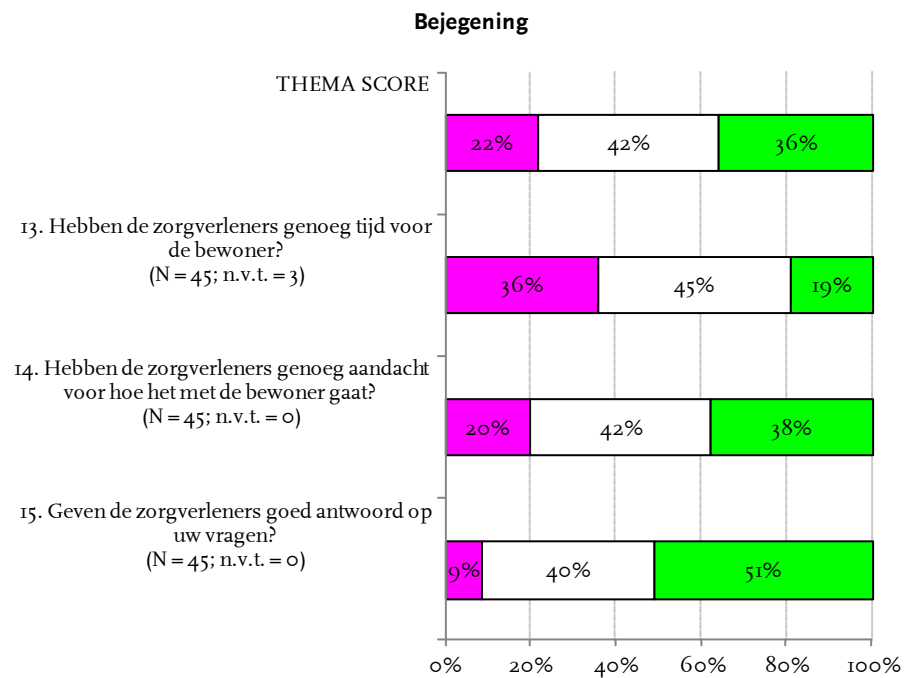


Domein 4. Mentaal welbevinden

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling, en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.

Kwaliteitsindicator 4.3. Bejegening

Bejegening is één van de facetten van respect voor mensen. In onderstaande figuur staan de ervaringen van de vertegenwoordigers van uw cliënten weergegeven op het gebied van bejegening. Het gaat er hierbij om of vertegenwoordigers vinden dat de zorgverleners voldoende tijd hebben voor de bewoner, of zij voldoende aandacht hebben voor hoe het met de bewoner gaat en of zorgverleners goed antwoord geven op vragen.



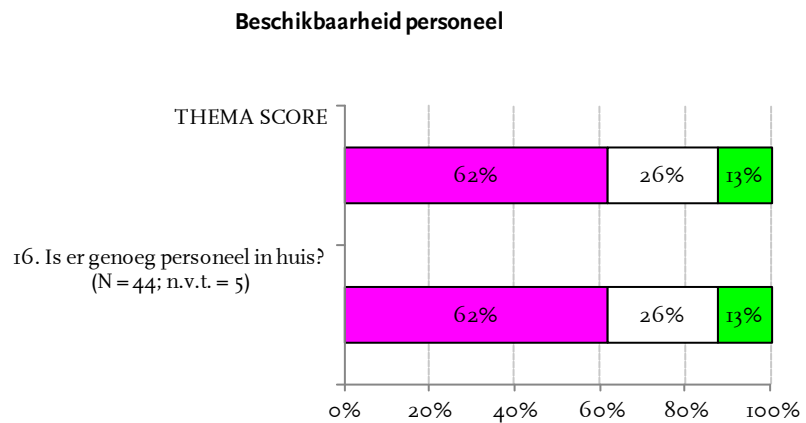
5.2 Kwaliteit van de zorgverleners

Voor goede zorg zijn zorgverleners nodig die zich richten op het behouden of bereiken van het optimale niveau van autonomie van de cliënt en borging van de kwaliteit van leven. Zij werken cliëntgericht, zijn deskundig en zijn een betrouwbare ondersteuner die de cliënt op een goede manier bejegt. Zij signaleren tekorten en niet-passende zorg en zoeken daarbij naar oplossingen. In deze paragraaf wordt weergegeven wat de ervaringen van de vertegenwoordigers van uw cliënten zijn met de kwaliteit van de zorgverleners.

