



Universiteit Utrecht



GEMEENTE
UTRECHTSE HEUVELRUG

“De samenleving verandert, de zorg verandert mee”.

Een onderzoek naar de invloed van zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid in de gemeente Utrechtse Heuvelrug

Master Thesis

Sociologie | Vraagstukken van Beleid en Organisatie

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen.
Postbus 80.140
3508 TC Utrecht

Auteur: W. D. (Wolter) van Dam
Studentnummer: 3874877
Eerste begeleider: Dr. Zoltán Lippényi
Tweede begeleider: Drs. Rob Gallenkamp
Datum: 29-06-2015

“De samenleving verandert, de zorg verandert mee”.

Een onderzoek naar de invloed van zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid in de gemeente Utrechtse Heuvelrug

Master Thesis

Sociologie | Vraagstukken van Beleid en Organisatie

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen.

Postbus 80.140

3508 TC Utrecht

Auteur: W. D. (Wolter) van Dam

Studentnummer: 3874877

Eerste begeleider: Dr. Zoltán Lippényi

Tweede begeleider: Drs. Rob Gallenkamp

Datum: 29-06-2015

Voorwoord

Voor u ligt mijn Masterthesis; een onderzoek naar de invloed van de mate van zelfredzaamheid, sociaal en institutioneel vertrouwen op cliënttevredenheid in de context van de per 1 januari 2015 gedecentraliseerde Wmo. Deze thesis is geschreven in het kader van mijn stage en afstudeeronderzoek bij de gemeente Utrechtse Heuvelrug te Doorn. Hier heb ik van februari t/m juni mijn afstuderen mogen vormgeven.

In dit onderzoek heb ik de opgedane kennis die ik tijdens mijn Bachelor Culturele Antropologie en mijn Master Sociologie 'Vraagstukken van Beleid en Organisatie' verworven heb, gebundeld. Dit heeft geleid tot een kwantitatief onderzoek met als doel inzicht te geven in de totstandkoming van cliënttevredenheid en de invloed die zelfredzaamheid, sociaal en institutioneel vertrouwen hierop uitoefenen en wat de rol van participatie hierin is.

Mijn dank gaat uit naar de gemeente Utrechtse Heuvelrug, waar ik mijn stage en afstudeeronderzoek heb mogen verrichten. Daarnaast wil ik in het bijzonder Jeanette Schoone bedanken voor haar begeleiding, tijd en betrokkenheid gedurende mijn afstuderen. Haar ervaring en openhartigheid, om mij zoveel mogelijk bij gemeentelijke affaires te betrekken, maakten het erg prettig door haar begeleid te worden. Tevens wil ik de leden van de Wmo-raad, medewerkers van het seniorenplatform en de jongerenwerkers van de gemeente Utrechtse Heuvelrug bedanken. Ook bedank ik al mijn collega's die mee hebben gedacht en waar nodig ondersteuning hebben verleend en Margriet Suijker voor haar waardevolle feedback.

Tot slot gaat ook mijn dank uit naar Zoltán Lippényi, mijn afstudeer begeleider van de Universiteit Utrecht. Ik wil hem bedanken voor zijn begeleiding tijdens mijn gehele onderzoek. Van vraag- en probleemstelling tot het schrijven van mijn thesis. De gegeven feedback en op en aanmerkingen zijn zeer waardevol geweest voor de totstandkoming van deze thesis.

Utrecht, 29 juni 2015

Volter van Dam

Samenvatting

De gemeente Utrechtse Heuvelrug hecht veel waarde aan cliënten die tevreden zijn met de dienstverlening en ontvangen hulp, zorg of ondersteuning vanuit de Wmo. Naast dat het meten van de cliënttevredenheid wettelijk verplicht is, kunnen de vergaarde inzichten tevens bijdragen aan de bijsturing en/of aanpassing van bestaand beleid.

Dit onderzoek tracht de mate van cliënttevredenheid te verklaren vanuit de mate van zelfredzaamheid, sociaal en institutioneel vertrouwen en kijkt wat de rol van participatie hierin is.

Om deze centrale vraag te onderzoeken is er gebruik gemaakt van een voor dit onderzoek ontworpen monitor. Deze is – voordat hij in gebruik is genomen – uitgebreid getest middels een pilot onder elf ouderen op begrijpelijkheid. Na het uitzetten van de monitor onder 500 cliënten, en het versturen van twee reminders, hebben 246 respondenten de monitor terug gestuurd. Zeven waren niet, of zeer onvolledig ingevuld, en 22 waren nauwelijks ingevuld. Deze zijn niet meegenomen in de analyses, wat maakt dat uiteindelijk de antwoorden van 217 respondenten opgenomen zijn in de analyses.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuur uit verschillende wetenschappelijke disciplines. Sociologische literatuur, maar ook veel medische literatuur. Vanuit deze literatuur werd verondersteld dat de mate van zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen een positief effect hebben op de mate van cliënttevredenheid. Verwacht werd dat participatie hierin een mediërende rol zou vervullen.

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat de mate van zelfredzaamheid een positief effect heeft op de mate van cliënttevredenheid, wanneer het gaat om tevredenheid met het hulpverleningsproces (i.e de tevredenheid met het keukentafelgesprek).

De mate van sociaal vertrouwen bleek geen significant effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid. De mate van institutioneel vertrouwen daarentegen bleek wel een positief effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid. Dit maakt dat wanneer cliënten een hogere mate van vertrouwen hebben in politiek-maatschappelijke instanties, zijn zij tevens ook tevredener over het hulpverleningsproces en over de ontvangen hulp, zorg of

ondersteuning. De mate van maatschappelijke participatie van cliënten bleek geen rol te spelen.

De uitkomsten van dit onderzoek, onderstrepen het belang van het aansturen op een verhoogde mate van zelfredzaamheid en institutioneel vertrouwen onder de cliënten van de gemeente Utrechtse Heuvelrug.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding.....	8
1.1 Probleemstelling	10
1.2 Doel en vraagstelling	10
1.2.1 Hoofdvraag:	11
1.2.2 Deelvragen:.....	11
1.2.3 Beleidsvraag:	11
1.3 Maatschappelijke & wetenschappelijke relevantie.....	12
2 Theoretisch kader.....	13
2.1 Cliënttevredenheid.....	13
2.2 Zelfredzaamheid.....	14
2.3 Sociaal en institutioneel vertrouwen	16
2.4 Participatie.....	18
2.4.1 Zelfredzaamheid en de rol van participatie	19
2.4.2 Sociaal en institutioneel vertrouwen en de rol van participatie	20
2.5 Conceptueel Model grafisch vormgegeven	22
3 Data en methoden	23
3.1 Onderzoeksstrategie	23
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	23
3.2.1 Reminder, respons en selectie.....	24
3.3 Betrouwbaarheid en validiteit	25
3.3.1 Representativiteit en validiteit.....	25
3.3.2 Validiteit	26
3.4 Operationalisering van variabelen.....	26
3.4.1 Afhankelijke variabele cliënttevredenheid	26
3.4.2 Onafhankelijke variabele zelfredzaamheid	27
3.4.3 Het meten van sociaal en institutioneel vertrouwen.....	28
3.4.4 Het meten van participatie.....	28
3.4.5 Controlevariabelen.....	29
3.5 Data-analyse.....	30
4 Resultaten.....	32
4.1 Beschrijvende data.....	32
4.2 Bivariate statistieken	34

4.2.1	Bivariate statistieken onafhankelijke en afhankelijke variabelen	34
4.3	Multiple regressie analyse.....	35
4.3.1	Zelfredzaamheid en de mate van cliënttevredenheid.....	35
4.3.2	Sociaal en institutioneel vertrouwen en de mate van cliënttevredenheid	36
4.3.3	Participatie en de mate van cliënttevredenheid	37
4.3.4	Controlevariabelen en de mate van cliënttevredenheid	38
5	Conclusie / Discussie	43
5.1	Conclusie	43
5.2	Discussie	45
6	Beleidsadvies	47
6.1	Het vergroten van de mate van zelfredzaamheid	47
6.1.1	Stakeholders	48
6.1.2	Stappenplan.....	49
7	Bibliography.....	52
	Appendix I: Cliëntbelevingsmonitor	58

1 Inleiding

“God, grant me the serenity to accept the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference.” - Reinold Niebuhr

Dit citaat is een onderdeel van de *‘serenity prayer’*, een gebed dat geadopteerd is door, onder andere, de Anonieme Alcoholisten, en dat erop gericht is om mensen ‘verder te helpen’ (Shapiro, 2014). Het helpt hen zich te focussen op hetgeen ze wél kunnen en de dingen die buiten hun macht liggen te accepteren. Een in lijn liggende boodschap kan ook gedetecteerd worden binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die in januari 2007 van kracht is geworden en nu, sinds 1 januari 2015, in een gedecentraliseerde en aangepaste hoedanigheid op gemeentelijk niveau uitgevoerd dient te worden. Binnen de Wmo staat namelijk de eigen kracht van de cliënt¹ centraal. De cliënt moet bij zichzelf – vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid – te rade gaan, welke dingen hij zelf, eventueel met behulp van zijn netwerk, kan of moet doen.

De zorg in Nederland is met de decentralisaties sterk veranderd. De volgende uitspraak: *“De samenleving verandert, de zorg verandert mee”*, of een variant hierop, is een veelgehoorde kreet. Nederland heeft te maken met een veranderende samenleving, waarin de vergrijzing aan een opmars is begonnen, en het zorgpakket steeds verder wordt uitgebreid, resulterend in hoge zorgkosten. De situatie in de zorg, zoals deze vormgegeven was voor 1 januari 2015, was volgens beleidsmakers niet meer houdbaar. Dit leidde tot verschillende decentralisaties en verschuivingen in verantwoordelijkheden binnen het sociale domein. De zorg die eerst nationaal werd vormgegeven, wordt sinds 1 januari 2015 lokaal georganiseerd middels de vernieuwde Wmo.

Deze decentralisaties binnen het sociale domein omvatten echter veel meer dan alleen een herindeling van verantwoordelijkheden, aangezien decentralisaties, van nationaal naar lokaal, nog geen fundamentele kostenbesparing oplevert. De herindeling wordt dan ook

¹ In deze scriptie worden met het benoemen van of verwijzen naar de cliënt en cliënten, zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten bedoeld.

vergezelt van verschillende wetswijzigingen (versoeringen) die aansturen op een hogere mate van zelfredzaamheid en participatie van cliënten.

Een randvoorwaarde om te kunnen participeren binnen de samenleving, is dat de burger in zijn kracht wordt gezet en daarmee zelfredzaam wordt. Dit proces resoneert met de eerder aangehaalde quote uit de *serenity prayer*, en refereert aan het proces waarin er samen met de hulpbehoevende gekeken wordt naar wat diegene wél kan, in plaats van wat deze niet meer kan. Niet alleen wordt de cliënt anders benadert, ook het sociale netwerk van de hulpbehoevende (e.g. vrienden, familie, kennissen en burens) dient 'geactiveerd' te worden. Met als uitgangspunt dat kinderen, jongeren, en ouderen hun sociale netwerk weten te benutten en uit te breiden zodat ze zoveel mogelijk zelfredzaam zijn en de regie over hun leven krijgen en behouden (Regenmortel, 2009). Wanneer de burger in zijn kracht staat en zijn sociale netwerk weet te benutten wordt van hem verwacht te participeren binnen de samenleving. De notie van 'actief burgerschap' ligt ten grondslag aan dit idee: elke burger is zelf verantwoordelijk om mee te doen binnen de Nederlandse samenleving. Er wordt van hem een actieve houding verwacht, wat betekent dat, wanneer hij of zij om wat voor reden dan ook niet mee kan doen binnen de Nederlandse samenleving, de betrokkene zelf op zoek gaat naar steun om alsnog te kunnen participeren. Deze steun kan gezocht worden binnen het eigen (geactiveerde) sociale netwerk (de kring van gezins- en familieleden en vrienden). Men kan een beroep doen op burens en wijkbewoners, of het georganiseerde vrijwilligerswerk binnen de desbetreffende gemeente. Ook is het mogelijk om de benodigde zorg particulier in te kopen. Wanneer geen van deze alternatieven mogelijk zijn dan kan een beroep gedaan worden op de lokale overheid die, via het toebedelen van een algemene voorziening en/of het leveren van maatwerk, de zelfredzaamheid van de burger tracht te vergroten en hen zo alsnog in staat stelt te kunnen meedoen binnen de Nederlandse samenleving (Lectorenplatform, 2008). Gemeenten spreken in hun beleidsdocumenten dan ook niet *per se* van een decentralisatie maar steeds vaker van een transformatie in het denken en doen van hun inwoners. Illusterend zijn de beleidsnota's '*kansen door kantelen*' waarin deze transformatie uiteen wordt gezet (Schoone, 2014).

1.1 Probleemstelling

De mate van cliënttevredenheid geldt als een belangrijke indicator voor het meten van de waardering van de kwaliteit en vormgeving van de zorg (Aarse, 2003; Vos, 2014). Verantwoorde zorg wordt neergezet als *cliëntgerichte* zorg (Kwaliteitswet zorginstellingen, 1996). De vraag resteert, en dit is een belangrijke voor gemeenten: wat voor invloed de aansturing op een vergrote zelfredzaamheid en een hogere mate van participatie hebben op de mate van cliënttevredenheid. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat een hogere mate van zelfredzaamheid en participatie zouden leiden tot een hogere mate van cliënttevredenheid (Hillera^o s, Jorm, & Herlitz, 2001; Patrick, Scrivens, & Charlton, 1983; McCamish-Svensson, Samuelsson, Hagberg, Svensson, & Dehlin, 1999).

Daarnaast kijkt dit onderzoek naar de invloed van sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van participatie en cliënttevredenheid. Het meten van de relatie tussen deze concepten is van belang, aangezien het aansturen op een hogere mate van participatie vertrouwen impliceert in de medemens en politiek maatschappelijke instellingen (Rowe & Calnan, 2006). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat sociaal en institutioneel vertrouwen een positieve invloed hebben op de mate van participatie (CBS, 2010; Dekker, 2006), en cliënttevredenheid (Fukuyama, 1995).

Concluderend staat in dit onderzoek de vraag centraal; in hoeverre hebben zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen invloed op de mate van cliënttevredenheid van Wmo cliënten uit de gemeente Utrechtse Heuvelrug, en wat is de rol van participatie hierin.

1.2 Doel en vraagstelling

De gemeente Utrechtse Heuvelrug kwam met de vraag om een onderzoek uit te voeren naar de tevredenheid van cliënten die onder de Wmo, dan wel Jeugdwet, vallen. Tevens was zij geïnteresseerd in de mate van zelfredzaamheid en participatie, aangezien het gemeentelijk beleid aanstuurt op een vergrote mate van zelfredzaamheid en participatie.

Deze vraag is binnen dit onderzoek uiteindelijk afgebakend tot de mate van zelfredzaamheid, participatie en cliënttevredenheid van cliënten die onder de Wmo vallen. Het doel van dit onderzoek is om te verklaren in welke mate zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen invloed hebben op de cliënttevredenheid, en wat de rol van

participatie hierin is. Daarnaast streeft dit onderzoek ernaar om praktische aanbevelingen te kunnen doen naar aanleiding van de resultaten.

1.2.1 Hoofdvraag:

In hoeverre hebben zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen invloed op de mate van cliënttevredenheid van Wmo cliënten uit de gemeente Utrechtse Heuvelrug, en wat is de rol van participatie hierin?

1.2.2 Deelvragen:

Om de bovenstaande hoofdvraag te kunnen beantwoorden zullen er antwoorden gevonden moeten worden op de volgende deelvragen:

- *In hoeverre leidt de mate van zelfredzaamheid tot een hogere cliënttevredenheid?*
- *In hoeverre leidt de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen tot een hogere cliënttevredenheid?*
- *In hoeverre verklaart participatie de relatie tussen zelfredzaamheid en cliënttevredenheid?*
- *In hoeverre verklaart participatie de relatie tussen sociaal en institutioneel vertrouwen en cliënttevredenheid?*

1.2.3 Beleidsvraag:

Hoe kan de gemeente Utrechtse Heuvelrug een hogere mate van cliënttevredenheid bereiken?

