

Bob van Wijngaarden
Ineke Kok
Daniëlle Meije
Leonie Fotiadis

Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz

De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van
een vragenlijst voor het meten van
cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie

Colofon

Opdrachtgever:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (instrumentontwikkeling)
- St. Miletus (dataverzameling)

Projectleiding:

Dr. B. van Wijngaarden, Trimbos-instituut

Drs. I. Kok, Trimbos-instituut

Projectuitvoering

Drs. D. Meije, Trimbos-instituut

Drs. L. Fotiadis, Trimbos-instituut

Begeleidingscommissie

Mw. Dr. D. Delnoij (Nivel, tot 14 april 2007, vanaf 14 april 2007, CKZ)

Mw. G. Langeveld (ZonMw)

Mw. drs. E. Mulder (GGZ Nederland)

Mw. L. Reitsma (LPR)

Dhr. C. Smissaert (Ministerie van VWS, directie Care)

Mw. drs. C. van Weert (Stichting Miletus)

Mw. E. Wennink (Ministerie van VWS, directie Cure)

Deze publicatie kwam mede tot stand in samenwerking met Nivel, Mailstreet BV en Significant

Deze publicatie is te downloaden via <http://www.trimbos.nl/default20297.html>

© 2007, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

1	Inleiding	1
2	Methode	3
2.1	Theoretische basis	3
2.2	Focusgroepen en vragenlijstontwikkeling	5
2.3	Belangen vragenlijst	6
2.4	Steekproef en dataverzameling	6
2.5	Data-analyse	7
3	Resultaten	9
3.1	Respons	9
3.2	De kwaliteit van de data	9
3.3	Representativiteit	14
3.4	Scheef verdeelde en hoog correlerende items	16
3.5	Factoranalyses	16
3.6	De schaalbaarheid van de overige vragen	20
3.7	De constructie van de definitieve schalen	22
3.8	De interne consistentie van de gevonden schalen	23
4	Aanpassingen aan de CQ-Index	25
4.1	Verwijderen van vragen	25
4.2	Aanpassen van de structuur van de vragenlijst	26
5	Conclusies en aanbevelingen	27
	Bijlage 1: Input focusgroepen	31
	Bijlage 2: Focusgroep verslag deel 1	37
	Bijlage 3: Focusgroep verslag deel 2	45
	Bijlage 4: CQ-Index, sept 2006	57
	Bijlage 5: CQ-Index, juli 2007	71

1 Inleiding

In de afgelopen jaren wordt steeds meer aandacht besteed aan het meten van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Dat betreft niet alleen de klinische uitkomsten, maar ook aspecten als veiligheid, de mate van cliëntgerichtheid van de zorg, kwaliteit van leven, zorgwensenvervulling, een respectvolle benadering, serieus genomen worden, en goed geïnformeerd worden. Mede op basis van een studie van het Trimbos-instituut¹, werd hiervoor in 2005 (met een aanvulling in 2006) de Basisset Prestatie Indicatoren voor de ggz en verslavingszorg ontwikkeld². In deze Basisset is naast de effectiviteit van de zorg en veiligheid een belangrijke plaats ingeruimd voor het meten van de ervaringen van cliënten met de ontvangen zorg. In de ggz wordt al enige jaren gebruik gemaakt van de GGZ Thermometer, een instrument voor het meten van cliëntwaardering³. De Basisset vraagt echter meer gedetailleerde informatie dan de Thermometer kan leveren, bijvoorbeeld wat betreft de toegankelijkheid van de zorg.

In 2004 bracht het NIVEL in de 'Verdiepingsstudie indicatoren voor consumenttevredenheid en patiënttevredenheid'⁴ in kaart, welke meetinstrumenten voor de gezondheids- en welzijnszorg geschikt zouden zijn om zorgbreed de prestaties op het terrein van cliëntgerichtheid te meten. Deze analyse vormde één van de achtergrondstudies voor de ontwikkeling van een nationaal raamwerk van prestatie-indicatoren voor de zorg⁵. In de bovengenoemde Verdiepingsstudie werd geconstateerd dat zowel de Amerikaanse CAHPS methode (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) als de in Nederland ontwikkelde QUOTE-vragenlijsten (Quality Of care Through the patient's Eyes) goede aanknopingspunten zouden bieden voor het meten van cliëntgerichtheid en cliëntervaringen. In deze vragenlijsten wordt naar de ervaringen van cliënten met een aantal aspecten van de zorg gevraagd, terwijl in de QUOTE vragenlijsten tevens wordt gevraagd naar het belang van deze aspecten voor de cliënt. Deze belangsscores worden gebruikt ter weging van de ervaringsscores. Omdat in deze instrumenten naar de ervaringen van cliënten met de zorg wordt gevraagd, en niet zozeer naar hun tevredenheid met de ontvangen zorg, wordt verondersteld dat de verzamelde gegevens betrouwbaarder en meer valide zijn dan die uit een tevredenheidsmeting. Een aantal Nederlandse zorgverzekeraars omarmden de CAHPS/QUOTE methodiek en lieten, aanvankelijk individueel en sinds 2004 verenigd in de Stichting Miletus, voor een aantal ziekten en aandoeningen CAHPS/QUOTE vragenlijsten ontwikkelen. Deze vragenlijstontwikkeling werd uitgevoerd door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

Onlangs besloot het ministerie van VWS deze gecombineerde CAHPS/QUOTE methodiek onder de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) in alle zorgsectoren in Nederland in te voeren. Het is de bedoeling dat de met deze vragenlijsten verkregen uitkomsten onder meer worden gebruikt voor het vullen van de kiesBeter website met keuze-informatie voor cliënten. De in- en uitvoering van de CQ-Index vindt plaats onder verantwoordelijk-

¹ Wennink HJ & Wijngaarden, B van (red.) (2006). Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Utrecht: Trimbos-instituut.

² Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (2006). Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleging en Verzorging Nederland en daarbinnen de Federatie Verpleegkundigen in de ggz, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

³ GGZ Thermometer voor Volwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

⁴ Brouwer W, DMJ Delnoij. Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid. Utrecht: NIVEL, 2004

⁵ Delnoij DMJ, AHA ten Asbroek, OA Arah, T Custers, NS Klazinga. Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002

heid van het in april 2007 geïnstalleerde Centrum Klantervaring Zorg. Dit is een onafhankelijk instituut dat ervoor zorgt draagt dat de CQ-Indices volgens een vaste methodiek worden ontwikkeld. Er is bijvoorbeeld een set 'verplichte' vragen die in alle CQ-Indices moeten worden opgenomen. Ook de dataverzameling, -verwerking en rapportage vinden plaats volgens een vooraf vastgesteld protocol. Hiermee wordt een grote mate van standaardisering en uniformering bereikt, en is het mogelijk de ervaringen van cliënten over de sectoren van de gezondheidszorg te vergelijken.

Het NIVEL heeft in 2006, in opdracht van de Stichting Miletus⁶, een eerste aanzet gegeven voor de ontwikkeling van een CQ-Index voor de ggz. Hiervoor werd een vertaling gemaakt van de The Experience of Care and Health Outcomes Survey (ECHO)⁷, een in 2004 in de Verenigde Staten ontwikkelde vragenlijst voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg volgens de CAHPS methodiek. Vanwege de verschillen tussen de Nederlandse en Amerikaanse geestelijke gezondheidszorg was een vertaling alleen niet aan de orde. Ook werden niet alle benodigde indicatoren van de Basisset Prestatie Indicatoren gedekt. Het Trimbos-instituut kreeg dan ook in 2006 de opdracht om in samenwerking met het NIVEL een CQ-Index voor de ggz te ontwikkelen.

In eerste instantie is gekozen voor het ontwikkelen van een CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz (< 2 jaar in behandeling). Voor deze beperking zijn verschillende redenen aan te wijzen:

- 1 Het zelfstandig invullen van de vragenlijst is voor een deel van de ggz cliënten niet mogelijk. De methodiek van de CQ-Indices heeft tot gevolg dat deze vragenlijsten omvangrijk zijn en hierdoor te moeilijk en/of inspannend voor cliënten met een ernstig of chronisch ziektebeeld. De verwachting was dat ambulante cliënten uit de kortdurende hiertoe eerder in staat zijn.
- 2 De verwachting bestond dat ambulante cliënten eerder bereid zijn aan een vragenlijst-onderzoek deel te nemen
- 3 Ambulante cliënten maken ongeveer 70% van het totale cliëntenbestand uit
- 4 De ECHO, waarop de CQ-Index is gebaseerd, is ook voor ambulante cliënten ontwikkeld

In dit rapport wordt de ontwikkeling van een CQ-Index voor de kortdurende ggz en de ervaringen in het eerste pilotonderzoek beschreven. Het betreft hierbij vooral de respons op de vragenlijst, de volledigheid van de gegevens en de kwaliteit van verzamelde gegevens. Er wordt besproken in hoeverre het zinrijk is een CQ-Index bij ggz respondenten af te nemen, of dat dit te hoog gegrepen is. In het geval van een goede respons en een goede kwaliteit van de data, kan dit aanleiding zijn voor de ontwikkeling van CQ-Indices voor andere cliëntgroepen in de ggz.

⁶ De Stichting Miletus is een samenwerkingsverband tussen de zorgverzekeraars Agis, VGZ, Menzis en Delta Lloyd.

⁷ Daniels AS, Shaul JA, Greenburg P, Cleary, PD (2004). The Experience of Care and Health Outcomes Survey (ECHO): A consumer survey to collect ratings of behavioral health care treatment, outcomes and plans. In: The Use of Psychological Testing For Treatment Planning and Outcomes Assessment (3rd ed.). Vol. III. Adult Assessment Instrumentation, edited by ME Maruish. Fairfax, VA: Lawrence Erlbaum Assoc.

2 Methode

2.1 Theoretische basis

Bij het ontwerp van een CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz is uiteraard aangesloten bij de Amerikaanse CAHPS lijsten, met name de ECHO, en hun Nederlandse vertalingen. Gezien de verschillen tussen de Amerikaanse en Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en verzekeringssystematiek, is een simpele vertaling van de ECHO niet afdoende. De vragen in de ECHO over bijvoorbeeld de 'health plans' zijn niet bruikbaar voor de Nederlandse situatie. Er is daarom gekozen waar mogelijk aan te sluiten bij de onderliggende domeinen van de ECHO en aanverwante lijsten, en deze aan te vullen met voor de Nederlandse situatie relevante domeinen. Verder is zo veel mogelijk de wijze van scoren uit de ECHO overgenomen.

In tabel 2.1 zijn de onderliggende domeinen van de ECHO vragenlijst weergegeven en, ter vergelijking, ook die van twee andere CAHPS-lijsten. Zoals is te zien zijn deze domeinen, die uit meerdere items bestaan, deels overlappend. Afhankelijk van de context waarin wordt gemeten hebben de lijsten ook unieke domeinen. Verder wordt er altijd een algemeen oordeel over de kwaliteit van de zorg(verlener) gevraagd, in de vorm van een cijfer tussen '0' en '10'. Naast deze domeinen bevatten deze vragenlijsten losse items. In het geval van de ECHO betreffen deze onder meer wachttijden, informatie over bijwerkingen van medicijnen, het betrekken van familie of vrienden, informatie over hoe met de ziekte om te gaan, informatie over cliëntenrechten, de mogelijkheid een behandeling te weigeren, privacy, en wat er gebeurt als het maximaal verzekerde bedrag is gebruikt. De cliëntervaringen in de ECHO zijn grotendeels gebaseerd op proceskenmerken, zoals bejegening, toegankelijkheid, communicatie, en inspraak. Dit zegt overigens niet per definitie iets over de (kwaliteit van de) uiteindelijk geleverde zorg. Het feit dat behandelaren vriendelijk zijn en altijd voor een cliënt klaar staan, wil niet zeggen dat deze cliënt de behandeling krijgt die hij nodig heeft.

Tabel 2.1 Domeinen van CAHPS vragenlijsten

	CAHPS 3.0	CAHPS for Medical Groups	ECHO
Toegang tot de zorg	+	-	-
Snelheid waarmee de zorg wordt geleverd	+	+	+
Bejegening door de hulpverlener	+	+	+
Bejegening door de stafmedewerkers (office staff)	+	-	-
Beschikbaarheid van zorg (health plan)	-	-	+
Vervulling van zorgwensen	-	+	-
Preventie	-	-	-
Ervaren verbetering	-	-	+
Informatie over behandelmogelijkheden	-	-	+
Algemeen oordeel (0-10) voor:	-	-	-
• Huisarts	+	+	-
• Specialist	+	+	-
• Zorg in het algemeen	+	+	+
• Beschikbaarheid van de zorg	+	-	+

Bij de ontwikkeling van de CQ-Index is behalve bij de ECHO ook bij de GGZ Thermometer aangesloten. De domeinen van de GGZ Thermometer, waarmee in Nederland veel ervaring is opgedaan, zijn informatie, inspraak, bejegening en resultaat van de behandeling. Bij de ontwikkeling van de Thermometer bleek dat deze domeinen in de ogen van cliënten de belangrijkste zijn bij de beoordeling van een behandeling en zorgaanbieder. Zij zijn daarom in de CQ-Index opgenomen. Deze domeinen vertonen overigens een grote overeenkomst met items uit de ECHO. In de ECHO worden zij echter wat anders geclusterd dan in de Thermometer en ook de vraagstelling is verschillend. Hoewel in beide instrumenten naar de ervaringen van cliënten worden gevraagd, gevolgd door een algemeen oordeel, is er sprake van een andere manier van kwantificeren. In de GGZ Thermometer wordt telkens gevraagd of de cliënt iets in voldoende mate heeft gekregen (met als antwoordcategorieën ja/nee). In de ECHO wordt gevraagd hoe vaak een aspect van de zorg voorkomt ("Hoe vaak kwam het de afgelopen 12 maanden voor dat ?" Antwoordcategorieën: nooit – soms – meestal – altijd).

Enkele 'schalen' uit de ECHO bestaan uit slechts twee items en ook het domein 'inspraak' is wat minder uitgewerkt. Een aanvulling met extra items was hier dus aan te bevelen. Hierbij werd geput uit de resultaten van een vooronderzoek naar cliëntgerichtheid in het primair proces⁸. In dit onderzoek werd geconcludeerd dat de belangrijkste aspecten van cliëntgerichtheid de volgende zijn: 1) gelijkwaardigheid, 2) voorlichting op maat, 3) integrale probleemverkenning, 4) behandelingsovereenkomst, 5) individueel zorgaanbod, en 6) wilsbeschikking. Op basis van deze aspecten werden extra vragen voor de CQ-Index geformuleerd.

De gegevens uit de CQ-Index zullen als input gaan dienen voor de Basisset Prestatie-indicatoren ten behoeve van het Jaardocument Zorg van GGZ Nederland. Bij de ontwikkeling van de CQ-Index is dan ook zo veel mogelijk rekening gehouden met de indicatoren die voor de Basisset noodzakelijk zijn. Verder is aansluiting gezocht bij de 'bouwstenennotie' van het iBMG uit 2005⁹ en de prestatie-indicatoren set van het Trimbos-instituut uit 2006¹⁰.

De indicator 'kwaliteit van leven' uit de Basisset is buiten de CQ-Index gehouden. In de eerste plaats omdat ervaren kwaliteit van leven niet direct kan worden gekoppeld aan de kwaliteit van de verleende zorg of ondersteuning, maar met veel meer aspecten van het leven samenhangt. In de tweede plaats omdat kwaliteit van leven door GGZ Nederland wordt beschouwd als een effectmaat waarvoor een voormeting bij het begin van de behandeling en een nameting bij het eind van de behandeling (of in het geval van langdurende zorg na een vooraf bepaalde termijn) noodzakelijk is. De dataverzamelingsprocedure van de CQ-Index voorziet hierin niet. Voor kwaliteit van leven zal een ander meetinstrument worden gebruikt¹¹.

⁸ Diest H van, Wijngaarden, B van & Wennink, HJ (2002). De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg. Trimbos-reeks 2002-5. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁹ Gras M, Berg M van den, Goossensen A & Straten A van (2005). Bouwstenen voor kwaliteitsinformatie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Rotterdam: iBMG.

¹⁰ Wennink HJ & Wijngaarden, B van (red.) (2006). Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹¹ Wijngaarden B van, KoK I (2007) Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Ernst van de problematiek, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven. Utrecht: Trimbos-instituut,

2.2 Focusgroepen en vragenlijstontwikkeling

Op basis van de hiervoor besproken bronnen konden de volgende domeinen worden vastgesteld:

1. De toegankelijkheid van de zorg (snelle hulp, bereikbaarheid)
2. De informatie die cliënten krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
3. De inspraak die cliënten hebben bij de behandeling (meebeslissen, behandelplan)
4. De wijze waarop cliënten door de handelaar worden bejegend (respectvol, serieus nemen)
5. De inhoudelijke deskundigheid van de hulpverlener
6. Vervulling van behandelwensen
7. Het resultaat van de behandeling (voel ik me beter dan voorheen)
8. De continuïteit van zorg: de afstemming tussen verschillende hulpverleners

Voor deze domeinen zijn vervolgens items gedefinieerd of overgenomen uit bestaande instrumenten. Na een eerste schifting op dubbele of overbodige items, is de zo ontstane itempool voorgelegd aan een focusgroep bestaande uit ggz cliënten, zoals is voorgescreven bij de ontwikkeling van CQ-Indices. Deze cliënten waren geworven via de cliëntenraden van ggz-instellingen. Alle cliënten ontvingen ambulante ggz-zorg. De focusgroep kwam twee keer bij elkaar op het Trimbos-instituut. Bij de eerste bijeenkomst werden de domeinen en de bijbehorende items inhoudelijk besproken. Hierbij kwamen de volgende vragen aan de orde:

- Aan welke kwaliteitseisen moet de zorg/behandeling in uw ogen voldoen?
- In hoeverre dekken de domeinen deze kwaliteitseisen?
- Welke aspecten zijn van belang en welke minder?
- Welke aspecten zijn overbodig en welke ontbreken?
- In hoeverre komt de keuze voor items in de conceptversie van de CQ-Index overeen met datgene wat cliënten belangrijk vinden?
- Dekken de vragen het onderliggende domein?

Beide focusgroepen bestonden uit respectievelijk acht en negen personen die op dit moment een ambulante ggz behandeling ontvangen. Deze personen werden merendeels geworven via de landelijke cliëntenorganisaties en de cliëntenraden van ggz-instellingen. Eén persoon werd aangemeld door een eerstelijns psycholoog. Beide focusgroepen werden voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, geassisteerd door één van de onderzoekers.

In bijlage 1 is de informatie weergegeven die de cliënten vooraf ontvingen. In bijlage 2 zijn het verloop en de uitkomsten van de eerste focusgroep bijeenkomst beschreven. Het bleek dat de gepresenteerde domeinen goed aansloten bij datgene wat door cliënten belangrijk wordt beschouwd. Alleen de vervulling van behandelwensen vond men slecht in het geheel passen. Men vond het wel een belangrijk onderwerp, maar niet voor de methodiek van een CQ-Index. Besloten werd de vervulling van zorgwensen te combineren met kwaliteit van leven en hiervoor aparte metingen uit te voeren¹².

De door de leden van de focusgroep voorgestelde aanpassingen en toevoegingen werden verwerkt en op basis van de overgebleven itempool werden de vragen van de concept CQ-Index geformuleerd. Dit concept werd vervolgens in de tweede bijeenkomst weer aan de focusgroepsleden voorgelegd met de vraag of de vragen een goede operationalisatie

¹² Het Trimbos-instituut ontwikkelt op dit moment een instrument voor het meten van kwaliteit van leven, waarin de vervulling van zorgwensen integraal is opgenomen (QoLC: Quality of Life and Care).

van de domeinen zijn, of de vraagstelling begrijpelijk is, of de vragen goed zijn geformuleerd, en of de antwoordcategorieën geschikt zijn. Het verslag van deze focusgroep is weergegeven in bijlage 3.

Behalve aan de focusgroepen is het concept van de CQ-Index voorgelegd aan collega-wetenschappers, onder meer van het NIVEL. Hierbij werd aandacht besteed aan onderwerpen als de theoretische begripsvorming, de keuze van de items, en de operationalisatie, de bruikbaarheid van de items, en de formulering van de vragen. Wetenschappelijke toetsing vond daarnaast plaats in de WOG¹³, in de begeleidingscommissie van het onderzoek¹⁴ en in de Miletus werkgroep¹⁵. De pilotversie van de CQ-Index, bestaande uit 97 vragen is weergegeven in bijlage 4.

2.3 Belangen vragenlijst

De CQ-Index methodiek bestaat uit twee delen. De CQ-Index zelf waarin naar de ervaringen van cliënten wordt gevraagd en een belangenvragenlijst, de vroegere QUOTE, waarin naar het belang van elk kwaliteitsitem wordt gevraagd. Deze belangen vragenlijst geeft aan wat 'de' cliënt als belangrijke aspecten beschouwt en dient dan ook als weegfactor. Indien een onderwerp een lage score krijgt, terwijl men dit wel een heel belangrijk aspect van de zorg vindt, telt het antwoord zwaarder mee. De belangenvragenlijst hoeft niet bij elke CQ-Index meting te worden meegenomen. Enkele honderden metingen zijn voldoende voor het definiëren van een 'landelijke norm' die voor iedereen geldt. De belangen vragenlijst bevat in principe dezelfde items als de CQ-Index, alleen met een andere vraagstelling ("Hoe belangrijk vindt u dat"). In veel CQ-Index pilotonderzoek wordt de CQ-Index samen met de belangenlijst in één keer afgenomen. Dit betekent dat de vragenlijst dan bijna twee keer zo dik wordt. Gezien de omvang die de CQ-Index zonder belangenvragen al heeft, en er twijfel bestond of de respondenten in staat zouden zijn zoveel vragen te beantwoorden, werd besloten vooralsnog geen belangvragen af te nemen. Dit wordt verzet naar de tweede, in 2007 uit te voeren, pilotstudie naar het discriminerend vermogen van de vragenlijst.