5. Kwaliteit van de zorgverleners

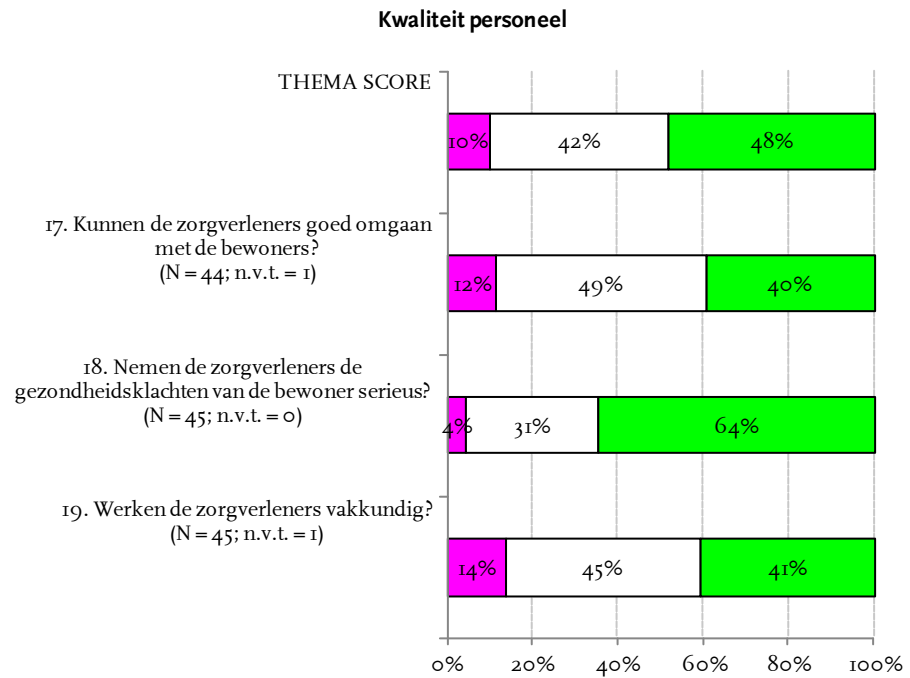
Kwaliteitsindicator 5.1. Beschikbaarheid personeel

In onderstaande figuur is te zien hoe de ervaring van de vertegenwoordigers is met de kwantiteit van het personeel.



Kwaliteitsindicator 5.4. Kwaliteit personeel

Aan de vertegenwoordigers is gevraagd hoe zij de kwaliteit van het personeel ervaren. Het gaat hierbij om de vakkundigheid van de zorgverleners, of zij de gezondheidsklachten van hun cliënten serieus nemen en of zij goed kunnen omgaan met de bewoners. Onderstaande figuur geeft hiervan de resultaten weer.



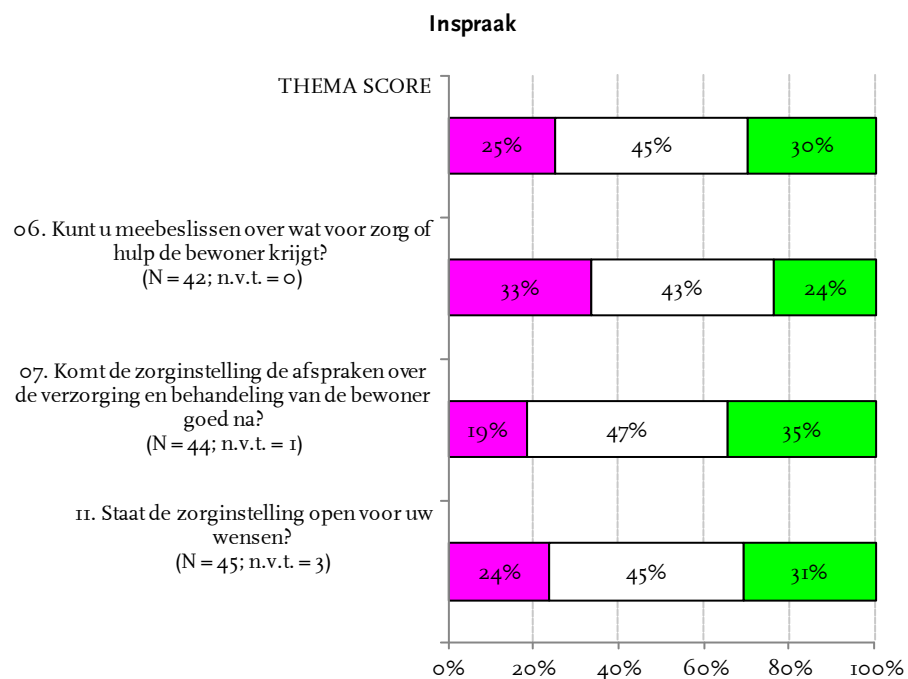
5.3 Kwaliteit van de zorgorganisatie

Naast de kwaliteit van de zorgverleners, is de kwaliteit van de zorgorganisatie een thema dat wordt onderscheiden voor goede zorg. Het is onder andere van belang dat de cliënten in het bezit zijn van de leveringsvoorwaarden, een zorgovereenkomst en een zorgleefplan. Daarnaast mag de cliënt erop rekenen dat de zorgorganisatie voldoende informatie verstrekt over relevante zaken. De ervaringen van de vertegenwoordigers binnen dit thema bespreken we in deze paragraaf.