1.3 Maatschappelijke & wetenschappelijke relevantie

De vraag hoe zelfredzaamheid, sociaal en institutioneel vertrouwen en participatie cliënttevredenheid beïnvloeden is van hoge relevantie voor zowel de gemeente Utrechtse Heuvelrug als voor landelijke beleidsmakers.

Per 1 januari 2015 zijn de transities in het sociale domein een feit. Gemeenten hebben er veel taken bijgekregen op het gebied van de Wmo/Awbz, de Jeugdhulp en de Participatiewet. Met al deze nieuwe taken zijn monitoring en verantwoording uitermate belangrijk om goed op proces, inhoud en financiën te kunnen sturen en, waar nodig, bij te sturen. Dit onderzoek geeft een beeld van de meningen en ervaringen van cliënten die gebruik maken van hulp, zorg of ondersteuning, via de door de gemeente opgerichte servicepunten. De gemeente kan zich op basis van dit onderzoek verantwoorden naar het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, en middels de verkregen inzichten over de knelpunten haar beleid evalueren. Het is van belang om de meningen en ervaringen van Wmo-cliënten te betrekken bij de totstandkoming van beleid. Overheidsbeleid staat namelijk ten dienste van de burger en onderzoek naar de meningen en ervaringen van cliënten geeft hen een stem in het beleidsproces. De opgedane kennis kan ingezet worden in beleid gericht op het vergroten van de mate van cliënttevredenheid.

Naast de maatschappelijke relevantie, is dit onderzoek wetenschappelijk relevant omdat het inzicht verschaft in de invloed van zelfredzaamheid, sociaal en institutioneel vertrouwen en participatie op de mate van cliënttevredenheid. Dit onderzoek draagt daardoor bij aan het verklaren van de mate van cliënttevredenheid, wat zorgt voor begripsvorming en kennisvermeerdering.

De invloed van zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen op cliënttevredenheid is vaker onderzocht, echter is dit meestal in de context van zorginstellingen of huisartsen (Platonova, Kennedy, & Shewchuk, 2008; Hall, Dugan, Zeng, & Mishra, 2001). In dit onderzoek worden deze relaties voor het eerst onderzocht in de context van gemeenten, aangezien zij recentelijk deze verantwoordelijkheid toebedeeld hebben gekregen.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader zijn wetenschappelijke inzichten uiteengezet die zijn gebruikt bij de hypothesevorming van dit onderzoek. De verschillende concepten die centraal staan binnen dit onderzoek worden hieronder beschreven en de mechanismen die deze concepten aan elkaar verbinden worden uitgelegd. Tot slot worden de verbanden die de hypothesen impliceren uiteengezet in een conceptueel model die te vinden is in paragraaf 2.5. Aan de hand van dit model wordt de centrale onderzoeksvraag getoetst in hoofdstuk 3.

2.1 Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid is belangrijk voor beleidsmakers bij gemeenten, overheidsinstanties en betrokken organisaties (Gage, Hampson, Hart, Storey, & Thomas, 2002; Poiesz & Welling, 2012). Binnen de gezondheidszorg fungeert cliënttevredenheid als een belangrijke graadmeter om de waardering van de kwaliteit en vormgeving van de zorg te meten (Aarse, 2003; Vos, 2014; Ford, Bach, & Fottler, 1997). Eerder onderzoek veronderstelde dat cliënttevredenheid voornamelijk wordt bepaald door de discrepantie tussen de te verwachten uitkomst (i.e. het ideaalbeeld van de cliënt), en de daadwerkelijke uitkomst (i.e. de perceptie van de werkelijkheid) (Little, et al., 2001; Aarse, 2003; Thomsom & Sunol, 1995; Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002). Cliënttevredenheid werd dan ook gezien als een unidimensionaal concept, met een nadruk op de door de cliënt verwachte uitkomst van het hulpverleningsproces.

Echter blijkt dat cliënttevredenheid ook wordt beïnvloed door de subjectieve beoordeling van de discrepantie tussen individuele verwachtingen en uitkomsten van deelaspecten van het hulpverleningsproces (Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002; Otani & Kurz, 2003; Bransen, Wijngaarden, & Kok, 2003; Jackson, Chamberlin, & Kroenkoe, 2001). Zo stellen Otani en Kurz (2003) dat de bereidheid van de hulpverlener om te helpen; de manier waarop er met persoonlijke informatie wordt omgegaan; de efficiëntie waarmee men werkt; de manier waarop de hulpverlener uitleg geeft; of men oog heeft voor je persoonlijke behoeften als cliënt maar ook als individu; en de manier waarop er naar je geluisterd wordt, al vroeg in het hulpverleningsproces meewegen in de ervaren tevredenheid van de cliënt (Otani & Kurz,

2003). Onderzoek van Bransen, Wijngaarden en Kok (2003) laat zien dat de cliënttevredenheid hoger is, als cliënten positief contact hebben met de hulpverlener, duidelijke informatie ontvangen over de hulpverlening en meer inspraak hebben in het hulpverleningsproces. Hieruit valt te concluderen dat cliënttevredenheid beter kan worden beschouwd, en kan worden gemeten, als een multidimensionaal concept, dat niet alleen betrekking heeft op de door de cliënt verwachte uitkomst van het proces, maar ook op de beoordeling van de discrepantie tussen verwachtingen en uitkomsten van deelaspecten van het hulpverleningsproces.

2.2 Zelfredzaamheid

Wanneer men spreekt over cliënttevredenheid, dan heeft men het over een sociaal fenomeen waar ook specifieke kenmerken en de context van de cliënt aan bijdragen (Fournier & Mick, 1999). Eerdere onderzoeken lieten zien dat de leeftijd van de cliënt (Rahmqvist, 2001), de psychische gesteldheid van de cliënt (Greenley, Young, & Schoenherr, 1982; Hansson, Borgquist, Nettleblatt, & Nordstrom, 1994; Wyshak & Barsky, 1995; Hueston, Mainous, & Schilling, 1996), de fysieke gesteldheid van de cliënt (Marshall, 1996; Da Costa *et al*, 1999), en de pijn die de cliënt ervaart (Cohen, 1996), invloed uitoefenen op de mate van cliënttevredenheid.

Verscheidene onderzoekers argumenteren dat het aannemelijk is dat de transitie van gezond en onafhankelijk van zorg of ondersteuning, naar het moeten leven met een (steeds verder gevorderde) gereduceerde mate van zelfredzaamheid, invloed uitoefent op de mate van cliënttevredenheid (Patrick, Scrivens, & Charlton, 1983; Borg, Hallberg, & Blomqvist, 2006; Zapka, Palmer, Hargraves, Nerenz, Frazier, & Warner, 1995). Sommige onderzoekers benadrukken dat het niet alleen de zelf-gerapporteerde mate van zelfredzaamheid is die invloed uitoefent op de mate van cliënttevredenheid, maar ook de psychologische ervaring van een slechtere gezondheid - i.e. het (eventuele) ongemak, de bitterheid en frustratie die een ziekte of handicap kan vergezellen (Cohen, 1996; Da Costa *et al*, 1999).

Wanneer er gesproken wordt over zelfredzaamheid, dan wordt gerefereerd aan: *“Het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken”* (Brink, 2013). Te zien is vanuit

deze definitie dat de mate van zelfredzaamheid bepaalt wordt door de mentale en fysieke gezondheid van de cliënt, en zelfs door zijn financiële situatie om wanneer nodig voorzieningen te kunnen treffen om deel te nemen aan het maatschappelijke verkeer. Van Regenmortel (2009) benadrukt dat het niet alleen gaat om de fysieke of mentale gezondheid van de cliënt en zijn financiële situatie, maar dat de mate van zelfredzaamheid ook nauw samenhangt met het sociale netwerk (e.g. vrienden, familie, kennissen en burens) van de cliënt. Zelfredzaamheid omvat ook het hulp kunnen vragen aan het informele netwerk. Met als uitgangspunt dat cliënten hun sociale netwerk weten te benutten en uit te breiden zodat ze met behulp van hun sociale netwerk deel kunnen nemen aan het normale maatschappelijke verkeer (Regenmortel, 2009).

Eerdere onderzoeken dragen verschillende mechanismen aan, waarom een hogere mate van zelfredzaamheid een positief effect heeft op de ervaren cliënttevredenheid (Patrick, Scrivens, & Charlton, 1983; McCamish-Svensson et al, 1999; Hillera^o s, Jorm, & Herlitz, 2001).

Een mogelijke verklaring wordt gezien in het gegeven dat cliënten met een slechtere fysieke gezondheid, welke slecht te behandelen is (e.g. voortschrijdende ziekten als Parkinson of osteoporosis), ontevredener zijn met de zorg, omdat de zorg voor hen een palliatieve functie heeft in plaats van een genezende functie (Hall, Feldstein, Fretwell, & Epstein, 1990). Wanneer symptoomverlichting uitblijft en niet aan de verwachting van de cliënt tegemoet wordt gekomen, is het mogelijk dat de cliënt de hulpverlener hiervan de schuld geeft, wat een negatief effect heeft op de cliënttevredenheid (Hall, Milburn, & Epstein, 1993; Noble, Conditt, Cook, & Mathis, 2006).

Een alternatieve verklaring kan gezien worden in het onderzoek van Hall, Feldstein, Fretwell, & Epstein (1990). Hieruit blijkt dat hulpverleners cliënten met een slechtere gezondheid minder aardig vinden dan cliënten met een minder slechte gezondheid. Het mogelijk ontbreken van betrokkenheid en vriendelijkheid van de hulpverlener en het vermindert rekening houden met de zorgen en verwachtingen van de cliënt, maakt dat de cliënt een negatief beeld heeft over de uitkomsten van (deelaspecten van) het hulpverleningsproces, wat een negatief effect heeft op de uiteindelijke cliënttevredenheid (Jackson, Chamberlin, & Kroenkoe, 2001).

Een tweede alternatieve verklaring kan gezien worden in de psychologische ervaring (i.e. perceptie) van een verslechterde gezondheid van de cliënt, wat maakt dat deze ook de

kwaliteit van de zorguitkomsten slechter inschat, wat een negatief effect heeft op de cliënttevredenheid (Da Costa, Clarke, Dobkin, Senecal, Danoff, & Esdaile, 1999). Cliënten die juist positief in het leven staan, en een hogere mate van algemene tevredenheid ervaren (e.g. over hun huwelijk, vrije tijd, de regering), zijn tevens ook tevredener met zorguitkomsten, wat een positief effect heeft op hun cliënttevredenheid (Roberts & Pascoe, 1983; Linn & Greenfield, 1982; Marshall, 1996). In andere woorden, wanneer cliënten hun eigen fysieke dan wel mentale gezondheid negatiever ervaren dan deze in werkelijkheid is, zullen zij ook eerder de zorguitkomsten negatiever ervaren en beoordelen, wat een negatief effect heeft op de ervaren cliënttevredenheid.

Concluderend kan vanuit de bovenstaande theorieën verwacht worden dat cliënten die een hogere mate van zelfredzaamheid hebben of ervaren, tevens ook een hogere mate van cliënttevredenheid hebben. Vanuit het bovenstaande kan de volgende hypothese afgeleid worden:

Hypothese 1: Naarmate de cliënt een hogere zelfredzaamheid heeft, des te hoger is de cliënttevredenheid

2.3 Sociaal en institutioneel vertrouwen

Sommige onderzoekers argumenteren dat vertrouwen en cliënttevredenheid zo aan elkaar gerelateerd zouden zijn, dat deze overlappen (Thom, Hall, & Pawlson, 2004). Echter, de twee concepten verschillen wel degelijk van elkaar. Waar cliënttevredenheid is gebaseerd op een subjectieve beoordeling van de discrepantie tussen verwachtingen en uitkomsten (Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002; Murray & Holmes, 1997), is vertrouwen gebaseerd op een verwachting van de cliënt dat de persoon of instelling waarop vertrouwd wordt zal handelen in zijn voordeel, en hem de juiste behandeling zal toebedelen (Balkrihnan, Dugan, Camacho, & Hall, 2003; Thom & Cambell, 1997; Gilson, 2003; Mohseni & Lindstrom, 2007).

In relatie tot cliënttevredenheid wordt het vertrouwen van een persoon opgedeeld in vertrouwen in politiek-maatschappelijke instellingen (i.e. institutioneel vertrouwen), en (algemeen) sociaal vertrouwen, wat refereert aan het vertrouwen in de medemens (Putnam, 1993; Veenstra & Lomas, 1999).

De mate van institutioneel vertrouwen van een cliënt is van belang voor de interactie tussen de cliënt en zorginstellingen, aangezien onzekerheid van de cliënt over (voornamelijk ernstige) ziekte de behoefte verhoogt om te kunnen vertrouwen op de zorg die de cliënt van de overheid en instellingen ontvangt (Mechanic & Meyer, 2000). De mate van institutioneel vertrouwen is vaak gebaseerd op algemene indrukken over politiek-maatschappelijke instituties. Deze algemene indrukken zijn vaak niet enkel gebaseerd op persoonlijke ervaringen met desbetreffende instituties, maar worden tevens gevormd door middel van 'tweedehands ervaringen' (e.g gesprekken met anderen en de media) (Boulware, Cooper, Ratner, LaVeist, & Powe, 2003). Het vertrouwen van de cliënt kan hierdoor positief of negatief beïnvloed worden.

Holmes en Rempel (1989), stellen dat een hoge mate van institutioneel vertrouwen een positief effect heeft op de perceptie van zorguitkomsten, wat op zijn beurt het al aanwezige institutionele vertrouwen versterkt. Deze positieve wederkerige relatie tussen institutioneel vertrouwen en de perceptie van zorguitkomsten heeft een positief effect op de ervaren cliënttevredenheid (Holmes & Rempel, 1989). Aansluitend hierop laat onderzoek zien dat cliënten met een lagere mate van institutioneel vertrouwen uitkomsten eerder negatief benaderen, wat hun oorspronkelijke wantrouwende houding versterkt voor daaropvolgende ontmoetingen. Vanuit deze wantrouwende houding hebben zij vaak een bezorgde of pessimistische houding ten opzichte van de te verwachte resultaten, wat een negatief effect heeft op de ervaren cliënttevredenheid (Govier, 1992; Holmes & Rempel, 1989). Concluderend stellen verschillende onderzoeken dat naarmate iemand een hogere mate van institutioneel vertrouwen bezit, deze tevens ook tevredener is met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning (Holmes & Rempel, 1989; Straten, Friele, & Groenewegen, 2002).

Naast de mate van institutioneel vertrouwen blijkt ook de mate van sociaal vertrouwen een positief effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid (Barefoot, Maynard, Beckham, Brummett, Hooker, & Siegler, 1998; Mohseni & Lindstrom, 2007; Hall, Camacho, Dugan, & Balkrishnan, 2002).

Eerder onderzoek wijst uit dat wanneer cliënten een hogere mate van sociaal vertrouwen hebben, zij ook een hogere mate van vertrouwen hebben in hulpverleners en artsen. Vanuit dit vertrouwen volgen zij eerder adviezen op van hulpverleners, vragen minder vaak om een '*second opinion*', en wisselen ook minder vaak van hulpverleners, wat een positief effect blijkt

te hebben op zorguitkomsten en de ervaren cliënttevredenheid (Hall, Camacho, Dugan, & Balkrishnan, 2002). Aansluitend hierop blijkt uit eerder onderzoek van Lindström en Axén (2004) dat cliënten met een lage mate van sociaal vertrouwen wantrouwend tegenover hulpverleners en artsen staan. Het onderzoek wees uit dat dat cliënten de verwachting hadden dat hulpverleners en artsen niet open zouden staan voor hun behoeften en eisen, en dat zij geen informatie zouden hebben van hun gezondheid en behandelplan. Dit had een negatief effect op de perceptie van zorguitkomsten, wat maakt dat de cliënttevredenheid onder deze groep lager is (Lindstrom & Axen, 2004; Deroose & Varda, 2009). Vanuit de bovenstaande theorieën kunnen de volgende hypothesen opgesteld worden.

***Hypothese 2:** Naarmate de cliënt een hoger institutioneel vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van cliënttevredenheid.*

***Hypothese 3:** Naarmate de cliënt een hoger sociaal vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van cliënttevredenheid.*

2.4 Participatie

Wanneer men spreekt over participatie kan men doelen op participatie binnen de politieke of maatschappelijke context. Participatie binnen de politieke context wordt gezien als de betrokkenheid van burgers om invloed uit te oefenen op de besluitvorming van beleid (Arnstein, 1969). Wanneer men spreekt over participatie binnen de maatschappelijke context dan kunnen een tal van activiteiten hieronder geschaard worden.