2.4 Steekproef en dataverzameling

De CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz is uitgezet bij vijf ggz-instellingen, verspreid over het land. Deze instellingen werden door een vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars uit de Stichting Miletus gevraagd aan het pilotonderzoek deel te nemen. Per instelling werd een steekproef van 300 cliënten getrokken. De inclusiecriteria waren:

Alle cliënten die per 20 oktober 2006

- ouder zijn dan 18 jaar
- ambulante zorg krijgen
- niet langer dan 2 jaar in behandeling zijn
- de diagnosefase voorbij zijn

¹³ De WOG is de Wetenschappelijke Ontwikkelings Groep van de Stichting Miletus en het Centrum Klantervaring Zorg. De WOG begeleidt vanuit methodisch perspectief de ontwikkeling van de verschillende vragenlijsten en uitvoering van metingen, fungeert als een soort ijkpunt voor onderzoekers, als voorbereiding voor het onderzoekersforum en de WAR (de Wetenschappelijke Advies Raad van het Centrum Klantervaring Zorg. De WOG kan als een uitvoerende werkgroep van de WAR worden gezien.

¹⁴ De begeleidingscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van VWS, ZonMw, GGZ Nederland, Stichting Miletus, NIVEL en LPR.

¹⁵ De Miletus werkgroep voor dit onderzoek bestaat uit vertegenwoordigers van de vier ziektekostenverzekeraars, het Trimbos-instituut, Significant, Mailstreet en deelnemende ggz-instellingen.

Per instelling werd een bestand gemaakt van alle cliënten die aan deze inclusiecriteria voldeden. In dit bestand waren de cliëntgegevens gekoppeld aan een volgnummer. Uit deze lijst met volgnummers trokken de onderzoekers van het Trimbos-instituut een aselechte steekproef cliënten. In vier instellingen bestond de steekproef uit 300 respondenten, terwijl de vijfde instelling een steekproef van 340 respondenten had.

De dataverzameling werd uitgevoerd door Mailstreet bv uit Deventer, een bedrijf dat is gespecialiseerd in het uitzetten van schriftelijke mailings. Mailstreet bv verzond de vragenlijsten en een bijbehorende antwoordenvolp uit naam van de instelling en op briefpapier van de instelling naar het huisadres van de respondenten. Daarbij werd gebruik gemaakt van de zogeheten Dillman methode¹⁶. Deze methode houdt in dat na de eerste mailing nog drie herinneringen worden verstuurd, volgens het schema:

Eerste mailing	Vragenlijst, antwoordenvolp en begeleidende brief
Na 1 week	Briefkaart met een herinnering
Na 4 weken	Nieuwe vragenlijst en herinneringsbrief
Na 6 weken	Herinneringsbrief

De dataverzameling vond in november en december 2006 plaats.

2.5 Data-analyse

De data-invoer werd eveneens door Mailstreet bv verzorgd. De ingelezen data werden als digitaal en geanonimiseerd databestand aan de onderzoekers van het Trimbos-instituut geleverd. Als eerste is een non-respons analyse uitgevoerd. Wanneer er slechts een klein percentage ingevuld wordt geretourneerd dan is dat een aanwijzing voor de moeilijkheidsgraad van de vragenlijst en/of van de mate waarin de vragenlijst bij de belevingswereld van de respondent aansluit. Het zou er zelfs toe kunnen leiden dat er te weinig ingevulde vragenlijsten zijn voor het kunnen uitvoeren van een gedegen data-analyse. Een lage respons betekent tevens een grotere kans dat de verzamelde data niet representatief zijn voor de populatie als geheel.

Als tweede is onderzocht wat de kwaliteit van de aangeleverde data was, dat wil zeggen:

- Hoeveel vragen zijn foutief of niet beantwoord
- Bij welke vragen is dit vooral het geval
- Hoeveel vragen zijn ten onrechte beantwoord, in het geval van selectievragen die overgeslagen moeten worden

Op basis van deze eerste analyse is bepaald welke vragenlijsten in de data-analyse zijn meegenomen en welke niet. De analyse geeft hiermee dus een indruk van de kwaliteit van de verzamelde data. De vraag of de gegeven antwoorden ook kloppen met de werkelijkheid kan hiermee echter niet worden nagegaan.

Vervolgens is onderzocht welke vragen óf onderling te hoog correleren óf heel scheef verdeeld zijn. In het geval van hoge correlaties betekent dit dat items onderling uitwisselbaar zijn, waardoor zou kunnen worden volstaan met minder items. Heel scheef verdeelde items leveren geen informatie op. Als alle cliënten een bepaalde vraag met 'ja' beantwoorden, hoeft men deze vraag niet meer te stellen (omdat men het antwoord toch al weet). Ook deze vragen zouden uit de lijst kunnen worden verwijderd.

¹⁶ Dillman DA (2000). Mail and internet surveys. The Tailored Design Method. New York: John Wiley & Sons inc.

Tenslotte is door middel van een factoranalyse met Varimax rotatie onderzocht of er schalen te vormen zijn. Daarbij is ook gekeken naar de interne consistentie van die schalen (Crombach's α).

3 Resultaten

3.1 Respons

In totaal zijn 1540 vragenlijsten uitgezet. Hiervan zijn er in totaal 690 geretourneerd, een respons van minder dan de helft (44.8%). De non-respons per instelling varieert tussen 49 en 65%. In 124 gevallen werd de vragenlijst leeg teruggestuurd, terwijl in 77 gevallen de lijst ten onrechte is toegestuurd. De respondenten geven namelijk aan dat er in de afgelopen twaalf maanden geen sprake was van enige vorm van behandeling. Deze personen komen klaarblijkelijk nog wel voor in het registratiesysteem van de instelling, hoewel van werkelijke behandeling geen sprake meer is. In een aantal gevallen blijkt dat een zogeheten 'nevencliënt' een vragenlijst heeft ontvangen. Bijvoorbeeld de ouder van een kind dat in behandeling is, of de partner van een cliënt.

Tussen de instellingen bestaat een aanzienlijk verschil in het aantal lege geretourneerde en ten onrechte toegezonden vragenlijsten (zie tabel 3.1). Hoewel instelling C de laagste respons heeft, zijn vrijwel alle lijsten ingevuld. Van instelling E kwamen daarentegen de meeste lege en ten onrechte verstuurd lijsten terug, respectievelijk 43 en 47 exemplaren. Uit contacten met deze instelling bleek dat cliënten die al langere tijd geen behandelcontacten meer hebben gehad inderdaad in het systeem blijven. Als bij de inclusiecriteria was opgenomen dat er minimaal één behandelcontact in het voorgaande jaar had moeten zijn geweest, zou dit probleem zich niet hebben voorgedaan. Er is sprake van een bruto respons van 32%, met een variatie van 21 tot 36% tussen de instellingen.

Tabel 3.1 Bruto en netto respons, totaal en per instelling

Instelling	Totaal	A	B	C	D	E
Verzonden	1540	300	300	300	340	300
Geen respons	850 (55.2%)	166 (55.3%)	158 (52.6%)	195 (65.0%)	185 (54.4%)	146 (48.7%)
Leeg retour	124	19	33	2	27	43
Ten onrechte verstuurd	77	9	10	7	4	47
Bruto respons	489 (31.7%)	106 (35.3%)	99 (33.0%)	96 (32.0%)	124 (36.5%)	64 (21.3)
Door ander ingevuld	5	1	2	1	1	0
Minder dan de helft van de vragen beantwoord	9	2	1	4	0	2
Netto respons	475 (30.8%)	103 (34.3%)	96 (32.0%)	91 (30.3%)	123 (36.2%)	62 (20.7%)

3.2 De kwaliteit van de data

Als eerste is onderzocht hoe vaak de zogeheten selectievragen foutief zijn beantwoord (tabel 3.2). In gemiddeld tien procent van de gevallen blijkt een vraag te zijn beantwoord, terwijl deze op basis van de antwoorden op de selectievraag had moeten worden overgeslagen ("Zo nee, ga verder met vraag XX"). Hieruit blijkt dat sommige respondenten moeite hebben met dergelijke vragen. Daarbij gaan ze overigens niet consequent te werk. Als bijvoorbeeld vraag 19 (Gebruikt u medicijnen?) met 'nee' wordt beantwoord, kunnen vragen 20 t/m 22 (informatie over medicatie) worden overgeslagen. In 12 tot 21 gevallen worden deze vragen toch beantwoord. De vraag is, waarom het aantal onterechte antwoorden per vraag verschilt. Nadere bestudering van de vragen leert dat vraag 20

(bent u geïnformeerd over de verschillende soorten medicijnen?) ook kan worden beantwoord als men zelf geen medicatie gebruikt, terwijl dat bij vragen 21 en 22 eigenlijk niet kan. Vraag 20 wordt daarom dan ook vaker beantwoord dan de andere twee. Het feit dat respectievelijk 14 en 12 respondenten de vragen 21 en 22 toch beantwoorden lijkt overigens een indicatie voor de moeilijkheidsgraad van deze vragen. Sommige respondenten begrijpen blijkbaar niet goed wat de vraag precies inhoudt.

Selectievragen zijn in de CQ-Index niet te vermijden, maar de percentages foute antwoorden geven aan dat door dergelijke vragen de respondenten meer moeite hebben met het invullen van de vragenlijst. De beste illustratie hiervan is het hoge percentage 'foute' antwoorden (39%) op vraag 82 (behandeling juiste aanpak?) en vraag 83 (behandelplan naar wens uitgevoerd?). Ten gevolge van de opbouw van de vragenlijst leidt elk antwoord op vraag 81 (afspraken over nazorg) tot het overslaan van vragen 81 en 82. Dit is door veel respondenten niet begrepen.

Voor de analyse op de data is het ten onrechte beantwoorden van vragen overigens niet funest. In het geval van een selectie worden de overgeslagen vragen per definitie 'niet van toepassing'. Dit betekent dat deze vragen zonder verdere gevolgen kunnen worden gehercodeerd. Het feit dat er ten onrechte vragen zijn beantwoord blijft wel een indicatie voor de mate van betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden.

Behalve dat vragen ten onrechte worden ingevuld, geldt vice versa dat vragen soms ook ten onrechte onbeantwoord blijven. Het is niet na te gaan of dat door de selectievragen komt, of dat het hier om 'gewone' missende waarden gaat. In tabel 3.3 is een overzicht weergegeven van alle missende waarden.

Over het algemeen is er sprake van 5% of minder missende waarden bij vragen die iedereen moet beantwoorden (N = 489). Het gemiddelde aantal missings bedraagt 4.0%. Uitzondering is vraag 3, waar aan de respondenten wordt gevraagd welke klacht de belangrijkste reden was om hulp te zoeken (17.6% missend). Blijkbaar vinden velen het moeilijk om deze keuze te maken. Bijvoorbeeld in het geval van depressie en angstklachten is het vaak niet aan te geven voor welke klachten men vooral hulp heeft gezocht.

Tabel 3.2 Ten onrechte beantwoorde vragen

Vraagnummer	N ten onrechte	N selecties	% ten onrechte
6	36	415	8.7
9	20	186	10.7
10	27	186	14.5
11	7	186	3.8
	13	193	6.7
20	21	180	11.7
21	14	180	7.8
22	12	180	6.7
40	18	178	10.1
41	17	178	9.5
42	14	178	7.9
43	3	178	1.7
	6	178	3.4
69	40	286	14.0
70	35	286	12.2
71	26	286	9.1
72	22	286	7.7
73	19	286	6.6
74	22	286	7.7

Vraagnummer	N ten onrechte	N selecties	% ten onrechte
75	26	286	9.1
76	16	283	5.6
79	18	370	4.9
80	45	370	12.2
81	40	370	10.8
82	55	140	39.3
83	55	140	39.3
95a	1	416	0.2
95b	1	416	0.2
95c	1	416	0.2
95d	1	416	0.2
95e	0	416	0.0

In het geval van selectievragen is het percentage missende waarden een stuk hoger. Deze vragen zijn licht gearceerd in tabel 3.3 aangegeven. Gemiddeld is in 14.6% van de gevallen sprake van een missende waarde, variërend van 4.2% tot 42.2% (vraag 11: bereikbaarheid buiten kantooruren). Ook hieruit blijkt dat het al of niet moeten overslaan van vragen tot verwarring bij de respondenten heeft geleid en daardoor tot aanzienlijk meer missende waarden.

Tabel 3.3 Ten onrechte niet beantwoorde vragen

Vraagnummer	N missing	N scores	% missing
2	0	489	0.0
3	86	489	17.6
4	16	489	3.3
5	13	489	2.7
6	15	74	20.3
7	35	489	7.2
8	14	489	2.9
9	28	203	13.8
10	18	203	8.9
11	19	45	42.2
12	18	489	3.7
13	16	489	3.3
14	11	489	2.2
15	20	489	4.1
16	20	489	4.1
17	23	489	4.7
18	19	489	3.9
19	7	489	1.4
20	15	309	4.8
21	13	309	4.2
22	14	309	4.5
23	18	489	3.7
24	15	489	3.1
25	22	489	4.5
26	13	489	2.7
27	16	489	3.3
28	20	489	4.1
29	15	489	3.1
30	19	489	3.9
31	13	489	2.7
32	15	489	3.1
33	25	489	5.1
34	32	489	6.5
35	36	489	7.4
36	17	489	3.5
37	15	489	3.1

Vraagnummer	N missing	N scores	% missing
38	19	489	3.9
39	17	489	3.5
40	31	311	10.0
41	33	311	10.6
42	39	311	12.5
43	40	157	25.5
44	37	489	7.6
45	16	489	3.3
46	7	489	1.4
47	13	489	2.7
48	13	489	2.7
49	15	489	3.1
50	11	489	2.2
51	16	489	3.3
52	23	489	4.7
53	19	489	3.9
54	15	489	3.1
55	25	489	5.1
56	18	489	3.7
57	24	489	4.9
58	15	489	3.1
59	20	489	4.1
60	24	489	4.9
61	31	489	6.3
62	15	489	3.1
63	20	489	4.1
64	19	489	3.9
65	18	489	3.7
66	18	489	3.7
67	28	489	5.7
68	16	489	3.3
69	27	203	13.3
70	34	203	16.7
71	27	203	13.3
72	36	203	17.7
73	32	203	15.8
74	23	203	11.3
75	23	203	11.3
76	30	203	14.8
77	15	489	3.1
78	10	489	2.0
79	14	112	12.5
80	15	112	13.4
81	13	112	11.6
82	49	385	12.7
83	53	385	13.8
84	27	489	5.5
85	18	489	3.7
86	15	489	3.1
87	10	489	2.0
88	14	489	2.9
89	18	489	3.7
90	32	489	6.5
91	30	489	6.1
92	31	489	6.3
93	29	489	5.9
94	13	489	2.7
95A	13	73	17.8
95B	13	73	17.8
95C	13	73	17.8
95D	13	73	17.8

Vraagnummer	N missing	N scores	% missing
95E	13	73	17.8
96	11	489	2.2
97	16	489	3.3

Het effect van selectievragen op het vóórkomen van missende waarden is vooral goed te zien in het geval dat deze vragen 'genest' zijn. Bijvoorbeeld in het geval van vragen 8 t/m 11 over de telefonische bereikbaarheid van behandelaren. Als een respondent vraag 8 (heeft u gebeld?) met 'nee' antwoordt, moet hij de overige vragen overslaan en verder gaan met vraag 12 (oordeel over de bereikbaarheid). Als de respondent vraag 8 met 'ja' beantwoordt, moet hij verder gaan met vragen 9 en 10. Is het antwoord op vraag 10 (bellen buiten kantooruren) vervolgens weer 'nee', dan moet de respondent de volgende vraag overslaan en alsnog met vraag 12 verder gaan. Met elke volgende stap is te zien dat het percentage missende waarden toeneemt, niet zozeer omdat het absolute aantal groter wordt, maar de noemer steeds kleiner. Op grond van de gegeven antwoorden hadden 45 respondenten een antwoord moeten geven op vraag 11. Echter, in 19 gevallen vulden de respondenten niets in (42%). De conclusie is dat het al of niet moeten overslaan van vragen tot verwarring en daarmee ook tot extra missende waarden leidt.

In tabel 3.4 is weergegeven hoeveel missende waarden er per respondent zijn gescoord. In totaal 113 variabelen zijn in deze berekening meegenomen.

Tabel 3.4 Aantal missende waarden per respondent

Aantal missings	N	%	cumulatief %
0	170	34.8	34.8
1-5	233	47.6	82.4
6-10	41	8.4	90.8
11-20	23	4.7	95.5
21-40	13	2.7	98.2
41-55	5	1.0	99.2
56-98	4	0.8	100.0

Ruim een derde (34.8%) van de respondenten heeft alle vragen ingevuld, en 47.6% heeft één tot vijf van de 113 vragen niet beantwoordt. Dat betekent dat een grote meerderheid van de geretourneerde vragenlijsten (82.4%) vrijwel volledig is. In totaal 9.2% van de vragenlijsten bevat meer dan 10 tien missende waarden. Hierbij zijn negen vragenlijsten met meer dan 40 missings. Deze negen lijsten zijn uit het databestand verwijderd.

Over de gehele linie waren de respondenten redelijk tot goed in staat binnen een niet al te lange tijd de CQ-Index in te vullen. In totaal 29.6% van de respondenten deed er naar eigen zeggen minder dan 10 minuten over en nog eens 41.8% tussen de 10 en 20 minuten. Daarentegen had 11.5% van de respondenten meer dan 30 minuten nodig voor het beantwoorden van de vragen.

Een grote meerderheid van de respondenten gaf aan dat de CQ-Index gemakkelijk in te vullen is. Slechts 13,5% van de respondenten had de vragen moeilijk tot zeer moeilijk gevonden, tegen 47.6% die de vragen juist gemakkelijk vond. De overigen (38.9%) vonden de vragen gemakkelijk noch moeilijk. In totaal 60 respondenten (12.6%) gaven aan dat zij hulp hebben gekregen bij het invullen van de vragenlijst, zoals het voorlezen van de vragen of het invullen van de antwoorden. Dit betrof voornamelijk respondenten die de vragenlijst moeilijk hadden gevonden. Vijf respondenten gaven aan dat een ander

voor hen de vragen had beantwoord. De vragenlijsten van deze vijf respondenten zijn eveneens uit het databestand verwijderd.

3.3 Representativiteit

Met het verwijderen van incomplete vragenlijsten en vragenlijsten die door anderen zijn ingevuld komt de totale netto respons op 30.8%, variërend van 20.7 tot 36.2% per instelling (zie tabel 3.1). In tabel 3.5 is een aantal achtergrondgegevens van de respondentgroep weergegeven. Tweederde van de respondenten is vrouw. De leeftijdsopbouw is redelijk normaal verdeeld met een modus van 35 tot 44 jaar. De opleiding varieert van minder dan lagere school tot universiteit, met als zwaartepunt een opleiding tussen LBO en MAVO. De helft van de respondenten heeft een betaalde baan. Meer dan 80% is in Nederland geboren, de overigen vooral in Suriname, Marokko of Turkije.

Depressie wordt het vaakst genoemd als reden voor het zoeken van hulp, gevolgd door burn-out klachten, angst, sterk wisselende stemmingen en problemen met geld of op het werk. Psychose en verslaving worden het minst vaak als reden genoemd. Gemiddeld meldt men bijna drie klachten. Het maximum is 11 genoemde klachten (één persoon) en het vaakst worden twee klachten genoemd. Gevraagd naar de belangrijkste klacht worden weer depressie, angst en burn-out genoemd. In het merendeel van de gevallen is er sprake van een langdurende problematiek. Bijna tweederde van de respondenten geeft aan langer dan twee jaar klachten te hebben.

Tabel 3.5 Achtergrondgegevens respondenten

Kenmerk	N	%
Geslacht		
o man	164	34.6
o vrouw	310	65.4
Leeftijd		
o 18-24	42	8.8
o 25-34	110	23.0
o 35-44	136	28.4
o 45-54	119	24.8
o 55-64	64	13.4
o 65-74	4	0.8
o 75>	4	0.8
Opleiding		
o LO of lager	50	10.5
o LBO-MAVO	140	29.5
o MBO	93	19.6
o VWO	57	12.0
o HBO	78	16.4
o WO	45	9.5
Betaalde baan		
o Ja	237	50.3
o Nee	234	49.7
Geboorteland		
o Nederland	380	83.2
o Anders	77	16.8

Kenmerk	N	%
Klachten		
o Depressie	346	70.8
o Burn-out	187	38.2
o Angst	171	35.0
o Stemmingen	135	27.6
o Werk- of geldprobleem	114	23.3
o Psychosomatisch	92	18.8
o Relatieprobleem	82	16.8
o Eetprobleem	72	14.7
o Rouw	57	11.7
o Persoonlijkheidsproblematiek	52	10.6
o Psychose	43	8.8
o Verslaving	24	4.9
Gemiddeld aantal klachten (s.d.)	2.9 (1.9)	
Start klachten		
o < 3 maand	3	0.6
o 3-6 maand	16	3.4
o 6-12 maand	56	11.8
o 1-2 jaar	104	22.0
o > 2 jaar	294	62.2

Gezien de tamelijk lage respons is het van belang te weten in hoeverre de respondent-groep representatief is voor de populatie waaruit de steekproef is getrokken. Van de totale steekproef zijn leeftijd en geslacht bekend. In tabel 3.6 is weergegeven hoe de respons- en non-responsgroepen zich op beide variabelen verhouden.

