

Masterscriptie 'Vraagstukken van Beleid en Organisatie' Universiteit Utrecht

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

Buren: Kan je op ze rekenen?

Een wetenschappelijke benadering van klanttevredenheidsonderzoek binnen het hernieuwde Wmo-beleid

14 augustus 2015

Auteur: R. Clijnk Studentnummer: 3480747

Scriptiebegeleidster: Dr. S. Farag
Tweede beoordelaar: Drs. S. Soeparman

Buren: kan je op ze rekenen?

*Een wetenschappelijke benadering van klanttevredenheidsonderzoek binnen
het hernieuwde Wmo-beleid*

Dankwoord

Voor u ligt het eindproduct van een half jaar rennen, vliegen, vallen en opstaan. Ten eerste wil ik u, de lezer, dan ook graag bedanken voor het nemen van uw tijd om deze scriptie te lezen. Daarnaast wil ik graag Dr. Sindy Farag bedanken voor de begeleiding tijdens het scriptieproces. Verder zou ik mijn waardering willen noteren voor Dr. Ingrid van Lieshout, met wie ik tijdens het vooronderzoek heb mogen spreken. Ons gesprek leverde meer vragen op dan antwoorden, maar was bijzonder aangenaam en nuttig. Ten slotte wil ik graag Jan Steven van Dijk bedanken voor het bieden van een stageplek bij adviesbureau Vondel & Nassau te Breda. Want ongeacht de manier waarop je zelfredzaamheid kan definiëren, meten of bevorderen: één ding is zeker. Ik ben in ieder geval zelfredzamer geworden.

Met hartelijke groeten,

Rutger Clijnk

Samenvatting

Sinds de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2015 is hernieuwd, spelen klanttevredenheidscijfers een belangrijkere rol binnen het Wmo-beleidsproces. Om burgers zoveel mogelijk te laten participeren bij de vorming van het lokale beleid, worden gemeenten verplicht om elk jaar een klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren. Dit zal vanaf volgend jaar 2016 gebeuren aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst, die door elke gemeente gebruikt moet worden. Deze wordt ontwikkeld door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Deze gestandaardiseerde vragenlijst beperkt zich echter niet enkel tot het meten van de klanttevredenheid, maar onderzoekt ook in welke mate het lokale beleid de doelstelling van de bedoelde maatschappelijke effecten van het Wmo-beleid heeft bereikt. In veel gemeentelijke Wmo-beleidsnota's wordt onder andere het versterken van het sociale netwerk, het bevorderen van maatschappelijke participatie en het vergroten van zelfredzaamheid van kwetsbare burgers aangehaald als doelstelling. Zo zou de klant in staat moeten worden gesteld om zowel de kwaliteit als de effectiviteit van het lokale Wmo-beleid te beoordelen en zodanig het beleidsproces te beïnvloeden.

Het roept de vraag op of dit een geschikt instrument is om beleidsaanpassingen op te baseren. Hiervoor moeten klanten namelijk kennis hebben van de doelstellingen van het Wmo-beleid en weten op welke factoren de kwaliteit van zorg beoordeeld kan worden. Daarnaast zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de validiteit van dergelijke klanttevredenheidsonderzoeken. Ten slotte is het maar de vraag of klanten de doelstellingen van het beleid mee laten wegen bij het vormen van een tevredenheidsoordeel. Dit onderzoek kijkt in hoeverre de beoogde maatschappelijke effecten van het Wmo-beleid¹ zich tot klanttevredenheidsoordelen verhouden. Hiernaast is onderzocht of een krachtig sociaal netwerk en een hogere mate van maatschappelijke participatie in verband staat met een grotere zelfredzaamheid onder vragers van maatschappelijke ondersteuning.

Om het onderzoek uit te voeren is een enquête uitgezet onder 132 vragers van maatschappelijke ondersteuning in de gemeente Buren. Deze is qua opzet vergelijkbaar met de toekomstige gestandaardiseerde vragenlijst van de VNG. Respondenten zijn gevraagd naar hun klanttevredenheid, maar ook naar de kracht van hun sociaal netwerk, hun mate van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Het responspercentage van de enquête is 58%.

¹ i.e. het versterken van het sociale netwerk, het bevorderen van de maatschappelijke participatie en het vergroten van de zelfredzaamheid

De data is geanalyseerd op univariaat, bivariaat en multivariaat niveau. Uit de analyses is gebleken dat er geen verband bestaat tussen de doelstellingen van het Wmo-beleid en de klanttevredenheidsoordelen. Er worden geen significante verbanden gevonden tussen klanttevredenheid en zelfredzaamheid, noch met de maatschappelijke participatie en de kracht van het sociaal netwerk. Dit betekent dat de beoogde maatschappelijke effecten van het beleid, niet vertegenwoordigd worden door klanttevredenheidsoordelen. Dit kan meerdere oorzaken hebben. Klanten kunnen bijvoorbeeld onvoldoende kennis van de doelstellingen hebben of deze niet meewegen in hun tevredenheidsoordeel. Dit betekent dat de beoogde maatschappelijke effecten niet zijn te evalueren middels een klanttevredenheidsonderzoek. Daarnaast is een significant positief verband gevonden tussen een krachtig sociaal netwerk en zelfredzaamheid. Vragers van maatschappelijke ondersteuning met een krachtig sociaal netwerk schatten zichzelf als zelfredzamer, dan vragers van maatschappelijke ondersteuning met een schraal sociaal netwerk.

Door het zoeken naar de causale oorzaken en achtergronden van zelfredzaamheid en klanttevredenheid in het kader van de hernieuwde Wmo, heeft dit onderzoek tot enkele beleidsaanbevelingen geleid. Ten eerste moeten Wmo-beleidsmakers bij de evaluatie van de kwaliteit en de effectiviteit van het lokale Wmo-beleid, minder weging geven aan klanttevredenheidscijfers. Klanten missen de kritische blik op het beleid die van ze verwacht wordt binnen het Wmo-beleidsproces. Om de klanttevredenheid van het beleid te verhogen moeten zij zich echter richten op zaken waar de klant wel zicht op heeft, zoals bijvoorbeeld het voldoen aan de verwachtingen van de klant. Ten tweede is een stappenplan, genaamd 'Netwerkversterkend Werken', aangeboden aan gemeenten. In dit stappenplan staat omschreven hoe gemeenten de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers kunnen vergroten door sociale netwerkversterking in de vorm van cliëntenondersteuning toe te passen. Met deze aanbevelingen kunnen gemeenten de kwaliteit en effectiviteit van hun Wmo-beleid verbeteren, door de klanttevredenheid en zelfredzaamheid van hun burgers te vergroten.

Inhoudsopgave

Dankwoord	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding	8
1.1 Introductie.....	8
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Onderzoeksoptiek	10
1.4 Doelstelling.....	11
1.5 Onderzoeksvragen.....	11
1.6 Relevantie van het onderzoek.....	12
1.6.1 Maatschappelijke relevantie	12
1.6.2 Wetenschappelijke relevantie.....	12
1.7 Onderzoeksmodel & onderzoeksstrategie.....	13
1.8 Leeswijzer	14
2. De Wet maatschappelijke ondersteuning.....	15
2.1 De transformatie van verzorgen naar participeren.....	15
2.2 De oprichting en doelstelling van de oorspronkelijke Wmo	15
2.3 De hernieuwing van de Wmo	16
2.4 De hernieuwing van de Wmo en de gevolgen voor de beleidsuitvoering	16
3. Theoretisch kader	18
3.1 Klanttevredenheid binnen het Wmo-beleid	18
3.1.1. De functie van klanttevredenheidscijfers binnen de Wmo.....	18
3.1.2 Klanttevredenheidscijfers binnen het beleidsproces: middel of doel?.....	20
3.1.3. Algemene componenten van klanttevredenheid.....	21
3.1.4 De anatomie van een klanttevredenheidsoordeel.....	22
3.1.4 Overeenstemming bereiken over klanttevredenheid	24
3.2 Wat betekent zelfredzaamheid?	25
3.2.1 De verschillende definities van het concept zelfredzaamheid.....	25
3.2.2 De participatiedoelen van de Wmo en het bevorderen van zelfredzaamheid	27
3.2.3 Hypothesestelling.....	29
3.3 De kracht van het sociaal netwerk.....	31
3.3.1 Sociaal kapitaal en zelfredzaamheid	31
3.3.2 Een schraal sociaal netwerk leidt tot een lagere zelfredzaamheid.....	32
3.3.3 Een krachtig sociaal netwerk leidt tot een hogere zelfredzaamheid.....	33
3.3.4 Hypothesestelling.....	33
3.4 Maatschappelijke participatie	35

3.4.1 Actief burgerschap als deel van vermaatschappelijking in de zorg	35
3.4.2 Hypothesestelling	36
3.5 Het conceptueel model	38
4. Data & Methodes	39
4.1 Dataverzamelmethode	39
4.2 Representativiteit	40
4.3 Betrouwbaarheid	41
4.4 Validiteit	41
4.5 Operationalisering	42
4.6 Data-analyse	45
5. Resultaten	46
5.1 Univariante analyse	46
5.2 Bivariante analyse	48
5.3 Multivariate analyse	50
5.3.1 Het toetsen van het conceptuele model	50
5.3.2 De regressiemodellen in tabelvorm	51
5.3.3 Beschrijving van de resultaten uit de regressieanalyses	52
6. Conclusie	53
7. Discussie	55
7.1 Interpretatie van de resultaten	55
7.2 Sterke en zwakke punten van dit onderzoek	56
7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	58
8. Beleidsaanbevelingen	59
8.1 Beleidsmakers moeten zich richten op aspecten waar de klant zicht op heeft	59
8.2 Het sociale netwerk versterken om de zelfredzaamheid te vergroten	59
8.2.1 'Netwerkversterkend Werken'	60
Literatuurlijst	64
Bijlage 1: De enquête	72
Bijlage 2: Herinneringsboodschap	77
Bijlage 3: Beschrijvende statistieken afzonderlijke items	78
Bijlage 4: Uitwerking van de toetsen op normaliteit, homoscedasticiteit en multi-collineariteit	81
Bijlage 5: Opbouw regressiemodel 1 & regressiemodel 2	84

1. Inleiding

1.1 Introductie

In Nederland kunnen veel mensen op eigen kracht hun huishouden en maatschappelijk leven organiseren. Er is echter ook een groep mensen die daar zorg, hulp of ondersteuning bij nodig heeft. Deze mensen leiden volgens SCP & Feijten et al. (2013) vaak aan een lichamelijke, psychische of verstandelijke beperking. Een beperking kan het dagelijkse leven en de deelname aan de maatschappij verstoren. Dit betekent dat deze mensen een gebrek aan zelfredzaamheid hebben. Hulp, zorg of ondersteuning kan een deel van de gevolgen van dit gebrek aan zelfredzaamheid opheffen. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is in 2007 opgericht en stelt dat gemeenten verantwoordelijk zijn bij het voorzien van deze vraag naar hulp, zorg of ondersteuning (SCP & Feijten et al., 2013). Deze Wmo is op 1 januari 2015 hervormd. Het rijk heeft de AWBZ-taken overgeheveld naar de gemeenten in de vorm van een nieuwe Wmo. In de nieuwe Wmo is volgens Nijendaal (2014) de term maatwerkvoorziening geïntroduceerd. De maatwerkvoorziening vormt een aanvulling op wat het sociale netwerk van een vrager van maatschappelijke ondersteuning kan bijdragen. Boutellier & van der Klein (2014) stellen dat op deze manier meer gepresteerd moet worden met minder middelen, door de zorg dicht bij de burger te organiseren. Gemeenten hebben de doelstelling om zelfredzaamheid te stimuleren, zodat de burger zelf sterker wordt bij het oplossen van een zorgvraag.