6. Kwaliteit van de zorgorganisatie

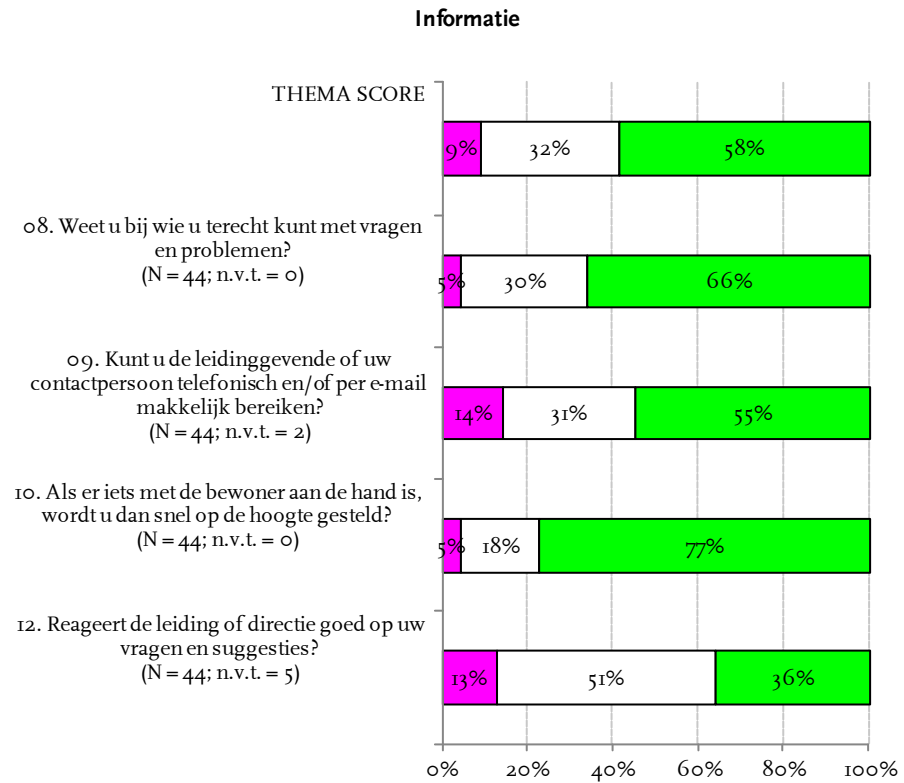
Kwaliteitsindicator 6.1. Inspraak

Aan de vertegenwoordigers is gevraagd of zij kunnen meebeslissen over de inhoud van de zorg voor hun naaste. Ook is aan hen gevraagd of het huis de afspraken over de zorg goed na komt. Tot slot is gevraagd of de organisatie open staat voor hun wensen. In onderstaande figuur zijn de ervaringen van de vertegenwoordigers van uw cliënten over de inspraak weergegeven.



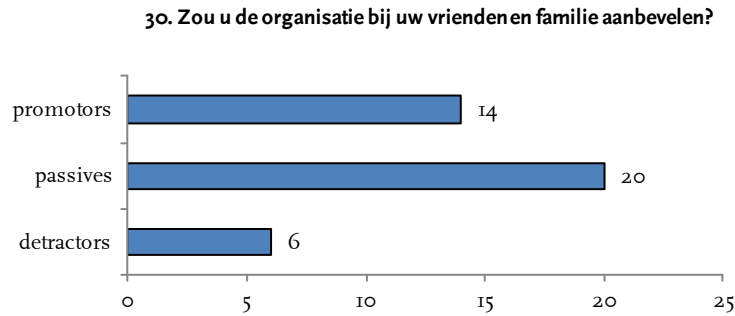
Kwaliteitsindicator 6.2. Informatie

In onderstaande figuur ziet u of de vertegenwoordigers de ervaring hebben dat zij voldoende informatie hebben gekregen over diverse onderwerpen. Ook ziet u of vertegenwoordigers de ervaring hebben dat zij snel op de hoogte worden gesteld als er iets met de bewoner aan de hand is en of zij vinden dat de leiding of directie goed reageert op vragen of suggesties.



Kwaliteitsindicator 6.3. Aanbevelen

Aan de vertegenwoordigers van cliënten van Oranje Nassau's Oord is verder gevraagd of zij Oranje Nassau's Oord zouden aanbevelen bij vrienden of familie. Op een schaal van 0 ('zeer waarschijnlijk niet') tot 10 ('zeer waarschijnlijk wel') konden zij antwoord geven op deze vraag. In de figuur hieronder zijn de antwoorden weergegeven.