Tabel 3.6 Respons versus non-respons

	% Vrouwen	Leeftijd
Totaal respons	65,7%	Meer 45-64 jarigen**
Totaal non-respons	53.2%***	Meer 35-44 jarigen
Instelling 1 respons	65.3%	Geen verschillen
Instelling 1 non-respons	52.8%*	
Instelling 2 respons	67.0%	Geen verschillen
Instelling 2 non-respons	66.3%	
Instelling 3 respons	61.4%	Geen verschillen
Instelling 3 non-respons	49.0%**	
Instelling 4 respons	68.9%	Geen verschillen
Instelling 4 non-respons	55.5%*	
Instelling 5 respons	63.9%	Meer 55-64 jarigen***
Instelling 5 non-respons	52.3%*	Meer 35-54 jarigen

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Er is sprake van een significante oververtegenwoordiging van vrouwen in de respons-groep. Dit geldt zowel voor de totale responsgroep als voor de afzonderlijke instellingen (met uitzondering van instelling 2). Vrouwen waren eerder bereid aan het onderzoek deel te nemen dan mannen. Wat de leeftijdsopbouw betreft is te zien dat ouderen iets vaker respondeerden dan jongeren. Er is een oververtegenwoordiging van respondenten in de leeftijd tussen 45 en 64 jaar in de responsgroep, terwijl in de non-responsgroep de 35-44 jarigen vaker voorkomen dan volgens de leeftijdsopbouw kon worden verwacht. De verschillen op instellingsniveau bereiken geen significantie, met uitzondering van instelling 5. Er is sprake van een niet representatieve respons wat betreft geslacht en leeftijd. Ouderen en vrouwen hebben vaker gerepondeerd dan mannen en jongeren.

3.4 Scheef verdeelde en hoog correlerende items

In totaal vijf vragen blijken zeer scheef verdeeld, dat wil zeggen dat meer dan 90% van de gegeven antwoorden wordt gescoord in op de meest extreme categorieën, bijvoorbeeld bijna iedereen antwoordt 'ja' op een ja/nee-vraag, of bijna iedereen scoort 'altijd' op vraag met de antwoordcategorieën nooit – soms – meestal – altijd. Het betreft de deskundigheid en zorgvuldigheid van de behandelaar (vragen 57 en 60), de interesse die de behandelaar toont in andere aspecten van het leven (vraag 53), en de vraag of men heeft ingestemd met het behandelplan (of begeleidings- of zorgplan) en of dit plan in overleg is bijgesteld (vragen 41 en 43). Vooral de scheve verdeling van de twee laatste vragen is opvallend, omdat slechts 62,5% van de respondenten aangeeft een behandelplan te hebben, terwijl dit een wettelijke verplichting voor alle cliënten is. Wanneer de respondenten aangeven dat er wel een behandelplan is opgesteld, blijkt vrijwel iedereen daarmee ingestemd te hebben. De zeer scheef verdeelde vragen zijn niet meegenomen in de verdere analyses en kunnen in principe worden verwijderd uit de CQ-Index. Hierop wordt in paragraaf 4 nader ingegaan.

Hoge correlaties (>.0.70) worden vooral gevonden bij de items die naar de bejegening door de behandelaar vragen en bij de items over het lichamelijk en geestelijk functioneren (zie tabel 3.7). Deze hoge correlaties geven aan dat het mogelijk is een aantal vragen uit de CQ-Index te verwijderen.

Tabel 3.7 Hoog correlerende vragen

Vragen			Correlatie
46 – 49	Aandachtig luisteren	Serius nemen	0.72
46 – 50	Aandachtig luisteren	Geïnteresseerd	0.74
47 – 48	Beleefdheid	Respect	0.78
49 – 50	Serius nemen	Geïnteresseerd	0.72
51 – 62	Cijfer bejegening	Cijfer deskundigheid	0.81
63 – 64	Functioneren	Met klachten omgaan	0.80
63 – 65	Functioneren	Oordeel klachten	0.86
63 – 66	Functioneren	Oordeel stabiliteit	0.82
64 – 65	Met klachten omgaan	Oordeel klachten	0.81
64 – 66	Met klachten omgaan	Oordeel stabiliteit	0.75
65 – 66	Oordeel klachten	Oordeel stabiliteit	0.84
67 – 62	Cijfer functioneren	Cijfer deskundigheid	0.73

3.5 Factoranalyses

De CQ-Index bevat in totaal 43 ervaringsvragen die voor iedereen van toepassing zijn. De overige vragen betreffen achtergrondvariabelen, informatievragen en ervaringsvragen die alleen door een deel van de respondenten moet worden beantwoord, bijvoorbeeld vragen die alleen zijn bestemd voor cliënten die medicatie gebruiken. Van de 43 algemene ervaringsvragen zijn er 12 geformuleerd in de vorm van een frequentie. Deze hebben als antwoordcategorie 'nooit – soms – meestal – altijd'. Verder komt bij vier vragen het functioneren van de cliënt aan de orde. Deze vragen hebben als antwoordcategorie een ordinale vijfpuntsschaal (veel minder goed – iets minder goed – ongeveer hetzelfde – een beetje beter – veel beter). De overige 27 vragen zijn in de vorm van 'ja/nee' vragen gesteld.

In principe mogen alleen vragen met minimaal ordinale antwoordcategorieën in een factoranalyse worden opgenomen. Dit betekent dat eigenlijk alleen de 12 frequentievragen en de vier functioneringsvragen in een factoranalyse zouden mogen worden gebruikt. Een eerste factoranalyse is dan ook alleen op deze vragen uitgevoerd.

Wat betreft de eisen die aan een factoranalyse worden gesteld is enigszins afgeweken van de aanwijzingen in de CQ Handleiding van het Centrum Klantervaring Zorg¹⁷. Daarin wordt uitgegaan van een minimale factorlading van 0.30 voor het toevoegen van een item aan een factor. Verder worden geen eisen gesteld aan eventueel dubbel ladende items (items die ook op andere factoren > 0.30 laden). Een veel gebruikte vuistregel is echter dat factorladingen in principe groter moeten zijn dan 0.40 en dat de lading op andere factoren kleiner moet zijn dan 0.30. Voor deze factoranalyse is gekozen voor een middenweg: een factorlading moet groter zijn dan 0.40 en in het geval van dubbele ladingen wordt het item toegekend aan de factor waarop deze het hoogste laadt. Verder moet een schaal minimaal drie items bevatten.

De factoranalyse leverde twee factoren op, één factor bestaande uit 10 van de 12 frequentievragen (bejegening + begrijpelijke uitleg + meebeslissen), en een factor bestaande uit de vier functioneringsvragen. Alleen de vraag of men zich gedwongen heeft gevoeld mee te werken (vraag 37), en de vraag over de wachttijd bij afspraken (vraag 7) konden niet bij één van de factoren worden ondergebracht.

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

In dit geval is gekozen voor een gecombineerde aanpak. Teneinde een leidraad te hebben in het samenstellen van deze thematische clusters is alsnog een factoranalyse op alle items uitgevoerd. Hierbij geldt de aanname dat de gebruikte 'ja/nee' antwoorden kunnen worden opgevat als een ordinale schaal. Anders dan bij andere nominale antwoordcategorieën (zoals man/vrouw), betekent bij de ervaringsvragen van de CQ-Index dat bij het antwoord 'ja' wel is voldaan aan een kwaliteitsaspect, en bij het antwoord 'nee' niet. Een ja is daarmee 'beter' dan een nee.

Omdat er sprake is van verschillende antwoordcategorieën zijn alle antwoordcategorieën omgecodeerd naar een schaal van 0-100, waarbij '0' de minimale score vertegenwoordigt ('nee', 'nooit', 'groot probleem', of 'veel minder goed') en 100 de maximale score ('ja', 'altijd', 'geen probleem', of 'veel beter')¹⁸. De meeste frequentievragen zijn zo geformuleerd dat 'nooit' de meest negatieve ervaring representeert en 'altijd' de meest positieve. Bij drie vragen is dat echter precies omgekeerd (vragen 37, 71 en 73). De antwoorden

¹⁷ Sixma H, Delnoij D, Stubbe J, Triemstra M, Damman O, Vriens B, Weert C van, Wilkinson C, Zuiddam R van, Rupp I, Asbroek, G ten. (2007). Handboek CQI Meetinstrumenten: Een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.

¹⁸ Deze werkwijze is voorgelegd aan de collega's van het NIVEL. Zij gingen hiermee akkoord.

op deze vragen moesten worden omgepooled. Vraag 55 (gaf de behandelaar informatie door die vertrouwelijk had moeten blijven?) bevat ook een 'weet niet' categorie. Deze antwoordcategorie zou voor de factoranalyse moeten worden omgecodeerd tot 'missing'. Uit de rechte tellingen blijkt echter dat bijna 50% van de respondenten deze vraag met 'weet niet' beantwoordt, en dat van de rest 99% 'nee' antwoordt. Het missing maken van de 'weet niet' categorie zou daarmee de factoranalyse dermate verstoren, dat werd besloten deze vraag niet in de analyse op te nemen. De omcoderingen leidden tot de volgende scoreverdelingen (tabel 3.8):

Tabel 3.8 Omcoderingen van antwoordcategorieën

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

Voor de factoranalyse werd uitgevoerd, is onderzocht of de dichotome items voldoen aan de Bartlett's test of Sphericity en aan de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy), beide onderdeel van de SPSS factoranalyse procedures. De KMO was 0.81, hoger dan de vereiste 0.70. Bartlett's test of Sphericity was significant ($p < 0.001$). Beide waarden geven aan dat een factoranalyse op deze items geoorloofd is.

De factoranalyse op het totale bestand is twee keer uitgevoerd, een keer met 'listwise deletion' en een keer met 'pairwise deletion'. In het geval van listwise deletion worden casussen in zijn geheel niet meegerekend wanneer er sprake is van één of meer missende waarden. Dat betekent dat er op een kleiner databestand wordt gerekend ($N=306$). In het geval van pairwise deletion wordt elke keer per paar variabelen bekeken of er sprake is van een missing. In het geval dat beide variabelen geldig zijn wordt er wel een correlatie berekend, in het geval van één of meer missings niet. Met deze methode worden er meer gegevens voor de berekeningen behouden, vergeleken met listwise deletion.

In tabellen 3.9 en 3.10 zijn de uitkomsten van beide factoranalyses weergegeven. De factoranalyse met listwise deletion (tabel 3.9) levert negen factoren op met een totale verklaarde variantie van 63.0%. De meeste factoren zijn inhoudelijk goed te interpreteren, ook al laden soms items uit verschillende domeinen op één factor. Alleen factor 8 is lastiger te interpreteren, één vraag over de bereikbaarheid van de behandelaar en één vraag over het omgaan met klachten. De wachttijd tot het toelaten in de spreekkamer laadt als enige op factor 9. De vraag over ervaren dwang (vraag 37) laadt op geen enkele factor.

Samengevat worden de volgende factoren gevonden:

- F1 (10 items): Bejegening
- F2 (4 items): Geestelijk functioneren
- F3 (5 items): Informatie over cliëntenrechten

- F4 (3 items): Voorkeuren kunnen aangeven
 F5 (5 items): Deskundigheid van de hulpverlener
 F6 (4 items): Informatie over alternatieven
 F7 (2 items): Inspraak bij keuze behandelaar
 F8 (2 item): Bereikbaarheid behandelaar + info over omgaan met klachten
 F9 (1 item): Wachtijd in wachtkamer

Tabel 3.9 Factoranalyse met listwise deletion

Nr	Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
31	Begrijpelijke uitleg	0.52								
38	Meebeslissen	0.47								
45	Voldoende tijd	0.69								
46	Aandachtig luisteren	0.80								
47	Beleefd behandeld	0.76								
48	Respect behandeld	0.80								
49	Serieus genomen	0.78								
50	Geïnteresseerd	0.82								
51	Mening gevraagd	0.48								
54	Afspraak gehouden	0.55								
63	Functioneren		0.92							
64	Met klachten omgaan		0.89							
65	Oordeel klachten		0.92							
66	Stabiliteit		0.91							
25	Rechten als cliënt			0.77						
26	Inzage dossier			0.77						
27	Second opinion			0.70						
28	Klachtenprocedure			0.75						
29	Keuze behandelaar			0.45						
17	Verwachte resultaat				0.51					
33	Voorkeur aangeven				0.77					
34	Keuze behandeling				0.75					
13	Behandel mogelijkheden					0.60				
14	Aanpak behandeling					0.46				
52	Levensovertuiging					0.56				
58	Begrip voor klachten					0.78				
59	Juiste vragen stellen					0.70				
18	Betrekken familie						0.43			
23	Behandelen elders						0.70			
24	Andere behandeling						0.72			
30	Vertrouwenspersoon						0.50			
35	Keuze behandelaar							0.70		
36	Keuze tijdstip							0.66		
5	Snel bij behandelaar								0.76	
15	Omgaan met klachten								0.56	
7	Wachtijd									0.78
37	Gedwongen	-	-	-	-	-	-	-	-	-

De factoranalyse met pairwise deletion (tabel 3.9) levert eveneens negen factoren op met een totale verklaarde variantie van 60.5%. De inhoud van de factoren komt grotendeels overeen met die van de analyse met listwise deletion. Enkele variabelen switchen naar een andere factor, maar grosso modo blijven de factoren dezelfde betekenis houden. Uit beide analyses blijkt dat er zeker sprake is van een betekenisvolle clustering van items. De uiteindelijke toekenning van items aan factoren vindt plaats op basis van inhoudelijke argumenten en betrouwbaarheidswaarden. Hierop wordt later in deze resultatenparagraaf teruggekomen.

Tabel 3.10 Factoranalyse met pairwise deletion

Nr	Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
31	Begrijpelijke uitleg	0.54								
38	Meebeslissen					0.43				
45	Voldoende tijd	0.66								
46	Aandachtig luisteren	0.79								
47	Beleefd behandeld	0.80								
48	Respect behandeld	0.81								
49	Serius genomen	0.78								
50	Geïnteresseerd	0.81								
51	Mening gevraagd	0.48								
54	Afspraak gehouden	0.55								
63	Functioneren		0.91							
64	Met klachten omgaan		0.87							
65	Oordeel klachten		0.92							
66	Stabiliteit		0.90							
25	Rechten als cliënt			0.72						
26	Inzage dossier			0.75						
27	Second opinion			0.72						
28	Klachtenprocedure			0.74						
29	Keuze behandelaar			0.54						
17	Verwachte resultaat				0.59					
33	Voorkeur aangeven					0.82				
34	Keuze behandeling					0.76				
13	Behandel mogelijkheden				0.60					
14	Aanpak behandeling				0.63					
52	Levensovertuiging						0.51			
58	Begrip voor klachten						0.75			
59	Juiste vragen stellen						0.74			
18	Betrekken familie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Behandelen elders							0.72		
24	Andere behandeling							0.73		
30	Vertrouwenspersoon			0.51						
35	Keuze behandelaar								0.70	
36	Keuze tijdstip								0.72	
5	Snel bij behandelaar				0.53					
15	Omgaan met klachten				0.68					
7	Wachtijd									0.74
37	Gedwongen									0.45

3.6 De schaalbaarheid van de overige vragen

De bovenstaande factoranalyses zijn uitgevoerd op de vragen die door iedereen konden worden beantwoord. Andere vragen zijn slechts van toepassing op subpopulaties. Het betreft de volgende vragen:

1. drie 'probleemvragen' over de bereikbaarheid van de behandelaar (vragen 6, 9, en 11)
2. drie vragen over medicatiegebruik (vragen 20 t/m 22)
3. vier vragen over behandelplannen (vragen 40 t/m 43)
4. zeven vragen over de uitwisseling van informatie tussen meerdere behandelaars (vragen 69 t/m 75)
5. drie vragen over een afgeronde behandeling (vragen 79 t/m 81)
6. twee vragen over een niet afgeronde behandeling (vragen 82 en 83)
7. een vraag naar informatie over lichamelijke oorzaken van de stoornis (vraag 16)
8. een vraag naar rekening houden met een eerdere behandeling (vraag 61)

Ad 1

De 'probleem'-vragen zijn door zeer verschillende aantallen respondenten gescoord (respectievelijk 55, 172 en 26 keer), waardoor deze vragen niet tot één schaal zijn samen te voegen. Ze worden dan ook als afzonderlijke items beschouwd.

Ad 2

De drie vragen over informatie over medicatie zijn door tweederde van de respondenten beantwoord. Voor deze subpopulatie is een afzonderlijke factoranalyse uitgevoerd. De items vormen samen één factor met factorladingen variërend van 0,62 tot 0,82. De medicatievragen vormen daarmee een eigen schaal.

Ad 3

Zoals al eerder werd beschreven zijn twee van de drie vragen over de behandelplannen (vragen 41 en 43) zeer scheef verdeeld; de derde (vraag 40) blijft net onder de 90% extreme score. Gezien de scoreverdeling zouden deze vragen in aanmerking komen voor verwijdering uit de CQ-Index. Instemming met het behandelplan is echter een van de indicatoren uit de Basisset Prestatie-indicatoren en moet als gevolg hiervan gehandhaafd blijven. In paragraaf 4 wordt hier nog op teruggekomen.

Ad 4

Ruim een derde van de respondenten ontvangt ook hulp van een tweede behandelaar. Op de zeven vragen hierover is een afzonderlijke factoranalyse uitgevoerd. Hiervoor zijn eerst de antwoordcategorieën van een aantal vragen omgecodeerd. Bij vraag 69 kan worden geantwoord dat er één of meerdere keren toestemming is gevraagd informatie aan een andere behandelaar te geven. Deze categorieën zijn samengevoegd. Vragen 74 en 75 bevatten een 'weet niet' categorie. Deze is 'missing' gemaakt. Vragen 71 en 73 zijn omgepoold, omdat ze negatief zijn gesteld. Verder zijn de antwoordcategorieën omgeschaald naar 0 – 100, vergelijkbaar met de eerdere factoranalyses.

Er blijken drie factoren te worden gevormd, met een verklaarde variantie van 71.2% (tabel 3.11):

Tabel 3.11 Factoranalyse op items informatie-uitwisseling behandelaars

<i>Nr</i>	<i>Item</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>
69	Toestemming informatie-uitwisseling	0.70		
74	Huisarts geïnformeerd	0.79		
75	Behandelaar geïnformeerd	0.83		
71	Alles opnieuw moeten vertellen		0.74	
73	Tegenstrijdige informatie krijgen		0.81	
70	Duidelijke afspraken			0.90
72	Behandelaars zitten op een lijn		0.45	0.70

De eerste factor bevat de vragen over het daadwerkelijk uitwisselen van informatie al dan niet met toestemming van de cliënt. Factor 2 bevat de vragen over de kwaliteit van deze informatie-uitwisseling. Factor 3 betreft de afspraken die behandelaars onderling maken.

Twee van de drie factoren bevatten twee vragen, te weinig voor het construeren van een schaal. Vraag 72 laadt ook relatief hoog op factor 2 en zou eventueel samen met de vragen 71 en 73 een schaal kunnen vormen.

Ad 5

In een vijfde van de gevallen is de behandeling afgerond. De drie vragen die betrekking hebben op de ervaringen van cliënten met deze afronding vormen samen een schaal, met factorladingen variërend van 0.66 tot 0.82.

Ad 6

In vier vijfde van de gevallen is de behandeling nog niet afgerond. De beide vragen over de juiste aanpak van de behandeling correleren onderling 0.71, maar vormen formeel geen schaal.

Ad 7 en 8

Twee vragen uit de CQ-Index bevatten een 'niet van toepassing' categorie. Het betreft vraag 16 (ontvangen informatie over mogelijke lichamelijke oorzaken van de klachten), die door een derde van de respondenten niet van toepassing wordt beschouwd, en vraag 61 (de vraag of de behandelaar rekening houdt met eerdere ervaringen), die eveneens voor een derde van de respondenten niet van toepassing is. Deze vragen worden als losse items behandeld.