Kwekkeboom & Steyaert (2008) stellen dat gelijktijdig marktwerking is ingevoerd in de zorg. Gemeenten moeten hierbij de levering van diensten en voorzieningen wanneer mogelijk aan derde partijen overlaten, zoals particuliere zorgaanbieders. Hierdoor moeten potentiële zorgaanbieders met elkaar gaan concurreren op de prijs en kwaliteit van hun diensten. Tevens wordt als deel van de Wmo een horizontale verantwoording gehanteerd. Dit is verantwoording van de gemeente naar de burger. Dit komt doordat beleidskeuzes op lokaal niveau gemaakt worden en de eindverantwoordelijkheid van het Wmo-beleid bij de gemeenteraad ligt. De burgers en de gemeenteraad hebben informatie nodig om een goed oordeel te vellen over de uitvoering van de Wmo in hun gemeente. Burgers worden zo gestimuleerd om bij te dragen aan de vorming van lokaal beleid. Klanttevredenheidsonderzoeken zijn daarom verplicht voor de horizontale verantwoording (Sociaal en Cultureel Planbureau et al., 2010). Aan de hand van dit instrument zouden klanten, uitvoerders en bestuurders namelijk gezamenlijk een oordeel kunnen vormen over de effectiviteit en de kwaliteit van het gevoerde beleid. Door de invoering van marktwerking hebben klanttevredenheidscijfers binnen de Wmo dus een belangrijke rol, wanneer gemeenten kiezen voor een nieuwe aanbieder of het behouden van de huidige aanbieder.

1.2 Probleemstelling

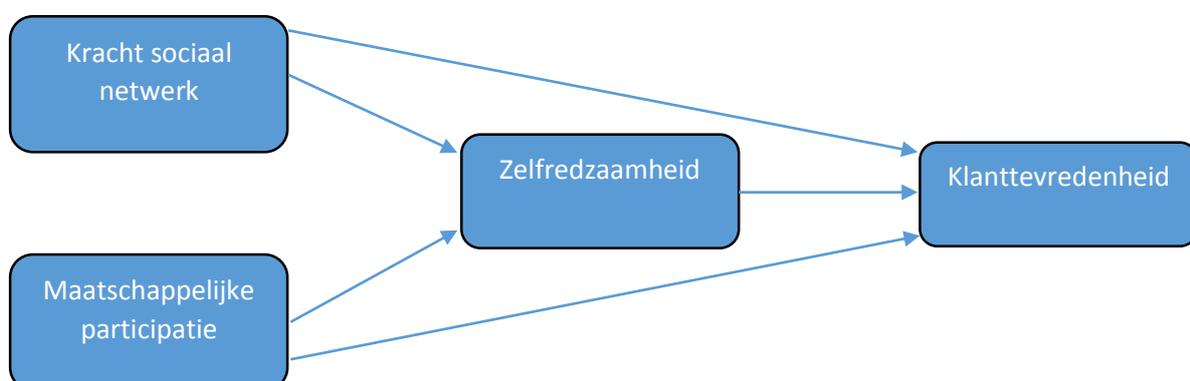
De functie van klanttevredenheidsonderzoeken in het hernieuwde Wmo-beleidsveld lijkt berust op een aantal aannamen. Ten eerste zou de klant in staat moeten zijn om de kwaliteit en effectiviteit van het beleid te beoordelen. Dit betekent dat de klant kennis heeft van de doelstellingen van de Wmo en van factoren waarop de kwaliteit van zorg beoordeeld kan worden. Ten tweede zouden klanten in staat moeten zijn om deze kennis te vertalen naar een klanttevredenheidsoordeel. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten is op het moment van schrijven dan ook bezig met het ontwikkelen van een gestandaardiseerde vragenlijst voor klanttevredenheidsonderzoeken (VNG, 2014). Deze zal volgend jaar in 2016 gebruikt worden in alle gemeenten. Klanten zullen hierin zowel de kwaliteit van hun zorg kunnen beoordelen, alsmede in hoeverre het lokale Wmo-beleid de beoogde maatschappelijke effecten heeft veroorzaakt (VNG, 2014). De aannamen achter deze beleidsstrategie lijken echter kort door de bocht. Ten eerste doordat de validiteit van klanttevredenheidsonderzoeken binnen de zorg te bekritisieren is. Zo maken klanten volgens Poiesz & Welling (2012) niet altijd de rationele afweging die het Wmo-beleid van ze verwacht bij de totstandkoming van hun tevredenheidsoordeel. Daarbovenop stellen Stanizewska & Henderson (2005) dat klanttevredenheidscijfers vaak onwaarschijnlijk hoog uitvallen en klanten terughoudend zijn om extreme oordelen te vellen. Ten tweede doordat de doelstelling van het Wmo-beleid onduidelijk gesteld is. De kwaliteit en de effectiviteit van het beleid kunnen immers lastig beoordeeld worden, zonder dat de klant weet waar het beleid voor bedoeld is. Volgens onderzoeken van Arum & Lub (2014) en Witte (2015) wordt in veel gemeentelijke beleidsnota's de hoofddoelstelling gesteld van het bevorderen van de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. Zelfredzaamheid is echter een begrip wat op veel verschillende manieren opgevat en gedefinieerd kan worden. Dit gebeurt dan ook met regelmaat in beleidsstukken en de literatuur. Zo richt de definitie van SCP & Feijten et al. (2013) zich voornamelijk op het persoonlijke vermogen om deelname aan het maatschappelijke verkeer mogelijk te maken. De definities van de onderzoeken van De Gruiter et al. (2010) en Lauriks et al. (2013) wijzen er echter op dat respectievelijk de maatschappelijke participatie en het vermogen om de sociale omgeving te activeren duidt op een grotere zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. Het versterken van het sociaal netwerk, bevorderen van maatschappelijke participatie en voornamelijk het vergroten van de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers zijn dus de maatschappelijke effecten die het Wmo-beleid teweeg zou moeten brengen. Het is echter maar de vraag of de klant zich enerzijds bewust is van deze doelstellingen, anderzijds in staat is om de effectiviteit en kwaliteit van het beleid te beoordelen en ten slotte of de klant al deze factoren ook nog laat gelden in zijn tevredenheidsoordeel. Beleidsaanpassingen worden gemaakt aan de hand van klanttevredenheidscijfers, omdat wordt aangenomen dat de klant de kwaliteit en effectiviteit van het

beleid laat meewegen in zijn oordeel (VNG, 2014). Voor het beleidsproces van de Wmo is het dus belangrijk dat de klant dit teweegbrengen van de beoogde maatschappelijke effecten laat meewegen in zijn tevredenheidsoordeel. Dit onderzoek zal meer inzicht bieden in het vermogen van klanten van maatschappelijke ondersteuning, om de kwaliteit en effectiviteit van het beleid te laten meewegen in hun tevredenheidsoordeel. Om dit te onderzoeken zal er worden gepoogd om een verband te vinden tussen de beoogde maatschappelijke effecten van het Wmo-beleid en klanttevredenheid. Aangezien volgens de eerder genoemde onderzoeken (De Gruiter et al., 2010)(Lauriks et al., 2013) zelfredzaamheid valt te verklaren vanuit een krachtig sociaal netwerk en maatschappelijke participatie, heeft zelfredzaamheid mogelijk een direct effect én een mediërende rol voor deze effecten op de klanttevredenheid. Het onderzoek zal leiden tot een antwoord op de hoofdvraag: “In hoeverre verhouden de beoogde maatschappelijke effecten van de Wmo zich tot klanttevredenheidsoordelen binnen het hernieuwde Wmo-beleid?”

Hiernaast kan het concept zelfredzaamheid concreter gemaakt worden. Dit onderzoek zal daarom tevens trachten om meer grip op het concept zelfredzaamheid te krijgen, door zelfredzaamheid te verklaren vanuit de kracht van het sociaal netwerk en de mate van maatschappelijke participatie van vragers van maatschappelijke ondersteuning. De opgedane kennis van dit onderzoek wordt vertaald naar beleidsadvies voor de praktijk, waarmee gemeenten de zelfredzaamheid en/of klanttevredenheid van haar burgers kunnen vergroten.

1.3 Onderzoeksoptiek

De in paragraaf 1.2 omschreven probleemstelling laat zich vertalen in een conceptueel model (zie figuur 1). Het model zal in theoretisch kader verder worden toegelicht (zie hoofdstuk 3).



Figuur 1: het conceptueel model

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan gemeenten ter verbetering van de klanttevredenheid en/of zelfredzaamheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning, door het zoeken naar de causale oorzaken en achtergronden van zelfredzaamheid en klanttevredenheid in het kader van de hernieuwde Wmo.

1.5 Onderzoeksvragen

1.5.1 Beschrijvende vragen

1. Op welke manier heeft de hernieuwing van de Wmo invloed op de hulp, zorg of ondersteuning van een vrager van maatschappelijke ondersteuning?

2. Welke factoren beïnvloeden een klanttevredenheidsoordeel over het Wmo-beleid?

2.1 Welke functie hebben klanttevredenheidsoordelen binnen het beleidsproces van de Wmo?

3. Welke definities worden gehanteerd voor zelfredzaamheid binnen het kader van de Wmo?

3.1 Op welke manier poogt de Wmo om de zelfredzaamheid van de Nederlandse burgers te vergroten?

1.5.2 Verklarende vragen

4. In hoeverre heeft de mate van zelfredzaamheid een invloed op de klanttevredenheid over het Wmo-beleid in de gemeente Buren?

5. In hoeverre heeft de kracht van het sociale netwerk en de mate van maatschappelijke participatie invloed op de mate van zelfredzaamheid onder vragers van maatschappelijke ondersteuning in de gemeente Buren?

6. In hoeverre heeft de kracht van het sociale netwerk en de mate van maatschappelijke participatie, via de rol van zelfredzaamheid, een invloed op de klanttevredenheid over het Wmo-beleid in de gemeente Buren?

1.5.3 Beleidsvraag

7. Hoe kunnen gemeenten de zelfredzaamheid en/of klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning vergroten?

1.6 Relevantie van het onderzoek

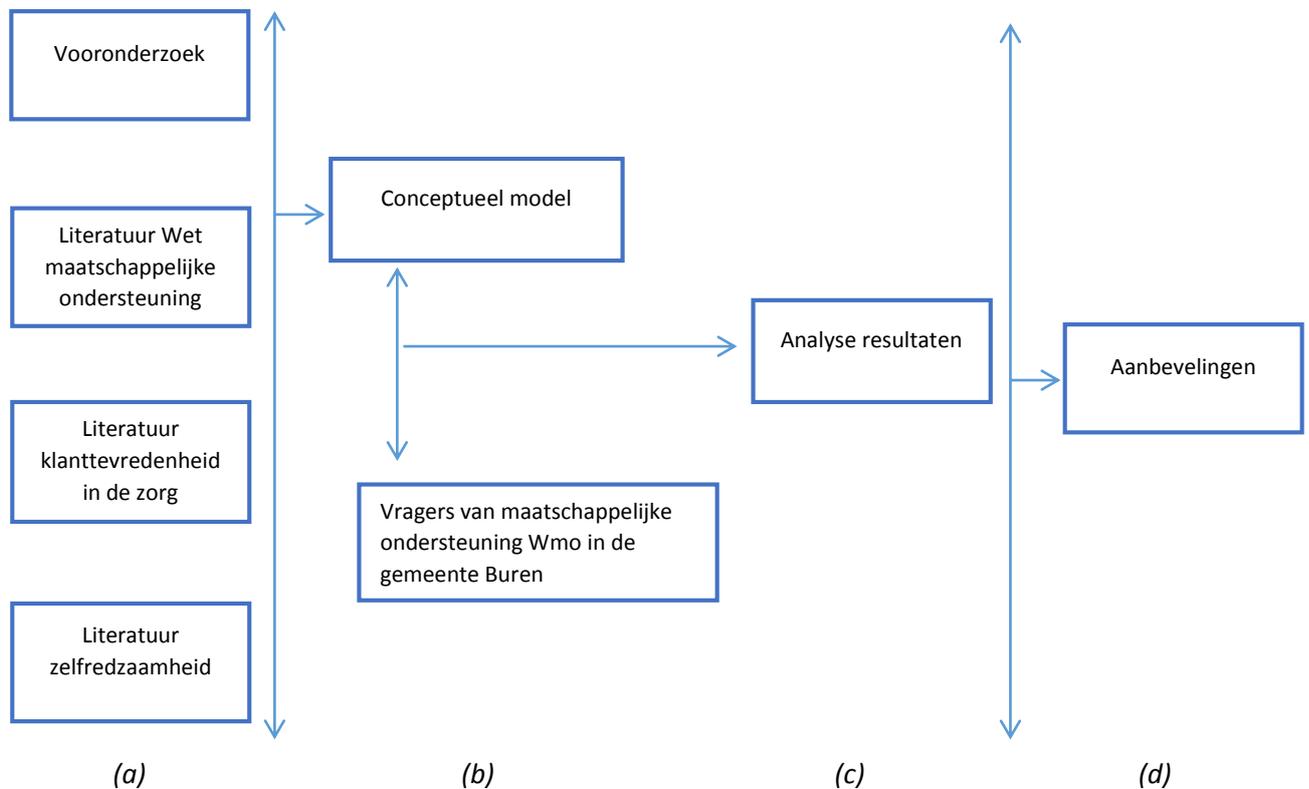
1.6.1 Maatschappelijke relevantie

De groep die het meeste te maken heeft met het Wmo-beleid zijn de vragers van maatschappelijke ondersteuning. Voor hun gaat het nieuwe Wmo-beleid niet over begrotingscijfers of politieke ideologieën, maar over het wel of niet kunnen uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten. Het is in lijn met de ideologie van het in kracht stellen van de burger, dat deze mensen ook hun stem kunnen laten gelden over het lokaal gevoerde beleid. Het meten van de klanttevredenheid van deze groep kwetsbare burgers zou binnen de Wmo een belangrijke manier zijn om deze mensen die kracht te bieden (VNG, 2014). Door een analyse te maken van de totstandkoming van zo'n tevredenheidsoordeel kan de validiteit en de functie van klanttevredenheidsonderzoeken worden gecontroleerd op geldigheid. Zo kan een oordeel worden gevormd over in hoeverre klanttevredenheidsonderzoek de vragers van maatschappelijke ondersteuning in staat stelt om hun stem daadwerkelijk te laten gelden in het lokale beleidsproces.