Lameiro García en Van Rijsselt (1992) concluderen dan ook in hun onderzoek naar maatschappelijke participatie dat hier sprake is van een 'containerbegrip'. Er bestaat geen eenduidige benadering van maatschappelijke participatie, en de activiteiten die hieronder vallen. In navolging op het CBS (2010) en Hoeymans et al (2005) wordt maatschappelijke participatie binnen dit onderzoek als volgt benadert: vormen van deelname aan de samenleving die niet alleen tegemoet komen aan ons 'mens-zijn', maar ook een duidelijk maatschappelijk nut hebben. Hieronder valt vrijwilligerswerk, het verlenen van informele zorg aan anderen, en vormen van meer persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving als deelname aan recreatieve en culturele activiteiten (Hoeymans, et al., 2005; CBS, 2010; Van Houten & Winsemius, 2010).

Participeren wordt door verschillende onderzoekers getypeerd als een maatschappelijke deugd, die van het individu een actieve houding binnen de politieke en de sociale sfeer en een volledige integratie in de samenleving verwacht. Het impliceert een wederkerige verantwoordelijkheid die leden van een samenleving hebben naar elkaar, en bevordert hiermee de sociale samenhang (Bee & Pachi, 2014; CBS, 2010). Dit resoneert met de hoofddoelstellingen van de Wmo: participatie, wederkerigheid en verbinding (Boutellier, Stavenuiter, de Wild, Engbersen, & Vlaar, 2008). Het aansturen op een hogere mate van participatie van cliënten lijkt niet zozeer te gaan om het nut dat dit bijdraagt aan de samenleving, maar zou voornamelijk een positief effect hebben op de mate van zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing, het vermogen tot betrokkenheid en sociaal contact (het vermijden van isolement), wat leidt tot het langer actief en fit blijven van de cliënt (Hoeymans, et al., 2005; De Klerk & Timmermans, 1998; Ziersch, 2005; Elchardus & Smits, 2007).

De sociale contacten van de cliënten die voortkomen uit het participeren binnen de samenleving, zouden de cliënt van informatie over de gezondheidszorg kunnen voorzien (Granovetter, 1973). Daarnaast kunnen sociale contacten cliënten ondersteunen daar waar de formele zorg tekort schiet, of hen juist helpen de juiste hulp, zorg of ondersteuning te krijgen (Derose & Varda, 2009). Deze hulp vanuit het sociale netwerk maakt dat cliënten minder afhankelijk zijn van formele zorg.

Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat participerende cliënten actief betrokken zijn bij het hulpverleningsproces, en het gevoel hebben het hulpverleningsproces te kunnen beïnvloeden vanuit een betrokkenheid met het hulpverleningsproces. Deze betrokkenheid bleek een positief effect te hebben op de perceptie van zorguitkomsten, wat een positief effect heeft op de ervaren cliënttevredenheid (Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002).

2.4.1 Zelfredzaamheid en de rol van participatie

De fysieke en verstandelijke gesteldheid van de cliënt beïnvloedt de mogelijkheid om te kunnen participeren. Zelfredzaamheid is dus een belangrijke voorwaarde van participatie. Onderzoek van Hoeymans et al (2005) liet zien dat ouderen met een lagere mate van zelfredzaamheid door ziekten of handicap minder maatschappelijk actief zijn dan gezonde ouderen. Dit wordt veroorzaakt door de functionele beperkingen die met deze ziekte of

handicap samenhangen. Het verrichten van vrijwilligerswerk of het geven van informele hulp neemt sterk af bij aandoeningen die de mobiliteit aantasten, zoals een beroerte, hartziekten of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vaak gaat echter de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving wel door (Hoeymans, et al., 2005). Cliënten met een lage zelfredzaamheid ten gevolge van psychische aandoeningen als depressie, angst- en cognitieve stoornissen, participeren het minst. Dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie, ook voor bijvoorbeeld het onderhouden van contacten (Hoeymans, et al., 2005). Concluderend participeren mensen met een hoge mate van zelfredzaamheid meer dan mensen met een lage mate van zelfredzaamheid, en hebben daardoor een hogere mate van zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing, het vermogen tot betrokkenheid en sociaal contact, wat maakt dat cliënten langer actief en fit blijven, wat een positief effect heeft op de cliënttevredenheid (De Klerk & Timmermans, 1998; Ziersch, 2005).

Vanuit het bovenstaande kan de volgende hypothese geformuleerd worden.

***Hypothese 4:** Naarmate een cliënt een hogere mate van zelfredzaamheid heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de cliënttevredenheid.*

2.4.2 Sociaal en institutioneel vertrouwen en de rol van participatie

Naast de mate van zelfredzaamheid, kunnen tevens de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen aangemerkt worden als randvoorwaarden om te participeren.

Vertrouwen in de medemens, oftewel sociaal vertrouwen, is zeer belangrijk om sociale contacten aan te gaan met andere burgers. Bovendien vergroten deze vertrouwensbanden tussen burgers de bereidheid om te handelen in het belang van de groep of gemeenschap (Fukuyama, 1995; Putnam, Leonardi, & Nanetti, 1993; CBS, 2010). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het sociale vertrouwen van mensen positief is gerelateerd aan de mate van maatschappelijke participatie (CBS, 2010). Mensen die een hogere mate van vertrouwen hebben in de medemens, zouden eerder vormen van solidariteit (e.g. vrijwilligerswerk, verlenen van informele zorg etc.) naar de medemens toe tonen (Rothstein & Uslaner, 2005). Daarnaast blijken mensen met een hogere mate van sociaal vertrouwen, eerder te stemmen

met politieke verkiezingen en actief betrokken te zijn bij scholen, kerken en (buurt)verenigingen (Derose & Varda, 2009).

Een mogelijke verklaring hiervoor kan gezien worden in het sociaal kapitaal dat deze mensen bezitten. Verondersteld wordt dat de mate van sociaal kapitaal dat iemand bezit, bepaald wordt door de mate van vertrouwen in de medemens, en het sociale netwerk dat uit dit vertrouwen voortvloeit (Mohseni & Lindstrom, 2007; Putnam R. D., 1993; Fukuyama, 1995). Het sociale netwerk dat iemand bezit, kan hem faciliteren, door het leveren van contacten en informatie, om zo te participeren binnen de maatschappij (Derose & Varda, 2009; Granovetter, 1973).

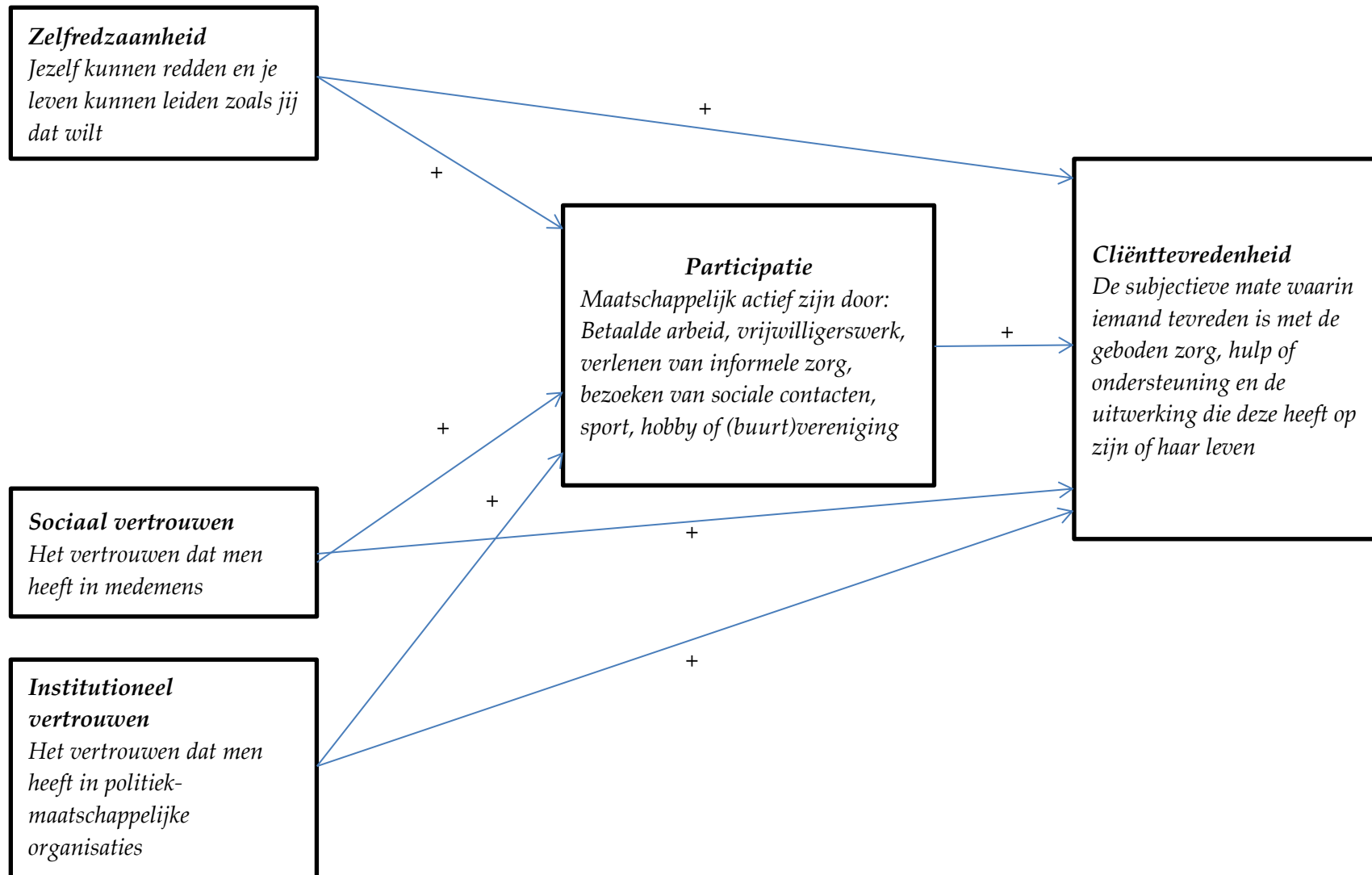
Naast sociaal vertrouwen, is het vertrouwen in verschillende politieke en maatschappelijke instituties, oftewel institutioneel vertrouwen, een onmisbare determinant voor participatie (Coleman, 1988; Hudson, 2006). Onderzoek naar de relatie tussen institutioneel vertrouwen en de mate van maatschappelijke participatie laat zien dat institutioneel vertrouwen burgers verbindt aan organisaties en aan de politiek. Dit resulterend in meer maatschappelijke betrokkenheid en participatie (Hudson, 2006; Dekker, 2006). Zo zijn burgers met een hogere mate van institutioneel vertrouwen vaker actief binnen (buurt)verenigingen, milieuorganisaties en stemmen zij vaker (CBS, 2010).

Concluderend, wanneer de burger een hoge mate van sociaal- en institutioneel vertrouwen heeft zal de mate van maatschappelijke participatie toenemen, wat maakt dat cliënten langer actief en fit blijven. Dit heeft een positief effect op de ervaren cliënttevredenheid (De Klerk & Timmermans, 1998; Ziersch, 2005). Vanuit het bovenstaande kunnen de volgende hypothesen worden gefomuleerd.

***Hypothese 5:** Naarmate de cliënt een hoger sociaal vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de cliënttevredenheid.*

***Hypothese 6:** Naarmate de cliënt een hoger institutioneel vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de cliënttevredenheid.*

2.5 Conceptueel Model grafisch vormgegeven



3 Data en methoden

In dit hoofdstuk zullen de data en methoden besproken worden, waarmee de in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen getoetst zullen worden. In paragraaf 3.1 zal de gebruikte onderzoeksstrategie worden toegelicht. Hierna zal in paragraaf 3.2 de onderzoekspopulatie en de steekproef besproken worden. Paragraaf 3.3 zal in het teken staan van de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Hierna zal in paragraaf 3.4 ingegaan worden op de operationalisering van de concepten cliënttevredenheid, zelfredzaamheid, vertrouwen en participatie. Ook zullen hier de achtergrondvariabelen besproken worden. In paragraaf 3.5 zal worden ingegaan op de gebruikte methoden en data-analyse.

3.1 Onderzoeksstrategie

Om de hypothesen te toetsen is gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde monitor: de cliëntbelevingsmonitor. De opgenomen vragen in deze monitor zijn veelal zelf ontwikkeld. De vragen die de mate van zelfredzaamheid meten zijn gebaseerd op de 'Impact op participatie en autonomie' (IPA) vragenlijst van Nivel (Cardol, 2004). Voor het meten van de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen en participatie is gebruik gemaakt van deelgebieden van het CBS (2010). De monitor is voordat deze in gebruik is genomen eerst besproken met de Wmo-raad van de gemeente Utrechtse Heuvelrug, Wmo-consulenten, en beleidsmakers. Geleverde feedback is hierna verwerkt. Vervolgens is een pilot gehouden met de monitor onder 11 ouderen van het seniorenplatform van de gemeente Utrechtse Heuvelrug om de begrijpelijkheid van de vragen te toetsen. Ook hierna volgden enige aanpassingen. De monitor is opgenomen in Appendix I.

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Het afnemen van enquêtes is een van de meest gebruikelijke methodes om tot een beeld te komen van de kwaliteit en waardering van de geleverde zorg (Vos, 2014). Door het uitzetten

van de cliëntbelevingsmonitor is kwantitatieve data verkregen. Het voordeel van kwantitatief onderzoek is de mogelijkheid van generaliseren van de onderzoeksresultaten.

De onderzoekspopulatie bestaat uit 1154 cliënten die gebruik hebben gemaakt van hulp, zorg of ondersteuning vanuit de Wmo in het laatste kwartaal van 2014 en het eerste kwartaal van 2015. Er is gekozen om cliënten te selecteren vanaf het laatste kwartaal van 2014 omdat de gemeente Utrechtse Heuvelrug sindsdien is begonnen met de gedecentraliseerde manier van werken. De gegevens van de cliënten zijn afkomstig uit Wmo-net, het klantregistratiesysteem van de gemeente. Deze betroffen namen, adressen, leeftijd, geslacht en woonplaats. Hieruit is een willekeurige steekproef getrokken van 500 mensen. De vergelijking van de respondenten met de steekproef en met het steekproefkader is verderop in het hoofdstuk te vinden.

Aan cliënten werd een brief gestuurd waarin een korte uitleg gegeven werd over het onderzoek en de link naar een online enquête stond vermeld. Wanneer cliënten niet bij machte waren om de enquête online in te vullen, kon telefonisch een papieren versie worden aangevraagd. De brief is ondertekend door het afdelingshoofd namens de burgemeester en wethouders.

3.2.1 **Reminder, respons en selectie**

Nadat de online enquête was uitgezet is er twee weken gewacht met het opmaken van de binnen gekomen resultaten. Na twee weken hadden 33 personen de enquête online ingevuld. Er waren 46 aanvragen binnen gekomen voor een papieren versie. Aangezien de respons op de online enquête erg laag was, is er voor gekozen om na twee weken een reminder te versturen, waarbij een papieren versie en retour enveloppe bijgesloten waren. Na het versturen van de reminder is er weer twee weken gewacht waarna 212 mensen de enquête ingevuld terug hebben gestuurd. In totaal hebben 246 mensen de enquête online dan wel op papier ingevuld. Dit is een respons van 48.8%. Zeven vragenlijsten kwamen blanco terug. De vermelde reden was vaak dat zij door fysieke en/of mentale omstandigheden niet in staat waren geweest de vragenlijst in te vullen. Enkele gaven aan dat de vragenlijst geen betrekking op hun situatie had. Daarnaast zijn er enkele brieven ontvangen van mensen die het niet fijn vonden vragenlijsten te ontvangen of vroegen om meer zorg. De zeven niet ingevulde vragenlijsten, en 22 nauwelijks ingevulde vragenlijsten zijn niet meegenomen in

de analyse. Dit maakt dat het totaal aantal respondenten in de analyse uitkomt op 217 respondenten.