3.7 De constructie van de definitieve schalen

Uitgaande van de eis dat een schaal minimaal drie items moet bevatten, zijn zes schalen gevonden, geldig voor alle respondenten:

- 1) Bejegening door hulpverlener
- 2) Geestelijk functioneren
- 3) Informatie over cliëntenrechten
- 4) Voorkeuren kunnen aangeven
- 5) Deskundigheid van de hulpverlener
- 6) Informatie over alternatieven

Verder zijn er vier schalen gevonden, geldig voor deelpopulaties:

- 7) Informatie over medicatiegebruik
- 8) Communicatie tussen behandelaars
- 9) Kwaliteit van de communicatie tussen behandelaars
- 10) Kwaliteit van de afronding van de behandeling

Bij beschouwing van de schalen blijken deze op één uitzondering na homogeen te zijn wat betreft het type vragen (bijvoorbeeld alleen ja/nee antwoorden, of alleen frequenties). De uitzondering betreft vraag 38 (meebeslissen) dat in de factoranalyse met pairwise deletion als enige frequentievraag op een factor met louter ja/nee vragen laadt (factor 5). In de analyse met listwise deletion laadde dit item op factor 1 en omdat vraag 38 qua type vraag tot factor 1 behoort, wordt hij daaraan toegevoegd. Het feit dat er homogene schalen ontstaan is overigens niet verwonderlijk, omdat er sprake is van twee typen vragen met verschillende antwoordcategorieën. In de factoranalyse zullen daarom vragen met dezelfde onderliggende structuur eerder clusteren.

Het voordeel van schalen die uit dezelfde typen vragen bestaan, is dat er voor het berekenen van een schaal totaal en -gemiddelde geen hercoderingen vooraf hoeven worden toegepast, met uitzondering van het ompolen van enkele vragen en het missend maken van de 'weet niet' categorie.

3.8 De interne consistentie van de gevonden schalen

Van elk schaal is de interne consistentie onderzocht. Een schaal is voldoende betrouwbaar als de interne consistentie (uitgedrukt in Cronbach's α) >0.70 bedraagt. Schalen met een interne consistentie tussen 0.60 en 0.70 worden als matig betrouwbaar beoordeeld. Schalen met een interne consistentie van <0.60 worden onvoldoende betrouwbaar geacht. Uitgaande van de uitkomsten van de listwise deletion en pairwise deletion factoroplossingen is in het geval van de 'switchende' items bekeken welke combinaties inhoudelijk het meeste betekenis hebben, én welke combinaties tot de hoogste interne consistentie leiden. Verder is gekeken of de items op de factor een voldoende hoge item-totaal correlatie hebben (>.40).

Deze betrouwbaarheidsanalyse leidt ertoe dat drie schalen niet aan de vereisten voldoen, omdat zij onvoldoende betrouwbaar zijn ('voorkeur kunnen aangeven', 'informatie over alternatieven'), of dat er laag correlerende items moeten worden verwijderd en daarmee het aantal items onder de drie komt ('kwaliteit van de afronding van de behandeling'). Herschikking van items leidt ook tot een nieuwe schaal, die de titel 'Informatie over de behandeling krijgt'. Tevens zijn drie clusters van twee items ontstaan met een voldoende hoge Cronbach's α . Hoewel deze niet als schaal mogen worden beschouwd zou voor deze items wel een gemiddelde score kunnen worden berekend. Bij andere CQ-Index vragenlijstontwikkelingen wordt deze procedure ook gevolgd.

Het uiteindelijke resultaat van de factor- en de betrouwbaarheidsanalyses is weergegeven in tabel 3.12. De pilotversie van de CQ-Index voor de ambulante ggz bevat zeven schalen met een voldoende hoge Cronbach's α . Daarnaast kunnen nog drie 'pseudoschalen' bestaande uit twee items worden onderscheiden, waarvan er twee een voldoende grote en één een matige interne consistentie hebben.

Tabel 3.12 Geschaalde items van de CQ-Index kortdurende ambulante ggz.

Titel	Bevat vragen	Cronbach's α¹⁹
Geestelijk functioneren	63, 64, 65, 66	0.95
Bejegening door hulpverlener	31, 38, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54	0.86
Informatie over cliëntenrechten	25, 26, 27, 28, 29, 30	0.77
Deskundigheid hulpverlener	52, 58, 59	0.75
Informatie over de behandeling	13, 14, 15, 17	0.72
Communicatie tussen behandelaars	69, 74, 75	0.70
Informatie over medicatie	20, 21, 22	0.69
Optioneel		
De juiste behandeling gekregen	82, 83	0.83
Keuze voor behandeling	33, 34	0.73
Afspraken over nazorg	80, 81	0,61

Tenslotte zijn in tabel 3.13 de items weergegeven die niet in een schaal konden worden ondergebracht en daarom als losse items worden behandeld. Daarnaast zijn er nog de beoordelvragen bij elk van de domeinen. Deze worden ook als losse items behandeld.

¹⁹ Voor dichotome items wordt eerder de KR-20 toets berekend in plaats van Cronbach's α . Echter omdat de KR-20 in SPSS dezelfde waarde geeft als Cronbach's α , en deze toets bij de andere schalen ook wordt gebruikt, is besloten alleen de Cronbach's α te vermelden.

Tabel 3.13 Items die niet konden worden geschaald

Domein	Nr	Item
<i>Bereikbaarheid</i>	5	Snel terecht voor een afspraak
	6	Probleem met afspraak maken
	7	Duur wachten in wachtkamer
	9	Probleem met telefonisch contact krijgen
	11	Probleem met contact krijgen buiten kantooruren
<i>Informatie</i>	16	Informatie over lichamelijke oorzaken van klachten
	18	Informatie over betrekken familie
	23	Informatie over behandelmogelijkheden elders
	24	Informatie over andere vormen van behandeling
<i>Inspraak</i>	35	Behandelaar kiezen
	36	Tijdstip behandeling kiezen
	37	Gedwongen gevoeld om mee te werken
	39	Behandelplan gemaakt?
	40	Meebeslissen behandelplan
	41	Instemming behandelplan
	43	Bijstelling behandelplan in overleg
<i>Deskundigheid</i>	61	Rekening houden met eerdere ervaringen
<i>Communicatie</i>	70	Duidelijke afspraken
	71	Alles opnieuw moeten vertellen
	72	Behandelaren op een lijn
	73	Tegenstrijdige informatie
<i>Evaluatie</i>	79	Behandeling naar tevredenheid afgerond

4 Aanpassingen aan de CQ-Index

4.1 Verwijderen van vragen

Er wordt naar gestreefd het aantal vragen in de CQ-Index zo beperkt mogelijk te houden. Dit kan onder meer door het verwijderen van vragen die geen toegevoegde waarde hebben, hetzij omdat zij te scheef zijn verdeeld, hetzij dat zij te hoog correleren met andere vragen. Ook informatievragen die respondenten slecht begrijpen, kunnen worden verwijderd, bijvoorbeeld vraag 3 over de belangrijkste klacht. Bij het verwijderen van vragen moet wel bekeken worden of zij niet behoren tot de verplichte CQ-Index vragen of behoren tot de Basisset Prestatie-indicatoren. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval met de vragen over het behandelplan. Gezien hun frequentieverdeling zouden deze uit de CQ-Index kunnen worden verwijderd, maar vanwege hun rol in de Basisset blijven zij (voorlopig) gehandhaafd.

Op grond van hun scheve verdelingen kunnen de volgende vragen wel worden verwijderd:

Vraag 53	Behandelaar heeft interesse in andere aspecten van het leven
Vraag 55	Behandelaar heeft vertrouwelijke informatie doorgegeven
Vraag 57	Behandelaar is deskundig
Vraag 60	Behandelaar is zorgvuldig

Op grond van te hoge onderlinge correlaties tussen de vragen over het geestelijk functioneren van de respondent kunnen vragen uit deze schaal worden verwijderd. Twee van de vier vragen zijn echter verplicht vanuit de Basisset Prestatie-indicatoren. Vraag 66 (oordeel over stabiliteit) kan wel worden verwijderd. Er blijft dan een schaal van 3 items over met een interne consistentie van 0.93. Puur op statistische gronden is het voldoende alleen vraag 63 (oordeel over eigen functioneren) te behouden.

Ook binnen het domein 'bejegening' bevindt zich een aantal onderling hoog correlerende items. Een groot deel van deze items behoort tot de verplichte CQ-Index vragen en/of tot de Basisset Prestatie-indicatoren. Vragen 51 (behandelaar vroeg de mening van de cliënt) en 54 (behandelaar hield zich aan afspraken) kunnen zonder problemen worden verwijderd. Er blijft een schaal met 8 items over, met een interne consistentie van 0.87.

De schaal 'informatie over cliëntenrechten' bestaat uit zes items. Hieruit kunnen de twee laagst correlerende items worden verwijderd, vraag 29 (informatie over de keuze van een behandelaar) en vraag 30 (informatie over de cliëntenraad). De interne consistentie blijft goed (0.76).

Bij de andere schalen is het niet mogelijke vragen te verwijderen, omdat het, óf verplichte vragen betreft, óf zou leiden tot het verdwijnen van de schaal.

Ten slotte zijn vraag 3 (belangrijkste klacht), vraag 37 (dwang), vraag 61 (eerdere ervaringen), vraag 89 (betaalde baan), vraag 96 (duur invullen lijst) en vraag 97 (moeilijkheidsgraad) verwijderd. Deze vragen zijn overbodig, voegen niets toe aan de andere items, en/of verstoren de structuur van de vragenlijst.

4.2 Aanpassen van de structuur van de vragenlijst

De overdaad aan selectievragen leidde tot een aanzienlijk aantal foute antwoorden en missende waarden. Hoewel dit met een elektronische versie van de CQ-Index te onder-
vangen is, blijft dit bij de papieren versie een probleem. Dit betekent dat bij de vragen 5
t/m 11 (bereikbaarheid), 16 (lichamelijke oorzaak), 42 (behandelplan bijgesteld) en 81
(afspraken nazorg) aanpassingen zijn gemaakt, waardoor de selectievragen niet meer
nodig zijn. De aangepaste versie van de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz is
weergegeven in bijlage 5. Het aantal vragen is teruggebracht van 97 tot 77. In tabel 3.14
zijn de nieuwe schalen weergegeven volgens de oude nummering en de nummering in de
herziene versie. In tabel 3.15 is datzelfde gedaan voor de losse items.

**Tabel 3.14 Geschaalde items van de CQ-Index kortdurende ambulante ggz na
reductie (oude en nieuwe nummering)**

Titel	Oude vraag nr	Nieuw vraag nr	Cronbach's α
Geestelijk functioneren	63, 64, 65	47, 48, 49	0.93
Bejegening door hulpverlener	31, 38, 45, 46, 47, 48, 49, 50	25, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 42	0.87
Informatie over cliëntenrechten	25, 26, 27, 28	21, 22, 23, 24	0.76
Deskundigheid hulpverlener	52, 58, 59	43, 45, 46	0.75
Informatie over de behandeling	13, 14, 15, 17	09, 10, 11, 13	0.72
Communicatie behandelaars	69, 74, 75	52, 57, 58	0.70
Informatie over medicatie	20, 21, 22	16, 17, 18	0.69
Optioneel			
De juiste behandeling gekregen	82, 83	65, 66	0.83
Keuze voor behandeling	33, 34	27, 28	0.73
Afspraken over nazorg	80, 81	63, 64	0,61

Tabel 3.15 Losse items (oude en nieuwe nummering)

Domein	Oude nr	Nieuwe nr	Item
<i>Bereikbaarheid</i>	5	--	Snel terecht voor een afspraak
	6	4	Probleem met afspraak maken
	7	5	Duur wachten in wachtkamer
	9	6	Probleem met telefonisch contact krijgen
	11	7	Probleem met contact buiten kantooruren
<i>Informatie</i>	16	12	Informatie over lichamelijke oorzaken klachten
	18	14	Informatie over betrekken familie
	23	19	Informatie over behandelmogelijkheden elders
	24	20	Informatie andere vormen van behandeling
<i>Inspraak</i>	35	29	Behandelaar kiezen
	36	30	Tijdstip behandeling kiezen
	39	32	Behandelplan gemaakt?
	40	33	Meebeslissen behandelplan
	41	34	Instemming behandelplan
	43	35	Bijstelling behandelplan in overleg
<i>Communicatie</i>	70	53	Duidelijke afspraken
	71	54	Alles opnieuw moeten vertellen
	72	55	Behandelaren op een lijn
	73	56	Tegenstrijdige informatie
<i>Evaluatie</i>	79	62	Behandeling naar tevredenheid afgerond

5 Conclusies en aanbevelingen

De pilotstudie op de eerste versie van de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz leverde een netto respons op van ongeveer 30% (N=475). Dit is vergelijkbaar met de responspercentages die met de GGZ Thermometer worden behaald, maar lager dan de responspercentages die bij andere studies met CQ-Indices worden gevonden. Bijvoorbeeld in een recente studie bij fysiotherapiecliënten, werd een netto respons behaald van 59%²⁰. Ook in de andere CQ-studies worden netto responspercentages van boven de 40% behaald.

Een deel van de non-respons is te wijten aan de samenstelling van de steekproeven. De inclusiecriteria waren niet scherp genoeg gedefinieerd (geen nevencliënten, minimaal één behandelcontact in het afgelopen jaar), waardoor tenminste 77 respondenten ten onrechte een vragenlijst toegestuurd hadden gekregen (5% van de verzonden lijsten). Daarnaast werden 124 lijsten leeg teruggestuurd (8% van de verzonden lijsten). Dus in totaal was 13% van de verzonden lijsten (en 29% van de geretourneerde lijsten) bij voorbaat niet bruikbaar. Dit leidde bij een instelling tot een netto respons van 21%. Het verdient dus aanbeveling om te streven naar een zo goed mogelijke steekproef cliënten door een betere controle op de inclusiecriteria (een primaire cliënt van 18 jaar of ouder) en het toevoegen van de eis dat er in het afgelopen jaar sprake is geweest van tenminste één behandelcontact.

Naast de non-respons als gevolg van de steekproeftrekking, zijn de andere redenen van non-respons onbekend. Een mogelijke oorzaak is het feit dat er hier sprake is van cliënten die een kortdurende ambulante behandeling (hebben) ontvangen. De kans bestaat dat een deel van hen nog onvoldoende een band met de hulpverlener heeft kunnen opbouwen, en zij daardoor niet bereid zijn geweest aan het onderzoek deel te nemen.

Ook de moeilijkheidsgraad en de lengte van de CQ-Index is een mogelijke oorzaak van non-respons. Uit ervaring is bekend dat personen met een ggz achtergrond vaak moeite hebben om zich langere tijd op een vragenlijst te concentreren. Men haakt halverwege af, of wordt op voorhand afgeschrikt door de omvang van het instrument. Om deze reden zijn er de laatste jaren juist korte instrumenten ontwikkeld voor afname bij cliënten, zoals de GGZ Thermometer, of de verkorte versies bestaande instrumenten zoals de MAN-SA, een instrument voor het meten van kwaliteit van leven. Uit de vragen naar de moeilijkheidsgraad en de hoeveelheid tijd die men voor het invullen nodig had, bleek echter dat het merendeel van de respondenten de lijst binnen 20 minuten kon invullen en de vragen niet moeilijk werden gevonden. Er zou hier sprake kunnen zijn van een selectieve respons, waarbij alleen de beter functionerende cliënten de CQ-Index hebben ingevuld. In elk geval lijkt het aanbevelenswaardig om de CQ-Index zo beknopt mogelijk te maken en de vragen zo eenvoudig mogelijk te formuleren. Als gevolg van de uitkomsten van deze pilot is het aantal items in de tweede versie van de vragenlijst dan ook teruggebracht van 97 naar 77. Naar aanleiding van het onderzoek naar het discriminerend vermogen van de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz zal echter opnieuw moeten worden bekeken of vragen kunnen worden geschrapt.

Een andere oorzaak van non-respons is mogelijk de wijze van afname geweest. Uit reacties van respondenten bleek dat de gehanteerde Dillman methode voor de dataverzameling als "te opdringerig" werd ervaren, en als een inbreuk op de privacy (wat altijd een

²⁰ Veenhof C, Triemstra M, Stubbe J (2007). CQ Index Fysiotherapie: De psychometrische kwaliteiten nader bekeken. Utrecht: NIVEL.

heikel punt is in de ggz). Zo werd bij een instelling de briefkaart met een herinnering niet in een envelop verstuurd, zodat iedereen kon lezen dat het ging om een onderzoek in de ggz. Ook waren er klachten over het feit dat men tot vier keer toe een mailing kreeg toegestuurd, bij sommigen ook nadat men had aangegeven dat men niet wilde meewerken. De beloofde privacy strookte bij deze respondenten niet met het meerdere malen toesturen van post op naam, met de mededeling dat men helaas nog niets van de respondent had ontvangen. Hoewel daar geen harde bewijzen voor zijn zou de Dillman methode, die juist tot doel heeft de respons te verhogen, bij deze ggz cliënten wel eens contraproductief hebben kunnen gewerkt. Het verdient aanbeveling de procedure rond het aanschrijven van cliënten, het sturen van herinneringen, en de omgang met privacy nader te bestuderen.

Nog een andere reden voor non-respons kan zijn dat bepaalde groepen, bijvoorbeeld cliënten die goede (of juist slechte) ervaringen hebben in de ggz, allochtonen of jongeren, minder geneigd zijn aan onderzoek mee te doen. Uit de non-respons analyse bleek dat vrouwen en 45-plussers oververtegenwoordigd zijn bij degenen die een ingevulde vragenlijst hebben teruggestuurd. Er is daarmee sprake van een selectieve respons. Dit is overigens een bekend fenomeen. In de CQ-studie bij fysiotherapeuten bleek ook dat er in de responsgroep een oververtegenwoordiging was van vrouwen, ouderen en chronisch zieken. Een selectieve non-respons is voor de ontwikkeling van de CQ-Index niet problematisch. Voor de beoordeling van de kwaliteit van ggz-aanbieders, en de onderlinge vergelijking tussen aanbieders, zal hieraan wel aandacht moeten worden besteed. Bij de procedure rond de ontwikkeling van CQ-Indices wordt hierin voorzien in de vorm van zogeheten 'case-mix adjusters'. Deze zullen in het vervolgonderzoek aan de orde komen.

Ongeveer een derde van de vragenlijsten was volledig ingevuld, de rest bevatte een of meerdere missende vragen. Dit was voor een deel te wijten aan de zogeheten selectievragen in de CQ-Index. In een aanzienlijk aantal gevallen werden vragen die hadden moeten worden overgeslagen tóch beantwoord, terwijl anderzijds vragen werden overgeslagen die wél ingevuld hadden moeten worden. Bij de vragen die iedereen moest invullen was er sprake van gemiddeld 4.0% missings per vraag, met maar een enkele uitschieter naar boven of beneden. Dat betekent dat het merendeel van de vragen binnen de 5%-grens uit het Handboek CQI Meetinstrumenten valt. Daarnaast is er geen sprake van een toename van missende waarden aan het einde van de vragenlijst. In grote lijnen is de CQ-Index goed in te vullen door de respondenten, in elk geval voor degenen die hebben gerespondeerd.

Het aantal missende waarden bij de selectievragen lag aanzienlijk hoger, gemiddeld 14.6%, met een uitschieter naar 42.2%. Alleen het aantal missings bij de vragen over de informatievoorziening in het geval van medicatiegebruik bleef binnen de 5%. Pas als deze missings kunnen worden voorkómen, zullen de vragen naar de toegankelijkheid van de zorg, de behandelplannen, de communicatie tussen behandelaren en de afronding van de behandeling betrouwbare resultaten opleveren. Dat kan enerzijds door de CQ-Index in een digitale vorm af te nemen. Daarin wordt door de programmatuur automatisch naar de juiste vraag gegaan. Ook kan daarin de voorwaarde worden opgenomen dat op elke vraag een antwoord moet worden gegeven voordat naar een nieuw scherm wordt overgegaan. Anderzijds kunnen missings worden voorkomen door het aantal selectievragen tot een minimum te beperken. In de herziene versie van de vragenlijst is hiervoor al een aantal aanpassingen doorgevoerd.

De factor- en betrouwbaarheidsanalyses leverden zeven goed te interpreteren schalen op, waarmee het mogelijk is een groot deel van de verzamelde informatie op een be-

knopte wijze te presenteren. Het kunnen construeren van schalen is mede mogelijk gemaakt door de conceptuele opbouw van de vragenlijst, gebaseerd op bestaande vragenlijsten, zoals de GGZ Thermometer en de ECHO, en de inbreng van de focusgroepen. Hierdoor konden de domeinen zodanig worden geoperationaliseerd dat er sprake was van inhoudelijk samenhangende items. Ondanks het (te) grote aantal missende waarden (zie hiervoor), was het ook mogelijk de vragen over de communicatie tussen behandelaars in een schaal te vatten. Voor de vragen bestemd voor subpopulaties (met uitzondering die over de informatieverstrekking over medicatie) was dat niet het geval. De verwachting is dat met het vermijden van selectievragen ook bij deze vragen schaalconstructie mogelijk is, gezien de inhoud van de desbetreffende vragen. Op de data uit het grootschaliger onderzoek naar het discriminerend vermogen van de CQ-Index wordt daarom opnieuw een factoranalyse uitgevoerd.

Samengevat kan worden gesteld dat de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz goed is in te vullen, daar waar het de vragen betreft die voor iedereen gelden. Het instrument kan deels worden samengevat in betekenisvolle schalen. De respons is wel aan de (te) lage kant en dient te worden verbeterd. Dat kan enerzijds door een verbetering van de steekproef- en verzendprocedure, en anderzijds door een vereenvoudiging van het instrument en een vermindering van het aantal vragen. Verder zal het aantal missende waarden moeten worden teruggebracht door het vermijden van selectievragen. De aangepaste versie van de CQ-Index voor de kortdurende ambulante ggz zal op deze punten in het onderzoek naar het discriminerend vermogen opnieuw worden getoetst.