1.6.2 Wetenschappelijke relevantie

In de Nederlandse beleidsmatige context worden klanttevredenheidsonderzoeken binnen het Wmo-beleid veel besproken. Veelal ontbreekt hier echter een wetenschappelijke kennisbasis. Dit is niet verwonderlijk, aangezien in de Nederlandse wetenschappelijke literatuur kennis over klanttevredenheid binnen de zorg ondervertegenwoordigd is. Dit onderzoek tracht de kennis vanuit de Nederlandse beleidsmatige context te combineren met de aanwezige internationale wetenschappelijke literatuur op dit gebied. Zo poogt dit onderzoek om bij te dragen aan het opvullen van dit gat in kennis. Hierop kan worden aangevuld dat er in gehele wetenschappelijke literatuur nergens het directe verband tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid is onderzocht. Ondanks dat het zelfredzamer maken van kwetsbare burgers een hoofddoelstelling is van het Wmo-beleid, is het verband met klanttevredenheidsoordelen nooit gelegd. Ook hier is een mogelijke verklaring voor: zelfredzaamheid is tot op heden een veelomvattend begrip, dat onderhevig is aan verschillende opvattingen en definities. Door de mogelijke definities uit de beleidsmatige en wetenschappelijke contexten samen te voegen is gepoogd om een bijdrage te leveren aan het concretiseren van dit concept. Ten slotte hebben er nog weinig klanttevredenheidsmetingen plaatsgevonden binnen het nieuwe Wmo-beleid. Gemeenten hebben in dit overgangsjaar de ruimte om hier zelf een methode voor te vinden. Er is echter een gestandaardiseerde vragenlijst in ontwikkeling, die door alle gemeenten gaat worden toegepast. Deze wordt pas in gebruik genomen in het jaar 2016. Alle klanttevredenheidsmetingen vóór 2016 kunnen handvatten bieden bij het ontwikkelen van deze gestandaardiseerde vragenlijst en zo het meten van de klanttevredenheid in de toekomst verbeteren.

1.7 Onderzoeksmodel & onderzoeksstrategie



Figuur 2: het onderzoeksmodel van 'Buren: kan je op ze rekenen?'

De eerste fase van het onderzoek (a) bestond uit vier componenten: het vooronderzoek en het raadplegen van literatuur en beleidsstukken betreffende: de Wmo; klanttevredenheid in de zorg; en zelfredzaamheid. Het vooronderzoek besloeg een verkenning van de beschikbare literatuur over de maatschappelijke context van de Wmo. Tevens is als deel van het vooronderzoek gesproken met Dr. Ingrid van Lieshout, beleidsonderzoekster voor de gemeente Utrecht, die meerdere klanttevredenheidsonderzoeken heeft uitgevoerd voor haar gemeente. De informatie die uit deze fase (a) is verzameld, is samengevoegd tot een conceptueel model. Om dit conceptueel model te toetsen is kwantitatieve data verzameld, door middel van het uitzetten van een enquête. Deze fase van het onderzoek is fase (b). De doelgroep voor deze enquête bestaat uit vragers van maatschappelijke ondersteuning in de gemeente Buren. Dit zijn alle mensen die in 2015 contact met de gemeente of het sociale wijkteam hebben gehad, om maatschappelijke ondersteuning aan te vragen. Deze enquête neemt de vorm aan van een cross-sectioneel onderzoek: er zal slechts één meetmoment plaatsvinden. In fase (c) zal de gegenereerde data geanalyseerd worden. Met het statistische onderzoeksprogramma SPSS zullen regressieanalyses worden uitgevoerd om de

onderzoeksresultaten te interpreteren. Dit zal vervolgens leiden tot fase (d): het doen van aanbevelingen waardoor de zelfredzaamheid en/of de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning verbeterd zou kunnen worden.

1.8 Leeswijzer

Die hiervoor opgestelde hoofdvraag en onderzoeksvragen zullen de rode draad vormen voor deze scriptie. In hoofdstuk 2 wordt de Wmo nader toegelicht, evenals de wijze waarop vragers van maatschappelijke ondersteuning in aanraking komen met het Wmo-beleid. Dit geeft de context weer waarin de klanttevredenheidsoordelen geveld zijn. In hoofdstuk 3 wordt het theoretische kader opgebouwd, waar de hypothesen op gebaseerd zijn. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe de hypothesen zijn getoetst en welke data hiervoor is gebruikt. In hoofdstuk 5 vindt de analyse van deze data plaats op univariaat, bivariaat en multivariaat niveau. In hoofdstuk 6 worden conclusies getrokken aan de hand van de analyses over de opgestelde hypothesen. In hoofdstuk 7 worden de resultaten geïnterpreteerd en evenals de zwakke en sterke punten van dit onderzoek besproken. In hoofdstuk 8 staan de beleidsaanbevelingen omschreven, die resulteren uit dit onderzoek.

2. De Wet maatschappelijke ondersteuning

2.1 De transformatie van verzorgen naar participeren

Tot de jaren '90 kende Nederland volgens Van de Luitgaarden et al. (2015) en Hall & Andersen (1994) een sociaaldemocratische verzorgingsstaat. Van Ewijk (2006) stelt dat de overheid traditioneel de rol van een verzorgingsstaat had, die datgene overnam wat de markt en het maatschappelijk middenveld niet zelf konden waarmaken. Volgens onderzoek van Van der Veer (2013) was het deel van ons beschavingsideaal geworden dat de overheid mensen verzorgde die niet voor zichzelf konden zorgen. De invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 is kenmerkend voor de rol van de verzorgingsstaat in deze periode. De AWBZ was een volksverzekering die elke Nederlander zeker stelde van langdurige zorg. In de jaren '90 kampte de Nederlandse samenleving echter met begrotingstekorten door de vergrijzing en een stijgend beroep op zorg- en welzijnsvoorzieningen. Levy (1999) stelt dat de grootte en de toegankelijkheid van de verzorgingsarrangementen hierdoor ter discussie kwam te staan. Het toenmalige stelsel moest worden aangepast aan de condities van de moderne tijd om het systeem op de lange termijn houdbaar te maken. In dezelfde periode zijn er opeenvolgende regeringen die om deze reden meer zelfredzaamheid willen vragen van burgers (van der Veer, 2013). Met de Wmo wordt hier uiteindelijk invulling aan gegeven en ontstaat er een nieuw soort sociaal contract tussen de burgers en de overheid. Volgens Metz (2009) neemt de huidige samenleving meer de vorm aan van een participatiesamenleving, waarin het maatschappelijke middenveld enkele taken van de overheid op zich neemt.

2.2 De oprichting en doelstelling van de oorspronkelijke Wmo

De Wmo is in 2007 opgericht. Ossewaarde (2007) stelt dat hierdoor het nieuwe Nederlandse burgerschap bestaat uit actieve inzet in het belang van de maatschappij. Volgens Van der Veer (2013) is het doel van de Wmo dan ook om alle mensen, ongeacht hun beperking, te laten participeren in de maatschappij. Als mensen een beperking in hun zelfredzaamheid signaleren kan informele hulp de eerste oplossing bieden (van der Veer, 2013)(Van Ewijk, 2006)(Jager-Vreugdenhil, 2012). Dit kunnen vrienden, familie buren of vrijwilligers zijn. Als deze informele hulp onvoldoende is gaat de gemeente pas kijken in hoeverre de vrager van ondersteuning gecompenseerd kan worden voor zijn beperking. De Wmo uit 2007 ging uit van het compensatiebeginsel. Cardol, Vervloet & Rijken (2006) stellen dat het compensatiebeginsel betekende dat gemeenten burgers moesten ondersteunen op het gebied van vier compensatieterreinen, namelijk: 1) het organiseren en vervullen van huishoudelijke taken; 2) de mobiliteit binnenshuis; 3) de mobiliteit buitenshuis en; 4) het onderhouden van sociale contacten. Het ondersteunen van burgers op deze vier compensatieterreinen zou ertoe moeten

leiden dat burgers zoveel mogelijk zelfredzaam zouden worden. Verschillende auteurs (SCP & Feijten et al., 2013)(Wiebusch & Moulijn, 2013)(Metz, 2009) beamen dit en concluderen dat het stimuleren van de zelfredzaamheid er toe leidt dat kwetsbare burgers met hun maximale capaciteit kunnen deelnemen in het maatschappelijke verkeer. Gemeenten moesten hun burgers zoveel mogelijk stimuleren om zelf een oplossing voor hun zorgprobleem te vinden. Hiernaast moest worden gekeken naar de mogelijkheid om het sociale netwerk van de vrager van maatschappelijke ondersteuning te activeren en te helpen bij het oplossen van het probleem. Indien de persoon zelf of hun sociale netwerk niet redzaam genoeg waren om het probleem op te lossen, zou de gemeente pas professionele hulp aanbieden (SCP & Feijten et al., 2013).

2.3 De hernieuwing van de Wmo

De Wmo 2007 is nog steeds te duur en op de lange termijn gaat de Nederlandse samenleving arbeidskracht tekortkomen in de zorg en het welzijnswerk (Cameron & Moss, 2002)(Transitieplan Wmo, 2014). Hierom wordt de Wmo hervormd. De AWBZ is volgens Van Oers (2015) nu definitief opgesplitst in 4 wetten: de Wmo, de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet. Van deze wetten worden de Wmo en de Jeugdwet vanaf 1 januari 2015 volledig gedecentraliseerd van de overheid naar de Nederlandse gemeenten. De reden voor deze hernieuwing is volgens Van Oers (2015) om de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg meer te kunnen garanderen door te bezuinigen. De overheid poogt dit te doen door het begrip maatwerkvoorziening te introduceren. De compensatieverplichting is in de nieuwe Wmo vervangen met de verplichting om maatwerk te leveren. Volgens Boutellier & van der Klein (2014), Nijendaal (2014), Mead & Bower (2000) en Van der Veer, Schalk & Gilsing (2011) betekent maatwerk zorg van persoonlijke aard en van hoge kwaliteit, tegen minder middelen. De maatwerkvoorziening is een aanvulling op wat iemand zijn sociale netwerk kan bijdragen bij het oplossen van een zorgvraag. Beltman (2014) stelt dat hierom het keukentafelgesprek verplicht is in de nieuwe wetgeving. In dit gesprek wordt met de zorgvrager vastgesteld welke voorzieningen nodig zijn en wat aangeboden kan worden. Van der Veer, Schalk & Gilsing (2011) stellen dat door het decentralisatiebeleid gemeenten bovendien beter in staat om het beleid af te stemmen op de lokale omstandigheden. Op deze manier kan volgens recent onderzoek van Jager-Vreugdenhil (2012) een efficiëntieslag gemaakt worden op lokaal niveau, door de samenwerking van professionals en informele hulp. Door deze samenwerking kan zorg geleverd worden die past bij de wensen van de zorgvrager en tegelijkertijd geen overschot aan zorg levert.