Met de scores op bovengenoemde vraag kan de zogenaamde Net Promotor Score (NPS) berekend worden. De NPS is in 2003 ontwikkeld als een eenvoudig instrument voor het meten van klantloyaliteit. Cliënten die een antwoord tussen 0 en 6 geven, worden 'detractors' genoemd. Cliënten die 7 of 8 antwoorden, worden 'passives' genoemd. Tot slot vallen cliënten die 9 of 10 antwoorden in de categorie 'promotors'.

Om de NPS te berekenen, wordt het percentage 'detractors' van het percentage 'promotors' afgetrokken. Bij Oranje Nassau's Oord is de NPS: $35\% - 15\% = 20$.

6. Sterke en zwakke punten in vergelijking met referentiegroep

In deze paragraaf vergelijken wij de ervaringen van uw cliënten met die van de referentiegroep. Hierbij gaat het om de meest recent gepubliceerde gegevens uit 2012.

In onderstaande tabel staan van de referentiegroep per indicator de gemiddelde ondergrens, bovengrens en gemiddelde aangegeven. De indicatoren die met hetzelfde cijfer beginnen, behoren tot één thema uit het kwaliteitskader.

De gemiddelde scores zijn berekend op basis van de antwoorden van alle vragen die bij een kwaliteitsindicator horen: nooit = 1, soms = 2, meestal = 3, altijd = 4. Een gemiddelde score kan in principe lopen van 1 tot 4. Hoe hoger de score, des te positiever de ervaringen van de cliënten. De onder- en bovengrens zijn statistisch bepaald. Zij geven de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval weer van de gemiddelde score. Niet alle cliënten van een zorgorganisatie hebben namelijk meegedaan aan het onderzoek. Daarom hebben we te maken met een geschat gemiddelde. Het 'echte' gemiddelde zal tussen de boven- en ondergrens in liggen.

	Ondergrens	Gemiddelde	Bovengrens
<i>Kwaliteit van leven</i>			
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid			
1.1 Ervaringen met maaltijden	3,34	3,47	3,60
2. Woon- en leefsituatie			
2.1 Omgang met elkaar	2,74	2,87	2,99
2.2 Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	2,93	3,12	3,31
2.3 Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	3,32	3,80	3,92
2.4 Gastvrijheid: Ervaren privacy	3,40	3,59	3,79
3. Participatie			
3.1 Zinnvolle dag	2,97	3,12	3,28
4. Mentaal welbevinden			
4.3 Respect voor mensen: Ervaren bejegening	2,95	3,09	3,22
<i>Kwaliteit van de zorgverleners</i>			
5. Kwaliteit van de zorgverleners			
5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	2,40	2,60	2,80
5.4 Ervaren kwaliteit personeel	3,29	3,40	3,51
<i>Kwaliteit van de zorgorganisatie</i>			
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie			
6.1 Ervaren inspraak	3,08	3,21	3,34
6.2 Ervaren informatie	3,31	3,44	3,56

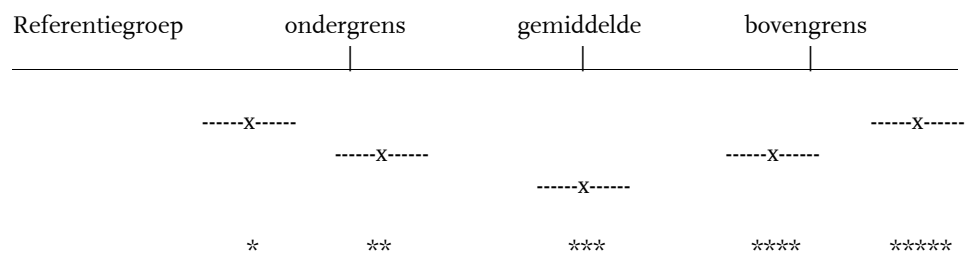
Ook van uw organisatie hebben we per indicator de gemiddelde ondergrens, bovengrens en gemiddelde bepaald. Deze zijn weergegeven in onderstaande tabel.

	Ondergrens	Gemiddelde	Bovengrens	Sterren	
<i>Kwaliteit van leven</i>					
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid					
1.1	Ervaringen met maaltijden	3,16	3,40	3,63	***
2. Woon- en leefsituatie					
2.1	Omgang met elkaar	2,69	2,87	3,04	***
2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	2,99	3,22	3,45	***
2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	2,13	2,56	2,98	*
2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy	2,98	3,27	3,57	**
3. Participatie					
3.1	Zinvolle dag	3,02	3,21	3,41	***
4. Mentaal welbevinden					
4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening	2,95	3,14	3,33	***
<i>Kwaliteit van de zorgverleners</i>					
5. Kwaliteit van de zorgverleners					
5.1	Ervaren beschikbaarheid personeel	2,07	2,36	2,65	***
5.4	Ervaren kwaliteit personeel	3,20	3,38	3,56	***
<i>Kwaliteit van de zorgorganisatie</i>					
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie					
6.1	Ervaren inspraak	2,84	3,04	3,24	***
6.2	Ervaren informatie	3,35	3,50	3,66	***

Door een vergelijking te maken van de scores van uw organisatie met die van de referentiegroep hebben we 'sterren' toegewezen aan uw organisatie.