Bijlage 1: Input focusgroepen

De ervaringen van cliënten met de ambulante ggz: de ontwikkeling van de Consumer Quality Index vragenlijst (CQ-Index)

Inleiding

De CQ-Index voor de ambulante ggz is een vragenlijst voor het meten van de ervaringen van cliënten met de behandeling die zij hebben ontvangen van bijvoorbeeld een eerstelijns psycholoog, een vrijgevestigd therapeut, of van een hulpverlener van een Riagg of van de polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis. Het gaat hierbij niet alleen over de vraag of de behandeling resultaat heeft opgeleverd, maar juist ook over zaken als een respectvolle benadering, serieus genomen worden, en goed geïnformeerd worden.

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

1. De **toegankelijkheid** van de zorg (snelle hulp, bereikbaarheid)
2. De **informatie** die zij krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
3. De **inspraak** die zij hebben bij de behandeling (meebeslissen, behandelplan)
4. De wijze waarop zij door de handelaar worden **bejegend** (respectvol, serieus nemen)
5. De inhoudelijke **deskundigheid** van de hulpverlener
6. De mate waarin de ontvangen behandeling **aansluit bij de wensen** van de cliënt
7. Het **resultaat** van de behandeling (voel ik me beter dan voorheen)
8. De **continuïteit van zorg**: de afstemming tussen verschillende hulpverleners

Elk van deze domeinen is vervolgens opgesplitst in deelonderwerpen (*subdomeinen* geheten) en voor elk van deze subdomeinen zijn voorbeeldvragen geformuleerd. Deze zijn ook afkomstig uit eerder onderzoek en uit bestaande vragenlijsten.

Het doel van deze focusgroep bijeenkomst is om de volgende vragen te bespreken:

- Als je het over cliëntervaringen hebt, zijn dit dan inderdaad (de meest) belangrijke domeinen om een behandeling op te kunnen beoordelen?
- Ontbreken er nog belangrijke domeinen?
- Welke van de domeinen zijn het meest belangrijk en welke minder?
- Welke van de subdomeinen 'beschrijven' dat domein het beste? Dat wil zeggen: naar welke kenmerken moet je vragen om een goed oordeel over de behandeling te kunnen geven?
- Welke subdomeinen zijn minder of niet belangrijk en zou je eventueel kunnen weglaten?
- Welke aanvullingen en opmerkingen kunnen worden gemaakt?

Deze vragen zullen per domein worden behandeld.

Domein 1: De toegankelijkheid van de behandeling

Subdomein	Voorbeeldvragen
Bereikbaarheid voor maken van afspraken	Kunt u gemakkelijk een afspraak maken met een hulpverlener? Kunt u buiten kantooruren een afspraak maken?
Snel geholpen	Kunt u snel terecht bij een hulpverlener?
Wachttijden in de wachtkamer	Hoe vaak moet u meer dan 15 minuten wachten in de wachtkamer?

Domein 2: Informatievoorziening

Subdomein	Voorbeeldvragen
Medicijnen	Bent u voldoende geweest op bijwerkingen van medicijnen?
Behandeling	Heeft u informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden? Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling? Heeft u informatie gekregen over uw klachten en hoe daarmee om te gaan? Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kon verwachten?
Alternatieve behandeling	Is er met u gesproken over het betrekken van uw familie of vrienden in de behandeling? Bent u geweest op andere vormen van behandeling elders? Heeft men u geïnformeerd over zelfhulpgroepen, lotgenotencontact of zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, E-hulp, alternatieve geneeswijzen?
Rechten	Heeft u informatie gekregen over de rechten die u kunt ontlenen aan het behandelingsplan/behandelovereenkomst? Heeft u informatie gekregen over uw rechten als cliënt over: - inzage in het dossier - hulpvraagverduidelijking - de mogelijkheid tot een second opinion - klachtenprocedure - vrije keuze van hulpverlener en plaats van behandeling

Domein 3: Inspraak en keuzevrijheid

Subdomein	Voorbeeldvragen
Meebeslissen over de behandeling	Heeft u het gevoel dat u een bepaalde behandeling kunt weigeren? Heeft u het gevoel dat u een bepaald medicijn kunt weigeren? Kunt u zelf kiezen wie uw hulpverlener is? Kunt u zelf kiezen waar en wanneer de behandeling plaatsvindt? Heeft u kunnen kiezen uit verschillende soorten behandeling?
Behandelingsplan/ behandelovereenkomst	Is er een behandelingsplan/behandelovereenkomst gemaakt? Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw behandelingsplan/behandelovereenkomst? Kunnen de afspraken in uw behandelingsplan/ behandelovereenkomst op uw verzoek worden gewijzigd? Heeft u ingestemd met uw behandelingsplan/ behandelovereenkomst?
Wilsbeschikking	Heeft u de gelegenheid gekregen een wilsbeschikking (zelfbeschikkingscontract, crisiskaart of wilsverklaring) vast te leggen?

Domein 4: Bejegening

Subdomein	Voorbeeldvragen
Aandacht	Besteedt uw hulpverlener voldoende tijd aan u? Luistert uw hulpverlener met aandacht naar u? Is uw hulpverlener geïnteresseerd in u en uw mening? Vraagt uw hulpverlener regelmatig wat u van de behandeling vindt?
Respect	Legt uw hulpverlener u de dingen uit op een manier die u kon begrijpen? Toont uw hulpverlener respect voor wat u te zeggen heeft? Heeft u de mogelijkheid om uw ervaringskennis in te brengen? Houdt de hulpverlener zich aan afspraken met u?
Veiligheid	Voelt u zich veilig bij uw hulpverlener? Kunt u uw hulpverlener voldoende vertrouwen? Heeft uw hulpverleners informatie aan anderen doorgegeven die vertrouwelijk had moeten blijven?
Integrale probleemverkenning	Is de behandeling afgestemd op uw levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur? Heeft uw hulpverlener ook interesse voor andere aspecten van uw leven?

Domein 5: Deskundigheid van de hulpverlener

Subdomein	Voorbeeldvragen
Deskundigheid	Vindt u uw hulpverlener deskundig (goed in zijn/haar vak)? Begrijpt de hulpverlener wat uw klachten zijn? Heeft uw hulpverlener de juiste diagnose gesteld?

Domein 6: Vervulling van behandelwensen

Subdomein	Voorbeeldvragen
Dagelijkse verzorging	Wilt u hulp of begeleiding bij uw huishouding en/of zelfverzorging? Krijgt u hulp of begeleiding bij uw huishouding en/of zelfverzorging? Zo ja, krijgt u de juiste hulp of begeleiding hierbij?
Omgang met anderen	Zie boven
Werk/school/dagbesteding	Zie boven
Financiën	Zie boven
Psychisch functioneren	Zie boven
Lichamelijk functioneren	Zie boven
Gevoel van veiligheid	Zie boven
Woonsituatie	Zie boven

Domein 7: Ervaren behandelresultaat

Subdomein	Voorbeeldvragen
Resultaat	Hoe zou u uw algemene geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven? Bent u door de behandeling vooruit gegaan/geholpen? Vergeleken met 6 maanden geleden, heeft u meer zelfvertrouwen gekregen? Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat? Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat het u nu lukt om de dingen te doen die u wilt doen? Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met sociale situaties (activiteiten en contacten) omgaat?
Behandeling naar wens uitgevoerd	Was de behandeling de juiste aanpak voor uw klachten? Werd het behandelingsplan naar wens uitgevoerd?

Domein 8: Continuïteit van zorg

Subdomein	Voorbeeldvragen
Doorverwijzing	Krijgt u op dit moment behalve hulp van uw hulpverlener ook nog hulp van een ander (bijvoorbeeld van uw huisarts)?
Communicatie tussen hulpverleners	Moest u aan de andere hulpverlener opnieuw alles vertellen over uw klachten? Zitten de (beide) hulpverleners op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?

Bijlage 2: Focusgroep verslag deel 1

**Consumer Quality Index voor de
geestelijke gezondheidszorg
(CQ-Index)**

**B. van Wijngaarden
16 augustus 2006**

Doel van de focusgroep

De CQ-Index voor de ambulante ggz is een vragenlijst in ontwikkeling voor het meten van de ervaringen van cliënten die een ambulante behandeling ontvangen of ontvangen hebben van een eerstelijns psycholoog, een vrijgevestigd therapeut, of van een hulpverlener van een Riagg of van de polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis. Het gaat hierbij niet alleen over de vraag of de behandeling resultaat heeft opgeleverd, maar juist ook over zaken als een respectvolle benadering, serieus genomen worden, en goed geïnformeerd worden. Uit eerder onderzoek en in gesprekken met betrokkenen is gebleken dat hierbij de volgende thema's van belang zijn:

1. De **toegankelijkheid** van de zorg (snelle hulp, bereikbaarheid)
2. De **informatie** die zij krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
3. De **inspraak** die zij hebben bij de behandeling (meebeslissen, behandelplan)
4. De wijze waarop zij door de behandelaar worden **bejegend** (respectvol, serieus nemen)
5. De inhoudelijke **deskundigheid** van de hulpverlener
6. De mate waarin de ontvangen behandeling **aansluit bij de wensen** van de cliënt
7. Het **resultaat** van de behandeling (voel ik me beter dan voorheen)
8. De **continuïteit van zorg**: de afstemming tussen verschillende hulpverleners, nazorg, en terugvalpreventie

Elk van deze domeinen is vervolgens opgesplitst in deelonderwerpen (*subdomeinen* geheten) en voor elk van deze subdomeinen zijn voorbeeldvragen geformuleerd. Deze zijn ook afkomstig uit eerder onderzoek en uit bestaande vragenlijsten.

Het doel van de focusgroep bijeenkomst was om met vertegenwoordigers van de cliënten die een ambulante behandeling ontvangen de volgende vragen te bespreken:

- Als je het over cliëntervaringen hebt, zijn dit dan inderdaad (de meest) belangrijke domeinen om een behandeling op te kunnen beoordelen?
- Ontbreken er nog belangrijke domeinen?
- Welke van de domeinen zijn het meest belangrijk en welke minder?
- Welke van de subdomeinen 'beschrijven' het domein het beste? Dat wil zeggen: naar welke kenmerken moet je vragen om een goed oordeel over de behandeling te kunnen geven?
- Welke subdomeinen zijn minder of niet belangrijk en zou je eventueel kunnen weglaten?
- Welke aanvullingen en opmerkingen kunnen worden gemaakt?

Algemene indruk van de bijeenkomst

De bijeenkomst vond plaats in een prettige, geanimeerde en ontspannen sfeer. De inzet en betrokkenheid van alle deelnemers was erg groot. De voorzitter zorgde er voor dat iedereen aan het woord kwam en bewerkstelligde duidelijkheid in de discussie door uitspraken van de deelnemers samen te vatten en eventueel te verhelderen. Het onderwerp cliëntervaringen werd door iedereen als zeer belangrijk beoordeeld en men gaf aan zeer gemotiveerd te zijn om mee te denken. Er werd dan ook hard doorgewerkt en op verzoek van de deelnemers werd zelfs een van de drie geplande pauzes geschrapt. Hoewel het er in het begin naar uitzag dat het beoogde tijdschema niet werd gehaald, bleek de gereserveerde 3,5 uur uiteindelijk voldoende om alle onderwerpen afdoende te bespreken. Over bijna alle onderdelen was er consensus binnen de groep.

Na afloop van de bijeenkomst meldden drie deelnemers dat zij graag ook willen deelnemen aan de tweede focusgroep die op 23 augustus 2006 wordt gehouden en waarin de concept vragenlijst besproken zal worden. Zij hadden in eerste instantie aangegeven dat zij slechts aan één bijeenkomst wilden meewerken, maar vonden het onderwerp zo interessant dat zij alsnog deel wilden nemen. Eén deelnemer had de bijeenkomst echter als vermoeiend ervaren en meldde zich voor de tweede focusgroep af.

Kennismakingsronde en introductie

De focusgroep bijeenkomst werd voorafgegaan door een kennismakingsronde, waarin de deelnemers elkaar informeerden over hun ggz-geschiedenis. Vervolgens hield de secretaris een korte inleiding, waarin hij het doel van de focusgroep en de werkwijze nog eens uitlegde. Uit de kennismakingsronde bleek dat de eigen ervaringen met de ggz van de deelnemers zeer verschillend waren, van zeer positief tot kritisch. Genoemde punten van kritiek betroffen onder meer gemaakt

medicatiefouten door een huisarts, de verstikkende bureaucratie van grote ggz-instellingen, en versnipperde zorg in het geval van meervoudige problematiek. De meeste deelnemers hebben door de tijd heen verschillende vormen van behandeling door verschillende aanbieders gehad.

Algemene opmerkingen

Alle vooraf geselecteerde thema's (domeinen) werden door de deelnemers belangrijk gevonden. Geen van de domeinen kwam voor schrappen in aanmerking. Ook de dekking werd als voldoende ervaren. Er werden geen nieuwe thema's voorgesteld.

Enkele malen gedurende de focusgroep bijeenkomst wordt aangegeven dat de definitie van sommige begrippen in de vooraf aangeleverde tekst en voorbeeldvragen niet aansluit bij de eigen ervaringen. Bijvoorbeeld het gebruik van de termen behandeling of begeleiding, en van behandelaar, hulpverlener, zorgverlener of begeleider. Ook is er in het ene geval sprake van één hulpverlener en in een ander geval van een heel team hulpverleners, en was er onduidelijkheid over de vraag of een psychologische test al of niet bij de behandeling hoort. Doordat de geestelijke gezondheidszorg een breed gebied bestrijkt, variërend van een kortdurende ambulante en op genezing gerichte behandeling tot langdurige (intramurale) zorg, waarbij de cliënt vaak is 'uitbehandeld' en er meestal voornamelijk sprake is van het begeleiden van cliënten bij de praktische aspecten van het leven (wonen, huishouden, financiën en dergelijke), bestaan hiervoor geen unieke en in alle situaties toepasbare termen. In de te construeren vragenlijst zal zo veel mogelijk een eenduidige terminologie worden aangehouden. Het woord 'domeinen' zelf kan beter worden vermeden volgens de deelnemers en zal alleen in dit verslag nog gebruikt worden.

Verder wordt het jammer gevonden dat de vragenlijst vooral is toegesneden op volwassen en autochtone cliënten. De secretaris legt uit dat dit inderdaad de doelgroep voor deze lijst is, dat dit een bewuste keus is geweest, en dat op basis van de ervaringen in het eerste onderzoek het instrument ook geschikt zal worden gemaakt voor jongeren, ouderen, mensen in de langdurende zorg, et cetera.

Domein 1: De toegankelijkheid van de behandeling

Bij dit domein wordt als eerste ingegaan op de wijze waarop met wachttijden wordt omgegaan. Het betreft hier niet zozeer de wachttijden op zich, maar uitleg en informatie over wat er gebeurt als wachttijden uitlopen. Hoe wordt de wachttijd opgevuld en uitgelegd. Is er een protocol over wat je kunt doen als je langer moet wachten. Hangt er bijvoorbeeld een bordje waarop staat wat je kunt doen als je langer dan 15 minuten wacht. Kan je dan naar de receptie en vragen hoe lang het nog duurt, wordt er gebeld, krijg je koffie en dergelijke. Men wil geïnformeerd worden als de consulten uitlopen, weten waar je aan toe bent.

Ook moet je soms heel lang wachten voor een afspraak (9 weken wordt genoemd) en dan wordt niet uitgelegd waarom. Je wordt vaak ook lang in onzekerheid gehouden wanneer de uiteindelijke afspraak is. Je krijgt dus niet meteen een datum. Algemeen is de mening dat je altijd duidelijk uitleg moet geven, ook als iets niet kan. De vergelijking wordt gemaakt met de NS in het geval van vertraging. Je trein staat stil en je krijgt niet te horen waarom. Dus uitleg over elke vorm van wachttijd is een belangrijke subdomein en wordt toegevoegd aan domein 2.

Ook besproken wordt het gebruik van meerdere vormen van communicatiemiddelen om in contact te komen met je behandelaar.

Een deelnemer noemt het gebruik van het internet, bijvoorbeeld voor het maken van een afspraak, het opvragen van wachttijden, en dergelijke. Daarmee wordt in de somatische gezondheidszorg geëxperimenteerd. Zij geeft aan dat het vaak niet mogelijk is om aan de balie een afspraak te maken aan het einde van de dag of tegen de lunch, omdat er dan niemand achter die balie zit. Een andere deelnemer mailt met de psychiater. Al deze punten vallen onder het eerste subdomein: bereikbaarheid voor het maken (of verzetten) van afspraken.

Als extra subdomein wordt voorgesteld om een vraag op te nemen over wachtgroepen (een deelnemer noemt dit susgroepen), waarin alvast wat met de cliënt gebeurt in afwachting van de echte behandeling. Men geeft aan dat dit erg op prijs wordt gesteld, wachttijden worden als erg vervelend ervaren. Dus hoe wordt een eventuele wachttijd opgevangen.

Bij 'snel geholpen' wordt nog opgemerkt dat het hier ook gaat om een snelle actieve respons tijdens de behandeling als het minder gaat. Een extra vangnet tijdens de behandeling.

Ook hier de vraag of er gevraagd moet worden naar een hulpverlening, de hulpverlening of úw hulpverlener.

Domein 2: Informatievoorziening

Informatie over het recht om zelf je behandelaar te kiezen wordt heel belangrijk gevonden. Deze informatie wordt niet altijd verstrekt.

Er was wat verwarring over de term 'alternatieve behandeling'. Hier wordt bedoeld andere vormen van behandeling en niet zaken als aromatherapie of handoplegging (Jomanda). De terminologie zal hierop worden aangepast. Ook vindt men dat het betrekken van familie of vrienden tot de reguliere behandeling behoort en niet onder andere vormen van behandeling.

Enige discussie of er informatie over alternatieve geneeswijzen moet worden gegeven. De uitkomst hiervan is dat, hoewel de deelnemers aangeven dat zij zelf hier geen enkele behoefte aan hebben, er wel informatie over moet worden gegeven omdat daar nu eenmaal behoefte aan is. Ook wordt aangegeven dat bepaalde diëten (visolie) een positieve werking hebben. Dergelijke informatie moet er dus wel zijn.

Ook moet er informatie zijn over de vraag in hoeverre aanvullende behandelingen (ook uit de alternatieve) hoek interfereren met de eigenlijke behandeling. En als je het dan toch doet, of dan je rechten op behandeling niet vervallen. Hiermee komt de focusgroep op het thema 'plichten' als tegenhanger van cliëntenrechten. Men vindt dat het er ook bepaalde dingen van je verwacht worden en dat je daar informatie over krijgt (bijvoorbeeld op tijd komen, geen agressief gedrag, verplicht medicijnen innemen, etc). Het subdomein wordt dus uitgebreid tot 'rechten en plichten'.

Bij het subdomein medicijnen wordt voorgesteld om vragen op te nemen over de werking van medicijnen (wat doet het nu allemaal, hoe werkt dat nu in mijn hoofd), en de verschillen tussen de diverse medicijnen voor dezelfde aandoening. Ook worden vaak eerst de medicijnen voorgeschreven en pas later de uitleg gegeven, in plaats van andersom. Veder moet er voldoende foldermateriaal zijn, om zelf rustig door te nemen.

Men vindt ook dat er meer aandacht moet zijn voor eventuele lichamelijke oorzaken van psychiatrische aandoeningen. Dus zou ook informatie moeten worden gegeven over de samenhang en interactie tussen lichamelijke en geestelijke klachten. Als voorbeeld wordt gegeven dat bepaalde anti-psychoptica leidden tot een verhoogd cholesterolgehalte. Is het dus zinvol om ook een lichamelijke screening te doen bij bepaalde klachten.

Deze informatiebehoefte komt voort uit de wens om aan het begin van de behandeling een volledig medisch en eventueel genetisch onderzoek uit te voeren. Dit punt zou kunnen worden opgenomen bij het domein 'deskundigheid'.

Tenslotte is er behoefte aan informatie over het eventuele bestaan van een crisiskaart of zelfbeschikkingscontract (is niet overal voorhanden).

Domein 3: Inspraak en keuzevrijheid

De term 'wilsbeschikking' doet de deelnemers te veel aan sterven denken. Het gaat om crisiskaarten, zelfbeschikkingscontracten, wilsverklaringen en dergelijke voor als het slecht met je gaat en je het zelf niet meer goed kan uitleggen. Dus wat er gedaan moet worden als je in crisis verkeert, wie er gebeld moet worden, wie de contactpersonen zijn, hoe je bejegend wil worden, en dergelijke. Niet iedereen in de focusgroep is van het bestaan hiervan op de hoogte.

Men vindt dat bij meebeslissen de nadruk te veel ligt op dingen weigeren. Er kunnen ook dingen zijn, medicatie of vormen van therapie die je juist graag wilt, je eigen voorkeuren. En lukt dat dan ook om het te krijgen. Daarvoor heb je ook goede kennis nodig over wat er allemaal kan. Dit punt kan worden opgenomen bij domein 2: informatie.

Er wordt verder ingegaan op de rol die hulpverleners hierbij innemen. Het gaat daarbij vooral over de moeite die zij doen om je wensen goed te (leren) begrijpen. Ook de samenwerking tussen hulpverleners op dit punt komt aan de orde. Dit punt wordt bij domein 8 (continuïteit van zorg) behandeld.