3.3 Betrouwbaarheid en validiteit

3.3.1 Representativiteit en validiteit

De monitor heeft een bruikbare respons van 43.4% (N=217). Contrasterend heeft schriftelijk onderzoek onder ouderen (met een gemiddelde leeftijd van 77 jaar), die gebruik maken van thuiszorg, gemiddeld een respons van 52% (Zuidgeest, Boer, Hendriks, & Rademakers, 2008). Hiermee ligt de respons van dit onderzoek iets lager.

Door eventueel verschil in samenstelling van het steekproefkader, de streekproef en de uiteindelijke groep respondenten, kan de representativiteit van het onderzoek in het geding komen. Om deze te controleren wordt hieronder de samenstelling van de respondenten vergeleken met die van de steekproef en het steekproefkader op basis van plaats, leeftijd en geslacht.

In Tabel 3.3.1 is te zien dat de gemiddelde leeftijd bij de respondenten die de vragenlijst ingevuld hebben teruggestuurd het hoogst ligt. Echter blijkt dit geen significant verschil te zijn ten opzichte van de steekproef en het steekproefkader. Ook het geslacht en de woonplaats van de respondenten ten opzichte van de steekproef en het steekproefkader blijkt niet significant af te wijken.

Tabel 3.3.1 *Vergelijking steekproefkader, steekproef en respondenten*

N = 217	<i>Steekproefkader</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Respondenten</i>
<i>Gemiddelde Leeftijd</i>	73.86	73.29	75.57
<i>Geslacht (vrouwen)</i>	66.03%	63,4%	61.6%
<i>Woonplaats:</i>			
- <i>Driebergen</i>	42.02%	41.73%	40.7%
- <i>Amerongen & Overberg</i>	14.51%	15.52%	17.4%
- <i>Leersum</i>	14.89%	14.71%	12.7%
- <i>Maarn & Maarsbergen</i>	7.92%	8.87%	9.7%
- <i>Doorn</i>	19.67%	17.94%	17.4%

3.3.2 Validiteit

Met betrekking tot de validiteit van het onderzoek (de mate waarin metingen de te meten concepten zonder systematische fouten meten) moet rekening gehouden worden met het feit dat veel kernconcepten in dit onderzoek op basis van de eigen (subjectieve) ervaringen van respondenten worden gemeten. Alhoewel op de geconstrueerde schalen betrouwbaarheidsanalyses zijn toegepast, en de begrijpelijkheid en validiteit getoetst is middels een pilot, kunnen vertekeningen die inherent zijn aan zelf-gerapporteerde bevindingen (e.g. herinneringen, sociale wenselijkheid en de gehanteerde maatstaven) de resultaten beïnvloeden.

3.4 Operationalisering van variabelen

3.4.1 Afhankelijke variabele cliënttevredenheid

Zoals ook in het theoretisch kader uiteengezet is, kan cliënttevredenheid aangemerkt worden als een multidimensionaal concept wat betrekking heeft op verschillende proces- en uitkomstaspecten (Aarse, 2003 ; Marshall, 1996). In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen cliënttevredenheid over de geboden hulp, zorg of ondersteuning, en het hulpverleningsproces dat hieraan vooraf is gegaan (het keukentafelgesprek). De verschillende schaalitems worden gemeten door middel van een Likertschaal met vijf categorieën, te noemen: 1= "Zeer ontevreden", 2= "Ontevreden", 3= "Neutraal", 4= "Tevreden", 5= "Zeer tevreden".

3.4.1.1 Cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces

Cliënttevredenheid over het hulpverleningsproces wordt gemeten aan de hand van vier verschillende items, te noemen: *Hoe tevreden bent u over de termijn waarop het keukentafelgesprek² kon plaatsvinden?; In welke mate bent u tevreden over de manier waarop het*

²Het 'keukentafelgesprek' is een gesprek bij cliënten thuis waarop ze ge(her)indiceerd worden. Gedurende dit gesprek wordt er (opnieuw) gekeken op welke hulp, zorg of ondersteuning men recht heeft. Het keukentafelgesprek kan aangemerkt worden als de kern van de nieuwe gedecentraliseerde manier van werken. Het laatste item, 'bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die in overleg met u geboden is', refereert dan ook

keukentafelgesprek verliep?; In welke mate bent u tevreden over de manier waarop er naar u geluisterd werd?; Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die tijdens het keukentafelgesprek in overleg met u geboden is?

De *Cronbachs Alpha* voor de vier schaalitems van tevredenheid over het hulpverleningsproces, laat zien dat deze consistent zijn met elkaar, en samen één schaal vormen (CA=.803). Niet met alle respondenten is al een keukentafelgesprek gevoerd, waardoor het aantal respondenten op deze variabele lager ligt (N=136). Voor de toetsing van de onafhankelijke variabelen op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces, zijn dan ook alleen de respondenten meegenomen die al een keukentafelgesprek hebben ontvangen.

3.4.1.2 Cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning

Voor het meten van cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning is gebruik gemaakt van 4 items, te noemen: *In welke mate bent u tevreden met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning?; In welke mate voldoet de geboden hulp, zorg of ondersteuning aan uw verwachtingen?; Is de via het servicepunt geboden hulp, zorg of ondersteuning nog steeds passend?; In welke mate bent u geholpen met de geboden hulp, zorg of ondersteuning?*

De vier items tezamen meten *tevredenheid met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning*. De schaalitems blijken consistent te zijn, en vormen dan ook één schaal (CA=.847).

3.4.2 Onafhankelijke variabele zelfredzaamheid

Binnen dit onderzoek wordt de zelfredzaamheid van de cliënt op verschillende niveaus gemeten. Aan de cliënten die gebruik maken van zorg uit de Wmo wordt de volgende vraag voorgelegd: *'Kunt u aangeven in hoeverre uzelf, eventueel met hulp, zelfredzaam bent in de volgende dagelijkse taken'*. Vervolgens kunnen cliënten zich per domein inschalen in een vijftal categorieën, te noemen: 1= "Gaat slecht", 2= "Gaat matig", 3= "Gaat redelijk", 4= "Gaat goed", en 5= "Gaat zeer goed". De domeinen waar ze zichzelf op in kunnen schalen zijn:

aan de met de cliënt besproken uitkomst van het keukentafelgesprek en maakt daardoor deel uit van het hulpverleningsproces.

- Gaan en staan waar en wanneer ik wil (Mobiliteit)
- Mezelf (laten) wassen, kleden en verzorgen (Verzorging)
- Het (laten) doen van taken in en om het huis (Huishouden)
- Het (laten) bijhouden van mijn financiën (Financieel)

De vier verschillende schaal-items welke de mate van zelfredzaamheid meten van cliënten, blijken consistent te zijn met elkaar, en samen één schaal te vormen (CA=.815).

3.4.3 Het meten van sociaal en institutioneel vertrouwen

Aan cliënten wordt gevraagd in hoeverre ze vertrouwen hebben in de medemens. Deze vraag kunnen zij beantwoorden met de categorieën: 1= "Helemaal geen vertrouwen", 2= "Niet zo veel vertrouwen", 3= "Tamelijk veel vertrouwen", 4= "Heel veel vertrouwen".

Het meten van het institutioneel vertrouwen gebeurt middels de vraag: *In hoeverre heeft u vertrouwen in de volgende personen/instellingen?*. Vervolgens kunnen respondenten aangeven hoeveel vertrouwen ze hebben in de volgende items, te noemen:

- De overheid
- Politieke partijen
- Gezondheidszorg
- Het sociale zekerheidsstelsel
- Ambtenaren

Ook hier zijn de volgende antwoordcategorieën van toepassing, te noemen: 1= "Helemaal geen vertrouwen", 2= "Niet zo veel vertrouwen", 3= "Tamelijk veel vertrouwen", 4= "Heel veel vertrouwen". De vijf verschillende items welke het institutioneel vertrouwen meten, blijken consistent te zijn met elkaar, en vormen samen één schaal (CA=.821).

3.4.4 Het meten van participatie

Als laatste meten we de intermediaire variabele participatie. De mate van participatie wordt binnen dit onderzoek op twee verschillende niveaus gemeten. Ten eerste wordt de cliënt naar een subjectieve maat van participatie gevraagd met de vraag *'In hoeverre vindt u*

dat u mee kunt doen binnen de Nederlandse samenleving?'. Deze vraag kan de cliënt beantwoorden met een rapportcijfer van één tot tien.

Vervolgens wordt de mate van participatie op basis van gedrag gemeten, door de mate waarin de cliënt meedoet te meten op frequentieniveau. Aan de cliënt wordt gevraagd: *'Kunt u aangeven hoe vaak u de volgende activiteiten doet?'. Er wordt voor deze vraag gebruik gemaakt van een vijftal categorieën, te noemen: 1= "Zelden/ nooit, 2= "Minder dan één keer per maand", 3= "Minstens één keer per maand", 4= "Minstens één keer per week" en 5= "Vaker in de week/dagelijks". De activiteiten waar de cliënt zichzelf op in moet schalen zijn:*

- Deelnemen aan buurtactiviteiten
- Informele zorg / mantelzorg
- Sport of een hobby
- Deelnemen aan verenigingsleven
- Vrijwilligerswerk

De verschillende activiteiten zijn ontleend uit de deelgebieden die het CBS hanteert om het participatieniveau van mensen te meten (CBS, 2010). Men zou kunnen argumenteren dat de mate van zelfredzaamheid overeenkomt, of hetzelfde meet als de mate van participatie. Echter verschillen deze twee wel degelijk van elkaar. Waar zelfredzaamheid bijvoorbeeld gaat om het zichzelf kunnen verplaatsen, gaat de mate van participatie om het daadwerkelijk deelnemen in het maatschappelijke verkeer en wordt in navolging hierop dan ook gemeten op frequentieniveau. De items welke de mate van participatie meten hangen consistent met elkaar samen, en vormen samen één schaal (CA=.604).

3.4.5 Controlevariabelen

Om het effect van de mate van zelfredzaamheid en de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid te meten is voor een aantal belangrijke factoren gecontroleerd. Deze factoren zijn hieronder beschreven.

Allereerst is er gecontroleerd op degene die de vragenlijst ingevuld heeft. Dit aangezien veel ouderen en hulpbehoevenden niet bij machte zijn om een dergelijke enquête in te vullen, door fysieke en/of geestelijke beperkingen. De vraag die werd gesteld om dit te controleren was: *Wie heeft deze vragenlijst ingevuld?* Men kon kiezen uit de antwoordcategorieën: (1) De

cliënt zelf, (2) *Een mantelzorger voor de cliënt*, of (3) *Anders*. In 164 gevallen heeft de cliënt zelf de vragenlijst ingevuld, in 52 van de gevallen was dit de mantelzorger voor de cliënt en in 15 gevallen iemand anders. Deze categorieën zijn gehercodeerd naar de categorieën (0 = cliënt zelf, 1 = Mantelzorger / Anders).

Verder is gecontroleerd op leeftijd, geslacht, hoogst genoten opleiding en de herkomst van de cliënt. De antwoordcategorieën voor leeftijd zijn: (1) *25-45 jaar oud*, (2) *45-65 jaar oud*, (3) *65-85 jaar oud*, of (4) *>85 jaar oud*. De antwoordcategorieën voor geslacht zijn (0) *man*, of (1) *vrouw*. De antwoordcategorieën voor hoogst genoten opleiding zijn na het invullen van de vragenlijst gehercodeerd: (1) *laag opgeleid (Speciaal onderwijs, Basisschool, Lager voorgezet onderwijs (bv. VMBO, MAVO, ulo, lbo))*, (2) *middelbaar opgeleid (Voortgezet algemeen onderwijs bv. Havo, VWO, HBS, Middelbaar beroepsonderwijs, leerlingwezen en specialistenopleiding)*, of (3) *hoger opgeleid (Hoger beroepsonderwijs, WO en Gepromoveerd)*. Aangezien dit een nominale variabele is, zijn hiervan zijn dummyvariabelen gemaakt waarbij cliënten met een laag opleidingsniveau als referentiegroep is gebruikt. Bij de herkomst van de cliënt is gekeken of het (1) *een nieuwe cliënt betreft*, (2) *een cliënt vanuit de oude Wmo*, of (3) *vanuit de oude Awbz*. Ook hier zijn dummyvariabelen van gemaakt aangezien dit een nominale variabele betreft. De antwoordcategorie 'een cliënt vanuit de oude Wmo' is hierbij als referentie groep gebruikt.

3.5 Data-analyse

In dit hoofdstuk zijn de afhankelijke, onafhankelijke en controlevariabelen geoperationaliseerd. In het volgende hoofdstuk staat de hypothesetoetsing centraal. De opgestelde hypothesen zullen door middel van lineaire multiple regressie analyse getoetst worden (Field, 2005). Er zijn daarvoor twee modellen opgesteld aan de hand van het conceptueel model uit paragraaf 2.5. In model 1 worden de onafhankelijke variabelen *zelfredzaamheid*, *sociaal vertrouwen*, *institutioneel vertrouwen* en *participatie* getoetst op de afhankelijke variabele *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces*. In dit zelfde model zijn tevens *zelfredzaamheid*, *sociaal vertrouwen* en *institutioneel vertrouwen* getoetst op *participatie* als afhankelijke variabele om een verwacht mediërend effect zichtbaar te maken. In model 2 zal dit proces herhaald worden alleen dan op de afhankelijke variabele *cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning*. Aan beide modellen zijn de

controlevariabelen *invouller, geslacht, leeftijd, middelbaar opleidingsniveau, hoog opleidingsniveau, nieuwe cliënt* en *cliënt vanuit de Awbz* toegevoegd.

Voor over wordt gegaan tot hypothesetoetsing, is de data gecontroleerd op normaalverdeling, multicollineariteit en heteroscedasticiteit. De schaalvariabelen zijn normaal verdeeld en er is geen sprake van multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen. Tevens is er gecontroleerd op heteroscedasticiteit, ook hier zijn geen problemen gevonden.

De uitkomsten van de regressieanalyses in het volgende hoofdstuk zijn gebruikt om aan te tonen welke variabelen de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces en de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning, beïnvloeden. Op basis daarvan zijn de in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen bevestigd of verworpen. De bevestigde hypothesen vormden de basis voor het beleidsadvies wat in het laatste hoofdstuk staat beschreven.

4 Resultaten

4.1 Beschrijvende data

De beschrijvende data wordt weergegeven in tabel 4.1. De meeste respondenten, namelijk 59%, hebben een relatief laag opleidingsniveau, i.e. speciaal onderwijs, basisschool, of lager voortgezet onderwijs (VMBO, MAVO, ulo of lbo). Een kwart van de respondenten, namelijk 24.9%, heeft een middelbare opleiding gevolgd, i.e. voortgezet algemeen onderwijs (HAVO, VWO), HBS, of middelbaar beroepsonderwijs. Het kleinste deel van de respondenten, namelijk 16.1%, heeft een relatief hoog opleidingsniveau, i.e. HBO, WO of hoger. Wanneer dit vergeleken wordt met het hoogst genoten opleiding van de Nederlandse beroepsbevolking van 55-65 jaar in 2003 – deze groep is nu dus 67-77 jaar oud – dan is te zien dat landelijk 36,58% laag opgeleid is, 49,3% een middelbare opleiding heeft gevolgd en 14,1% een hoog opleidingsniveau heeft (CBS, 2015). Er kan dus geconstateerd worden dat mensen met een laag opleidingsniveau vaker of meer gebruik maken van hulp, zorg of ondersteuning dan mensen met een hoger opleidingsniveau.

Het merendeel van de respondenten, namelijk 77%, gaf aan reeds voor 1 januari 2015 zorg te ontvangen vanuit de Wmo, een kleiner deel, namelijk 15.6%, gaf aan voor 1 januari 2015 zorg te ontvangen vanuit de Awbz, en het kleinste deel, namelijk 7.4%, gaf aan een nieuwe cliënt te zijn.

Wanneer er gekeken wordt naar de afhankelijke variabelen *cliënttevredenheid met het hulpverleningsproces* en *cliënttevredenheid met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning*, dan is te zien dat het gemiddelde en de standaard deviatie bij deze afhankelijke variabelen ongeveer gelijk zijn aan elkaar.

Wanneer er gekeken wordt naar de onafhankelijke variabelen, dan valt voornamelijk op dat cliënten een hogere mate van *sociaal vertrouwen* hebben (gemiddeld 2,86) ten opzichte van *institutioneel vertrouwen* (gemiddeld 2,20).