2.4 De hernieuwing van de Wmo en de gevolgen voor de beleidsuitvoering

Door de decentralisatieprocessen en de toegenomen verantwoordelijkheden zijn gemeenten tot op heden druk bezig met het ontwikkelen van een gebiedsgerichte benadering voor het welzijnswerk. Witte (2015) stelt dat gemeenten de vrijheid hebben om hiervoor te kiezen. Echter worden ze hier

deels toe gedwongen als gevolg van de decentralisaties. Onderzoek van Van Arum & Lub (2014) concludeert dat om deze gebiedsgerichte benadering vorm te geven het fenomeen 'sociale wijkteams' is ontstaan. Een aantal auteurs (Werkman, 2015)(Van Arum & Lub, 2014)(Witte, 2015) wijzen op het feit dat veel gemeenten kiezen voor het gebruik van sociale wijkteams om goede en betaalbare zorg op wijkniveau te realiseren. De variëteit tussen deze teams is groot per gemeente, maar ze delen op zijn minst drie doelen. Dit is ten eerste een manier van zorg leveren die kan omgaan met de bezuinigingen in de zorgsector. Ten tweede een dienstverlening leveren die beter op elkaar ingespeeld is, om de efficiëntie te vergroten en de werkdruk te verlichten. Ten derde concluderen recente onderzoeken van Van Arum & Lub (2014) en Witte (2015) dat sociale wijkteams hulp bieden aan vragers van maatschappelijke ondersteuning om hun sociale netwerk te activeren en hun maatschappelijke participatie te vergroten. Hierdoor zou hun zelfredzaamheid toe moeten nemen. Verder delen de teams ten minste twee kenmerken in hun werkwijze. Ten eerste hanteren ze een interdisciplinaire en een integrale aanpak op wijkniveau, met een team van hulp- en zorgverleners die met elkaar samenwerken om de inwoners van een wijk ondersteuning te bieden. Ten tweede is de zorg dicht bij huis en integraal, waardoor de zorg afgestemd kan worden op de behoeften van de zorgvrager. Werkman (2015) en Van Arum & Lub (2014) stellen in hun onderzoeken dat mensen die ondersteuning nodig hebben, hierdoor minder last van bureaucratie hebben. Er zou namelijk minder bureaucratie nodig zijn met deze integrale aanpak. De procedure die de sociale wijkteams doorlopen bij het bepalen welke voorziening een vrager van maatschappelijke ondersteuning krijgt, gaat volgens onderzoek van Beltman (2014) als volgt. De burger zelf of een betrokkene doet een melding bij het college van burgemeester en wethouders, omdat de persoon beperkingen constateert in zijn zelfredzaamheid. Vervolgens gaat de gemeente onderzoeken welke behoeften, kenmerken en voorkeuren de persoon heeft bij het vragen van maatschappelijke ondersteuning. Een vertegenwoordiger van de gemeente gaat hiervoor in gesprek met de burger. Dit is het zogeheten keukentafelgesprek, dat zijn naam heeft gekregen omdat het plaatsvindt bij de burger thuis. In dit gesprek worden de behoeften, kenmerken en voorkeuren van de vrager van maatschappelijke ondersteuning vertaald naar een vorm van ondersteuning. Indien de persoon zelf of de directe omgeving onvoldoende kunnen doen om de zorgvraag op te lossen, stuurt de vertegenwoordiger van de gemeente aan op een algemene voorziening. Als deze ook tekortschiet kan een individuele maatwerkvoorziening geleverd worden (Beltman, 2014). Witte (2015) stelt dat de sociale wijkteams op deze manier uit gaan van de mogelijkheden en zelfredzaamheid van de cliënt bij het oplossen van een zorgvraag. Daarnaast wordt van wijkbewoners een actieve houding en inbreng verwacht. De teams zijn op deze manier gericht op het zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van mensen en het activeren van de directe omgeving.

3. Theoretisch kader

3.1 Klanttevredenheid binnen het Wmo-beleid

Klanttevredenheid binnen de Wmo kan op meerdere manieren gedefinieerd worden. Zo levert BMC (2006) een definitie die toepasbaar is binnen een beleidsmatige context, namelijk: de wijze waarop verwachtingen wel of niet uitkomen naar aanleiding van concrete ervaringen. Een meer uitgebreide en wetenschappelijke definitie van klanttevredenheid binnen de zorg wordt gegeven door Poiesz & Welling (2012), die deze als volgt formuleren: het oordeel van de klant kan betrekking hebben op het geheel, of onderdelen van het beleid. Een uiting van tevredenheid of ontevredenheid is altijd relatief. Tevredenheid is namelijk een subjectieve waardering van waarde en kwaliteit. Objectief aantoonbare kwaliteit hoeft niet gelijk te zijn aan de kwaliteit die door afnemers wordt ervaren. Afnemers kunnen een hogere of lagere kwaliteit ervaren dan feitelijk wordt aangeboden. De subjectieve beleving van kwaliteit wordt dus omschreven als tevredenheid.

Deze wetenschappelijke definitie van Poiesz & Welling (2012) doet al vermoeden dat de meer praktische aard van de definitie van BMC (2006) overdreven vereenvoudigd is wanneer men spreekt over klanttevredenheid. Een nadere wetenschappelijke blik op het concept klanttevredenheid doet zelfs in twijfel trekken of het wel een geschikt instrument is om beleidsaanpassingen op te baseren, waarover later in deze scriptie meer zal worden geschreven. Alvorens het concept klanttevredenheid wordt ontleed, zal eerst aandacht worden geschonken aan de functie die klanttevredenheidscijfers innemen binnen het beleidsproces van de Wmo.

3.1.1. De functie van klanttevredenheidscijfers binnen de Wmo

De Wmo roept gemeenten op om klanten, uitvoerders en bestuurders te betrekken bij de vorming, uitvoering en verantwoording van het beleid omtrent maatschappelijke ondersteuning. Bovendien moeten gemeenten hierbij de levering van diensten en voorzieningen wanneer mogelijk aan derde partijen overlaten, zoals particuliere zorgaanbieders. De gemeente neemt hierin de rol van opdrachtgever aan. Als gevolg van de Wmo wordt er een horizontale verantwoording gehanteerd binnen het gemeentelijke beleid (Sociaal en Cultureel Planbureau et al., 2010). In tegenstelling tot een verticale verantwoording, waarbij gemeenten aan het Rijk verantwoording afleggen, wordt binnen de Wmo verantwoording afgelegd van de gemeente aan de burger. Dit komt doordat beleidskeuzes op lokaal niveau gemaakt worden en de eindverantwoordelijkheid van het Wmo-beleid bij de gemeenteraad ligt. De burgers en de gemeenteraad hebben informatie nodig om een goed oordeel te vellen over de uitvoering van de Wmo in hun gemeente. Artikel 9 van de Wmo legt de gemeenten daarom op om jaarlijks een rapport te publiceren over de uitkomsten van een klanttevredenheidsonderzoek, inclusief prestatiegegevens, over het voorafgaande jaar. Deze

gegevens moeten naar het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport worden gestuurd, zodat een vergelijking kan worden gemaakt tussen de verschillende gemeenten (BMC, 2006)(VNG, 2014). Verantwoording van de particuliere aanbieder aan de gemeente is tevens cruciaal binnen de Wmo (Significant, 2014). Deze verantwoording kan twee vormen aannemen. De eerste vorm van verantwoording betreft het leveren van informatie waardoor de gemeente kan beslissen of de aanbieder zich aan de inhoudelijke afspraken heeft gehouden, die in het contract zijn afgesproken. Deze informatie gaat bijvoorbeeld over hoeveel mensen maatschappelijke ondersteuning hebben gekregen of welke voorzieningen zijn geleverd. Op deze manier kan de gemeente de zorgaanbieder aansturen bij de uitvoering en de functie van opdrachtgever goed vervullen.

Klanttevredenheidscijfers spelen een rol bij de tweede vorm van verantwoording. Ten tweede moet er namelijk informatie worden geleverd waarmee kan worden aangetoond dat de dienst ook daadwerkelijk het beoogde resultaat heeft geleverd. Aangezien gemeenten publieke middelen gebruiken om de zorgaanbieders te betalen, moet de rechtmatigheid van deze transacties worden aangetoond (Significant, 2014). Klanttevredenheidscijfers spelen een rol bij het aantonen van de rechtmatigheid van het beleid, omdat gemeenten de kwaliteit van de levering van diensten en voorzieningen mede bepalen aan de hand van de klanttevredenheidscijfers van het voorgaande jaar (BMC, 2006) (VNG, 2014). Aan de hand van dit instrument zouden klanten, uitvoerders en bestuurders gezamenlijk tot een afweging kunnen komen over de effectiviteit en kwaliteit van het gevoerde beleid.

Dit laatste geldt voornamelijk voor de waardering van de uitkomsten en het maatschappelijke effect van de verleende dienst (Significant, 2014) (VNG, 2014). De gemeenten nemen deze expliciet op in de contractvoorwaarden die zij opstellen met zorgaanbieders. Zo zou de gemeente kunnen stellen dat bij een bepaalde interventie, de minimaal behaalde klanttevredenheid op een vooraf vastgesteld niveau zou moeten zijn. Het maatschappelijke effect gaat over het effect van de dienstverlening op de maatschappij. Bij de Wmo gaat het dan bijvoorbeeld over het bevorderen van zelfredzaamheid onder vragers van maatschappelijke ondersteuning. De uitkomstprestaties, zoals bijvoorbeeld klanttevredenheid, hoeven niet altijd in lijn te zijn met het maatschappelijke effect wat een bepaalde interventie wil bereiken (Significant, 2014). De feitelijke kwaliteit van het beleid en de tevredenheid over het beleid kunnen dus van elkaar verschillen. Het roept de vraag op of klanttevredenheidscijfers een middel of een doel zouden moeten zijn binnen het beleidsproces.

3.1.2 Klanttevredenheidscijfers binnen het beleidsproces: middel of doel?

Dit samenspel tussen de feitelijke kwaliteit van het beleid en tevredenheid over het beleid, maakt dat klanttevredenheid een verwarrende positie heeft in het beleidsproces. In de praktijk ligt bij beleidsevaluaties volgens onderzoek van Poiesz & Welling (2012) vaak de nadruk op enkel de subjectieve tevredenheid of anderzijds enkel de objectieve feitelijke kwaliteit. Wanneer de nadruk op tevredenheid wordt gelegd bij beleidsevaluaties, ontstaat dit vaak uit de foutieve aannamen dat het beleid draait om de waardering van de stakeholders en dat beleid van hoge kwaliteit een hoge tevredenheid tot gevolg heeft. Klanttevredenheidscijfers vormen hierdoor vaak onterecht de basis tot het vormen van beleidsmaatregelen die kwaliteitsverhoging als doel hebben. In het beleidsproces worden deze cijfers dan voor wat ze vertegenwoordigen te zwaar gewogen. Hierdoor komt de nadruk te liggen op het verhogen van de klanttevredenheid, in plaats van op de objectieve kwaliteit van het beleid. Dit veroorzaakt een vicieuze cirkel en doorbreekt de consistentie en daarmee de kwaliteit van het gevoerde beleid. Klanten maken hun keuze tussen verschillende aanbieders gebaseerd op hun eerdere ervaringen en tevredenheidsoordelen, dus moeten beleidsmakers en bestuurders wel beslissingen maken op basis van de klanttevredenheid van klanten. De maatregelen die uit deze beslissingen voortvloeien, moeten de klant nieuwe ervaringen verschaffen. Deze nieuwe ervaringen leiden weer tot een andere tevredenheid. Deze tevredenheid beïnvloedt het gedrag van de klant weer door bijvoorbeeld andere keuzes te maken. Deze gedragsverandering leidt op haar beurt weer tot een verbetering of verslechtering van de resultaten van het gevoerde beleid, waardoor het beleid eventueel aangepast zou moeten worden of hetzelfde blijft. Poiesz & Welling (2012) benadrukken echter dat tevredenheid is te beschouwen als een evaluatiemiddel in het beleidsproces, terwijl het doel de kwaliteit van het beleid verhogen zou moeten zijn. De kwaliteit van beleid komt namelijk onvoldoende naar voren in klanttevredenheidsoordelen. Om dit te beargumenteren zullen de volgende twee paragrafen zich richten op de mechanismen achter de vorming van een tevredenheidsoordeel.