Informatieverstrekking en het kunnen meebeslissen zouden op meerde momenten in de behandeling moeten terugkeren, met name als de behandeling wat langer duurt. Dit punt vinden de deelnemers belangrijk. Het wordt als vraag bij de beide domeinen opgenomen.

Bij meebeslissen hoort volgens een deelnemer ook dat je meebeslist wanneer en hoe familie bij de behandeling wordt betrokken. De anderen zijn het hiermee eens.

Domein 4: Bejegening

De term 'integrale probleemherkenning' werd als te moeilijk ervaren en nog eens uitgelegd door de secretaris. Bij dit subdomein werd opgemerkt het dan wel relevante aspecten van het leven moeten zijn en dat men niet te diep moet wroeten. Een hulpverlener mag niet over de schreef gaan. De hulpverlener moet ook eerst toestemming vragen om het over andere aspecten van het leven te hebben. Er moet dus bij het subdomein respect ook een vraag komen over het respecteren van grenzen.

Er wordt een subdomein 'duidelijkheid' gemist, duidelijkheid over hoe het gesprek, het proces verloopt. Men vindt dit ook een vorm van bejegening.

Onder bejegening verstaat men ook rust en begrip tonen voor de situatie, duidelijkheid, het gevoel hebben dat de hulpverlener zich in je verdiept heeft, de uit zichzelf dingen doen, ingaan op wensen van de cliënt, en open en eerlijk zijn over zaken die niet goed zijn gegaan. Ook niet het gevoel hebben dat je een nummer bent, dat alles op de automatische piloot gaat.

Onder respect valt ook dat je als behandelaar niet met een andere behandelaar gaat praten alsof je er niet bij bent.

Respect is ook respect hebben voor uw mening en geen loopgravenoorlog voeren. Je dingen gaat verwijten bijvoorbeeld.

Respect is ook je cliënten ontvangen in een fatsoenlijke ruimte met een fatsoenlijke wachtruimte, dat je een kopje koffie krijgt aangeboden, etc.

Bij aandacht moet nog een vraag komen over het rouwproces dat je doormaakt en het verlies van rollen. Moet als onderwerp echt aandacht krijgen.

Domein 5: Deskundigheid van de hulpverlener

De vraag over de diagnose wordt niet relevant geacht. Men is van mening dat vooral aan het begin van de behandeling het bijna niet mogelijk is om een goede diagnose te stellen. Je kunt dit dus niet eisen van een de behandelaar en het is geen teken van ondeskundigheid. Soms is het zelfs beter om geen diagnose te hebben omdat het demoraliserend en als een etiket werkt.

Bij de vraag of de hulpverlener begrijpt wat de klachten zijn wordt door een deelnemer een nuance aangebracht. De hulpverlener mag best zeggen dat hij het niet begrijpt omdat hij het zelf niet heeft meegemaakt, maar hij moet wel meevoelen. Empathie, begrip is een vorm van deskundigheid. Ze moeten het niet bagatelliseren. Dit onderwerp hoort natuurlijk ook bij bejegening.

Deskundigheid is grote actuele kennis over medicatie en/of over de nieuwste therapievormen. Dat moet hij laten merken. Dat hij weet welke scholen en debatten er zijn en hij moet er een visie op hebben en hij durft een standpunt in te nemen.

Een deskundige hulpverlener is netjes en neutraal gekleed. Het heeft met professionaliteit te maken. Een professionele houding die zorgvuldigheid uitstraalt, dat zie je aan iemand.

Een deskundige hulpverlener stelt in korte tijd de juiste vragen en legt snel de vinger op het probleem. Het zit hem in de houding, in de wijze waarop hij communiceert. Iemand een bepaald gevoel mee kunnen geven.

Een deskundige hulpverlener heeft ook aandacht voor de praktische aspecten van je leefomgeving. Dat je ook problemen kan hebben met je huishouden, je bankzaken en dergelijke. Hij moet oog hebben voor de context. Dat lijkt weer te horen bij de integrale benadering.

Een deelnemer is van mening dat een behandelaar moet kunnen relativiseren, maar anderen zijn het daar niet mee eens. Er is hierover geen consensus.

Domein 6: Aansluiting bij de wensen van de cliënt

Men vindt dit domein wat vreemd, heel anders dan de onderwerpen die tot dan toe zijn behandeld. Ook bij dit domein bestaat in het begin wat verwarring over de verschillen tussen behandeling en begeleiding of ondersteuning, waarbij behandeling ook weer als bejegening kan worden opgevat. De voorzitter legt uit dat het hier gaat om de mate waarin het totaal van begeleiding en ondersteuning aansluit bij de wensen van de cliënt. Ook het subdomein gevoel van veiligheid roept in eerste instantie vragen op. Men is het er echter wel over eens dat menen met een psychische aandoening een groter veiligheidsrisico lopen dan anderen en dat het dus wel een belangrijk onderwerp is. Ook de andere subdomeinen worden belangrijk gevonden. Men noemt met elkaar diverse voorbeelden van problemen waarmee je als cliënt kan worden geconfronteerd en komt de conclusie dat deze allemaal worden gedekt door de voorgestelde subdomeinen.

Wat bij dit domein wordt gemist is de vraag of dit uiteindelijk leidt tot een grotere mate van zelfredzaamheid, maar dat dit niet een apart domein is en meer de wijze waarop je de ondersteuning aanpakt.

Domein 7: Ervaren behandelresultaat

Bij dit domein worden vooral opmerkingen gemaakt over de inhoud en formulering van de voorbeeldvragen. Een opmerking betreft het tijdpad van zes maanden die in enkele vragen wordt genoemd. Het is vaak maar helemaal de vraag of het na zes maanden beter met je gaat dan eerst. Door de tijd heen is er vaak sprake van pieken en dalen, het is een berglandschap en geen lineair proces. Het wil dus niet zeggen dat wanneer het zes maanden geleden slechter ging dan nu, dat er sprake is van een positief behandelresultaat. Er kan in de toekomst weer een terugval komen.

Een andere opmerking betreft het abstractieniveau van een aantal vragen, vooral de vraag hoe je met je klachten omgaat en de vraag hoe je met sociale situaties omgaat. Deze vragen vindt met moeite om te beantwoorden, omdat er vaak sprake is van verschillende klachten en sociale situaties. Men heeft liever vragen die veel concreter en specifiek zijn. Bijvoorbeeld over slapen, wonen, dagbesteding, werk, en dergelijke.

De vraag over toegenomen zelfvertrouwen vindt men juist weer te specifiek. Je zou wel kunnen vragen of je meer vertrouwen hebt gekregen in het leven. Verder moet er een vraag in over een toename van stabiliteit wat veel omvattender is, en waarvan zelfvertrouwen een afgeleide is.

Er is ook nog geen vraag over de verandering in functioneren. Bijvoorbeeld: hoe functioneert u nu vergeleken met zes maanden geleden? Ook ontbreekt een vraag over de wijze van afronding van een behandeling. Vond deze op de juiste wijze plaats?

Er wordt opgemerkt dat er geen vragen zijn over nazorg en kijken naar de toekomst. Daar moet een extra subdomein voor komen. Deze kan het beste bij domein 8 (continuïteit van zorg) worden toegevoegd.

De discussie over de kwestie of ook iets over de behandelduur moet worden gevraagd leidt in eerste instantie tot de vaststelling dat je dat niet moet doen, omdat dat zou kunnen leiden tot een verslechtering van de zorg, in het algemeen en in individuele gevallen (bijvoorbeeld het maximaal aantal vergoede therapiegesprekken). Men is het er wel over eens dat het belangrijk is dat de behandeling niet te kort of te lang duurt en dat je daar wel naar zou kunnen vragen.

Tenslotte wordt voorgesteld om niet naar het behandelingsplan te vragen, omdat veel cliënten geen behandelingsplan hebben of weten niet dat ze die hebben. Voorgesteld wordt om het (ook) te hebben over afspraken die zijn gemaakt met de behandelaar.

Domein 8: Continuïteit van zorg

Er wordt voorgesteld om als extra domein 'coördinatie tussen hulpverleners' op te nemen. Wie heeft de verantwoordelijkheid over het totaal van de behandeling en is er sprake van een goede afstemming tussen de diverse hulpverleners. Dit onderwerp wordt heel belangrijk gevonden, zeker omdat het in de praktijk vaak niet gebeurt.

Ook een subdomein preventie moet worden toegevoegd. Is er aandacht voor het voorkómen van nieuwe episodes en van terugval.

Bij het subdomein 'communicatie tussen hulpverleners' wordt de rol van de huisarts extra benadrukt. Een goed geïnformeerde huisarts is een kenmerk van goede zorg. Het moet echter ook tweerichtingsverkeer zijn. De huisarts moet ook de behandelaars informeren, bijvoorbeeld wat betreft bijwerkingen van medicatie. Hierover moeten vragen worden opgenomen.

Afsluiting

Na het bespreken van de domeinen werd de bijeenkomst afgesloten. Daarbij is verzuimd de beoogde afsluitende vraag "welke domeinen vinden jullie het belangrijkste" te stellen. Deze kan nog worden meegenomen in de tweede focusgroep.

Bijlage 3: Focusgroep verslag deel 2

Consumer Quality Index voor de geestelijke gezondheidszorg (CQ-Index)

**L. Fotiadis
23 augustus 2006**

Doel van de focusgroep

De CQ-Index voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een vragenlijst voor het meten van de ervaringen van cliënten met de behandeling die zij hebben ontvangen van bijvoorbeeld een eerstelijns psycholoog, een vrijgevestigd therapeut, of van een hulpverlener van een Riagg of van de polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis. Het gaat hierbij niet alleen over de vraag of de behandeling resultaat heeft opgeleverd, maar juist ook over zaken als een respectvolle benadering, serieus genomen worden, en goed geïnformeerd worden.

In de eerste focusgroep is naar voren gekomen dat onderstaande thema's belangrijk zijn voor cliënten:

9. De **toegankelijkheid** van de zorg (snelle hulp, bereikbaarheid)
10. De **informatie** die zij krijgen over hun klachten en de behandeling daarvan
11. De **inspraak** die zij hebben bij de behandeling (meebeslissen, behandelplan)
12. De wijze waarop zij door de handelaar worden **bejegend** (respectvol, serieus nemen)
13. De inhoudelijke **deskundigheid** van de hulpverlener
14. De mate waarin de ontvangen behandeling **aansluit bij de wensen** van de cliënt
15. Het **resultaat** van de behandeling (voel ik me beter dan voorheen)
16. De **continuïteit van zorg**: de afstemming tussen verschillende hulpverleners

Voor elk van deze thema's zijn vragen geformuleerd voor de conceptvragenlijst.

Het doel van deze focusgroep bijeenkomst was om met vertegenwoordigers van cliënten die een ambulante behandeling ontvangen, een algemene indruk van de vragenlijst te krijgen én om de volgende vragen te bespreken:

Algemene indruk vragenlijst

- Hoe lang heeft u ongeveer gedaan over het invullen van de lijst?
- Wat vond u van de lengte van de vragenlijst?
- Vond u het een gebruiksvriendelijke vragenlijst?
- Wat viel u op aan de vragenlijst?
- Is de instructie bij de vragenlijst duidelijk?

Aanvullende instructies bij twee domeinen:

- Bij het domein 'Informatievoorziening' en 'Bejegening' wordt specifiek aangegeven dat het om de afgelopen zes maanden van de behandeling gaat: is dit duidelijk? Wat vindt u van de termijn van zes maanden?
- Bij het domein 'Klachten' wordt specifiek gevraagd naar psychische klachten waarmee mensen zich kunnen melden bij een behandelaar. Kent u nog aanvullende psychische klachten die hier in begrijpelijke bewoordingen genoemd zouden kunnen worden?

Beoordeling vragen per domein

- Zijn de vragen begrijpelijk?
- Zijn er vragen overbodig?
- Welke aanvullingen en opmerkingen kunnen worden gemaakt?

Algemene indruk van de bijeenkomst

De sfeer tijdens de bijeenkomst was prettig geanimeerd en ontspannen. De inzet en betrokkenheid van alle deelnemers was erg groot. De voorzitter probeerde de punten van de deelnemers te verduidelijken door samen te vatten en te herformuleren. Ook gaf zij zelf enkele bruikbare tips en aanwijzingen. Er werd een pauze geschrapd om op die manier het beoogde tijdschema te kunnen handhaven. Hoewel het er in het begin naar uitzag dat het tijdschema niet zou worden gehaald, bleek de gereserveerde 3,5 uur uiteindelijk voldoende om alle onderwerpen afdoende te bespreken. Na afloop van de bijeenkomst gaven de deelnemers aan dat zij graag op de hoogte gehouden wilden worden van het vervolg van dit onderzoek.

Kennismakingsronde en introductie

De focusgroep bijeenkomst werd voorafgegaan door een kennismakingsronde, waarin de deelnemers elkaar informeerden over hun ggz-geschiedenis. Vervolgens hield de secretaris een korte inleiding, waarin zij het doel van de focusgroep en het programma van de avond nog eens uitlegde. Uit de kennismakingronde bleek dat de eigen ervaringen met de ggz van de deelnemers zeer verschillend waren, van zeer positief tot kritisch. Genoemde punten van kritiek betroffen onder meer gemaakt medicatiefouten door een huisarts, de verstikkende bureaucratie van grote ggz-instellingen, en versnipperde zorg in het geval van meervoudige problematiek. De meeste deelnemers hebben door de tijd heen verschillende vormen van behandeling door verschillende aanbieders gehad.

Algemene indruk CQ index ggz

Gemiddeld werd de vragenlijst van 118 items in 20 minuten ingevuld. Een enkele deelnemer deed er iets langer over door heel kritisch naar de vragen en antwoordcategorieën te kijken. De eerste indruk van de vragenlijst hing vooral samen met de omvang: veel deelnemers schrokken van het aantal pagina's en het aantal vragen. Ná het invullen was de omvang van de lijst volgens de meeste deelnemers overigens meegevallen. Er waren complimenten voor de typografie van de lijst, de lettergrootte, de grootte van de antwoordvakjes, het geringe aantal vragen op één pagina en de keuze om de pagina's niet dubbelzijdig te laten afdrukken. Hoewel dubbelzijdig afdrukken het aantal pagina's met de helft zou kunnen verminderen en daarmee het eerste 'schrik'-effect op de lengte van de lijst zou kunnen wegnemen, gaven de deelnemers toch de voorkeur aan de huidige opzet.

Als aanvulling werd genoemd dat het wellicht mogelijk was om was meer ruimte te bieden op plekken in de vragenlijst waar de deelnemers de mogelijkheid hadden om eigen antwoorden in te vullen. Ook was er het verzoek om op de voorzijde de titel van de vragenlijst volledig uit te schrijven en vond men de toevoeging 'bestemd voor volwassenen' niet nodig. De volgende suggesties werden gegeven voor het afkorten van de vragenlijst:

Consumer Quality Index (CQ-Index) of:

Consumer Quality Index (CQ-Index) waarbij de afkorting verduidelijkt zou kunnen worden door het onderstrepen of vet maken van de eerste letters.

Tot slot werd gevraagd om zo min mogelijk Engelse termen te gebruiken: als voorbeeld werd daarbij 'second opinion' genoemd. De meerderheid van de deelnemers vonden dat 'second opinion' echter een 'ingeburgerd begrip' was dat niet vertaald hoefde te worden. Consensus werd niet bereikt, maar er werd besloten om het gebruik van Engelse termen waar mogelijk te vermijden. Het gebruik van het woord 'domeinen' bij de inleiding van de focusgroepen werd als "jargon" ervaren. De deelnemers wilden dit liever vervangen door woorden zoals 'rubrieken', 'thema's' of 'categorieën'.

Instructies

De instructies voor het invullen van de vragenlijst vond men helder en duidelijk. Er was bij de categorieën 'Informatievoorziening' en 'Bejegening' een aanvullende instructie gegeven:

De vragen over informatievoorziening (vraag 14 tot en met 31) hebben betrekking op de afgelopen zes maanden. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan zes maanden duurt. U kunt de vraag dan gewoon beantwoorden met die kortere periode in uw achterhoofd.

Hierbij vroeg men zich af waarom deze instructie niet geldt voor de gehele vragenlijst en waarom deze instructie niet aan het begin bij de algemene instructies zou worden opgenomen: dit vond men veel duidelijker.

Daarnaast vroeg men zich af waarom er gekozen was voor een periode van zes maanden; de meeste deelnemers vonden een periode van twaalf maanden beter.

Klachten

Als algemene opmerking werd toegevoegd dat het kopje 'klachten' beter veranderd kon worden in 'psychische klachten' om te voorkomen dat er enige verwarring zou ontstaan over wat voor soort klachten het betrof en of het niet over een klachtenregeling ging.

Bij de categorie 'Klachten' werd specifiek gevraagd naar de volledigheid en duidelijkheid van de lijst met psychische klachten. De deelnemers gaven aan dat de lijst voldoende volledig was, met name

omdat iedereen ook altijd de optie heeft om psychische klachten die niet genoemd zijn zelf te noteren.

Er werd gevraagd om een aantal aanpassingen:

- Dwanghandelingen zou worden: dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- In de war zijn mocht uit de lijst verwijderd worden
- 'Burn out' zou worden: Burn out (zonder aanhalingstekens) en als aparte categorie noteren (los van overspannenheid en stress), maar hierover bestond geen consensus
- Schizofrenie toevoegen, maar hierover bestond geen consensus
- Borderline toevoegen, maar hierover bestond geen consensus

Toelichting bij de voorgestelde wijzigingen: je kunt als cliënt last hebben van dwanghandelingen, maar geen dwanggedachten hebben, maar het kan ook andersom of tegelijkertijd voorkomen. De term 'in de war zijn' werd unaniem hilarisch gevonden. Per definitie zijn alle cliënten met psychische klachten 'in de war' en bovendien zijn ook niet-clieënten wel eens 'in de war' dus deze uitdrukking schept alleen maar *verwarring*. Eén deelnemer vroeg zich af waarom burn out in één adem werd genoemd met overspannenheid en stress, aangezien de ernst van deze klachten absoluut niet vergelijkbaar zijn. Daarnaast zijn ook niet-clieënten wel eens 'gestresst'. Er werd gevraagd om het toevoegen van 'schizofrenie' en 'borderline' als aparte antwoordcategorieën, aangezien cliënten die al wat langer in therapie zijn deze diagnoses kennen. Het werd echter niet als absoluut noodzakelijk ervaren, omdat men altijd nog gebruik kon maken van de 'open' categorie. Tot slot werd geopperd of er ook een categorie kon worden toegevoegd voor mensen die psychische klachten ervaren ten gevolge van 'gender' problematiek en seksualiteit.

Bij vraag 3 vonden de deelnemers de genoemde periodes in de antwoordcategorieën veel te kort op elkaar volgen. Het is erg moeilijk om aan te geven of klachten tussen 1-3 maanden geleden begonnen zijn of 3 tot 6 maanden. Daarnaast zijn cliënten vaak veel langer in behandeling dan 1 of 2 jaar, ook al worden ze ambulante behandeld. Voorgesteld werd om de antwoordcategorieën als volgt aan te passen:

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

zou worden:

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden
- Langer dan 5 jaar geleden

Categorie 1: De toegankelijkheid van de behandeling

Om verwarring te voorkomen werd voorgesteld om vraag 5:

Kunt u gemakkelijk een afspraak maken met uw behandelaar?

om te zetten naar:

Is uw behandelaar goed te bereiken als u een afpraak wilt maken?

Als de vraag niet zou worden omgezet kan de vraag ook worden opgevat als "Bent u goed in staat een afspraak te maken (telefoon op te pakken etc.)" en dat werd niet met deze vraag bedoeld.

Bij vraag 6 werd aangegeven dat de antwoordcategorie 'geen probleem' niets toevoegde aan de vragenlijst en weggelaten kon worden. Ditzelfde gold voor alle vragen waarbij 'geen probleem' werd genoemd. Wanneer een cliënt aangeeft in de voorgaande vraag dat iets niet soepel verloopt,

is dat per definitie een probleem en verschilt alleen de grootte van het probleem aldus de deelnemers.

Bij vraag 7 werd aangegeven dat 'uw behandelaar' in deze vraag beter vervangen kon worden door 'een behandelaar'. Het was voor de deelnemers belangrijk om te weten of ze buiten kantooruren sowieso iemand te pakken kunnen krijgen. Het is minder belangrijk of dat de eigen behandelaar is. Daarbij vertelden sommige deelnemers dat ze in verwarring werden gebracht door 'buiten kantooruren', omdat zij bijvoorbeeld alleen maar afspraken hadden met hun behandelaar 'buiten kantooruren'. Om duidelijk te krijgen of mensen ook 's avonds en/of in het weekend hulp kunnen krijgen zou deze vraag dus anders geformuleerd moeten worden.

Bij vraag 9 bestond onduidelijkheid of de vraag betrekking had op de wachttijd tussen 'de afspraak maken' en 'de daadwerkelijke afspraak' of op de wachttijd in de wachtkamer *tijdens* de daadwerkelijke afspraak. Deze vraag moet misschien anders geformuleerd worden. Door de deelnemers werd aangegeven dat het wellicht verduidelikend was wanneer het volgende zou worden toegevoegd: 'Kon u op korte termijn bij uw behandelaar terecht...'