De betekenis van de sterren is als volgt:	
*	Het betrouwbaarheidsinterval van uw organisatie valt geheel onder de gemiddelde ondergrens van alle instellingen uit de vergelijkingsgroep
**	Het betrouwbaarheidsinterval van uw organisatie valt geheel onder het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens van alle instellingen
***	Het betrouwbaarheidsinterval van uw organisatie overlapt het gemiddelde over alle instellingen uit de vergelijkingsgroep
****	Het betrouwbaarheidsinterval van uw organisatie valt geheel boven het gemiddelde van alle instellingen, maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle instellingen
*****	Het betrouwbaarheidsinterval van uw organisatie valt geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle instellingen uit de vergelijkingsgroep

Ter illustratie:



-----x----- = gemiddelde score van de zorgorganisatie inclusief betrouwbaarheidsinterval

De sterren in de tabel geven slechts een indicatie van de vergelijking met andere organisaties. De 'echte' vergelijking met andere organisaties wordt gepubliceerd op Zorg voor Kwaliteit, nadat uw gegevens zijn toegevoegd aan het landelijke databestand.

7. Mogelijkheden voor verbetering

In dit hoofdstuk gaan we in op de aspecten waarop verbeteringen mogelijk zijn. Enerzijds doen wij dat op basis van de resultaten van de statistiek. Anderzijds doen wij dat naar aanleiding van opmerkingen van de vertegenwoordigers uit het onderzoek.

7.1 Verbeterpunten

Onderstaande tabel geeft aan op welke punten uw organisatie de belangrijkste verbeteringen kan realiseren.

De tabel begint met het percentage van de vertegenwoordigers van uw cliënten dat een negatief antwoord geeft op de betreffende vraag. Daarnaast staat een kolom met 'belang'. Naar deze zogenaamde belangsscores is gevraagd bij de oorspronkelijke ontwikkeling van de vragenlijsten (zie Paragraaf 2.2). Aan een deel van de cliënten en hun vertegenwoordigers is gevraagd hoe *belangrijk* zij de verschillende kwaliteitsaspecten vinden. Daarvoor konden zij een score geven variërend van 1 (=niet belangrijk) tot 4 (=allergrootste belang). In onderstaande tabel staan de gemiddelde scores van de cliënten uit de oorspronkelijke ontwikkeling van de vragenlijst. Het grootste belang hechten de respondenten aan het feit of er genoeg personeel in huis is (3,67). Ze vinden ook belangrijk dat de zorgverleners goed kunnen omgaan met de bewoners (3,64). Het minste belang hechten de vertegenwoordigers van de cliënten aan het feit dat bewoners zelf kunnen beslissen hoe hun kamer is ingericht. Met een belangsscore van 2,85 scoort dit aspect als één van de laagste.

Wij gaan van de veronderstelling uit dat de belangrijkheid van een onderwerp niet alleen geldt voor de deelnemers aan de oorspronkelijke ontwikkeling van de vragenlijst (in 2006), maar ook opgaan voor de cliënten van uw organisatie. Deze veronderstelling hebben we kunnen bevestigen door middel van een eigen onderzoek. In 2010 hebben we - weliswaar op kleine schaal - zelf een onderzoek gedaan naar de belangrijkheid van de kwaliteitsaspecten. We hebben nauwelijks verschillen gevonden met het eerdere onderzoek naar de belangrijkheid.

De vermenigvuldiging van de 'fractie negatieve ervaringen' met de 'belangsscore' geeft de zogenaamde verbeterscore. Een hoge verbeterscore wil zeggen dat op dit kwaliteitsaspect veel verbetering mogelijk is. De kwaliteitsaspecten met de hoogste verbeterscores staan bovenaan in de tabel. Op deze aspecten zijn dus de meeste verbeteringen mogelijk. Op de aspecten onderin de tabel, met een verbeterscore van '0', is geen verbetering mogelijk. Geen van de vertegenwoordigers was negatief over het betreffende aspect. Alle kwaliteitsaspecten die zijn besproken in hoofdstuk 5 komen in onderstaande tabel terug.