3.1.3. Algemene componenten van klanttevredenheid

Er is een gebrek aan overeenstemming over een definitie voor klanttevredenheid binnen de zorg. Volgens Giese & Cote (2000) zijn er wel steeds terugkerende algemene componenten te onderscheiden van een tevredenheidsoordeel, te noemen:

1. Tevredenheid is een response: cognitief of emotioneel. Er is geen overeenstemming onder wetenschappers of het een cognitieve of een affectieve response is. Dit wordt beaamd door onderzoeken van Oliver (1997), Halstead et al. (1994) & Fornell (1992).
2. De response verwijst naar een specifieke focus. Dit kan een verwachting, een product of de ervaring bij het gebruik van een dienst zijn. Dit wordt beaamd door onderzoek van Poiesz & Welling (2012).
3. De response komt na een bepaalde tijd: in het geval van producten en diensten kan dit na consumptie zijn, maar ook voor de consumptie na het kiezen van een product of dienst.

Naast deze drie algemene componenten zijn er verschillende auteurs, zoals Giese & Cote (2000), Fournier et al. (1999) en Aspinall et al. (2003), die stellen dat tevredenheid gezien moet worden binnen de context waarin het oordeel is gevormd. Ze vinden dat het onmogelijk is om overeenstemming te bereiken over een definitie van klanttevredenheid. Dit komt ten eerste door de complexiteit van het begrip klanttevredenheid. Ten tweede heeft klanttevredenheid een omgevingsgerelateerd karakter. Deze auteurs stellen daarom dat tevredenheid omgevings specifieke definities moet hebben om de complexiteit van de term klanttevredenheid te verminderen. Tevredenheid is volgens Fournier et al. (1999) immers een sociaal fenomeen waar de omgeving van de klant aan bij draagt. Ook volgens Aspinall et al. (2003) is klanttevredenheid een dynamisch begrip, aangezien de betekenis ervan kan verschillen per zorgomgeving en groep van klanten. Toch hebben de bovengenoemde componenten wel een invloed op het gedrag van de klant of patiënt, bij bijvoorbeeld het kiezen van een behandelaar, het communiceren van feedback of het verzamelen van informatie. Het is dus belangrijk om de oorzaken van klanttevredenheidsoordelen in oog te houden om deze goed te kunnen interpreteren of te willen veranderen. Echter, wanneer men klanttevredenheid wetenschappelijk benaderd vanuit de totstandkoming van het tevredenheidsoordeel, zou kunnen worden geconcludeerd dat beleidsmakers weinig waarde zouden moeten hechten aan dergelijk oordelen, voordat zij beleidsaanpassingen voorstellen aan de hand van deze oordelen. De volgende paragraaf gaat daarom dieper in op de totstandkoming van een klanttevredenheidsoordeel.

3.1.4 De anatomie van een klanttevredenheidsoordeel

Er is volgens onderzoek van Poiesz & Welling (2012) vaak geen sprake van een duidelijke relatie tussen de kwaliteit van datgene wat beoordeeld wordt en het tevredenheidsoordeel zelf. Klanten die in aanraking komen met een product, dienst of organisatie kunnen hier een tevredenheidsoordeel over vellen. Dit hoeft echter altijd het geval te zijn. Over het algemeen valt te stellen dat naarmate het beoordeelde object belangrijker wordt voor het individu, de kans groter wordt dat dit individu hier een oordeel aan verbindt. Oordelen kunnen zich vormen op bewust, voorbewust en onbewust niveau. Daarnaast kunnen ze uitgesproken worden of onuitgesproken blijven. Onbewuste oordelen worden logischerwijs gevormd zonder dat de klant hier bewust van is. Een voorbeeld van een dergelijk oordeel is de goede beoordeling van een zorgaanbieder, omdat deze een bekende naam heeft of een mooi modern kantoor. Onbewust wordt dit merk geassocieerd met positieve kenmerken, waardoor een algemeen tevredenheidsoordeel als positiever wordt beoordeeld zonder dat hier een aanwijsbare reden voor is. Voorbewuste oordelen worden ook onbewust gevormd, maar dit onbewuste oordeel wordt herkend wanneer erop gewezen wordt. Onbewuste en voorbewuste oordelen onderscheiden zich dus pas van elkaar wanneer er een proces van bewustwording plaatsvindt betreffende het onbewuste oordeel. Een voorbeeld hiervan is de beoordeling van de huisarts als een geschikte vakman, omdat hij zo vriendelijk is. Wanneer iemand de klant hier op wijst en redenen geeft waarom het geen goede huisarts zou zijn, wordt de klant zich bewust van zijn onjuiste oordeel. Een gebrek aan informatie speelt hier dus een rol. Bewuste oordelen worden gevormd middels criteria waarvan de klant zich bewust is en kan worden gecombineerd met een afweging van alle beschikbare opties die de klant voor de hand heeft. Ondanks dat klanttevredenheidsoordelen binnen het Wmo-beleid als belangrijk gezien worden, blijven de meeste tevredenheidsoordelen onuitgesproken en komen deze vaak onbewust of voorbewust tot stand (Poiesz & Welling, 2012). Dit betekent ook volgens Crow et al. (2003) dat veel aspecten waar de zorg op beoordeeld zou kunnen worden zich onttrekken uit het algemene tevredenheidsoordeel. Veel klanten weten namelijk niet eens weten waar zorgkwaliteit op beoordeeld zou moeten worden. Bovendien zijn de aspecten van de zorgkwaliteit waar de klant wel kennis van kan nemen moeilijk voor deze klant om te interpreteren. Bovendien kan uit het bovenstaande geconcludeerd worden dat wanneer de klant wordt blootgesteld aan een tevredenheidsonderzoek, dit ook invloed heeft op het tevredenheidsoordeel. Het belang van de klant wordt benadrukt, onbewuste oordelen worden naar het bewuste gebracht en een onuitgesproken oordeel veranderd in een uitgesproken oordeel. Er bestaat dus een kloof tussen het tevredenheidsoordeel en de werkelijke relatie met de dienst, het product of de organisatie (Crow et al., 2003)(Poiesz & Welling, 2012). Om meer inzicht te krijgen in de totstandkoming van een tevredenheidsoordeel moet deze kloof dichter benaderd worden.

3.1.4.1 De kloof tussen werkelijke waarde en subjectieve waarde bij een tevredenheidsoordeel

Volgens onderzoek van Poiesz & Welling (2012) valt deze kloof te omschrijven als het verschil tussen de werkelijke waarde en de subjectieve waarde. Om de kloof inzichtelijk te maken moet dus in acht worden genomen wat waarde betekent voor een klant. Waarde kan worden gedefinieerd als een relatie tussen kosten en opbrengsten. In het geval van een tevredenheidsoordeel wordt deze relatie dus samengesteld vanuit de subjectieve kosten en de subjectieve opbrengsten. De subjectieve waarde die klanten aan een product, dienst of organisatie hechten wordt opgebouwd uit een samenspel tussen een aantal subjectieve componenten die als positief en negatief te benoemen zijn. De positieve componenten zijn: kwaliteit, comfort en positieve emoties. De negatieve componenten zijn: kosten, overige kosten en negatieve emoties. Kwaliteit kan worden gezien als de mate waarin gebruiksfunctionaliteit wordt geboden aan de klant. Voert een huisarts bijvoorbeeld bepaalde behandelingen uit die een andere huisarts niet wilt of kan uitvoeren. Comfort gaat over de mate waarin de klant gemak ervaart bij het in aanraking komen met het product, de dienst of de organisatie (Crow et al, 2003). Positieve emoties hebben betrekking op het affectieve component van tevredenheid en komen tot stand door bijvoorbeeld zaken als de manier waarop de klant bejegend of gerustgesteld wordt (Crow et al, 2003). De betekenis van kosten van een interactie met een product, dienst of organisatie spreekt voor zich, echter is deze voor de klant soms onduidelijk. De manier waarop een product of dienst betaald wordt is namelijk niet altijd inzichtelijk voor de klant, doordat zorgverzekeraars hier een grote rol in spelen. Overige kosten bestaan uit non-materiële aspecten, zoals de tijd of energie die het kost om een bepaalde behandeling of voorziening te krijgen (Crow et al, 2003). Negatieve emoties zijn zaken als angst, irritatie of ongerustheid. Deze zes componenten vormen samen de basis voor een tevredenheidsoordeel (Poiesz & Welling, 2012). Echter, wanneer respondenten in een onderzoek vooral één van deze componenten hun oordeel laten overheersen, komt dit de validiteit van het klanttevredenheidsonderzoek niet ten goede. Bovendien opent dit de deur voor overige persoonsgebonden factoren die kunnen meewegen bij de totstandkoming van een tevredenheidsoordeel.

3.1.4.2 Persoonsgebonden factoren en hun invloed op een tevredenheidsoordeel

Doordat tevredenheidsoordelen zo subjectief zijn en deze worden geuit op een manier die niet consistent is met de objectieve werkelijkheid, is het waarschijnlijk dat er ook individuele factoren meespelen bij de totstandkoming van een tevredenheidsoordeel. Zo heeft eerder onderzoek van Crow et al. (2003) uitgewezen dat hogere verwachtingen van een product of dienst gepaard gaat met een hogere tevredenheid na gebruik van het product of dienst. Tevens vindt dit onderzoek dat de staat van gezondheid ook een factor speelt. Ziekere patiënten zijn over het algemeen meer ontevreden over hun ontvangen zorg. Ten slotte wordt de bejegening van de patiënt aangeduid als

de meest doorslaggevende factor bij het positief beïnvloeden van tevredenheid.

Een nadere wetenschappelijke blik op het concept klanttevredenheid doet concluderen dat klanttevredenheidsoordelen op een fragiele basis gestoeld zijn. Fragiel, omdat klanten te weinig bewust zijn wat de redenen zijn voor hun eigen tevredenheid en het bewuste gedeelte van hun oordeel vaak de nadruk legt op slechts enkele van de mogelijke zes componenten. Deze fragiele basis maakt het belangrijk dat tevredenheidsonderzoeken op een juiste manier uitgevoerd worden en dat beleidsmakers geen overhaaste conclusies moeten trekken uit dergelijke onderzoeken. Bovendien maakt het gebrek aan overeenstemming over het begrip het lastig om klanttevredenheidscijfers uit verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken. Om enige vergelijking mogelijk te maken tussen klanttevredenheidscijfers van verschillende gemeenten, is het daarom belangrijk dat gemeenten tot overeenstemming komen over een algemeen gehanteerde definitie en methode om grip te krijgen op klanttevredenheid.

3.1.4 Overeenstemming bereiken over klanttevredenheid

Samenvattend kan worden gezegd dat doordat het feit dat verschillende definities of opvattingen over het concept klanttevredenheid mogelijk zijn, het lastig is om de resultaten van verschillende klanttevredenheidsonderzoeken te vergelijken. Bovendien kunnen klanten zelf ook verschillende opvattingen of benaderingen over tevredenheid hebben. Zonder een gemeenschappelijke definitie of referentiepunt is een opstapeling van kennis vrijwel onmogelijk. Het is daarom niet verwonderlijk dat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan een gestandaardiseerde vragenlijst werkt voor klanttevredenheidsonderzoeken (VNG, 2014). Hierdoor wordt de mogelijkheid om deze klanttevredenheidsonderzoeken te vergelijken groter. In deze vragenlijst worden klanten van maatschappelijke ondersteuning ondervraagd over hoe zij hun zelfredzaamheid en participatie beoordelen. Ook wordt gevraagd hoe zij de kwaliteit van hun hulp, zorg of ondersteuning ervaren. Ten slotte worden klanten gevraagd om te beoordelen in hoeverre de ondersteuning bijdraagt aan hun zelfredzaamheid en participatie (VNG, 2014). Ondanks de argumenten tegen de validiteit van klanttevredenheidsonderzoeken in dit hoofdstuk, lijkt de VNG er dus wel vertrouwen in te hebben. Deze gestandaardiseerde vragenlijst is echter nog in ontwikkeling en wordt pas in 2016 toegepast.