Door de deelnemers werd aangegeven dat vraag 30 (nu onder 'Informatievoorziening') verplaatst moest worden naar 'Toegankelijkheid' en ingevoegd zou moeten worden tussen de (huidige) vragen 12 en 13.

De deelnemers gaven aan dat bij vraag 13 'cijfer' wellicht beter vervangen kon worden door 'rapportcijfer' ter verduidelijking. Ook de toelichting die bij het cijfer 0 en het cijfer 10 zou dan aangepast kunnen worden:

13. Welk cijfer zou u geven aan de toegankelijkheid van de zorg?

- 0 slechts mogelijke toegankelijkheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke toegankelijkheid

zou worden:

13. Welk rapportcijfer zou u geven aan de toegankelijkheid van de zorg?

- 0 zeer slecht
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitmuntend

Deze wijzigingen vond men duidelijker en zouden dan moeten gelden voor alle vragen waarbij er naar een cijfer wordt gevraagd in de vragenlijst.

Men miste een vraag over het aanbieden van een alternatief bij lang wachten in deze categorie. Een aantal instellingen bieden een soort 'wachtgroep' aan, wanneer er nog geen plek is in de regu-

liere therapie. Deze alternatieven werden door de deelnemers zeer gewaardeerd en men vond dat men dit ook aan moest kunnen geven.

Categorie 2: Informatievoorziening

Bij vraag 16 gaven de deelnemers aan dat 'klachten' beter vervangen konden worden door 'psychische klachten' of 'diagnose'. Op deze wijze bestaat er geen enkele onduidelijkheid of de bedoelde klachten lichamelijk dan wel psychisch van aard zijn of dat de vraag over een 'klachtenregeling' gaat.

De deelnemers vonden het prima dat er in de vragenlijst werd gevraagd of er informatie gegeven wordt over verschillende soorten medicijnen (vraag 21), maar vonden eigenlijk dat de vervolgvragen (vraag 22 en 23) gericht zouden moeten zijn op het huidige medicijngebruik van de cliënt. Er werd voorgesteld vraag 22 en 23 anders te formuleren omdat voor iedere cliënt belangrijk is om geïnformeerd te worden over het eigen gebruik van medicijnen.

22. Heeft u informatie gekregen over de werking van deze medicijnen?

- Nee
- Ja

zou worden:

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

- Nee
- Ja

en:

23. Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van medicijnen?

- Nee
- Ja

zou worden:

23. Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

Bij vraag 24 werd aangegeven dat de toevoeging 'in uw regio' niet per se noodzakelijk was, als er maar informatie gegeven werd over andere behandelmogelijkheden. Daarnaast vonden een aantal deelnemers het juist ook erg belangrijk als er informatie gegeven werd over behandelmogelijkheden *buiten* hun regio.

Bij vraag 25 werd geïnformeerd of 'patiëntenvereniging' kon worden opgenomen in de opsomming.

Er werd bij vraag 26 de aanvulling gegeven dat het ook heel belangrijk kan zijn voor een cliënt om te kunnen kiezen voor een vrouwelijke of juist manlijke therapeut. De deelnemers zouden dit graag als extra 'recht' opgenomen willen hebben.

Vraag 27 was erg onduidelijk vonden alle deelnemers: iedere deelnemer bleek een andere voorstelling te hebben van het doel van deze vraag. Na uitleg van de secretaris over het doel van deze vraag werd aangegeven dat deze vraag anders geformuleerd zou moeten worden om begrijpelijk te zijn:

27. Heeft u informatie gekregen over wat er als cliënt van u verwacht wordt?

- Nee
- Ja

moet worden:

27. Heeft u informatie gekregen over uw rechten en plichten als cliënt?

- Nee
- Ja

Bij vraag 28 werd nog opgemerkt waarom er enkel naar de cliëntenraad geïnformeerd wordt en niet naar de cliëntenbelangenvereniging of de patiëntenvertrouwenspersoon, maar het merendeel was het ermee eens dat het aantal vragen alleen maar meer werd, terwijl ze dachten dat waarschijnlijk weinig cliënten al deze belangengroeperingen kennen.

Unaniem vond men het woord 'zelfbeschikkingscontract' in vraag 29 niet duidelijk en bovendien vond het een aantal deelnemers het woord vrij luguber overkomen. Er werd door de voorzitter voorgesteld om 'zelfbindingscontract' te gebruiken, maar dit begrip bleek te onbekend onder de deelnemers. Er werd voorgesteld om óf een omschrijving te gebruiken ('een ander machtigen om') óf om alleen crisiskaart te gebruiken, met eventueel een toelichting bij de vragenlijst.

Categorie 3: Inspraak en keuzevrijheid

Bij vraag 35 werd aangegeven dat het woord 'waar' weggelaten zou kunnen worden, omdat volgens de deelnemers er weinig keus is 'waar' een behandeling plaatsvindt.

De deelnemers vonden het belangrijk om bij vraag 36 aan te kunnen geven of ze een bepaalde behandeling konden weigeren, maar wilden ook graag aangeven of hen een alternatief werd geboden als ze inderdaad geweigerd hadden. Er werd voorgesteld om na vraag 36 een vraag toe te voegen:

"Wordt u een alternatief aangereikt?"

Ook geeft een deelnemer aan dat er in deze vragenlijst met geen woord gerept wordt over 'voorwaardelijke hulp'. Meerdere deelnemers blijken in aanraking te zijn geweest met 'voorwaardelijke hulp': dat wil zeggen dat hulp alleen verleend werd onder bepaalde condities (bijvoorbeeld pas na inname van medicijnen). Deelnemers gaven aan dat zij in die gevallen niet gedwongen waren opgenomen, maar op deze manier wel bijna gedwongen werden om mee te werken, omdat hulp anders uit zou blijven. Deelnemers vonden het belangrijk dat hierover een aanvullende vraag zou worden opgenomen.

Verder werd aangegeven dat veel cliënten niet op de hoogte zijn van hun behandelovereenkomst. Met name in de beginfase wanneer een cliënt in de hulpverlening terecht komt wordt deze overeenkomst opgesteld, maar vaak verkeert de cliënt dan niet in zulke goede psychische gezondheid dat hij of zij duidelijk begrijpt wat er nu precies gebeurt. Vaak wordt hier later, als de cliënt zich beter kan concentreren, niet meer op teruggekomen. In eerste instantie vonden de deelnemers dat de vragen over de behandelovereenkomst dus niets toevoegden aan de vragenlijst, maar later was men het wel over eens dat ook het 'niet op de hoogte zijn' een signaal zou kunnen zijn. Men vond het wel jammer dat dit niet in de antwoordcategorie kon worden aangegeven ('weet niet' of iets dergelijks).

Categorie 4: Bejegening

Alle deelnemers vonden de vorm van de vraagstelling onder de categorie 'Bejegening' erg vreemd. De deelnemers vonden het absoluut onbelangrijk *hoe vaak* de behandelaar bepaalde zaken deed. De deelnemers zouden graag zien dat de vragen anders geformuleerd zouden worden met bijpassende antwoordcategorieën:

43. Hoe vaak besteedt uw behandelaar voldoende tijd aan u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

zou dan worden:

43. Besteedt uw behandelaar voldoende tijd aan u?

- Onvoldoende
- Voldoende

Deze opmaak (zonder 'hoe vaak') zou volgens de deelnemers veel beter passen bij de informatie-behoefte van eventuele nieuwe cliënten die op zoek zijn naar informatie op de website kiesbeter.nl. Daarbij vond men de vraagstelling bij sommige vragen erg vreemd.

Nieuwe cliënten willen weten of een behandelaar **of** een behandelaar voldoende tijd besteedt aan een cliënt en niet **hoe vaak** een behandelaar dit doet.

Bij vraag 52 vond men het bijzonder raar dat er in de vragenlijst werd gevraagd naar *hoe vaak* een behandelaar ongewenst informatie had doorgespeeld. Hierbij werd opgemerkt dat een behandelaar helemaal geen informatie zou mogen doorspelen als dit niet gewenst is, laat staan altijd! en dat het bovendien vaak niet bekend is bij een cliënt of een behandelaar informatie doorspeelt. Voorgesteld werd om er een 'Ja/Nee' antwoordcategorie van te maken en een 'weet niet' optie toe te voegen. De vraag zou anders geformuleerd moeten worden:

52. Hoe vaak heeft uw behandelaar informatie aan anderen doorgegeven die vertrouwelijk had moeten blijven?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

zou worden:

52. Heeft uw behandelaar informatie aan anderen doorgegeven die vertrouwelijk had moeten blijven?

- Nee
- Ja
- Weet niet

Tot slot werd bij vraag 54 verzocht of 'andere aspecten' toegelicht zou kunnen worden door een opsomming achter de vraag te plaatsen.

Voorbeeld:

54. Hoe vaak heeft uw behandelaar ook interesse voor andere aspecten van uw leven?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

zou worden:

54. Heeft uw behandelaar voldoende interesse voor andere aspecten van uw leven (wonen, werken, partner, familie, vrienden, hobby's)?

- Onvoldoende
- Voldoende

Categorie 5: Deskundigheid van de behandelaar

Bij deze categorie werd voorgesteld om de antwoordcategorieën te wijzigen van 'Nee/Ja' naar 'Onvoldoende/Voldoende', omdat het voor de deelnemers veel belangrijker is in welke mate een behandelaar deskundig is. Voorbeeld:

56. Vindt u uw behandelaar deskundig (goed in zijn/haar vak)?

- Nee
- Ja

zou worden:

56. Vindt u uw behandelaar deskundig (goed in zijn/haar vak)?

- Onvoldoende
- Voldoende

Bij vraag 59 werd opgemerkt dat 'meevoelen' niet per definitie onder de deskundigheid (kennis) van de behandelaar valt. Een 'meevoelende' behandelaar is misschien wel heel prettig, maar als je er niks mee opschiet omdat hij/zij geen kaas heeft gegeten van behandeltherapieën dan heb je er niks aan. Kortom: meevoelen is zeer gewenst, maar is niet bepalend voor de deskundigheid. Daarnaast wordt bij categorie 4 ('Bejegening') al ruimschoots aandacht besteedt aan de manier waarop je door de behandelaar wordt benaderd. Volgens het merendeel van de deelnemers kon vraag 59 geschrapt worden en anders valt deze vraag onder 'Bejegening'.

Bij vraag 62 werd aangegeven dat het erg onpraktisch is dat je bij deze vraag geen 'weet niet' antwoordmogelijkheid hebt. De deelnemers gaven aan dat zij niet altijd goed op de hoogte zijn of een behandelaar ergens voldoende kennis over heeft. Sommige behandelaren zullen wellicht wel voortdurend over de nieuwste medicatie praten, andere niet, maar dat wil niet zeggen dat zij hier niet van op de hoogte zijn. De deelnemers vonden de vraag ook niet duidelijk gesteld. Er bestond verwarring of de behandelaar zijn kennis ook moest uiten naar de cliënten toe en er ontstond een discussie of een behandelaar minder deskundig zou zijn als hij zijn kennis niet met de cliënt deelde. De meeste deelnemers vonden dit eerder wijzen op slechte 'Informatievoorziening' dan op 'Ondeskundigheid'. Er werd geen consensus bereikt over wat er met deze vraag gedaan moest worden, maar men wilde wel aan de onderzoekers meegeven dat de huidige vraag veel verwarring en onduidelijkheid veroorzaakte.

Categorie 6: Aansluiting bij zorgwensen van de cliënt

Een van de deelnemers gaf aan dat het vrij verwarrend en chaotisch overkwam dat je bij deze categorie iedere keer een vraag moest overslaan. Na enige discussie gaven de deelnemers aan dat de tweede van de drie vragen die iedere keer in serie werd gesteld eigenlijk geschrapt kon worden. Voorbeeld:

64. Wilt u hulp of begeleiding bij uw huishouding en/of zelfverzorging?

- Nee
- Ja

65. Krijgt u hulp of begeleiding bij uw huishouding en/of zelfverzorging?

- Nee → ga verder met vraag 67
- Ja

66. Krijgt u de juiste hulp of begeleiding hierbij?

- Nee
- Ja

zou worden:

64. Wilt u hulp of begeleiding bij uw huishouding en/of zelfverzorging?

- Nee
- Ja

65. Krijgt u de juiste hulp of begeleiding hierbij?

- Nee
- Ja

Bij vraag 67 ontstond onduidelijkheid bij de omschrijving 'in de omgang met anderen'. De deelnemers vonden de omschrijving 'in het contact met anderen' en geschiktere uitdrukking.

Bij vraag 82 was niet duidelijk voor de deelnemers welk gevoel van veiligheid werd bedoeld:

- (woonomgeving)omgevingveiligheid (durf je nog over straat etc.)
- persoonlijke veiligheid

Daarnaast werd door één van de deelnemers ook opgemerkt dat 'gevoel van' geschrapt moest worden, omdat het daardoor een vage subjectieve vraag werd. Hierop reageerden andere deelnemers echter weer dat het 'gevoel van' juist in de vraag moest blijven staan omdat 'veiligheid' een begrip is dat door iedereen subjectief wordt ervaren. Er werd het voorbeeld gegeven van krantenberichten waarin de politie trots vermeldt dat het misdadaadcijfer in een bepaalde stad omlaag is gegaan, terwijl de bewoners in een interview in dezelfde krant aangeven dat ze zich nog steeds onveilig voelen. Helaas kon de deelnemersgroep over de precieze formulering geen consensus bereiken, maar werd verzocht aan de onderzoekers om deze vraag te heroverwegen en na te gaan hoe deze beter geformuleerd kon worden.

Categorie 7: Ervaren behandelresultaat

Bij deze categorie hadden de deelnemers moeite met de gehanteerde antwoordcategorie bij vraag 90. Daarnaast werd de suggestie gedaan dat 'vergeleken met 6 maanden geleden' bij **alle** vragen vervangen kon worden door 'vergeleken met de start van de behandeling', maar men begreep dat vergelijkingen daardoor wellicht lastiger zouden zijn. Voorbeeld:

90. Vergeleken met 6 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw stabiliteit in uw leven?

- Veel minder
- Een beetje minder
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje
- Veel meer

zou worden:

90. Vergeleken met de start van de behandeling, hoe beoordeelt u nu uw stabiliteit in uw leven?

- Veel minder
- Een beetje minder
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje erger
- Veel erger

Bij vraag 95 zouden de deelnemers graag zien dat er een 'weet niet' antwoord mogelijkheid is. Met name wanneer een cliënt nog niet zo ervaren is binnen de ggz, kan hij/zij moeilijk beoordelen of een bepaalde behandeling de juiste aanpak is. Nu de cliënt wordt gedwongen om te kiezen voor iets wat hij of zij niet weet, je krijgt volgens de deelnemers daardoor geen zuivere informatie. Er ontstaat bij deze vraag ook een discussie over wat een cliënt hier moet antwoorden die al wat langer in therapie zit. Eén deelnemer geeft aan dat aan het begin van de problematiek de aanpak juist was, maar dat zij gegroeid en veranderd is waardoor de ingezette therapie inmiddels niet meer de juiste aanpak is.

Het blijkt echter nu zeer moeilijk om van een ingezette koers te kunnen veranderen. Zij weet dus nu niet wat zij bij deze vraag moet invullen: het was ooit de juiste aanpak, maar nu niet meer. Daarnaast mist zij een vraag over het gemak waarmee een ingezette therapie losgelaten kan worden, wanneer blijkt (of door de cliënt wordt aangegeven) dat dit niet de best passende therapie meer is. De suggestie wordt gedaan om hier een vraag toe te voegen of een cliënt wordt doorverwezen, wanneer de cliënt bij vraag 95 heeft aangegeven dat de aanpak niet de juiste aanpak is.

Bij vraag 96 wordt de suggestie gedaan om de vraag iets anders te stellen:

96. Werd het behandelingsplan naar wens uitgevoerd?

- Nee
- Ja

zou worden:

96. Werd het behandelingsplan naar uw wens uitgevoerd?

- Nee
- Ja

Categorie 8: Continuïteit van zorg

Bij vraag 98 wordt opgemerkt dat wanneer men met 'Nee' antwoordt, de cliënt beter verder kan gaan met vraag 102, aangezien de tussenliggende vragen niet van toepassing zijn.

Bij vraag 99 wordt vermeld dat het woord 'over' mist:

99. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen de hulpverleners wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?

zou worden:

99. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen de hulpverleners *over* wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?

Bij vragen 102 en 103 missen de deelnemers weer een 'weet niet' antwoordcategorie: veel deelnemers blijken niet precies op de hoogte te zijn wat huisarts en psychisch behandelaar met elkaar bespreken en of zij hier wel toestemming voor hebben gegeven. Een deelnemer geeft aan dat er bijvoorbeeld maar één maal toestemming is gegeven, maar dat sindsdien alle informatie van de behandelaar altijd bij de huisarts terecht komt. Een andere deelnemer wordt wel bij iedere aparte brief om toestemming gevraagd. Vaak blijkt de informatie van behandelaar naar huisarts ook beter te lopen dan van huisarts naar behandelaar. Een enkele deelnemer geeft aan het als zeer onprettig te ervaren als de huisarts bijvoorbeeld informatie met de behandelaar zou delen. Ook schetst een deelnemer de situatie waarbij gevoelige informatie, die allang niet meer van toepassing is en toch in het dossier blijft zitten, voor hele nare ervaringen kan zorgen bij bijvoorbeeld een nieuwe behandelaar. Deze kijkt in het dossier, ziet bepaalde informatie en past zijn bejegening en therapie daarop aan, terwijl deze informatie sterk verouderd kan zijn op kan berusten op een enkel incident. Duidelijk wordt uit deze discussie dat het voor deelnemers zeer belangrijk is dat er zorgvuldig met gevoelige informatie wordt omgegaan, dat er iedere keer opnieuw toestemming wordt gevraagd en dat cliënten het recht hebben hun dossier in te zien en informatie uit hun dossier te verwijderen als dit niet meer van toepassing is. De beste manier om dit alles na te vragen wordt echter niet duidelijk, de onderzoekers wordt verzocht hier aandacht aan te besteden.

Voor vraag 106 wordt een alternatief genoemd, omdat 'goed' een te ambigu begrip is volgens de deelnemers:

106. Is de behandeling goed afgerond?

- Nee
- Ja

zou worden:

106. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?

- Nee
- Ja

Ook voor vraag 107 worden alternatieven aangedragen:

107. Zijn er afspraken gemaakt over nazorg?

- Nee
- Ja

Zou worden:

107. Krijgt u de nazorg die u wenst?

- Nee
- Ja

Over uzelf

De deelnemers vonden vraag 115 niet duidelijk: Bedoelt men de taal waarmee men is opgegroeid, de moedertaal, of bedoelt men welke taal men nu voornamelijk thuis spreekt? Als daarbij de bedoeling van de onderzoekers is om er achter te komen of een deelnemer de Nederlandse taal goed beheerst dan vonden de deelnemers het tamelijk onzinnig om pas bij **vraag 115** te vragen naar welke taal de deelnemer spreekt: als de deelnemer slecht Nederlands spreekt, heeft hij of zij eerst deze hele vragenlijst doorgewerkt. Het is daarbij geen logische plek voor al deze persoonlijke informatie.

Vraag 116 hoort volgens de deelnemers eerder thuis onder kopje 'Klachten' in het begin van de vragenlijst (invoegen na vraag 4).

Afsluiting

Na het bespreken van de categorieën werd de bijeenkomst afgesloten.

Bijlage 4: CQ-Index, sept 2006

Ervaringen met de ambulante geestelijke
gezondheidszorg

Consumer Quality Index ggz
(CQ-Index)

versie 1.0 september 2006

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van verzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wordt uitgevoerd door medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Daniëlle Meije, tel. 030-2959321).

Over het woordgebruik in de vragenlijst

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandeloovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.

VRAAG VOORAF

1. Bent u in de afgelopen 12 maanden in behandeling geweest bij een therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog?

- Ja
 Nee

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop?

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

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

Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen op u niet van toepassing zijn. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u kunt verdergaan:

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

De meeste vragen hebben betrekking op de **afgelopen twaalf maanden**. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan twaalf maanden duurt. U kunt de vraag dan beantwoorden voor deze periode.

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

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

HULPVRAAG

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

_____ (a.u.b. in blokletters)

3. Welke reden is voor u het belangrijkste, waarvan heeft u het meeste last?

Hier slechts één antwoord invullen!

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak

- Overbelastingsklachten, zoals Burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

_____ (a.u.b. in blokletters)

4. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?

- Kortere dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen twaalf maanden in gedachten.

Met behandelaar wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft

5. Kunt u snel terecht bij uw behandelaar als u een afspraak heeft gemaakt?

- Ja → **ga verder met vraag 6**
- Nee → **ga verder met vraag 7**

6. In hoeverre is dat een probleem voor u?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

7. Hoe vaak bent u binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer van de behandelaar?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

8. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden uw behandelaar gebeld om hulp of raad te vragen?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 12

9. Zo ja, in hoeverre is het een probleem voor u om de behandelaar telefonisch te bereiken?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

10. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden, buiten kantooruren, dus 's avonds, 's nachts of in het weekend, een behandelaar gebeld om hulp of raad voor u zelf te krijgen?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 12

11. Zo ja, in hoeverre is het een probleem voor u om een behandelaar buiten kantooruren telefonisch te bereiken?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

12. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de bereikbaarheid van de behandelaar(s), waarbij 0 de slechtst mogelijke bereikbaarheid en 10 de best mogelijke bereikbaarheid is?