Thema	Vraag	Fractie negatieve ervaringen	Belang	Verbeter-score
Beschikbaarheid personeel	16. Is er genoeg personeel in huis?	61,5%	3,67	2,26
Inrichting	22. Kan de bewoner zelf bepalen hoe hij/zij de eigen kamer of woonruimte inricht?	51,4%	2,85	1,47
Bejegening	13. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?	35,7%	3,60	1,29
Inspraak	06. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?	33,3%	2,93	0,98
Eten en Drinken	29. Is er genoeg hulp bij het eten?	24,1%	3,36	0,81

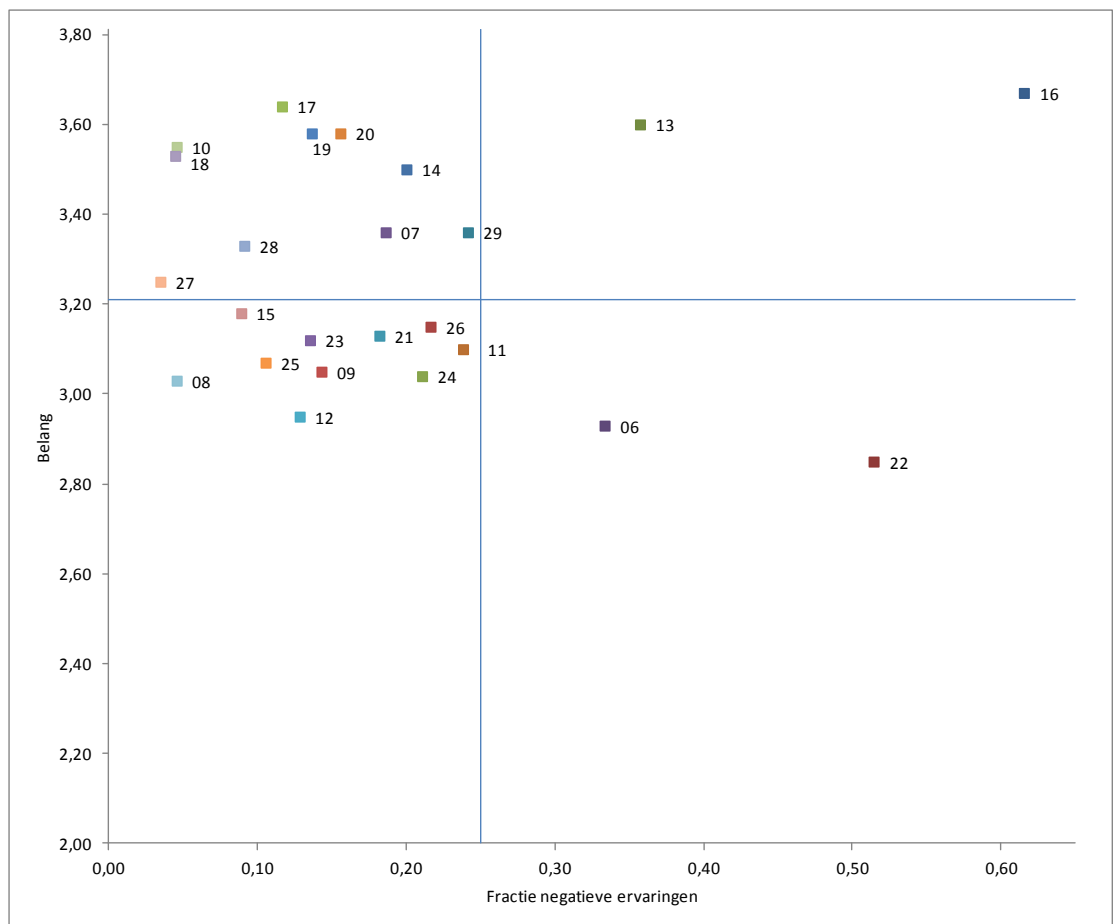
Thema	Vraag	Fractie negatieve ervaringen	Belang	Verbeter-score
Inspraak	11. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?	23,8%	3,10	0,74
Bejegening	14. Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?	20,0%	3,50	0,70
Zinvolle dag	26. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt?	21,6%	3,15	0,68
Omgang met elkaar	24. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?	21,1%	3,04	0,64
Inspraak	07. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?	18,6%	3,36	0,63
Privacy	21. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?	18,2%	3,13	0,57
Schoonmaak	20. Wordt de woonruimte goed schoongehouden?	15,6%	3,58	0,56
Kwaliteit personeel	19. Werken de zorgverleners vakkundig?	13,6%	3,58	0,49
Informatie	09. Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk bereiken?	14,3%	3,05	0,44
Kwaliteit personeel	17. Kunnen de zorgverleners goed omgaan met de bewoners?	11,6%	3,64	0,42
Zinvolle dag	23. Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen?	13,5%	3,12	0,42
Informatie	12. Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?	12,8%	2,95	0,38
Zinvolle dag	25. Organiseert het huis genoeg activiteiten?	10,5%	3,07	0,32
Eten en Drinken	28. Is er genoeg tijd om te eten?	9,1%	3,33	0,30
Bejegening	15. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?	8,9%	3,18	0,28
Informatie	10. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?	4,5%	3,55	0,16
Kwaliteit personeel	18. Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus?	4,4%	3,53	0,16
Informatie	08. Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?	4,5%	3,03	0,14
Eten en Drinken	27. Zien de maaltijden er verzorgd uit?	3,4%	3,25	0,11