3.2 Wat betekent zelfredzaamheid?

Zelfredzaamheid is een begrip dat niet duidelijk definieert wat er mee wordt bedoeld in de beleidscontext van de Wmo. De term impliceert dat een persoon compleet zelfvoorzienend zou moeten zijn om zelfredzaam te zijn. Aan de hand van drie voorbeelden van mogelijke definities zal duidelijk worden dat dit niet het geval is. Evenals de Amerikaanse voorloper van de term zelfredzaamheid, wat volgens Hawkins (2005) het Engelse woord 'self-sufficiency' moet zijn, is de Nederlandse term onderhevig aan verschillende definities en gebruiksvormen. Bovendien doet de term vermoeden dat kwetsbare burgers helemaal op zichzelf aangewezen en alleenredzaam moeten zijn. Dit zorgt voor enige verwarring in het communiceren van de betekenis van het concept zelfredzaamheid. Ondanks de verwarring vallen er toch raakvlakken te ontdekken binnen drie voorbeelden van mogelijke wetenschappelijke definities.

3.2.1 De verschillende definities van het concept zelfredzaamheid

Recent Nederlands onderzoek van het SCP & Feijten et al. (2013) stelt dat met zelfredzaamheid "het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het maatschappelijke verkeer mogelijk te maken" wordt bedoeld. In deze definitie ligt de nadruk dus vooral op het persoonlijke vermogen om deel te nemen aan het maatschappelijke verkeer.

Om deze definitie nader te specificeren wordt door De Gruiter et al. (2010) onderscheid gemaakt tussen participatie binnen drie verschillende leefdomeinen, te noemen: het privé-domein, het domein van werk en het domein van het sociale leven. Zij stellen dat een zelfredzaam persoon voldoende participeert in alle drie de domeinen. Binnen het privé-domein vindt zorgparticipatie plaats, zoals huishouding, opvoeding, het onderhouden van een goede gezondheid en mantelzorg. Het domein van werk betreft werk, sociale zekerheid en voorzieningen. Het gaat hier om uitkerings-, opleidings- en arbeidsparticipatie en heeft dus ook betrekking op het gebruik van voorzieningen vanuit de Wmo. Het domein van het sociale leven betreft sociale en politieke participatie in de recreatie, het welzijnswerk, het vrijwilligerswerk, in de politiek, en in sport & cultuur. Aan de hand van deze drie domeinen maken zij dan ook onderscheid tussen drie vormen van zelfredzaamheid, die elk het gevolg is van participatie in één van de drie domeinen. Zelfredzaamheid binnen het privé-domein wordt zorgzelfredzaamheid genoemd. Zelfredzaamheid binnen het domein van werk wordt financiële en fysieke zelfredzaamheid genoemd. Zelfredzaamheid binnen het domein van het sociale leven wordt sociale zelfredzaamheid genoemd. Samenvattend stellen De Gruiter et al. (2010) dat verschillende vormen van participatie tot verschillende soorten van zelfredzaamheid leidt. Bovendien ligt de nadruk in deze definitie meer specifiek op maatschappelijke participatie, dan op enkel op het persoonlijke vermogen om deel te nemen aan het maatschappelijke verkeer, zoals in de

definitie van SCP & Feijten et al. (2013). Zelfredzaamheid is volgens deze definitie dus te verklaren vanuit de maatschappelijke participatie van een individu.

Een derde definitie komt uit de Nederlandse beleidspraktijk, die wordt toegepast in de zelfredzaamheids-matrix. De zelfredzaamheids-matrix is een meetinstrument dat in veel gemeenten wordt toegepast door hulpverleners van de sociale wijkteams om de zelfredzaamheid van hun klanten te bepalen. Naar Amerikaans voorbeeld is dit instrument na Nederlands onderzoek namens de GGD (Lauriks et al., 2013) ook toepasbaar gemaakt voor de Nederlandse samenleving. Het onderzoek door Lauriks et al. (2013) stelt dat een individu gebruik moet kunnen maken van de vaardigheden, expertise, middelen en mogelijkheden van anderen om zijn zorgvraag op te lossen om zelfredzaam te zijn. Anderen kunnen hierin bijvoorbeeld vrienden, familie of hulpverleners zijn. Deze definitie van zelfredzaamheid legt dus vooral de nadruk het activeren van de sociale omgeving van een kwetsbare burger. Er wordt volgens deze definitie, net als bij de definitie van SCP & Feijten et al. (2013), uitgegaan van het eigen vermogen om een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijke domeinen van het dagelijkse leven te realiseren. Echter wordt hier aan toegevoegd, dat indien een daling van het functioneringsniveau dreigt plaats te vinden, het individu zelf in staat moet zijn om hiervoor de juiste hulp te organiseren om als zelfredzaam te worden geschat (GGD Amsterdam, 2013). Er wordt dus volgens deze definitie een direct beroep gedaan op het vermogen van de vrager van maatschappelijke ondersteuning om de sociale omgeving te activeren. Een daling van het functioneringsniveau is erg breed gedefinieerd, maar wordt wel nader toegelicht. Door middel van een vijfpunts-schaal worden klanten beoordeeld op elf verschillende leefdomeinen. De verschillende domeinen laten zich als volgt opsommen: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten van het dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie (GGD Amsterdam, 2013). Volgens Roes (2002) zijn de oorzaken van een lage zelfredzaamheid dan ook zeer divers en kunnen uiteenlopen van verstandelijke of lichamelijke handicaps en psychische stoornissen tot een gebrekkige opvoeding en ontbrekende sociale vaardigheden. Indien een individu problemen ondervindt binnen één van deze elf domeinen, dient dit individu zijn sociale omgeving te activeren om hem te ondersteunen bij het oplossen van dit probleem. Zo fungeert het sociale netwerk van een kwetsbare burger als het ware als een schild tegen een daling van het functioneringsniveau. Zodanig kan worden beredeneerd dat wanneer een vrager van maatschappelijke ondersteuning een krachtig sociaal netwerk bezit, deze beter beschermd wordt tegen een daling van het functioneringsniveau. Daarnaast zal deze eerder hulp, zorg of ondersteuning uit zijn sociale netwerk kunnen krijgen, waardoor zijn zelfredzaamheid toe kan nemen.

Uit de drie benoemde definities kan worden geconcludeerd dat zelfredzaamheid een erg breed begrip is, wat het individuele vermogen omvat om zelf hulp, zorg of ondersteuning vanuit de

sociale omgeving te kunnen organiseren. Zelfredzaamheid is dus niet hetzelfde als alleenredzaamheid, maar doet een duidelijk beroep op de maatschappelijke participatie en het sociale netwerk van de kwetsbare burger. Bij het zoeken naar een synoniem voor de term zelfredzaamheid in de context van de Wmo, is de term samenredzaamheid dus nauwkeuriger dan alleenredzaamheid. Het onderzoek van Jager-Vreugdenhil (2012) bevestigt deze conclusie. Zij stelt dat van vragers van maatschappelijke ondersteuning wordt verwacht dat ze eerst zelf naar oplossingen zoeken voor hun zorgvraag. Dan moeten ze een beroep doen op hun vrienden, familie en burens. Als dat laatste ook niet lukt, mogen ze bij de gemeente een beroep op voorzieningen doen. Deze beleidsstrategie laat zich volgens Jager-Vreugdenhil (2012) vertalen naar drie participatiedoelen, die als hoofdoelstelling hebben om de zelfredzaamheid van de Nederlandse burgers te vergroten.

3.2.2 De participatiedoelen van de Wmo en het bevorderen van zelfredzaamheid

3.2.2.1 *Het eerste participatiedoel van de Wmo: het stimuleren van deelname aan sociale verbanden*

Volgens onderzoek van Jager-Vreugdenhil (2012) is het eerste participatiedoel expliciet te vinden in artikel vier van de wettekst betreffende de Wmo en stelt dat mensen met een beperking zouden moeten kunnen deelnemen aan sociale verbanden. Zo spreekt de tekst over het bieden van voorzieningen aan mensen met een beperking om sociale contacten aan te kunnen gaan. Ze moeten door de voorzieningen vanuit de Wmo gemobiliseerd worden om zich in het eigen huis te kunnen redden, maar ook om buitenshuis mobiel te worden. Tevens uit onderzoek van Engbersen & Rensen (2014) blijkt dat hierdoor de kans wordt vergroot dat zij sociale netwerken opbouwen in hun woon- en leefomgeving, waardoor het zelforganiserende vermogen van de vrager van ondersteuning én de wijk groter wordt.

3.2.2.2 *Het tweede participatiedoel van de Wmo: deelname aan het maatschappelijk middenveld*

Het tweede participatiedoel van de Wmo stelt dat kwetsbare burgers ook moeten willen bijdragen aan burgerorganisaties uit de 'civil-society' (Jager-Vreugdenhil, 2012). Een gangbare Nederlandse vertaling van de term 'civil-society' is het maatschappelijke middenveld. De wet gaat uit van het principe dat mensen zelfredzaam zijn bij het oplossen van hun zorgvraag en dat ze voor de oplossing van deze vraag in het eigen sociale netwerk of het maatschappelijke middenveld zoeken. Volgens Flyvbjerg (1998) bevat het maatschappelijke middenveld een institutionele kern buiten de reikwijdte van de overheid en de economie. Het betreft hier het bewerkstelligen van collectieve acties binnen het publieke domein, met samenwerkingsverbanden over de gehele samenleving. Voorbeelden van organisaties binnen dit maatschappelijke middenveld zijn zeer divers. Het kunnen sportverenigingen, debatverenigingen, beroepsverenigingen, vakbonden en politieke partijen zijn en heeft dus overlap met wat De Gruiter et al. (2010) participatie in het domein van het sociale leven noemt (Flyvbjerg,

1998). Met het bestaan van deze organisaties wordt volgens Edwards (2009) de invloed van de overheid en de markt aangevuld op plekken waar deze invloed niet gewenst is, om welke reden dan ook. Het belang van een sterk maatschappelijk middenveld voor de samenleving is in het verleden al aangetoond. Een aantal grote sociologen, zoals Durkheim (1986) en Tocqueville (1981), hebben een verband gevonden tussen de welvaart van een samenleving en de organisatie van het maatschappelijke middenveld in diezelfde samenleving. Het maatschappelijke middenveld is dus in elke samenleving belangrijk voor het algemeen functioneren van deze samenleving. Volgens Metz (2009) gaat de overheid er in een participatiesamenleving er echter vanuit dat het maatschappelijke middenveld sterk genoeg georganiseerd is om aan de grootste behoeften van burgers te voldoen. Met de Wmo wordt de verantwoordelijkheid en de uitvoering van het welzijnswerk dan ook steeds meer verschoven in de richting van het maatschappelijke middenveld (Metz, 2009). Het maatschappelijke middenveld wordt volgens Jager-Vreugdenhil (2012) versterkt wanneer de burgers meer in staat zijn om op informele manier initiatief te nemen om maatschappelijke taken op zich te nemen. Met het tweede participatiedoel moeten de Nederlandse burgers zich dus in meerdere mate gaan verenigen en elkaar steun bieden door middel van informele initiatieven en manieren van organiseren. Onderzoeken van Ewijk (2006) en Beltman & Vilans (2012) bevestigen dit. Zij stellen dat bij het streven naar een herleving van het maatschappelijke middenveld om het welzijnswerk te ondersteunen, een groter beroep wordt gedaan op mantelzorgers en het simuleren van vrijwilligerswerk.

3.2.2.3 Het derde participatiedoel van de Wmo: burgers dragen bij aan de ontwikkeling van het beleid

Het derde participatiedoel houdt in dat alle burgers, en voornamelijk vragers van maatschappelijke ondersteuning, mogen bijdragen aan de ontwikkeling van Wmo-beleid. Door het decentralisatiebeleid worden gemeenten nu in staat gesteld om zelf beleid te implementeren om de maatschappelijke ondersteuning te verlenen aan haar inwoners. Bij de lokale beleidsplannen moet de participatie van burgers en burgerorganisaties gebruikt worden om het beleid vorm te geven (Jager-Vreugdenhil, 2012). Volgens onderzoek van Beltman & Vilans (2012) zou hiermee de zelfregie van burgers worden vergroot. De meest voor de hand liggende voorbeelden zijn klanttevredenheidsonderzoeken en het ontstaan van Wmo-raden in gemeenten. Volgens Van der Veer, Schalk & Gilsing (2012) zijn Wmo-raden periodieke overleggen tussen burgers, stakeholders en klanten, waarin de burgerbelangen vertegenwoordigd worden.