- 0 slechtst mogelijke bereikbaarheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bereikbaarheid

INFORMATIEVOORZIENING

Deze vragen hebben betrekking op de afgelopen twaalf maanden. Onder behandeling wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.

13. Bent u geïnformeerd over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?

- Ja
- Nee

14. Bent u geïnformeerd over de aanpak van uw huidige behandeling?

- Ja
- Nee

15. Bent u geïnformeerd over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Ja
- Nee

16. Bent u geïnformeerd over mogelijke lichamelijke oorzaken van uw klachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

17. Bent u geïnformeerd over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- Ja
- Nee

18. Bent u geïnformeerd over de mogelijkheid tot het betrekken van familie of vrienden bij de behandeling?

- Ja
- Nee

19. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 23

20. Bent u geïnformeerd over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?

- Ja
- Nee

21. Bent u geïnformeerd over de werking van de medicijnen die u gebruikt?

- Ja
- Nee

22. Bent u geïnformeerd over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?

- Ja
- Nee

23. Bent u geïnformeerd over behandelmogelijkheden elders?

- Ja
- Nee

24. Bent u geïnformeerd over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?

- Ja
- Nee

25. Bent u geïnformeerd over uw rechten en plichten als cliënt?

- Ja
- Nee

26. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Ja
- Nee

27. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?

- Ja
- Nee

28. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?

- Ja
- Nee

29. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de keuze van behandelaar (bijvoorbeeld een man of een vrouw)?

- Ja
- Nee

30. Bent u geïnformeerd over personen die u bij kunnen staan, bijvoorbeeld iemand van de cliëntenraad of een patiënt-vertrouwenspersoon?

- Ja
- Nee

31. Hoe vaak legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

32. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatievoorziening, waarbij 0 de slechtst mogelijk informatievoorziening en 10 de best mogelijke informatievoorziening is?

- 0 slechtst mogelijke informatievoorziening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatievoorziening

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste twaalf maanden in gedachten.

33. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?

- Ja
- Nee

34. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?

- Ja
- Nee

35. Kunt u kiezen wie uw behandelaar is?

- Ja
- Nee

36. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?

- Ja
- Nee

37. Heeft u zich in de afgelopen twaalf maanden wel eens gedwongen gevoeld om mee te werken omdat de hulp alleen onder voorwaarden aangeboden werd (bijvoorbeeld pas na inname van medicijnen)?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

38. Hoe vaak laat de behandelaar u meebeslissen over uw behandeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

39. Is er een behandelplan gemaakt?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 44

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

- Ja
- Nee

41. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?

- Ja
- Nee

42. Is het behandelplan bijgesteld?

- Ja → ga verder met vraag 43
- Nee → ga verder met vraag 44

43. Zo ja, gebeurde dit in overleg met u?

- Ja
- Nee

44. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven met betrekking tot inspraak en keuzevrijheid, waarbij 0 de slechtst mogelijke inspraak en 10 de best mogelijke inspraak is?

- 0 slechtst mogelijke inspraak en keuzevrijheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke inspraak en keuzevrijheid

BEJEGENING

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de afgelopen twaalf maanden.

45. Hoe vaak besteedde uw behandelaar voldoende tijd aan u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

46. Hoe vaak luisterde uw behandelaar aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**47. Hoe vaak behandelde uw behandel-
laar u beleefd?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**48. Hoe vaak behandelde uw behandel-
laar u met respect?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**49. Hoe vaak nam de behandelaar u se-
rieus?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**50. Hoe vaak was uw behandelaar geïn-
teresseerd in uw mening?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**51. Hoe vaak vroeg uw behandelaar wat
u van de behandeling vond?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**52. Was de behandeling voldoende afge-
stemd op uw persoonlijke achtergrond
(levensovertuiging, taal, afkomst, cul-
tuur)?**

- Ja
- Nee

**53. Had uw behandelaar ook interesse
voor andere aspecten van uw leven (won-
nen, werken, partner, familie, vrienden,
hobby's)?**

- Ja
- Nee

**54. Hoe vaak hield uw behandelaar zich
aan afspraken met u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**55. Gaf uw behandelaar informatie aan
anderen door die vertrouwelijk had moe-
ten blijven?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

**56. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven
aan de bejegening door uw behandelaar,
waarbij 0 de slechtst mogelijke bejega-
ning en 10 de best mogelijke bejegening
is?**

- 0 slechts mogelijke bejegening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bejegening

**DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDE-
LAAR**

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw behandelaar centraal. Het betreft de behandelaar waarmee u in laatste twaalf maanden het meest contact heeft gehad.

**57. Vindt u uw behandelaar voldoende
deskundig (goed in zijn/haar vak)?**

- Ja
- Nee

58. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?

- Ja
- Nee

59. Stelt uw behandelaar doorgaans de juiste vragen?

- Ja
- Nee

60. Is uw behandelaar doorgaans zorgvuldig?

- Ja
- Nee

61. Houdt uw behandelaar rekening met de ervaringen die u opgedaan heeft in eerdere behandelingen?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing: ik heb geen eerdere behandeling gehad

62. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke behandelaar is?

- 0 slechtst mogelijke behandelaar
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke behandelaar

VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN

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

63. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

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

64. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?

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

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

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

66. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw geestelijke stabiliteit? Het gaat nu:

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

67. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de behandeling die u in de afgelopen twaalf maanden hebt gekregen, waarbij 0 de slechtst mogelijke behandeling en 10 de best mogelijke behandeling is?

- 0 slechtst mogelijke behandeling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijk behandeling

INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars. Houd hierbij de *afgelopen twaalf maanden* in gedachten.

68. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere behandelaar (bijvoorbeeld van uw huisarts)?

- Ja
- Nee → *ga verder met vraag 76*

69. Heeft uw behandelaar toestemming gevraagd om informatie over u met een of meerdere andere behandelaars te delen?

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

70. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen de behandelaars over wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?

- Ja
- Nee

71. Krijgt uw andere behandelaar onjuiste informatie waardoor u alles opnieuw moest vertellen over uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

72. Zitten de (beide) behandelaars op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

73. Geven de verschillende behandelaars u tegenstrijdige informatie over uw behandeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

74. Wordt uw huisarts geïnformeerd over uw behandeling door uw behandelaar?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

75. Wordt uw behandelaar geïnformeerd over uw lichamelijk functioneren door uw huisarts?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

76. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatie-uitwisseling tussen behandelaren die u heeft ondervonden, waarbij 0 de slechtst mogelijke informatie-uitwisseling en 10 de best mogelijke informatie-uitwisseling is?

- 0 slechtst mogelijke informatie-uitwisseling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatie-uitwisseling

EVALUATIE EN AFRONDING BEHANDELING

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

77. Wanneer is uw meest recente behandeling gestart?

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

78. Is uw behandeling inmiddels afgerond?

- Ja
- Nee → *ga verder met vraag 82*

79. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?

- Ja
- Nee

80. Zijn er afspraken gemaakt over na-zorg?

- Ja
- Nee

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

- Ja → ga verder met vraag 84
- Nee → ga verder met vraag 84

82. Is de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?

- Ja
- Nee

83. Wordt de behandelovereenkomst naar uw wens uitgevoerd?

- Ja
- Nee

OVER UZELF

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

84. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

85. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw psychische gezondheid?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

86. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

87. Wat is uw leeftijd?

- 18 tot en met 24 jaar
- 25 tot en met 34 jaar
- 35 tot en met 44 jaar
- 45 tot en met 54 jaar
- 55 tot en met 64 jaar
- 65 tot en met 74 jaar
- 75 jaar of ouder

88. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- Lagere school (basisonderwijs)
- Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LH-NO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool etc.)
- Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO etc.)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Leraarsonderwijs, kandidaatsexamen etc.)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Post academisch (notariaat, doctorstitel, medisch specialist)
- Anders, namelijk

_____ (a.u.b. in blokletters)

89. Hebt u momenteel een betaalde baan?

- Ja
- Nee

90. Wat is uw geboorteland?

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

_____ (a.u.b. in blokletters)

91. Wat is het geboorteland van uw va-der?

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

(a.u.b. in blokletters)

92. Wat is het geboorteland van uw moeder?

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

(a.u.b. in blokletters)

93. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- Nederlands
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

94. Heeft iemand u geholpen bij het in-vullen van deze vragenlijst?

- Ja
- Nee → **ga verder met vraag 95**

95. Hoe heeft die persoon u geholpen?

Kruis alles aan wat van toepassing is.

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

(a.u.b. in blokletters)

96. Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?

- Minder dan 10 minuten
- 11 tot en met 20 minuten
- 21 tot en met 30 minuten
- 31 tot en met 40 minuten
- Langer dan 40 minuten

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

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

OPMERKINGEN

Mocht u nog opmerkingen of vragen hebben, dan kunt u de onderstaande ruimte hiervoor gebruiken.



Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 5: CQ-Index, juli 2007

Ervaringen met de ambulante geestelijke
gezondheidszorg

Consumer Quality Index ggz
(CQ-Index)

versie 2.0 juli 2007

Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van verzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wordt uitgevoerd door medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Daniëlle Meije, tel. 030-2959321).

Over het woordgebruik in de vragenlijst

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandelovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.

VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 12 maanden tenminste één behandelcontact gehad met een therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog?

- Ja
 Nee

Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop?

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

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

Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen op u niet van toepassing zijn. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u kunt verdergaan:

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

De meeste vragen hebben betrekking op de **afgelopen twaalf maanden**. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan twaalf maanden duurt. U kunt de vraag dan beantwoorden voor deze periode.

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

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

HULPVRAAG

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

(a.u.b. in blokletters)

3. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?

- Kortere dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen twaalf maanden in gedachten.

Met behandelaar wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft

4. In hoeverre is het voor u een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

5. Hoe vaak bent u binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer van de behandelaar?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

6. In hoeverre is het voor u een probleem om een behandelaar telefonisch te bereiken tijdens kantooruren?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

7. In hoeverre is het voor u een probleem om een behandelaar telefonisch te bereiken buiten kantooruren, in geval van nood?

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

**8. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de bereikbaarheid van de behandel-
laar(s), waarbij 0 de slechtst mogelijke
bereikbaarheid en 10 de best mogelijke
bereikbaarheid is?**

- 0 slechtst mogelijke bereikbaarheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bereikbaarheid

INFORMATIEVOORZIENING

Deze vragen hebben betrekking op de afge-
lopen twaalf maanden. Onder behandeling
wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning
en begeleiding verstaan.

**9. Bent u geïnformeerd over de behande-
lingsmogelijkheden die er voor uw
klachten zijn?**

- Ja
- Nee

**10. Bent u geïnformeerd over de aanpak
van uw huidige behandeling?**

- Ja
- Nee

**11. Bent u geïnformeerd over hoe u met
uw klachten om kunt gaan?**

- Ja
- Nee

**12. Bent u geïnformeerd over mogelijke
lichamelijke oorzaken van uw klachten?**

- Ja
- Nee

**13. Bent u geïnformeerd over het resul-
taat dat u van de behandeling kunt ver-
wachten?**

- Ja
- Nee

**14. Bent u geïnformeerd over de moge-
lijkheid tot het betrekken van familie of
vrienden bij de behandeling?**

- Ja
- Nee

**15. Heeft u in de afgelopen twaalf
maanden medicijnen gebruikt voor uw
psychische klachten?**

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 19

**16. Bent u geïnformeerd over de ver-
schillende soorten medicijnen die er be-
staan voor uw klachten?**

- Ja
- Nee

**17. Bent u geïnformeerd over de werking
van de medicijnen die u gebruikt?**

- Ja
- Nee

**18. Bent u geïnformeerd over de eventue-
le (lichamelijke) bijwerkingen van de
medicijnen die u gebruikt?**

- Ja
- Nee

**19. Bent u geïnformeerd over behandel-
mogelijkheden elders?**

- Ja
- Nee

**20. Bent u geïnformeerd over andere
vormen van behandeling of ondersteu-
ning zoals zelfhulpprogramma's, cliënt-
ondersteuning, patiëntenverenigingen,
E-hulp en alternatieve geneeswijzen?**

- Ja
- Nee

**21. Bent u geïnformeerd over uw rech-
ten en plichten als cliënt?**

- Ja
- Nee

22. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Ja
- Nee

23. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?

- Ja
- Nee

24. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?

- Ja
- Nee

25. Hoe vaak legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

26. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatievoorziening, waarbij 0 de slechtst mogelijk informatievoorziening en 10 de best mogelijke informatievoorziening is?

- 0 slechtst mogelijke informatievoorziening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatievoorziening

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste twaalf maanden in gedachten.

27. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?

- Ja
- Nee

28. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?

- Ja
- Nee

29. Kunt u kiezen wie uw behandelaar is?

- Ja
- Nee

30. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?

- Ja
- Nee

31. Hoe vaak laat de behandelaar u meebeslissen over uw behandeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

32. Is er een behandelplan gemaakt?

- Ja
- Nee → *ga verder met vraag 36*

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

- Ja
- Nee

34. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?

- Ja
- Nee

35. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

36. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven met betrekking tot inspraak en keuzevrijheid, waarbij 0 de slechtst mogelijke inspraak en 10 de best mogelijke inspraak is?

- 0 slechtst mogelijke inspraak en keuzevrijheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke inspraak en keuzevrijheid

BEJEGENING

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de afgelopen twaalf maanden.

37. Hoe vaak besteedde uw behandelaar voldoende tijd aan u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

38. Hoe vaak luisterde uw behandelaar aandachtig naar u?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

39. Hoe vaak behandelde uw behandelaar u beleefd?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

40. Hoe vaak behandelde uw behandelaar u met respect?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

41. Hoe vaak nam de behandelaar u serieus?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

42. Hoe vaak was uw behandelaar geïnteresseerd in uw mening?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

43. Was de behandeling voldoende afgestemd op uw persoonlijke achtergrond (levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur)?

- Ja
- Nee

44. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de bejegening door uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke bejegening en 10 de best mogelijke bejegening is?

- 0 slechts mogelijke bejegening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bejegening

DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw behandelaar centraal. Het betreft de behandelaar waarmee u in laatste twaalf maanden het meest contact heeft gehad.

45. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?

- Ja
- Nee

46. Stelt uw behandelaar doorgaans de juiste vragen?

- Ja
- Nee

47. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke behandelaar is?

- 0 slechtst mogelijke behandelaar
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke behandelaar

VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN

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

47. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

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

48. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?

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

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

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

50. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de behandeling die u in de afgelopen twaalf maanden hebt gekregen, waarbij 0 de slechtst mogelijke behandeling en 10 de best mogelijke behandeling is?

- 0 slechtst mogelijke behandeling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijk behandeling

INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELERS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars. Hou hierbij de afgelopen twaalf maanden in gedachten.

51. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere behandelaar (bijvoorbeeld van uw huisarts)?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 60

52. Heeft uw behandelaar toestemming gevraagd om informatie over u met een of meerdere andere behandelaars te delen?

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

53. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen de behandelaars over wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?

- Ja
- Nee

54. Krijgt uw andere behandelaar onjuiste informatie waardoor u alles opnieuw moest vertellen over uw klachten?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

55. Zitten de (beide) behandelaars op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

56. Geven de verschillende behandelaars u tegenstrijdige informatie over uw behandeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

57. Wordt uw huisarts geïnformeerd over uw behandeling door uw behandelaar?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

58. Wordt uw behandelaar geïnformeerd over uw lichamelijk functioneren door uw huisarts?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

59. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatie-uitwisseling tussen behandelaren die u heeft ondervonden, waarbij 0 de slechtst mogelijke informatie-uitwisseling en 10 de best mogelijke informatie-uitwisseling is?

- 0 slechtst mogelijke informatie-uitwisseling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatie-uitwisseling

EVALUATIE EN AFRONDING BEHANDELING

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

60. Wanneer is uw meest recente behandeling gestart?

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

61. Is uw behandeling inmiddels afgerond?

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 65

62. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?

- Ja
- Nee

63. Zijn er afspraken gemaakt over nazorg?

- Ja
- Nee

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

- Ja
- Nee

65. Is/was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?

- Ja
- Nee

66. Wordt/werd het behandelplan naar uw wens uitgevoerd?

- Ja
- Nee

OVER UZELF

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

67. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

68. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw psychische gezondheid?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

69. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

70. Wat is uw leeftijd?

- 18 tot en met 24 jaar
- 25 tot en met 34 jaar
- 35 tot en met 44 jaar
- 45 tot en met 54 jaar
- 55 tot en met 64 jaar
- 65 tot en met 74 jaar
- 75 jaar of ouder

71. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- Lagere school (basisonderwijs)
- Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool etc.)
- Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO etc.)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Leraarsonderwijs, kandidaatsexamen etc.)

- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Post academisch (notariaat, doctorstitel, medisch specialist)
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

72. Wat is uw geboorteland?

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

(a.u.b. in blokletters)

73. Wat is het geboorteland van uw vader?

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

(a.u.b. in blokletters)

74. Wat is het geboorteland van uw moeder?

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

(a.u.b. in blokletters)

75. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- Nederlands
- Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

**76. Heeft iemand u geholpen bij het in-
vullen van deze vragenlijst?**

- Ja
- Nee → **einde vragenlijst**

77. Hoe heeft die persoon u geholpen?

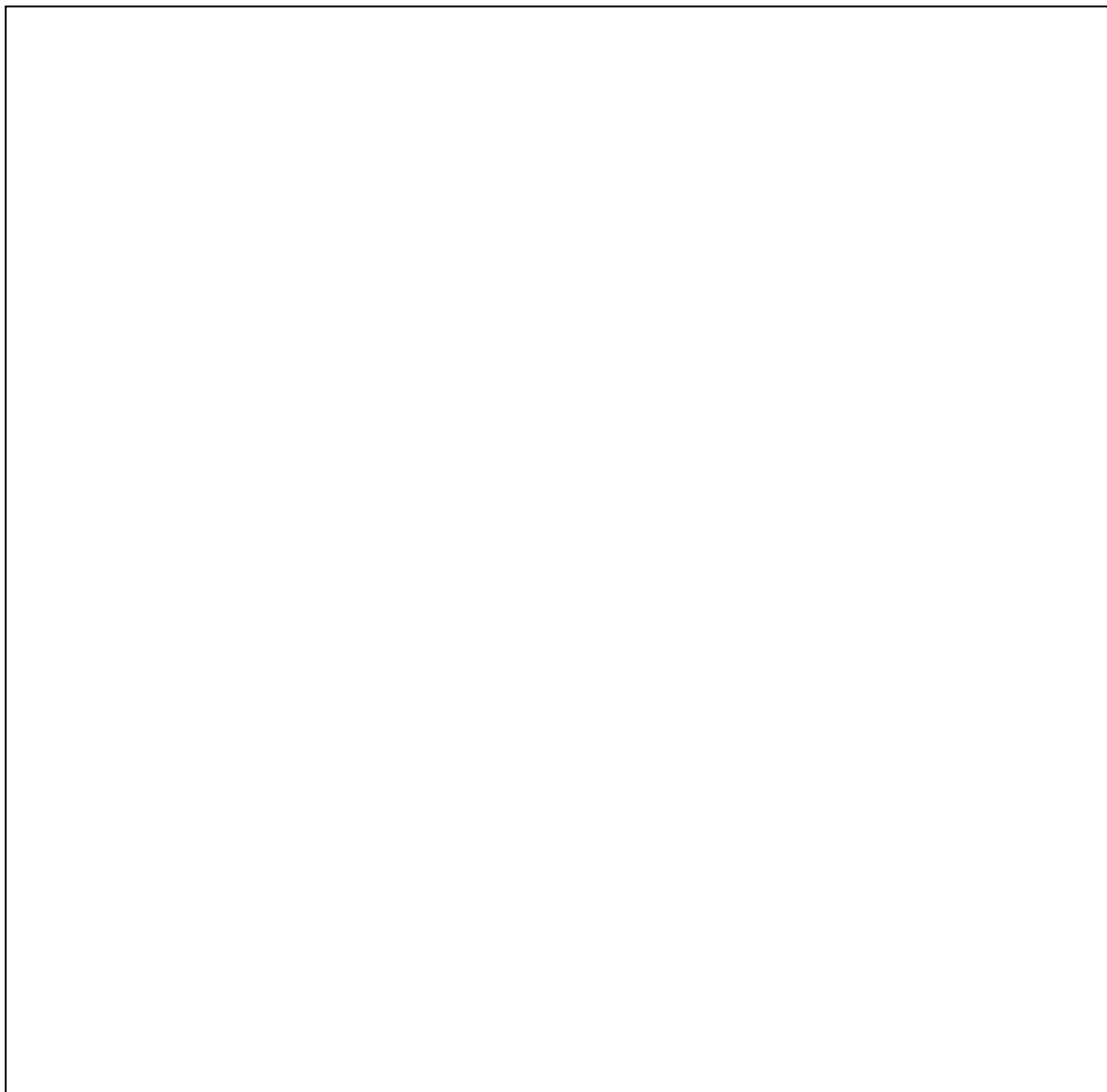
Kruis alles aan wat van toepassing is.

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

(a.u.b. in blokletters)

OPMERKINGEN

Mocht u nog opmerkingen of vragen hebben, dan kunt u de onderstaande ruimte hiervoor gebruiken.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments or questions.

Hartelijk dank voor uw medewerking