Tabel 4.1 Beschrijvende statistieken van de in de analyses opgenomen variabelen: totaal aantal respondenten (N), minimum, maximum, gemiddelde / percentage en standaard deviatie.

	N	Min	Max	Gemiddelde / percentage	SD
Afhankelijke variabele					
Cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces (schaal 4 items)	136	2	5	3.7349	.65339
Cliënttevredenheid met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning (Schaal 4 items)	217	1	5	3.7535	.64914
Onafhankelijke variabele					
Zelfredzaamheid (Schaal 4 items)	217	1	5	2.9500	.84922
Sociaal vertrouwen	217	1	4	2.8584	.59136
Institutioneel vertrouwen (Schaal 5 items)	217	1	3.6	2.2045	.49057
Participatie (Schaal 7 items)	217	1	4.43	1.7650	.70496
Controlevariabelen					
Wie vult de vragenlijst in? (Cliënt zelf)	217			71.2%	
Leeftijd	217	1	4	3.0184	.75131
Geslacht (vrouw)	217			66.4%	
Educatie					
Educatie (Laag)	217			59%	
Educatie (Middelbaar)	217			24.9%	
Educatie (Hoog)	217			16.1%	
Herkomst cliënt					
Nieuwe cliënt	217			7.4%	
Uit Wmo	217			77%	
Uit Awbz	217			15.6%	

4.2 Bivariate statistieken

4.2.1 Bivariate statistieken onafhankelijke en afhankelijke variabelen

Vanuit de bivariate statistieken kunnen enkele interessante correlaties gedetecteerd worden (zie tabel 4.2.1). Allereerst is te zien dat de onafhankelijke variabele *zelfredzaamheid* significant correleert met *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces*: $r(135) = .210$, $p < 0.05$. Tevens is te zien dat *zelfredzaamheid* en *participatie* significant met elkaar correleren: $r(215) = .371$, $p < 0.01$. *Institutioneel vertrouwen* blijkt significant te correleren met de mate van *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces*: $r(135) = .245$, $p < 0.01$, en met *cliënttevredenheid met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning*: $r(215) = .199$, $p < 0.01$. Deze bevindingen steunen enkele van de in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen. In de volgende paragraaf zullen de verbanden middels lineaire multiple regressie getoetst worden.

Tabel 4.2.1 Correlatietabel afhankelijke en onafhankelijke variabelen

	Clïenttevredenheid met het hulpverleningsproces	Clïenttevredenheid over de ontvangen zorg, hulp of ondersteuning	Zelfredzaamheid	Sociaal vertrouwen	Institutioneel vertrouwen	Participatie
Clïenttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces	1	.439**	.210**	.074	.245**	-.006
Clïenttevredenheid over de ontvangen zorg, hulp of ondersteuning		1	.077	.172*	.199**	.061
Zelfredzaamheid			1	.174*	.217**	.371**
Sociaal vertrouwen				1	.392**	.107
Institutioneel vertrouwen					1	.124
Participatie						1

* Significant bij $P < 0.05$

** Significant bij $P < 0.01$

$N = 217$ met uitzondering van variabelen die gecorreleerd zijn met *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces*, hier is $N = 136$

4.3 Multiple regressie analyse

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de multiple regressie analyses gepresenteerd. De uitkomsten van de analyses van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces* zijn te zien in model 1, die aan het einde van deze paragraaf weergegeven is. De uitkomsten van de analyses van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele *cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning* volgen hierop, en worden in model 2 gepresenteerd. In beide modellen zijn de variabelen *invuller, geslacht, leeftijd, middelbaar opleidingsniveau, hoog opleidingsniveau, nieuwe cliënt* en *cliënt vanuit de Awbz* als controlerende variabelen opgenomen. De uitkomsten van de controlevariabelen voor model 1 zijn gepresenteerd in tabel 4.3a, en de uitkomsten van controlevariabelen van model 2 zijn gepresenteerd in tabel 4.3b. Deze tabellen worden na de modellen weergegeven.

Eerst zal in paragraaf 4.3.1 het effect van de mate van zelfredzaamheid op beide dimensies van cliënttevredenheid besproken worden. In paragraaf 4.3.2 wordt ingegaan op de uitkomsten van de resultaten van sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid en in paragraaf 4.3.3 wordt het mediërende effect van de mate van participatie binnen de relatie tussen zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen op de beide vormen van cliënttevredenheid behandeld. Tenslotte zullen in paragraaf 4.3.4 de resultaten van de controlevariabelen op de afhankelijke variabelen besproken worden.

4.3.1 Zelfredzaamheid en de mate van cliënttevredenheid.

De verwachting over de relatie tussen zelfredzaamheid en cliënttevredenheid, was dat een hogere mate van zelfredzaamheid een positief effect zou hebben op de mate van cliënttevredenheid.

Vanuit model 1 kan geconcludeerd worden dat de mate van zelfredzaamheid een significant effect heeft op de afhankelijke variabele *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces*: $b = .210, p < 0.05$. Dit houdt in dat wanneer cliënten een hogere mate van zelfredzaamheid hebben of ervaren, zij tevredener zijn met het hulpverleningsproces.

Wanneer de mate van zelfredzaamheid getoetst wordt op de mate van cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning, dan is vanuit model 2 te zien dat hier de mate van zelfredzaamheid geen significant effect heeft: $b = .016, p = .596$.

Er kan dus gesteld worden dat hypothese 1: *'Naarmate de cliënt een hogere zelfredzaamheid heeft, des te hoger is de cliënttevredenheid'*, alleen opgaat wanneer er gesproken wordt over cliënttevredenheid met het hulpverleningsproces. Wanneer er gekeken wordt naar cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning dan is hier geen bewijs voor en dient deze verworpen te worden.

4.3.2 Sociaal en institutioneel vertrouwen en de mate van cliënttevredenheid

Kijkend naar de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen, dan is te zien in model 1 dat het sociaal vertrouwen van een cliënt geen effect heeft op de afhankelijke variabele cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces: $b = -.021, p = .824$. In model 1 is tevens te zien dat de mate van institutioneel vertrouwen wel een significant effect blijkt te hebben op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces: $b = .272, p < 0.05$.

Er kan dus niet gesteld worden dat mensen met een hogere mate van sociaal vertrouwen tevredener zijn met het hulpverleningsproces. Wanneer er gekeken wordt naar institutioneel vertrouwen dan blijkt dat deze relatie wel significant.

Vanuit model 2 is te constateren dat de mate van sociaal vertrouwen geen significant effect blijkt te hebben op de mate van cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning: $b = .131, p = .114$. Institutioneel vertrouwen blijkt wel een significant effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning: $b = .221, p < 0.05$.

Concluderend heeft de mate van sociaal vertrouwen geen significant effect op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces en cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning. De mate van institutioneel vertrouwen daarentegen, blijkt een significant effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces, en cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning. Hypothese 2, *'Naarmate de cliënt een hoger sociaal vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van cliënttevredenheid'*, dient dus verworpen te worden.

Hypothese 3: *'Naarmate de cliënt een hoger institutioneel vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van cliënttevredenheid'*, kan vanuit deze resultaten bevestigd worden.

4.3.3 Participatie en de mate van cliënttevredenheid

In model 1 en 2 is het mediërende effect van participatie op de hierboven beschreven relaties getoetst. In model 1 gaat het om het mediërende effect van participatie binnen de relatie van zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces. En in model 2 gaat het om het mediërende effect van participatie binnen de relatie van zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid over de ontvangen hulp zorg of ondersteuning.

Vanuit model 1 wordt duidelijk dat de mate van participatie geen mediërend effect heeft binnen een van de drie relaties, aangezien de relatie tussen participatie en cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces niet significant blijkt te zijn: $b = -.057$ $p = .508$. In model 2 is te zien dat participatie ook geen significant effect heeft op cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning: $b = .031$ $p = .656$. Dus ook hier blijkt participatie geen mediërend effect te hebben.

In beide modellen is te zien dat een hogere mate van sociaal vertrouwen ($b = .048$ $p = .569$) en een hogere mate van institutioneel vertrouwen ($b = .052$ $p = .619$) beide geen significant effect hebben op de mate van participatie. Wanneer gekeken wordt naar de mate van zelfredzaamheid, dan blijkt de relatie tussen zelfredzaamheid en participatie wel significant: $b = .278$ $p = <0.01$, echter kunnen hier geen hypothesen mee bevestigd worden.

Hypothese 5: *'Naarmate de cliënt een hogere mate van zelfredzaamheid heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de mate van cliënttevredenheid'*.

Hypothese 6: *'Naarmate de cliënt een hogere mate van sociaal vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de mate van cliënttevredenheid'*.

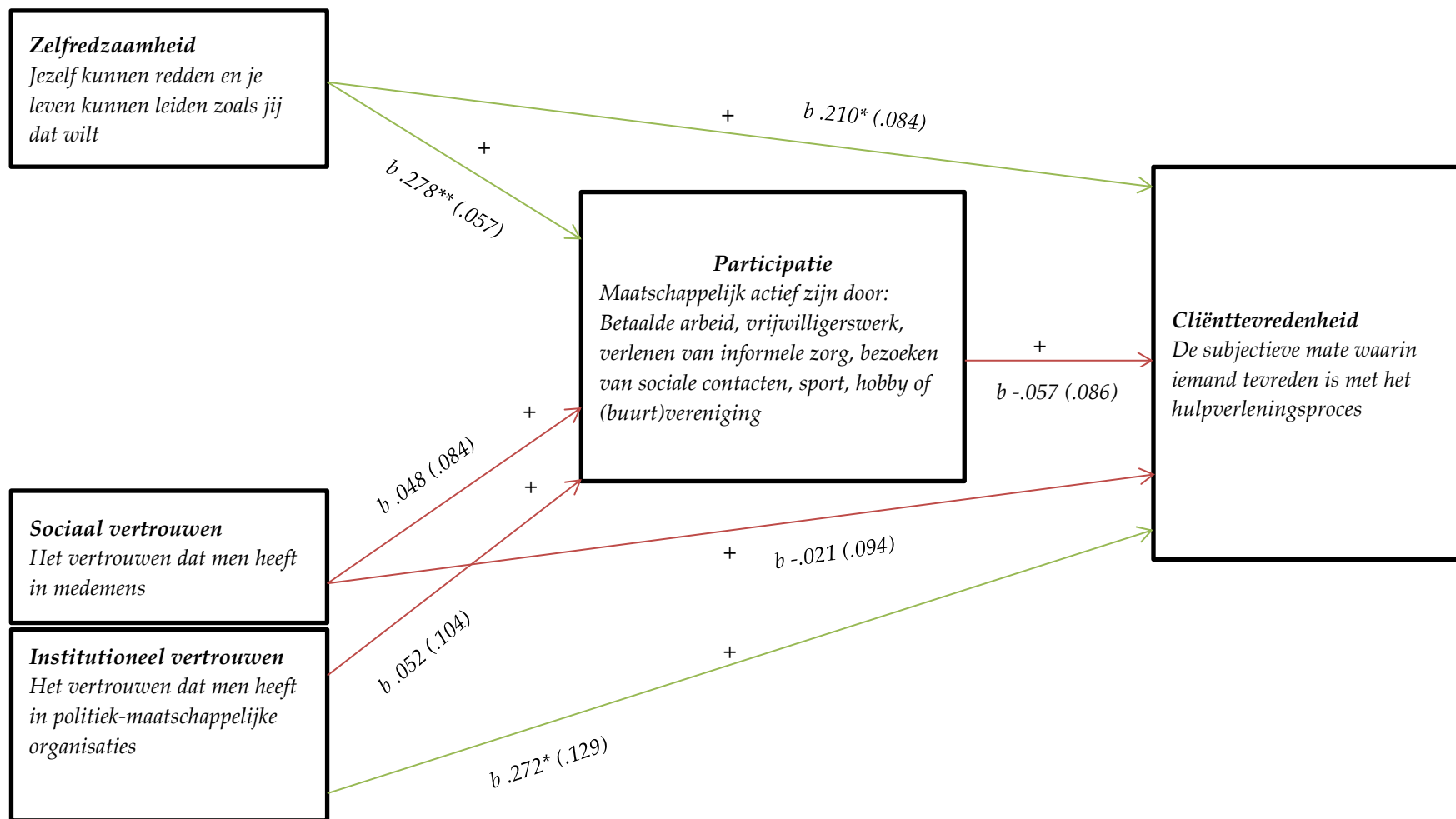
Hypothese 7: *'Naarmate de cliënt een hogere mate van institutioneel vertrouwen heeft, des te hoger is de mate van participatie en des te hoger is de mate van cliënttevredenheid'*.

Hypothesen 5, 6 en 7 dienen dus allen verworpen te worden.

4.3.4 Controlevariabelen en de mate van cliënttevredenheid

Vanuit tabel 4.3a en 4.3b is af te lezen dat geen van de controlevariabelen een significant effect heeft op de afhankelijke variabelen *cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces* en *cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning*. Wel is te zien bij toetsing van de onafhankelijke variabelen *zelfredzaamheid*, *sociaal vertrouwen* en *institutioneel vertrouwen* op de mate van participatie, dat de controlevariabele *leeftijd* een significant effect heeft: $b = -.122$ $p = <0.05$. Dit wijst uit: hoe hoger de leeftijd van cliënten, des te lager de mate van participatie. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van significantie van de andere controlevariabelen kan gevonden worden in het feit dat het een relatief homogene steekproef betreft. Alle respondenten komen uit dezelfde gemeenten, zijn betrekkelijk laag opgeleid, en zijn op leeftijd.

Model 1: Lineaire Multiple regressie analyse onafhankelijke variabelen op cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces



* Significant bij $P < 0.05$, ** Significant bij $P < 0.01$

$R^2 = .135$ | $F = 1.763$ | $N = 136$ (Afhankelijke variabele Cliënttevredenheid)

$R^2 = .179$ | $F = 4.488$ | $N = 217$ (Afhankelijke variabele Participatie)

In het model is de b-waarde weergegeven en SE tussen haakjes.