3.2.3 Hypothesestelling

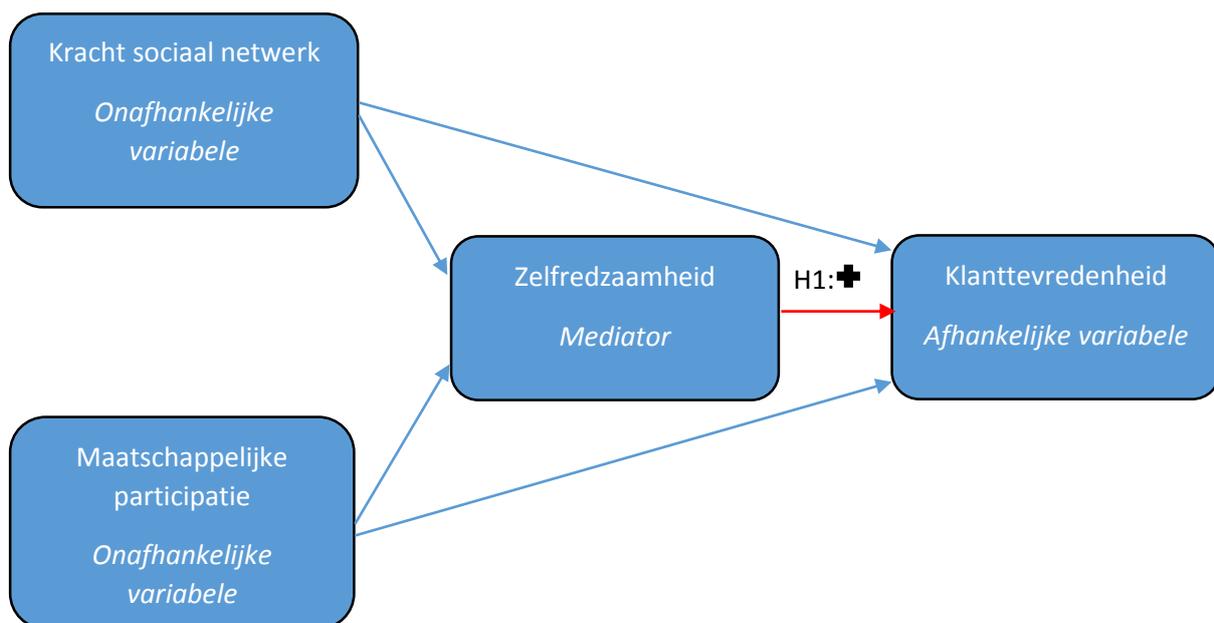
In deze paragraaf zal het verband tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid worden beargumenteerd. Eerder in het theoretisch kader wordt de afweging aangehaald die klanten kunnen maken bij de totstandkoming van een tevredenheidsoordeel (zie paragraaf 3.1.4.1). Aan de hand van deze afweging kan een inschatting worden gemaakt van hoe het stimuleren van zelfredzaamheid de klanttevredenheid zou kunnen beïnvloeden. Zo vallen drie argumenten te bedenken, waardoor zelfredzame personen een hoger klanttevredenheidsoordeel zouden kunnen vellen.

Ten eerste concludeerde het onderzoek van Crow et al. (2003) dat ziekere klanten met een meer ernstige zorgvraag, over het algemeen minder tevreden zijn over hun hulp, zorg of ondersteuning. Tevens wordt in dit onderzoek geconcludeerd dat hoe meer contactmomenten er zijn tussen de zorgvrager en zorgverlener, hoe meer het tevredenheidsoordeel van de klant daalt. Minder zelfredzame mensen hebben een zorgvraag die hoogstwaarschijnlijk meer tijd nodig heeft om opgelost te worden. Wanneer dit argument wordt afgezet tegen de subjectieve afweging die klanten maken bij de totstandkoming van hun tevredenheidsoordeel, kan worden beredeneerd dat de kosten en overige kosten van de ondersteuning groter worden naarmate iemand minder zelfredzaam is door toename van de factor tijd. Dit kan volgens Crow et al. (2003) vervolgens een negatief effect hebben op het uiteindelijke tevredenheidsoordeel. Omgekeerd kan volgens deze logica worden gesteld dat wanneer een persoon al meer zelfredzaam is, deze minder begeleiding of ondersteuning nodig heeft. Hierdoor zijn de kosten en overige kosten kleiner voor iemand die meer zelfredzaam is dan voor iemand die minder zelfredzaam is en deze meer zelfredzame persoon zal daarom een hoger tevredenheidsoordeel kunnen vellen.

Ten tweede concluderen de onderzoeken van Zemencuk et al. (1999), Lewin et al. (2001) en Crow et al. (2003) dat de verwachtingen van klanten een doorslaggevende factor zijn bij een hoger tevredenheidsoordeel. Dit zou volgens Crow et al. (2003) kunnen worden veroorzaakt doordat klanten met hogere verwachtingen hun ondersteuning actiever organiseren om aan hun verwachtingen te laten voldoen. Dit doet de kwaliteit van hun ondersteuning ten goede, waardoor hun tevredenheidsoordeel hoger zou kunnen zijn. Van zelfredzame personen wordt verondersteld dat zij ook actiever zijn in het organiseren van hun ondersteuning, waardoor deze ondersteuning sneller aan hun verwachtingen zal voldoen. Op deze manier zou zelfredzaamheid kunnen leiden tot een hoger tevredenheidsoordeel.

Ten derde wordt met de Wmo maatwerk geleverd, waarin volgens Schoot et al. (2005) de wensen van de klant centraal staan in de relatie tussen klant en zorgverlener. Bovendien stellen Schoot et al. (2005) dat belangrijke wensen van klanten, betreffende de relatie tussen hen en de zorgverlener, zaken zijn als: gelijkheid, samenwerking en onafhankelijkheid. Het rekening houden met deze wensen geeft klanten een gevoel van erkenning en dit stimuleert ze om te participeren in

het proces van ondersteuning. Op deze manier leidt het centraal stellen van de wensen van de klant tot een gevoel van autonomie en zelfredzaamheid. Daarnaast concluderen Schoot et al. (2005) en Crow et al. (2003) in hun onderzoek dat wanneer de wensen van klanten worden meegenomen in het zorgproces, dit een positief effect heeft op hun tevredenheid. Het zou kunnen zijn dat deze benadering van de klant positieve emoties doet oproepen, wat een positief effect heeft op zijn tevredenheidsoordeel. Maatwerk zou dus niet alleen kunnen leiden tot een hogere zelfredzaamheid van de klant, maar ook tot een positiever tevredenheidsoordeel. Bovenstaande argumenten leiden tot het afleiden van **hypothese 1**: *Een hogere mate van zelfredzaamheid heeft een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.*



Figuur 3: hypothese 1 in het conceptueel model

3.3 De kracht van het sociaal netwerk

De Wmo stelt met prestatieveld 1 en het eerste participatiedoel (Jager-Vreugdenhil, 2012) dat gemeenten de sociale samenhang en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten dienen te bevorderen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de beleidsuitvoering de definitie van Lauriks et al. (2013) wordt gebruikt, die aanstuurt op het gebruik van de sociale omgeving bij het oplossen van een zorgvraag. Wanneer de sociale samenhang sterk is, zal een dergelijke beleidsuitvoering sneller effectief zijn. Het versterken van de sociale samenhang is volgens onderzoek van Huygen & de Meere (2008) tevens een preventiemiddel voor de andere prestatievelden en ander beleid. Het versterken van de sociale samenhang zou, zoals prestatieveld 5 omschrijft, bijvoorbeeld ook kunnen bijdragen aan het meer zelfstandig functioneren van mensen met een beperking en hiermee dus ook de zelfredzaamheid vergroten. Het kan ook wat toevoegen aan prestatieveld 2, dat als doel stelt om preventiegerichte ondersteuning van jeugdigen die problemen hebben met opgroeien en van hun ouders die tegen problemen aanlopen tijdens het opvoeden (Huygen & de Meere, 2008). Dit heeft dus tevens positieve gevolgen voor de zelfredzaamheid, omdat het jeugdproblematiek vermindert. Het bevorderen van de kracht van sociale netwerken lijkt een speerpunt van de Wmo-beleidsstrategie om de zelfredzaamheid te vergroten. Dit perspectief valt tevens te verdedigen aan de hand van de aanwezige wetenschappelijke literatuur op dit gebied.

3.3.1 Sociaal kapitaal en zelfredzaamheid

De Wmo tracht de sociale samenhang te bevorderen door het bieden van voorzieningen aan mensen met een beperking, om sociale contacten aan te kunnen gaan. Op deze manier worden ze binnen- en buitenshuis mobieler. Engbersen & Rensen (2014) concluderen dat hierdoor de kans wordt vergroot dat zij sociale netwerken opbouwen in hun woon- en leefomgeving. Hierdoor zou de zelfredzaamheid van de vrager van maatschappelijke ondersteuning en de wijk waarin deze woont groter worden. Burgers worden zo door het nieuwe beleid meer in staat gesteld om sociaal kapitaal op te bouwen en benutten. Portes (2000) & Engbersen (2002) definiëren sociaal kapitaal als het vermogen van individuen om bepaalde middelen te mobiliseren uit een gemeenschap waar men deel van uitmaakt. Dit kunnen economische middelen zijn, maar deze kunnen ook tot uiting komen in de vorm van geleverde diensten. Mantelzorg is een voorbeeld van zo een dienst die geleverd kan worden. Naast het vergaren van sociaal kapitaal en de bevorderende werking op zelfredzaamheid, heeft sociale samenhang en een krachtig sociaal netwerk op meer manieren invloed op de zelfredzaamheid.

3.3.2 Een schraal sociaal netwerk leidt tot een lagere zelfredzaamheid

Er zijn talloze onderzoeken die een verband vinden tussen een lage sociale samenhang of een klein sociaal netwerk en een lagere mate van zelfredzaamheid. Volgens recent onderzoek van Huber, Joanknecht & Metze (2013) heeft een klein sociaal netwerk negatieve gevolgen voor de zelfredzaamheid van een klant. Fone et al. (2007) vonden dat een lage sociale cohesie een belangrijke determinant zou kunnen zijn voor een slechte mentale gezondheid. Deze studie vond uit een sample van 10,653 volwassenen afkomstig uit Wales, dat een hoge sociale cohesie het effect van een laag inkomen op een slechte mentale gezondheid significant medieerde. De auteurs zijn niet zeker van de causale verbanden, maar hebben twee vermoedens. Ten eerste kan dit komen door het overnemen van normen die een goede mentale gezondheid als gevolg hebben, zoals afstand nemen van afwijkend gedrag. Ten tweede kan een hogere sociale cohesie leiden tot een betere sociale organisatie die toegang geven tot diensten die de gezondheid beïnvloeden. Een lage sociale cohesie leidt dus mogelijk tot een afname van sociale controle en de toegankelijkheid tot gezondheidsverbeterende diensten (Fone et al., 2007). Volgens onderzoek van Stafford et al. (2002) zijn de mate van tolerantie, vertrouwen, verbinding en participatie in georganiseerde activiteiten lager in armere buurten, welke samenhangen met een slechtere gezondheid en zelfredzaamheid. Bovendien concludeerden Wilkinson & Marmot (2003) in hun onderzoek dat sociale isolatie en sociale uitsluiting in verband wordt gebracht met vroegtijdig overlijden en een hogere kans om te sterven bij een hartaanval. Tevens stellen zij dat een gebrek aan hechte relaties kan leiden tot een slechtere mentale gezondheid, door een gebrek aan sociale steun. Deze slechtere mentale gezondheid heeft een afname van de zelfredzaamheid tot gevolg. Een gebrek aan sociale steun vergroot volgens onderzoek van Witte (2004) bovendien de kans op psychische ongezondheid en sterfte onder ouderen. Hierdoor neemt de zelfredzaamheid af. Onderzoek van Cohen & Syme (1985) wijst uit dat het zelfvertrouwen en de zelfwaardering van mensen met een klein sociaal netwerk vaak laag is en dat dit gepaard gaat met een lage zelfredzaamheid. Daarnaast stelt Roes (2002) dat er een direct verband is tussen een gebrek aan sociale samenhang en een lage zelfredzaamheid. Een marginale positie in de samenleving is volgens zijn onderzoek niet de oorzaak van een gebrek aan werk, inkomen of opleiding, maar een gebrek aan zelfredzaamheid en het ontbreken van sociale netwerken. Wanneer mensen met een marginale positie in de samenleving in de problemen komen, weten ze niet de weg naar compenserende voorzieningen of steun vanuit hun informele sociale netwerk te vinden. Hun gebrek aan zelfredzaamheid houdt deze mensen in hun positie.