7.2 Prioriteitendiagram

We hebben de verbeter tabel uit paragraaf 6.1 voor u omgezet in een diagram, het prioriteitendiagram. Op de verticale as ziet u de belang scores staan. Deze scores hebben we uit de pilot van 2006 gehaald (zie Paragraaf 2.2). De horizontale lijn geeft de mediaan van de belang scores weer. Dit betekent dat de precies de helft van de items boven deze lijn ligt en de andere helft eronder. Op de horizontale as staat het percentage cliënten dat een

negatief antwoord heeft gegeven. De verticale lijn is getrokken bij 25%. Kwaliteitsaspecten waarover 25% of meer van de cliënten zich negatief uit, merken wij aan als verbeterpunt.

Met de horizontale en verticale lijn creëren we vier vakken. De belangrijkste daarvan zijn de rechter- en linkerbovenhoek. Rechtsboven vindt u de punten met de hoogste belangscores en waarop de meeste cliënten een negatief antwoord hebben gegeven. Dit betekent dat deze punten de meeste verbeterprioriteit hebben. De punten in de rechterbovenhoek kunnen meegenomen worden in de kwaliteitsjaarplannen. De punten linksboven daarentegen geven de sterke punten weer. Aan deze aspecten hechten cliënten veel belang en maar weinig cliënten uiten zich negatief over deze punten.



Legenda

06. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?
07. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?
08. Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?
09. Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk bereiken?
10. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?
11. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?
12. Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?
13. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?
14. Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?
15. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?

16. Is er genoeg personeel in huis?
17. Kunnen de zorgverleners goed omgaan met de bewoners?
18. Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus?
19. Werken de zorgverleners vakkundig?
20. Wordt de woonruimte goed schoongehouden?
21. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?
22. Kan de bewoner zelf bepalen hoe hij/zij de eigen kamer of woonruimte inricht?
23. Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen?
24. Gaan de bewoners prettig met elkaar om
25. Organiseert het huis genoeg activiteiten?
26. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt?
27. Zien de maaltijden er verzorgd uit?
28. Is er genoeg tijd om te eten?
29. Is er genoeg hulp bij het eten?