Tabel 4.3a: Controlevariabelen behorende bij model 1

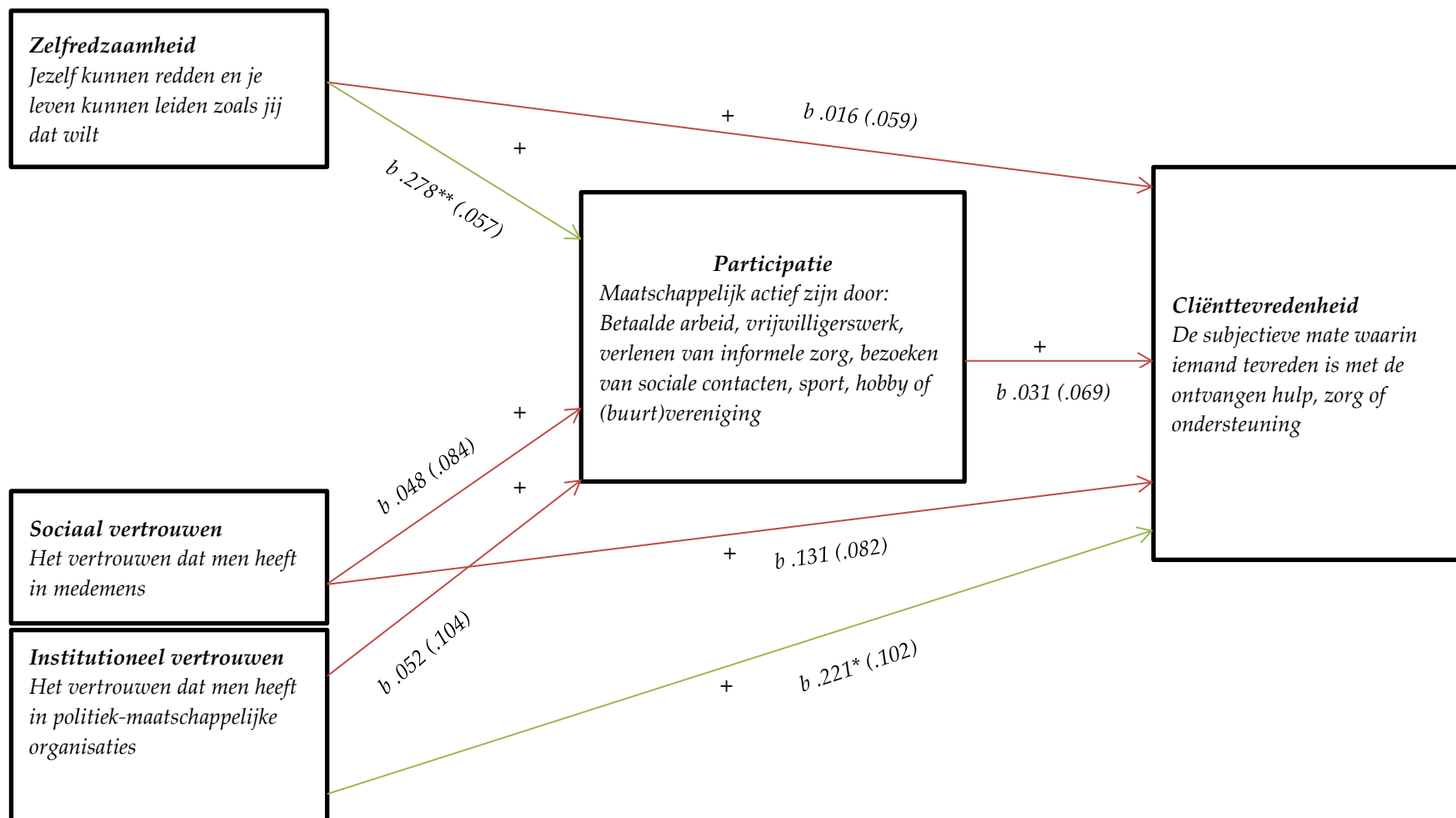
Controlevariabelen bij toetsing onafhankelijke variabelen op afhankelijke variabele cliënttevredenheid omtrent hulpverleningsproces

	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Invouller (1= Cliënt zelf, 2= Mantelzorger voor cliënt/Anders)</i>	.173	.134
<i>Leeftijd</i>	.047	.077
<i>Geslacht</i>	.038	.123
Opleidingsniveau (referentie = Laag)		
<i>Middelbaar opleidingsniveau</i>	-.219	.134
<i>Hoger opleidingsniveau</i>	.046	.174
Herkomst cliënt (referentie = Wmo)		
<i>Nieuwe cliënt</i>	.115	.207
<i>Cliënt uit Awbz</i>	-.083	.153

Controlevariabelen bij toetsing onafhankelijke variabelen zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen op afhankelijke variabele participatie

	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Invouller (1= Cliënt zelf, 2= Mantelzorger voor cliënt/Anders)</i>	-.076	.103
<i>Leeftijd</i>	-.122*	.062
<i>Geslacht</i>	.101	.098
Opleidingsniveau (referentie = Laag)		
<i>Middelbaar opleidingsniveau</i>	.030	.110
<i>Hoger opleidingsniveau</i>	.157	.136
Herkomst cliënt (referentie = Wmo)		
<i>Nieuwe cliënt</i>	.072	.175
<i>Cliënt uit Awbz</i>	.131	.124

Model 2: Lineaire Multiple regressie analyse onafhankelijke variabelen op cliënttevredenheid over ontvangen hulp, zorg of ondersteuning



* Significant bij $P < 0.05$, ** Significant bij $P < 0.01$,
 $R^2 = .067$ | $F = 1.329$ | $N = 217$ (Afhankelijke variabele Cliënttevredenheid)
 $R^2 = .179$ | $F = 4.488$ | $N = 217$ (Afhankelijke variabele Participatie)
 In het model is de b-waarde weergegeven en SE tussen haakjes.

Tabel 4.3b: Controlevariabelen behorende bij model 2

Controlevariabelen bij toetsing onafhankelijke variabelen op afhankelijke variabele cliënttevredenheid over ontvangen hulp, zorg of ondersteuning

	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Invouller (1= Cliënt zelf, 2= Mantelzorger voor cliënt/Anders)</i>	-.035	.101
<i>Leeftijd</i>	-.027	.061
<i>Geslacht</i>	-.066	.097
Opleidingsniveau (referentie = Laag)		
<i>Middelbaar opleidingsniveau</i>	-.124	.108
<i>Hoger opleidingsniveau</i>	-.218	.135
Herkomst cliënt (referentie = Wmo)		
<i>Nieuwe cliënt</i>	.020	.172
<i>Cliënt uit Awbz</i>	.025	.122

Controlevariabelen bij toetsing onafhankelijke variabelen zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen op afhankelijke variabele participatie

	<i>b</i>	<i>SE</i>
<i>Invouller (1= Cliënt zelf, 2= Mantelzorger voor cliënt/Anders)</i>	-.076	.103
<i>Leeftijd</i>	-.122*	.062
<i>Geslacht</i>	.101	.098
Opleidingsniveau (referentie = Laag)		
<i>Middelbaar opleidingsniveau</i>	.030	.110
<i>Hoger opleidingsniveau</i>	.157	.136
Herkomst cliënt (referentie = Wmo)		
<i>Nieuwe cliënt</i>	.072	.175
<i>Cliënt uit Awbz</i>	.131	.124

5 Conclusie / Discussie

Met de decentralisaties binnen het sociale domein wordt aangestuurd op een verhoogde mate van zelfredzaamheid en participatie binnen de Nederlandse samenleving. Waar hulpbehoevenden ‘vroeger’ naar een verzorgingstehuis gingen, dient men nu met gebreken langer thuis te blijven wonen voordat men naar een verpleegtehuis mag gaan. De verhoogde mate van zelfredzaamheid zou bewerkstelligd worden door het leveren van maatwerk. Dit is hulp, zorg of ondersteuning die naadloos aansluit bij de behoeften van de cliënt. Zelfredzaamheid en participatie zouden een positief effect hebben op de mate van zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing en het vermogen tot betrokkenheid en sociaal contact. Ouderen zouden door te participeren zich gezonder en fitter voelen (Hoeymans, et al., 2005; De Klerk & Timmermans, 1998). Met dit onderzoek is getracht te achterhalen of een verhoogde mate van zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen cliënten ook tevredener maakt met het hulpverleningsproces en de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning. Tevens is gekeken wat de rol van participatie hierin is. De centrale vraag die voor dit onderzoek is beantwoord luidt: *In hoeverre hebben zelfredzaamheid en sociaal en institutioneel vertrouwen invloed op de mate van cliënttevredenheid van Wmo cliënten van de gemeente Utrechtse Heuvelrug, en wat is de rol van participatie hierin?*

5.1 Conclusie

De eerste deelvraag luidde: *‘In hoeverre leidt de mate van zelfredzaamheid tot een hogere cliënttevredenheid?’*. Vanuit wetenschappelijke literatuur worden verschillende handvatten geboden om te verwachten dat een hogere mate van zelfredzaamheid ook een hogere mate van cliënttevredenheid bewerkstelligd (Hall, Milburn, & Epstein, 1993; Noble, Conditt, Cook, & Mathis, 2006). Vanuit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de mate van zelfredzaamheid een positief effect heeft op de cliënttevredenheid wanneer het gaat om de tevredenheid met het hulpverleningsproces, i.e. het traject dat voorafgaat aan het daadwerkelijk ontvangen van zorg, hulp of ondersteuning. Wanneer er gekeken wordt naar

de cliënttevredenheid over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning, dan blijkt deze relatie niet significant.

Een mogelijke verklaring kan gevonden worden in het feit dat mensen met een hogere zelfredzaamheid minder zorg vragen, en vaker geholpen zijn met een algemene voorziening (i.e. de minimale hoeveelheid zorg), dit in tegenstelling tot mensen met een lagere zelfredzaamheid, die vaak afhankelijk zijn van maatwerk en meer zorg verwachtten. Klaarblijkelijk schiet maatwerk in de perceptie van cliënten vaak nog tekort, aangezien zij zich – ook al ontvangen zij hulp, zorg of ondersteuning – slecht of matig zelfredzaam achten.

De tweede deelvraag luidde: *'In hoeverre leidt de mate van sociaal en institutioneel vertrouwen tot een hogere cliënttevredenheid?'*. De verwachting vanuit de literatuur was dat mensen met een hogere mate van sociaal en institutioneel vertrouwen, tevens een hogere mate van cliënttevredenheid zouden ervaren (Hall, Camacho, Dugan, & Balkrishnan, 2002; Lindstrom & Axen, 2004). Vanuit de resultaten moet echter geconcludeerd worden dat de mate van sociaal vertrouwen geen significant effect heeft op de mate van cliënttevredenheid met het hulpverleningsproces en over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning.

De mate van institutioneel vertrouwen blijkt wel een significant effect te hebben op de mate van cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces en omtrent de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning. Dit houdt in dat wanneer cliënten een hogere mate van vertrouwen hebben in politiek-maatschappelijke instituties, zij tevens tevredener zijn met het hulpverleningsproces en de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning die zij van deze instituties ontvangen.

De twee laatste deelvragen richtten zich op de rol van participatie. Deze luidden: *'In hoeverre verklaart participatie de relatie tussen zelfredzaamheid en cliënttevredenheid?'* en *'In hoeverre verklaart participatie de relatie tussen sociaal en institutioneel vertrouwen en cliënttevredenheid?'*.

Vanuit de literatuur werd verwacht dat de mate van participatie in deze relaties een rol zou vervullen. Echter laten de resultaten zien dat hier geen sprake van is: de mate van participatie blijkt de relatie tussen zelfredzaamheid en cliënttevredenheid niet te verklaren. Ook binnen de relaties van sociaal en institutioneel vertrouwen op de mate van cliënttevredenheid bleek de mate van participatie geen rol te spelen.

Een mogelijke verklaring kan gevonden worden in lage variantie in de mate van participatie. Dit is te verklaren vanuit de hoge gemiddelde leeftijd van de populatie en de afhankelijkheid van zorg, hulp of ondersteuning

5.2 Discussie

In dit onderzoek is getracht de mate van cliënttevredenheid te verklaren vanuit de mate van zelfredzaamheid, sociaal vertrouwen en institutioneel vertrouwen, en is onderzocht wat de rol van participatie hierin is. Een actueel en zeer relevant onderwerp, gezien de recente decentralisaties en nieuwe manier van werken binnen de zorgverlening, waarbij men aanstuurt op een verhoogde mate van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten (Coumans & te Riele, 2010).

Dit onderzoek kent een groot aantal voordelen. Zo zijn de opgestelde verwachtingen afgeleid uit een sterk theoretisch kader. Daarnaast is de steekproef die getrokken is representatief gebleken voor de doelpopulatie. Er kan dus gesteld worden dat de uitkomsten te generaliseren zijn. Ook is dit onderzoek systematisch uitgevoerd, en zijn de gebruikte vragen gevalideerd middels een gehouden pilot onder ouderen. Dit maakt dat de uitkomsten betrouwbaar en solide zijn.

Een ander voordeel van dit onderzoek is dat beide vormen van cliënttevredenheid worden belicht. Vele onderzoeken benaderen en meten cliënttevredenheid, als de discrepantie tussen verwachtingen en zorguitkomsten (Aarse, 2003; Little, et al., 2001). In dit onderzoek is cliënttevredenheid als een multidimensionaal concept benadert en gemeten. Het geeft zo niet alleen inzicht in cliënttevredenheid gebaseerd op zorguitkomsten, maar kijkt daarnaast ook naar de tevredenheid over deelaspecten van het hulpverleningsproces.

Naast een aantal voordelen, kent dit onderzoek ook een aantal zwakke punten. Allereerst is in dit onderzoek de relatie tussen de mate van zelfredzaamheid en cliënttevredenheid onderzocht. Gesteld wordt dat naarmate mensen zelfredzamer zijn, zij eveneens een hogere mate van cliënttevredenheid ervaren. Echter beargumenteren Zapka et al (1995) dat het verschil in tevredenheid eveneens verklaard kan worden vanuit het feit dat betere zorg een hogere mate van zelfredzaamheid zou bewerkstelligen. Wanneer dit zo is, is het niet de mate

van zelfredzaamheid die de mate van cliënttevredenheid verklaart, maar de kwaliteit van de geboden zorg, hulp of ondersteuning. Wel is het zo dat de kwaliteit van de zorg die de respondenten van deze monitor ontvangen in grote mate overeenkomt, aangezien alle respondenten in dezelfde gemeente wonen (Utrechtse Heuvelrug) en zorg ontvangen van dezelfde instellingen.

Een tweede zwak punt van dit onderzoek is de tijd waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden. De monitor is in maart 2015 uitgezet, terwijl men in januari 2015 hulp, zorg of ondersteuning in heeft moeten leveren. Het is dus mogelijk dat het recent inleveren van hulp, zorg of ondersteuning een 'emotionele schrikreactie' heeft opgeroepen bij cliënten en daarmee een negatief effect heeft op de perceptie van zorguitkomsten. Dit maakt dat de uitkomsten van dit onderzoek lastig te vergelijken zijn met andere jaren.

Tenslotte kunnen er ook vraagtekens gezet worden bij de causaliteit. In dit onderzoek wordt verondersteld dat naarmate cliënten een hogere mate van zelfredzaamheid hebben of ervaren, zij tevens ook tevredener zijn met de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning. Het zou echter ook zo kunnen zijn, dat wanneer cliënten ontevreden zijn over de hulp, zorg of ondersteuning, zij daardoor ook ontevreden zijn met de mate van hun zelfredzaamheid. In dat geval bepaalt in hoeverre de zorg, hulp of ondersteuning aansluit, de mate van zelfredzaamheid.

6 Beleidsadvies

De laatste deelvraag van dit onderzoek richt zich op de rol die de gemeente Utrechtse Heuvelrug kan vervullen om de cliënttevredenheid te doen toenemen. Deze vraag luidt als volgt: *Hoe kan de mate van cliënttevredenheid van cliënten binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug verhoogd worden?*

De gemeente Utrechtse Heuvelrug streeft naar tevreden cliënten met de geboden dienstverlening en hulp, zorg of ondersteuning. De uitkomsten van dit onderzoek – ook al zijn de effecten klein – geven inzicht in manieren waarop de cliënttevredenheid verhoogd kan worden onder cliënten die gebruik maken van zorg, hulp of ondersteuning vanuit de Wmo. Dit onderzoek heeft bevestigd dat de mate van zelfredzaamheid een positief effect heeft op de cliënttevredenheid omtrent het hulpverleningsproces. In andere woorden, naarmate cliënten een hogere mate van zelfredzaamheid ervaren, zijn zij tevens ook tevredener met het hulpverleningsproces. Klaarblijkelijk ervaren cliënten met een lagere mate van zelfredzaamheid, dat de geboden hulp, zorg of ondersteuning ontoereikend is. Dit aangezien ze hun zelfredzaamheid, ongeacht de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning, nog steeds laag inschatten. Daarmee onderstreept dit onderzoek het belang van het aansturen op een verhoogde mate van zelfredzaamheid onder cliënten door het leveren van maatwerkvoorzieningen. Deze aanbeveling wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt.

Tevens blijkt uit de uitkomsten van dit onderzoek dat de mate van institutioneel vertrouwen een significant effect heeft op de mate van cliënttevredenheid. Daarmee onderschrijft dit onderzoek tevens het belang van het creëren van vertrouwen onder cliënten. Opvallen is dat de mate van participatie, waar op aangestuurd wordt binnen de Wmo, geen effect blijkt te hebben op de mate van cliënttevredenheid.

6.1 Het vergroten van de mate van zelfredzaamheid

In deze sectie wordt de eerste beleidsaanbeveling, het vergroten van de mate van zelfredzaamheid, uitgewerkt. Dit aangezien, zoals hier boven ook is gesteld, de mate van zelfredzaamheid een positief effect heeft op de mate van cliënttevredenheid. Binnen deze beleidsaanbeveling zal er aandacht zijn voor de 'wie-vraag', de 'wat-vraag', en de 'hoe-vraag'.

In andere woorden wie zijn er betrokken bij het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten, wat wordt er van de verschillende actoren verwacht en ten slotte hoe moeten ze dit in de praktijk brengen. De acties, die van de verschillende actoren verwacht worden zijn doormiddel van een stappenplan uiteengezet, met een bijgesloten tijdlijn waarvan valt af te lezen binnen welk tijdsbestek de desbetreffende actie verwacht wordt.

6.1.1 Stakeholders

Om de zelfredzaamheid onder cliënten te vergroten moet er eerst een duidelijk beeld komen, *wie* er allemaal betrokken zijn bij de totstandkoming van de zelfredzaamheid van de cliënt. Hieronder zullen de verschillende actoren uiteengezet worden, en zal een korte toelichting worden gegeven wat hun rol is met betrekking tot de totstandkoming van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Beleidsmedewerkers van de gemeente

Het beleid van de gemeente, en daarmee de manier waarop er wordt aangestuurd op een verhoogde mate van zelfredzaamheid is tevens van belang. Het is namelijk het opgezette beleid waar protocollen en werkwijzen in zijn opgenomen hoe deze verhoogde mate van zelfredzaamheid bewerkstelligd dient te worden.

Wmo-raad

De Wmo-raad is een bestuursorgaan die de belangen van cliënten moet behartigen bij de gemeenten raad, zij kunnen indirect invloed uitoefenen op het lokale beleid.

Teamleiders Servicepunten

Binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug zijn een vijftal Servicepunten verspreid over de gemeenten. Het zijn bij deze Servicepunten waar inwoners terecht kunnen met een hulpvraag of probleem. Deze Servicepunten, met hun teams van professionals (Wmo-consulenten), worden aangestuurd door drie teamleiders (dit zijn vaak ervaren hulpverleners). De visie, en manier waarop de zelfredzaamheid van cliënten vergoot moet worden volgens de teamleiders, heeft een grote invloed op het handelen van de Wmo-consulenten en daarmee op uitwerking van het beleid.

Wmo-consulenten

Het zijn de Wmo-consulenten, die werkzaam zijn bij de Servicepunten, die verantwoordelijk zijn voor het vaststellen welke hulp, zorg of ondersteuning een cliënt nodig heeft, en welke taken eventuele naasten op kunnen pakken.

Zorgaanbieders

Het is aan zorgaanbieders de taak om de door de Wmo-consulent beschikte zorg, hulp of ondersteuning te leveren. Om zo, de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.

De cliënt zelf

De cliënt zelf is vanzelfsprekend, betrokken bij het vergroten van de mate van zijn zelfredzaamheid. Het is namelijk aan de cliënt om aan te geven welke zorg, hulp of ondersteuning deze nodig heeft om zijn zelfredzaamheid te vergroten en daarmee mee te kunnen doen binnen de maatschappij.

Familie en/of naaste van de cliënt

Naast de cliënt zelf, dient zijn sociale netwerk 'geactiveerd' te worden. het netwerk moet op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt, en aan hen wordt gevraagd de cliënt te helpen daar waar mogelijk. Dit ten gunste van de zelfredzaamheid van de cliënt.

6.1.2 Stappenplan

In deze sectie zullen we ingaan op de 'wat-vraag'. En nader kijken wat er van welke actor wordt verwacht om de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten. Dit zal aan de hand van een drietal stappen gebeuren, waarbij er per stap besproken wordt wat er van wie verwacht wordt en binnen welk tijdsbestek dit plaats dient te vinden.

6.1.2.1 Inventarisatie van visies op maatwerk | stap 1

Wie: Beleidsmedewerkers, cliënten en naasten van de cliënten.

Wat: Onderzoek naar de visies van cliënten en familie/naasten van cliënten op maatwerk en het verhogen van de mate van zelfredzaamheid.

Uitwerking: De eerste stap in het proces naar een vergrote zelfredzaamheid onder cliënten is duidelijk hebben waarom cliënten zichzelf, ondanks de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning, niet of nauwelijks zelfredzaam achten. Het is daarom van belang dat beleidsmedewerkers duidelijk hebben wat de visie van cliënten en de familie en naasten van cliënten is. Beleidsmedewerkers, cliënten en de naasten van cliënten, zouden tezamen na moeten denken over manieren waarop maatwerkvoorzieningen geoptimaliseerd kunnen worden. Het is namelijk door maatwerkvoorzieningen – i.e. zorg, hulp of ondersteuning welke op de specifieke context van de cliënt is toegepast – die in combinatie met de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt, de mate van zelfredzaamheid dient te vergroten.

Het beter in kaart brengen van de behoeften van de cliënt, in combinatie met een duidelijk en bovenal realistisch beeld van de eigenkracht en het sociale netwerk van de cliënt, moet hiervoor zorgen.

Hoe: Doormiddel van diepte interviews met cliënten en hun naasten/familie.

Tijdspad: Binnen 3 maanden.

6.1.2.2 Het opstellen van een visiedocument | Stap 2

Wie: Beleidsmedewerkers

Wat: De vanuit de diepte interviews geconcludeerde bevindingen opschrijven in een visiedocument.

Uitwerking: De vanuit de diepte interviews geconcludeerde bevindingen moeten opgeschreven worden in een visie document door beleidsmedewerkers. Dit

visiedocument kan gebruikt worden als handvest door teamleiders en Wmo-consulenten.

Hoe: Door de conclusies die getrokken zijn ten tijde van de diepte interviews uit stap 1 naar een visiedocument te vertalen.

Tijdspad: Binnen 5 maanden

6.1.2.3 Trainingsdag voor teamleiders en Wmo-consulenten en zorgaanbieders | Stap 3

Wie: Beleidsmedewerkers, teamleiders, Wmo-consulenten & zorgaanbieders

Wat: Het bekend raken met de vernieuwde visie op maatwerkvoorzieningen.

Uitwerking: Het is van belang, dat wanneer er een duidelijk beeld heerst onder beleidsmedewerkers over wat cliënten en naaste van de cliënten als maatwerkvoorzieningen zien, dit onder alle hulpverleners bekend is. Het zijn namelijk de Wmo-consulenten die verantwoordelijk zijn om ten tijde van het keukentafelgesprek te bepalen op hoeveel hulp, zorg of ondersteuning iemand recht heeft.

Hoe: Om te zorgen dat de, door beleidsmedewerkers verkregen inzichten, ook daadwerkelijk gebruikt worden, zal er voor teamleiders, Wmo-consulenten en zorgaanbieders een trainingsdag nodig zijn. Aan hen wordt ten tijde van deze trainingsdag de visie van cliënten en naasten van de cliënten op zelfredzaamheid en maatwerkvoorzieningen gepresenteerd. Tevens krijgt men het visie document uitgereikt, als naslagwerk, wat door de beleidsmedewerkers is gemaakt. Op deze manier is de visie op, wat maatwerkvoorzieningen zijn, hoe deze bewerkstelligd worden en hoe deze geoptimaliseerd kunnen worden volgens cliënten en naasten van de cliënten bekend bij beleidsmedewerkers, teamleiders en Wmo-consulenten.

Tijdspad: Binnen 6 maanden.

7 Bibliography

- Aarse, H. R. (2003). *De betekenis van clienttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Balkrihnan, R., Dugan, E., Camacho, F. T., & Hall, M. A. (2003). Trust and satisfaction with physicians, insurers and the medical profession. *Medical care*, 41(9), 1058-1064.
- Barefoot, J. C., Maynard, K. E., Beckham, J. C., Brummett, B. H., Hooker, K., & Siegler, I. C. (1998). Trust, Health and longevity. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 517-526.
- Bee, C., & Pachi, D. (2014). Active citizenship in the UK Assessing Institutional Political Strategies and Mechanisms of Civic Engagement. *Journal of Civil Society*, 10(1), 100-117.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relation to social health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15(5), 607-618.
- Boulware, L. E., Cooper, L. A., Ratner, L. E., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. (2003). Race and trust in the health care system. *Public Health reports*, 118(4), 358.
- Bransen, M., Wijngaarden, B., & Kok, I. (2003). *De ontwikkeling van de GGZ jeugdthermometer*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brink, C. (2013). *Zelfregie, eigenkracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. de begrippen ontward*. Utrecht: Movisie.
- Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in healthcare: the system or the doctor? *Quality and safety in healthcare*, 13(2), 92-97.
- Cardol, M. (2004). *Impact op Participatie en Autonomie*. Nivel. Utrecht: Nivel.
- CBS. (2010). *Sociale Samenhang: Participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag: Centraal Bureau voor Statistiek.
- CBS. (sd). *Beroepsbevolking; behaalde onderwijs naar herkomst geslacht en leeftijd*. Opgeroepen op mei 27, 2015, van www.CBS.nl:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0&D2=a&D3=a&D4=0-1,4&D5=a&D6=0&D7=2,1&HD=130926-1540&HDR=T,G3,G5,G6,G1&STB=G2,G4>
- Chan, J., To, H., & Chan, E. (2006). Reconsidering social cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social Indicators Research*, 75(2), 273-302.

- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. . *Social science and medicine*, 42(7), 1085-1093.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Coumans, M., & te Riele, S. (2010). *Verschillen in sociale en maatschappelijke participatie*. CBS. Heerlen: CBS.
- Cramer, D., & Howitt, D. (2004). *The Sage dictionary of statistics: a practical resource for students in the social sciences*. Thousand Oaks: Sage.
- Da Costa, D., Clarke, A. E., Dobkin, P. L., Senecal, J. L., Danoff, D. S., & Esdaile, J. M. (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for quality in Health care*, 11(3), 201-207.
- De Klerk, M., & Timmermans, J. M. (1998). *Rapportage Ouderen 1998*. Den Haag: SCP.
- Dekker, P. (2006). *Democratie en burgerschap - politiek vertrouwen*. Den Haag: Opiniestuk voor het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Derose, K. P., & Varda, D. M. (2009). Social capital and health care access: a systematic review. *Medical Care research and review*.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Pearson Education.
- Ford, R. C., Bach, S. A., & Fottler, M. D. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health care management review*, 22(2), 74-89.
- Fournier, S., & Mick, D. G. (1999). ERediscovering satisfaction. *Journal of Marketing*, 63(4), 5-23.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust*. New York: Free Press.
- Gage, H., Hampson, S., Hart, J. K., Storey, L., & Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Core Research.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*, 56(7), 1453-1468.
- Govier, T. (1992). Distrust as a practical problem. *Journal of social philosophy*, 23, 52-63.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *The American journal of sociology*, 76(6), 1360-1380.

- Gravetter, F., & Wallnau, L. B. (2009). *Statistics for the behavioral sciences*. Belmont: Wadsworth.
- Greenley, J. R., Young, T. B., & Schoenherr, R. A. (1982). Psychological distress and patient satisfaction. *Medical Care, 20*, 373-385.
- Hall, J. A., Feldstein, M., Fretwell, M. D., & Epstein, A. M. (1990). Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Medical Care, 28*, 261-270.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., & Epstein, A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical care, 31*(1), 84-94.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health services research, 37*(5), 1419-1439.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zeng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly, 79*(4), 613-639.
- Hansson, L., Borgquist, L., Nettlebladt, P., & Nordstrom, G. (1994). The course of psychiatric illness in primary care patients. A 1-year's follow-up. *Soc. Psychiatry, 29*, 1-7.
- Hillera^o s, P., Jorm, A., & Herlitz, A. W. (2001). Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years and above. *Internal journal Aging and Human development*(52), 71-90.
- Hoeymans, N., Timmermans, J. M., De Klerk, M. M., De Boer, A. H., Deeg, D. J., Poppelaars, J. L. (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Utrecht: RIVM.
- Holmes, J. G., & Rempel, J. K. (1989). Trust in Close relationships. In C. Hendrick, *Close Relationships* (pp. 187-220). Newbury Park, Calif: Sage.
- Hudson, J. (2006). Institutional trust and subjective well-being across the EU. *Kyklos, 59*(1), 43-62.
- Hudson, J. (2006). Institutional trust and subjective well-being across the EU. *Kyklos, 43*(1), 43-62.
- Hueston, W., Mainous, A. G., & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization and satisfaction with care. *Journal of family practice, 42*, 54-60.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenkoe, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine, 52*, 609-620.

- Jacobs, G., Braakman, M., & Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar een gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden*. Utrecht: Universiteit van Humanistiek.
- Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
- Lindstrom, M., & Axen, E. (2004). Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study. *Scandinavian journal of public health*, 32(4), 243-249.
- Linn, L. S., & Greenfield, S. (1982). Patient suffering and pa-tient satisfaction among the chronically ill. . *Medical Care*, 20, 425.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., et al. (2001). Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *Britisch Medical Journal*(322), 1-7.
- Marshall, G. (1996). Health status and satisfaction with healthcare: results from medical outcomes study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 680-690.
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., & Dehlin, O. (1999). Social relationships and health as predictors of life. *International Journal Aging and Humand Development*, 48, 301-324.
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51(5), 657-668.
- Mohseni, M., & Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social science & Medicine*, 64(7), 1373-1383.
- Murray, S. L., & Holmes, J. G. (1997). A Leap of Faith? Positive Illusions. *Personality and Social Psychology Bullentin*, 23(6), 586-604.
- Noble, P. C., Conditt, M. A., Cook, K. F., & Mathis, K. B. (2006). The John Insall Award: Patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty. *Clinical orthopeadis and related research*, 425, 35-43.
- Otani, K., & Kurz, R. S. (2003). The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of healthcare management*, 49(3), 181-96.
- Patrick, D. L., Scrivens, E., & Charlton, J. R. (1983). Disability and patient satisfaction with medical care. *Medical Care*, 1062-1075.

- Platonova, E. A., Kennedy, K. N., & Shewchuk, R. M. (2008). Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical care Research and Review*, 65(6), 696-712.
- Poiesz, T. B., & Welling, N. (2012). *Help, mijn patiënt is tevreden: een kritische analyse van klanttevredenheid in de zorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of american community*. New York: Simon en Schuster.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, R., Leonardi, R., & Nanetti, R. (1993). *Making Democracy work*. Princeton New Jersey: Princeton University Press.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International journal for quality in health care*, 13(5), 385-390.
- Regenmortel, v. T. (2009). empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention. Theory and Practice*, 22-42.
- Roberts, R. E., & Pascoe, G. C. (1983). Relation-ship of service satisfaction to life satisfaction and per-ceived well-being. . *Evaluating program planning*, 6, 373.
- Rothstein, B., & Uslaner, E. M. (2005). All for all: Equality, corruption, and social trust. *World politics*, 58(1), 41-72.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care—the new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
- Schoone, J. (2014). *Wmo beleidsnota 2013-2016 Kansen door Kantelen*. Gemeente Utrechtse Heuvelrug, Maatschappelijke Ondersteuning. Doorn: Utrechtse Heuvelrug.
- Shapiro, F. R. (2014). *Who Wrote the Serenity Prayer?* The Chronical Revieww.
- Straten, G. F., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social science & Medicine*, 55(2), 227-234.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Steward, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Medical Care*, 37(5), 510-517.
- Thom, D., & Cambell, B. (1997). Patient–physician trust: An exploratory study. *Journal of family*, 44(2), 169-176.

- Thompson, A., Simonson, M., & Hargrave, C. (1992). *Educational Technology: A review of the research*. Washington DC: Association for Educational Communications and Technology.
- Thomsom, A. G., & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction. Concept theory and evidence. *Int. Journal for quality in Healthcare.*, 7(2), 127-141.
- Van Houten, M., & Winsemius, A. (2010). *Participatie ontward*. Utrecht: Movisie.
- Veenstra, G., & Lomas, J. (1999). Home is where the governing is: Social capital and regional health governance. *Health & Place*, 5(1), 1-12.
- Vos, d. L. (2014). *Kwaliteit, disciplineren en sturing. Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Wyshak, G., & Barsky, A. (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression. Patient and physicaian ratings compared. . *Gen. Hosp. Psychiatry*, 17, 108-114.
- Zapka, J. G., Palmer, R. H., Hargraves, J. L., Nerenz, J., Frazier, H. S., & Warner, C. K. (1995). Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *The Journal of ambulatory care management*, 18(1), 73-83.
- Ziersch, A. M. (2005). Implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Soci Sci Med*, 61(21), 119-131.
- Zimmerman, M. A. (1993). *Empowerment theory: Psychological organizational and cummmunity levels of analysis*. Michigan: University of Michigan.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.
- Zimmerman, M., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabilitation psychology*, 43(1), 3-16.
- Zuidgeest, M., Boer, D., Hendriks, M., & Rademakers, J. (2008). Verschillende dataverzamelingmethoden in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(8), 455-462.