Bijlage

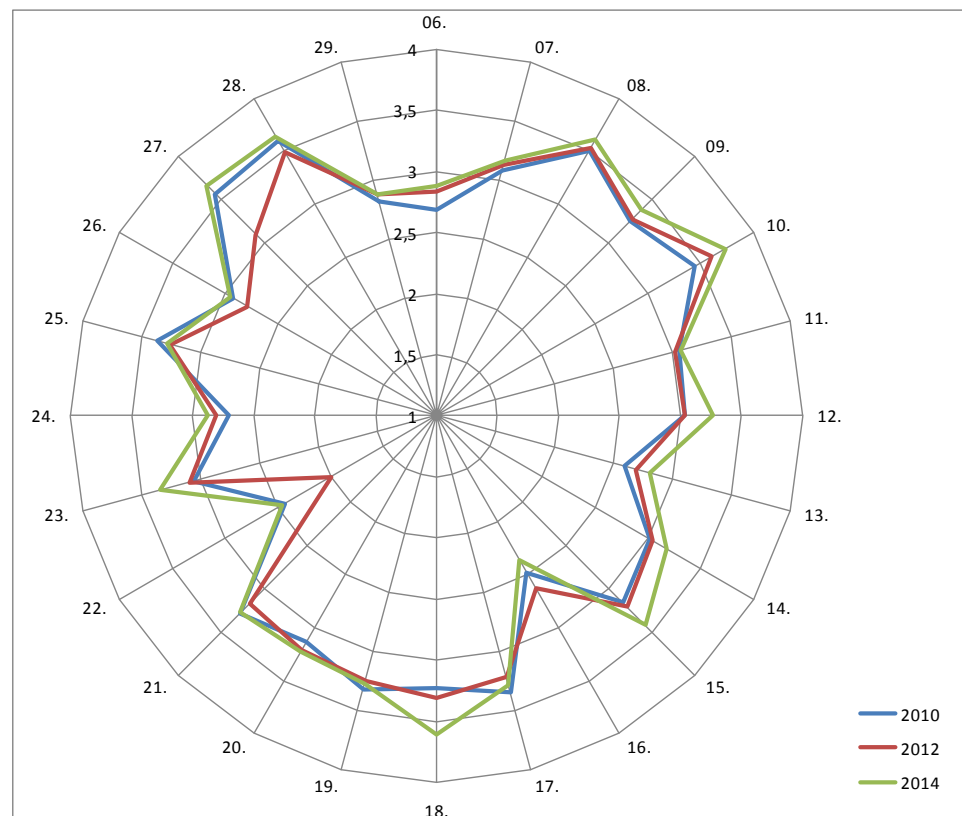
Vergelijking met de vorige meting

In deze bijlage hebben we een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van deze meting en de resultaten van de vorige meting. In onderstaande tabel staan de gemiddelde scores van de items per meetmoment aangegeven. Naarmate de score hoger wordt, worden de ervaringen positiever. De P-waarde geeft aan of het verschil significant is. Als de P-waarde $\leq 0,05$ is, is er sprake van een echt verschil op het betreffende item. Deze 'echte' verschillen zijn aangegeven met een *. Er wordt bij de berekening van de verschillen niet alleen rekening gehouden met de gemiddelde score, ook de standaarddeviatie (=de afwijking rond het gemiddelde) en het aantal cliënten zijn in de berekening betrokken. Dit verklaart waarom op het oog grote verschillen tussen de gemiddelden toch niet significant hoeven te zijn.

N =		Gegevens		p	Sign.
		vorige meting	huidige meting		
		53	45		
vo6	Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?	2,83	2,88	0,76	
vo7	Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?	3,12	3,16	0,78	
vo8	Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?	3,53	3,61	0,46	
vo9	Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk bereiken?	3,27	3,38	0,46	
vio	Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?	3,60	3,73	0,29	
vii	Staat de zorginstelling open voor uw wensen?	3,02	3,07	0,73	
vi2	Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?	3,04	3,23	0,21	
vi3	Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?	2,69	2,81	0,49	
vi4	Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?	3,04	3,18	0,37	
vi5	Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?	3,21	3,42	0,14	
vi6	Is er genoeg personeel in huis?	2,63	2,36	0,19	
vi7	Kunnen de zorgverleners goed omgaan met de bewoners?	3,21	3,28	0,64	
vi8	Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus?	3,31	3,60	0,05	*
vi9	Werken de zorgverleners vakkundig?	3,24	3,27	0,81	
v20	Wordt de woonruimte goed schoongehouden?	3,21	3,22	0,92	
v21	Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?	3,17	3,27	0,60	
v22	Kan de bewoner zelf bepalen hoe hij/zij de eigen kamer of woonruimte inricht?	2,00	2,46	0,17	
v23	Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen?	3,10	3,35	0,12	
v24	Gaan de bewoners prettig met elkaar om?	2,80	2,87	0,58	
v25	Organiseert het huis genoeg activiteiten?	3,26	3,29	0,83	
v26	Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt?	2,79	2,95	0,35	
v27	Zien de maaltijden er verzorgd uit?	3,09	3,66	0,00	*
v28	Is er genoeg tijd om te eten?	3,49	3,64	0,40	
v29	Is er genoeg hulp bij het eten?	2,87	2,97	0,65	

Vergelijking met vorige metingen: trendlijnen

Bij Zinzia hebben we in 2010 en 2012 en nu ook in 2014 de cliëntenraadpleging uitgevoerd. De gegevens van deze metingen hebben we in een figuur gezet. Zo kunt u in één oogopslag zien hoe de scores tussen de verschillende metingen zijn veranderd. De verschillende gekleurde lijnen in de figuur zijn de meetmomenten. De huidige meting is groen, de meting van 2012 is rood en die van 2010 is blauw. Aan de buitenkant van de figuur ziet u de vraagnummers staan. Onder de figuur vindt u de legenda. Op de verticale as ziet u de gemiddelde scores. Deze lopen van 1 tot en met 4. Hoe hoger de score, hoe beter de resultaten.



- 06. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?
- 07. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?
- 08. Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?
- 09. Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk bereiken?
- 10. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?
- 11. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?
- 12. Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?
- 13. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?
- 14. Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?
- 15. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?
- 16. Is er genoeg personeel in huis?
- 17. Kunnen de zorgverleners goed omgaan met de bewoners?
- 18. Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus?
- 19. Werken de zorgverleners vakkundig?
- 20. Wordt de woonruimte goed schoongehouden?
- 21. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?

22. Kan de bewoner zelf bepalen hoe hij/zij de eigen kamer of woonruimte inricht?
23. Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen?
24. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?
25. Organiseert het huis genoeg activiteiten?
26. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt?
27. Zien de maaltijden er verzorgd uit?
28. Is er genoeg tijd om te eten?
29. Is er genoeg hulp bij het eten?