Appendix I: Cliëntbelevingsmonitor



Samen
op de Heuvelrug

Cliëntbelevingsmonitor: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) & Jeugdwet

Aanleiding: Per 1 januari 2015 is het zorgstelsel drastisch veranderd. Waar het om zorg, hulp of ondersteuning gaat zijn veel landelijke en provinciale taken bij de gemeente komen te liggen. U als cliënt heeft daar misschien al het een en ander van gemerkt, of zal dit in de nabije toekomst gaan merken. De gemeente heeft haar beleid zo ontwikkeld dat de nieuwe taken op goede wijze kunnen worden uitgevoerd en dat haar inwoners met een vraag om ondersteuning adequaat geholpen kunnen worden. De gemeente vindt het daarom belangrijk om te weten wat u vindt van de geboden hulp, zorg of ondersteuning. Dit omdat úw bijdrage ons helpt om het beleid bij te sturen / aan te passen waar nodig.

Doelstelling: De monitor is bedoeld om inzicht te krijgen hoe u de zorg of ondersteuning ervaart en beoordeelt. Dit kan gaan om zorg uit de Wmo of Jeugdwet.

Doelgroep: De vragenlijst richt zich op cliënten en hun ouders die gebruik maken van hulp/zorg uit de Wmo en Jeugdwet. Voor kinderen tot 12 jaar mogen ouders deze vragenlijst invullen.

Enquête: Klantbeleving WMO & Nieuwe Jeugdwet

Toelichting

In deze vragenlijst wordt u een aantal vragen gesteld over uw waardering van de hulp/zorg die u ontvangt. Het doel van deze vragenlijst is om een beeld te krijgen hoe u de geboden hulp/zorg ervaart en hoe deze u helpt om het leven te leiden dat u wilt. Bij de beantwoording van de vragen gaat het uitsluitend om **uw** mening en ervaringen. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat erom dat u het antwoord geeft dat volgens u het beste bij uw situatie past. U kunt de vragen beantwoorden door een kruisje te zetten bij het door u gekozen antwoord.

Voorbeeld:

Bent u tevreden met de geboden oplossing? Ik ben:

- Zeer tevreden*
- Tevreden*
- Neutraal*
- Ontevreden*
- Zeer ontevreden*

In principe kruist u bij elke vraag steeds één antwoord aan. Tenzij boven de vraag wordt aangegeven dat u meerdere antwoorden mag aankruisen. Ook wanneer u een vraag onbelangrijk vindt of wanneer u hier misschien geen mening over heeft, vragen wij u toch het antwoord aan te kruisen dat het beste bij uw situatie past. In sommige gevallen wordt u bij een bepaald antwoord doorverwezen naar een volgende vraag. Dit omdat de vervolgvragen geen betrekking hebben op uw situatie. Als u bijvoorbeeld aangeeft gebruik te maken van zorg uit de Wmo hoeft u geen vragen te beantwoorden over de Jeugdwet. In het voorbeeld hieronder wordt u dus doorverwezen van vraag '10' naar vraag '12' en kunt u dus een vraag overslaan.

Voorbeeld:

10. *Ontvangt u hulp vanuit de Jeugdwet of Wmo?*
- Vanuit de Wmo*
 - Vanuit de Jeugdwet*
 - Een combinatie van beiden*

ALS U GEEN HULP ONTVANGT VANUIT DE JEUGDWET GA DOOR NAAR VRAAG 12

Het invullen van deze vragen lijst duurt ongeveer **30** minuten.

Alvast hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!!

Blok 1 Achtergrond informatie: In dit blok krijgt u algemene vragen over uw leeftijd, geslacht en andere achtergrond informatie.

1. Wie vult deze vragenlijst in?

- Cliënt zelf
- Mantelzorger namens de cliënt
- Iemand anders namelijk: _____

2. Wat is uw leeftijd?

_____ Jaar

3. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

4. Wat is uw opleidingsniveau?

- Speciaal onderwijs
- Basisschool
- Lager voortgezet onderwijs (bv. VMBO, MAVO, ulo, lbo)
- Voortgezet algemeen onderwijs (bv. Havo, VWO, HBS)
- Middelbaar beroepsonderwijs (leerlingwezen, specialisten opleiding)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- WO (bv. Universiteit, post-HBO, post-academisch onderwijs)
- Gepromoveerd

5. Wat is uw gezins- / leefsituatie?

- Thuiswonend – alleenstaand
- Thuiswonend - samenwonend met kinderen/ouders
- Thuiswonend - samenwonend zonder kinderen
- Inwonend bij kinderen (mantelzorgwoning)
- Verzorgingstehuis
- Pleeggezin
- Instelling/Jeugdhulp
- Gesloten Jeugdhulp
- Beschermd wonen
- Anders namelijk: _____

6. In wat voor soort woning woont u?

- Etagewoning (flat / studentenflat)
- Benedenwoning
- Eengezinswoning
- Bungalow

O Anders namelijk: _____

7. Ervaart u beperkingen in uw woonsituatie?

- Ja
- Nee

8. In welk postcodegebied woont u?

- Driebergen 3970 t/m 3972
- Amerongen, Overberg 3958 - 3959
- Leersum 3956
- Maarn, Maarsbergen 3950-3951, 3953
- Doorn 3940-3941

9. Welke van de onderstaande omschrijvingen geeft het beste uw situatie weer? (Voor deze vraag is het invullen van meerdere antwoorden mogelijk)

<input type="radio"/>	Loondienst
<input type="radio"/>	Eigenbedrijf / ZZP'er
<input type="radio"/>	In opleiding (Student/scholier)
<input type="radio"/>	Werkloos
<input type="radio"/>	Georganiseerde dagbesteding
<input type="radio"/>	Vrijwilligerswerk
<input type="radio"/>	Huishouden/ zorgt voor kinderen
<input type="radio"/>	Mantelzorg
<input type="radio"/>	Pensioen gerechtigd

10. Ontvangt u hulp vanuit de Jeugdwet of Wmo?

- Vanuit de Wmo
- Vanuit de Jeugdwet

Indien u geen hulp ontvangt vanuit de Jeugdwet, ga door naar vraag 12

11. Indien u (deels) vanuit de Jeugdwet hulp ontvangt betreft dit gedwongen hulp?

- Ja
- Nee

Indien u geen hulp ontvangt uit de Wmo, kunt u door naar blok 2

12. Indien u hulp ontvangt vanuit de Wmo, welke situatie is op u van toepassing?

- U bent een nieuwe cliënt

- O U was voor 1 januari cliënt vanuit de Wmo
- O U was voor 1 januari cliënt vanuit de Awbz

Blok 2 Informatie en Advies: In dit blok wordt u een aantal vragen gesteld over:

- Informatie voorziening
- Advisering en ondersteuning
- Keukentafelgesprek.

De vragen hieronder gaan over het moment dat uw hulpvraag bekend werd bij het servicepunt (vroeger het Wmo-loket) en grijpt terug op de situatie vóórdát u hulp ontving of eventueel een keukentafelgesprek had. Daarom willen we u vragen terug te denken aan het moment dat u uw hulpvraag indiende.

1. Waar had uw (aan)vraag / probleem betrekking op? *(Voor deze vraag is het invullen van meerdere antwoorden mogelijk)*

- Hulp bij het huishouden (thuiszorg)
- Woningaanpassing
- Vervoer (Regiotaxi e.d.)
- Hulpmiddelen (rolstoel, scootmobiel, e.d.)
- Begeleiding,
- Dagbesteding
- Kortdurend verblijf
- Beschermd wonen
- Algemene voorziening (b.v. maaltijd voorziening aan huis, strijkservice, Algemeen maatschappelijk werk, mama café)
- Geestelijke gezondheidszorg
- Jeugdreclassering / - bescherming
- Jeugdzorg plus (gesloten plaatsing)
- Persoonlijke verzorging Jeugd
- Pleegzorg
- Gezinsvervanging
- Dyslexie
- Geweldsproblematiek
- Opvoed- & Opgroeiproblematiek
- Financiële problematiek
- Gezinsproblematiek (b.v. echtscheidingen, alleenstaande ouders)
- Gezondheidsproblematiek
- Eenzaamheid
- Anders namelijk: _____

2. Was het duidelijk waar u terecht kon met uw (aan)vraag/probleem?

- Zeer duidelijk
- Duidelijk
- Neutraal
- Onduidelijk
- Zeer onduidelijk

3. Waar heeft u uw hulpvraag ingediend?

- Servicepunten
- Huisarts
- Specialist (Psychiater)
- (School)maatschappelijk werker
- Jeugdarts
- Wijkverpleegkundige
- Anders namelijk: _____

4. Heeft u een keukentafelgesprek gehad?

- Ja
- Nee

Wanneer u zorg, hulp of ondersteuning ontvangt, maar u heeft nooit een keukentafelgesprek gehad kunt u doorgaan naar blok 3

5. Hoe tevreden bent u over de termijn waarop het keukentafelgesprek kon plaatsvinden?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

6. Wanneer heeft het keukentafelgesprek plaatsgevonden?

- Korter dan 3 weken geleden
- 4 tot 5 weken geleden
- 6 tot 7 weken geleden
- Meer dan 8 weken geleden

7. Was er bij het keukentafelgesprek een naaste aanwezig (partner, kind, ouder, vriend, mantelzorger)?

- Ja
- Nee

8. Heeft u tijdens het keukentafelgesprek gebruik gemaakt van cliëntenondersteuning?

- Ja
- Nee
- Weet niet

Indien nee of weet niet, kunt u door naar vraag 10

9. In welke mate bent u tevreden over de geboden cliëntenondersteuning?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

10. Was het doel van het keukentafelgesprek duidelijk?

- Ja
- Nee

11. In welke mate bent u tevreden over de manier waarop het keukentafelgesprek verliep?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

12. In welke mate bent u tevreden over de manier waarop er naar u geluisterd werd?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

13. Bent u geïnformeerd dat er een mogelijkheid is dat u een eigen bijdrage moet betalen?

- Ja
- Nee
- Weet niet

14. Heeft u hulp, zorg of ondersteuning toegekend gekregen?

- Ja

Nee

Indien ja, kunt u door naar vraag 18

15. Bent u het eens met deze uitkomst?

- Ja – **Einde vragenlijst**
- Nee

16. Wat heeft u vervolgens gedaan?

- Bezwaar ingediend
- Zelf een oplossing gezocht – **Einde vragenlijst**
- Niets – **Einde vragenlijst**

17. Indien bezwaar ingediend heeft dit tot een oplossing geleid?

- Ja
- Nee
- Weet niet

Wanneer u geen zorg, hulp of ondersteuning heeft ontvangen is dit het einde van de vragenlijst, uw mening over de kwaliteit van de keukentafelgesprekken wordt wel meegenomen in de evaluatie.

18. Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die tijdens het keukentafelgesprek in overleg met u is geboden?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

Blok 3 Ervaring met ondersteuning / begeleiding: In dit blok krijgt u vragen over de ontvangen ondersteuning/hulp die u ontvangen hebt

1. Krijgt u hulp, zorg of ondersteuning door/via:

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Uw Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uw Buren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantelzorgers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicepunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als u geen hulp/zorg ontvangt van mantelzorgers of vrijwilligers (Incl. familie en burenen), kunt u door naar vraag 4.

2. Heeft u de hulp/zorg die u krijgt van familie, burenen, vrijwilligers of mantelzorgers zelf geregeld of is deze mogelijkheid aangereikt door het servicepunt?

- Zelf geregeld
- Door het servicepunt aangereikt

3. Bent u tevreden over de hulp, zorg of ondersteuning die u van familie, burenen, vrijwilligers of mantelzorgers krijgt ?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

De komende vragen hebben betrekking op de hulp, zorg of ondersteuning die u via het servicepunt ontvangt.

4. Welke van de onderstaande vormen van hulp, zorg of ondersteuning ontvangt u via het servicepunt? (Voor deze vraag is het invullen van meerdere antwoorden mogelijk)

- Hulp bij het huishouden (thuiszorg)
- Woningaanpassing
- Vervoer (Regiotaxi e.d.)
- Hulpmiddel (rolstoel, scootmobiel, e.d.)
- Begeleiding
- Dagbesteding
- Kortdurend verblijf
- Beschermd wonen

- Algemene voorziening (b.v. maaltijd voorziening aan huis, strijkservice, Algemeen maatschappelijk werk, mama café)
- Geestelijke gezondheidszorg
- Jeugdreclassering / -bescherming
- Jeugdzorg plus (gesloten plaatsing)
- Persoonlijke verzorging Jeugd
- Hulp/ondersteuning bij Pleegzorg
- Gezinsvervanging
- Hulp/ondersteuning bij Dyslexie
- Hulp/ondersteuning bij Geweldsproblematiek
- Hulp/ondersteuning bij opvoed- & Opgroeiproblematiek
- Hulp/ondersteuning bij financiële problematiek
- Hulp/ondersteuning bij Gezinsproblematiek (b.v echtscheidingen, alleenstaande ouders)
- Hulp/ondersteuning bij Gezondheidsproblematiek
- Hulp/ondersteuning bij Eenzaamheid
- Anders namelijk: _____

5. Heeft u de hulp ontvangen in de vorm van Zorg in Natura of als Persoonsgebonden Budget?

- Zorg in Natura (ZIN)
- Persoonsgebonden Budget (PGB)
- Combinatie van beiden

Als u geen persoonsgebonden budget ontvangt, mag u door naar vraag 7

6. Is het toegekende budget toereikend om uw hulp, zorg of voorziening in te kopen?

- Ja
- Nee

7. In welke mate bent u tevreden over de ontvangen hulp, zorg of ondersteuning ?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

8. In welke mate voldoet de geboden hulp, zorg of ondersteuning aan uw verwachtingen?

- Zeer goed
- Goed

Redelijk

Matig

Slecht

9. Is de via het servicepunt geboden hulp, zorg of ondersteuning op dit moment voor u nog steeds passend? Deze is:

Zeer passend

Goed passend

Redelijk passend

Matig passend

Slecht passend

10. In welke mate bent u geholpen met de geboden hulp, zorg of ondersteuning?

Zeer goed

Goed

redelijk

Matig

Slecht

11. De volgende stellingen gaan over uw zelfredzaamheid. Kunt u aangeven in hoeverre uzelf, eventueel met hulp, zelfredzaam bent in de volgende dagelijkse taken?

	Gaat slecht	Gaat Matig	Gaat Redelijk	Gaat Goed	Gaat zeer goed
<i>Gaan en staan waar en wanneer ik wil</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Mezelf (laten) wassen, kleden en verzorgen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Het (laten) doen van taken in en om het huis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Het (laten) bijhouden van mijn financiën</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Bent u in het algemeen tevreden met de via het servicepunt geboden hulp, zorg of ondersteuning?

Zeer tevreden

Tevreden

Neutraal

Ontevreden

Zeer ontevreden

Blok 4 Vertrouwen en participatie: In dit blok wordt u gevraagd naar:

- De mate van zelfregie
- Het vertrouwen dat u heeft in personen/instellingen
- De mate waarin u kunt meedoen in de samenleving

1. In hoeverre vindt u dat u zelf helemaal kunt uitmaken en regelen hoe uw leven verloopt?

Helemaal niet									In hoge mate
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In hoeverre heeft u vertrouwen in de volgende personen/instellingen?

Instellingen:	Helemaal geen vertrouwen	Niet zo veel vertrouwen	Tamelijk veel vertrouwen	Heel veel vertrouwen
<i>De overheid</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Politieke partijen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Gezondheidszorg</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Het sociale zekerheidsstelsel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ambtenaren</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>De medemens</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. In hoeverre vindt u dat u meedoet binnen de samenleving?

Helemaal niet									In hoge mate
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. De volgende vraag gaat over meedoen. Kunt u aangeven hoe vaak u de volgende activiteiten doet?

Stellingen:	Zelden/ Nooit	Minder dan een keer per maand	Minstens een keer per maand	Minstens een keer per week	Vaker in de week / dagelijks
<i>Het bezoeken van mijn vrienden, burens en familie</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Deelnemen aan buurtactiviteiten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Informele zorg / mantelzorg</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Sport of een hobby</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Deelnemen aan verenigingsleven</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Vrijwilligerswerk</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Hoe tevreden, of ontevreden bent U, al met al, met uw leven tegenwoordig? Wilt u een cijfer noemen van de schaal om uw antwoord mee aan te geven? 1 Ontevreden...10 Tevreden

Helemaal niet									In hoge mate
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit is het einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor uw bijdrage!