3.3.3 Een krachtig sociaal netwerk leidt tot een hogere zelfredzaamheid

Omgekeerd zijn er ook onderzoeken die wijzen op de positieve effecten van een sterke sociale samenhang of een sterk sociaal netwerk op de zelfredzaamheid. In Nederland is volgens Schnabel (2001) in vergelijking met de landen om ons heen sprake van een sterke sociale samenhang. Uit onderzoek van Wilkinson & Marmot (2003) blijkt dat een goede sociale samenhang mensen helpt om hun gezondheid te beschermen, doordat ze steun krijgen vanuit hun netwerk. Op deze manier draagt hun sociale steun bij aan hun zelfredzaamheid. Hiernaast heeft sociale steun volgens Tjihuis (2002) een positieve invloed op het verloop van kanker, hart- en vaatziekten en het lichamelijke functioneren. Tevens stellen Wilkinson & Marmot (2003) dat voorzieningen die sociale interactie bevorderen de geestelijke gezondheid kunnen verbeteren. Sterke sociale relaties dragen bij aan de gezondheid, doordat ze zekerheid bieden en hierdoor het stressniveau verlagen. In gemeenschappen met een goede sociale samenhang komen ook minder hartziekten voor. Deze zekerheid die sociale relaties bieden en de stress-verlagende eigenschappen van sterke sociale relaties hebben positieve gevolgen voor de zelfredzaamheid. Bovendien kunnen mensen met een sterk sociaal netwerk volgens Cohen & Syme (1985) beter met stressoren omgaan, waardoor mensen minder snel risicogedrag vertonen. Ten slotte stellen Berkman & Glass (2000) dat een sterk sociaal netwerk de eigen regie kan versterken.

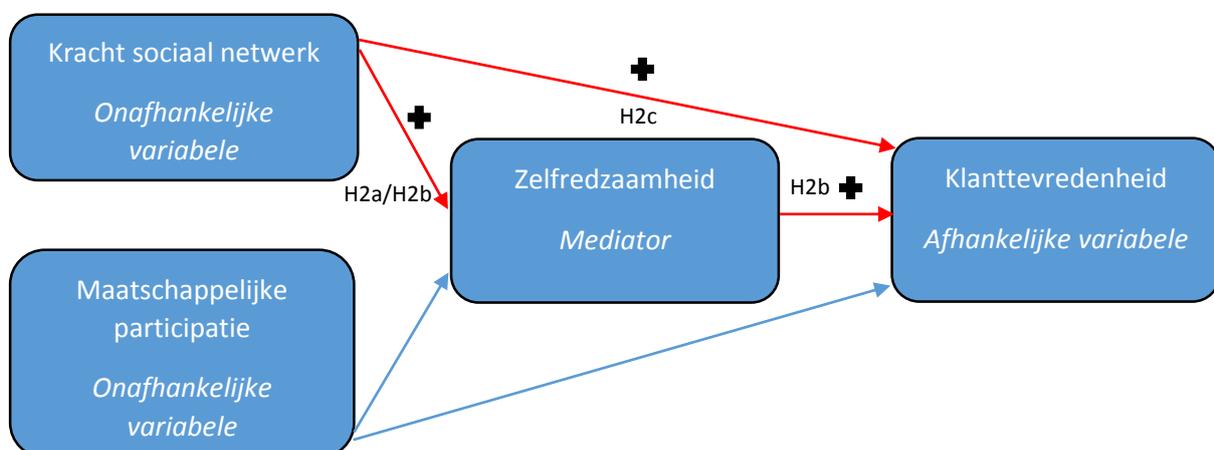
3.3.4 Hypothesestelling

Concluderend kan worden gesteld dat een sterker sociaal netwerk de mogelijkheid biedt om sociaal kapitaal te vergaren, waardoor de zelfredzaamheid toeneemt (Engbersen & Rensen, 2014). Daarnaast vinden individuen met een zwak sociaal netwerk het vaak lastig om de weg te vinden naar gezondheidsverbeterende voorzieningen, waardoor dit zwakke netwerk resulteert in een lage zelfredzaamheid (Fone et al., 2007)(Roes, 2002). Bovendien zijn er tal van onderzoeken die een verband vinden tussen een lage sociale samenhang of een zwak sociaal netwerk en een zwakkere mentale of fysieke gezondheid. Dit komt door mechanismen als een gebrek aan steun of het beter omgaan met stressoren en vermijden van risicogedrag (Fone et al., 2007)(Stafford et al., 2002)(Wilkinson & Marmot, 2003)(Witte, 2004)(Tjihuis, 2002)(Cohen & Syme, 1985). Deze verzwakte gezondheidscondities hebben een lagere zelfredzaamheid tot gevolg. Ten slotte concluderen een aantal onderzoeken dat een sterk sociaal netwerk de eigen regie kan verbeteren (Berkman & Glass, 2000)(Huber et al., 2013). Hierom luidt **hypothese 2a**: *Een krachtiger sociaal netwerk heeft een positief effect op de zelfredzaamheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.*

Hiernaast is er mogelijk een verband tussen een krachtig sociaal netwerk en het klanttevredenheidsoordeel. Ten eerste kunnen mensen met een zwak sociaal netwerk soms niet de toegang tot gezondheidsverbeterende diensten vinden (Fone et al., 2007)(Roes, 2002). Dit zou

kunnen leiden tot frustraties ten opzichte van de hulpverlener en een negatieve invloed hebben op het tevredenheidsoordeel. Het betreft hier echter geen direct effect met klanttevredenheid, maar wordt gemedieerd door zelfredzaamheid. Het kunnen vinden van gezondheidsverbeterende diensten is volgens Lauriks et al. (2013) immers een uiting van zelfredzaamheid. Andersom kan beredeneerd worden dat een sterk sociaal netwerk juist een bevorderende werking heeft op het kunnen vinden van gezondheidsverbeterende diensten, waardoor het tevredenheidsoordeel zou kunnen toenemen. Hierom luidt **hypothese 2b**: *Een krachtiger sociaal netwerk heeft via de rol van zelfredzaamheid een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.*

Ten tweede zouden mensen met een zwakker sociaal netwerk volgens verschillende onderzoeken vaak een zwakkere gezondheid hebben (Fone et al., 2007)(Stafford et al., 2002)(Wilkinson & Marmot, 2003)(Witte, 2004)(Tijhuis, 2002)(Cohen & Syme, 1985). Onderzoek van Crow et al. (2003) wees uit dat mensen met een zwakkere gezondheid over het algemeen minder tevreden zijn over de zorg die zij ontvangen. Hierom kan worden verwacht dat mensen met een zwakker sociaal netwerk tevens meer ontevreden zijn over hun zorg of ondersteuning. Bovendien zou kunnen worden beredeneerd dat mensen met een krachtig sociaal netwerk meer sociaal kapitaal hebben en daarom vaker toegang hebben tot mantelzorgers. Een krachtig sociaal netwerk vergroot zo de kans op verzorgd worden door mantelzorgers. Door het inzetten van mantelzorgers kunnen burgers met een zorgvraag langer thuis blijven wonen en op deze manier langer blijven participeren in de maatschappij (Rauwerdink & Schoonhoven, 2009). Dit zou kunnen leiden tot een hoger tevredenheidsoordeel van de zorgbehoefteigen. Mantelzorgers zouden wellicht ook beter wat de wensen en verwachtingen zijn van de zorgontvanger. Bovendien zal deze wellicht beter luisteren naar zijn of haar wensen. Wanneer aan de wensen en verwachtingen van de vrager voldaan worden, zal dit volgens Lewin et al. (2001) waarschijnlijk leiden tot een stijging van het tevredenheidsoordeel. **Hypothese 2c** luidt daarom: *een krachtiger sociaal netwerk heeft een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.*



Figuur 4: hypothese 2a, 2b & 2c in het conceptueel model

3.4 Maatschappelijke participatie

Het tweede participatiedoel van de Wmo is volgens onderzoek van Jager-Vreugdenhil (2012) dat kwetsbare burgers willen bijdragen aan burgerorganisaties en sociale verbanden. In andere woorden wil de overheid met de Wmo dat kwetsbare burgers voor de oplossing van hun zorgvraag in het maatschappelijke middenveld zoeken. Het onderzoek van De Gruiter et al. (2010) concludeerde tevens dat een hogere maatschappelijke participatie de zelfredzaamheid bevordert. Dit zou leiden tot een grotere zelfredzaamheid, doordat kwetsbare burgers hulp, zorg of ondersteuning kunnen krijgen vanuit de organisaties binnen het maatschappelijke middenveld waarin ze actief zijn. Metz (2009) stelt dat bij het streven naar een participatiesamenleving, het maatschappelijke middenveld toereikend genoeg moet zijn om aan de behoeften van kwetsbare burgers te voldoen. Dit zou de afhankelijkheid van de overheid verminderen, waardoor deze zich kan terugtrekken in een minder verzorgende rol. Met de Wmo trekt de overheid zich terug uit de zorg en verschuift een deel van de verantwoordelijkheid naar de samenleving. Het proces waarbij er naar wordt gestreefd om de zorg zo veel mogelijk binnen de samenleving plaats te laten vinden, wordt volgens onderzoek van Engbersen (2002) en Van Regenmortel (2009) ook wel vermaatschappelijking van de zorg genoemd. Van Regenmortel (2009) definieert vermaatschappelijking als het streven naar dat de zorg zowel binnen als buiten de samenleving plaatsvindt, met een gezamenlijke rol voor de overheid en de burgers. Onderzoek van Wilken (2005) stelt dat vermaatschappelijking een term is waarmee twee doelstellingen worden nagestreefd. Ten eerste heeft vermaatschappelijking het doel om de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking te bevorderen. Naast Wilken (2005), stelt ook Engbersen (2002) dat het bij vermaatschappelijking gaat om het ondersteunen van mensen met een beperking zelf evenals hun sociale netwerk. Zodanig kan deze kwetsbare groep mensen zoveel mogelijk participeren in de (lokale) gemeenschap. Het tweede doel van vermaatschappelijking, is volgens Wilken (2005) het verplaatsen van de zorg van binnen de muren van een instituut, naar de eigen woonomgeving. Vermaatschappelijking betreft dus eigenlijk een samensmelting van de twee termen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid.

3.4.1 Actief burgerschap als deel van vermaatschappelijking in de zorg

De term vermaatschappelijking is goed toepasbaar op de Wmo-beleidsstrategie om de zelfredzaamheid van de Nederlandse burgers te vergroten. De sociale wijkteams hebben volgens onderzoek van Engbersen & Rensen (2014) vermaatschappelijking vaak zelfs als expliciete doelstelling. Onderzoek van Arum & Lub (2014) vult hier op aan en stelt dat veel gemeentelijke beleidsnota's er daarom op aansturen dat de sociale wijkteams actief burgerschap moeten stimuleren. Volgens Van Regenmortel (2009) betekent actief burgerschap niet dat de overheid haar maatschappelijke verantwoordelijkheid wegneemt om voor kwetsbare burgers te zorgen. Het

uitgangspunt van actief burgerschap is echter de kracht en inzet van burgers, met een ondersteunende en aanvullende rol voor professionele dienstverleners en organisaties. Dit laatste wordt door onderzoek van Steyaert, Bodd & Linders (2005) beaamd. Het streven naar actief burgerschap is daarom een deel van het vermaatschappelijkingsproces. Van Regenmortel (2009) stelt dat met actief burgerschap alle leden van de gemeenschap bijdragen aan het verloop van dit vermaatschappelijkingsproces. Burgers, professionals, beleidsmakers, organisaties uit het maatschappelijk middenveld, mantelzorgers en vrijwilligers vormen de bouwstenen om het vermaatschappelijkingsproces te volbrengen. Dit stimuleren van actief burgerschap, leidt volgens Van Regenmortel (2009) en Arum & Lub (2014) tot een grotere zelfredzaamheid van burgers. Zo stellen Arum & Lub (2014) dat door het activeren van de directe sociale omgeving, burgers kunnen blijven participeren in de eigen omgeving, waardoor het gevoel van zelfregie versterkt wordt.

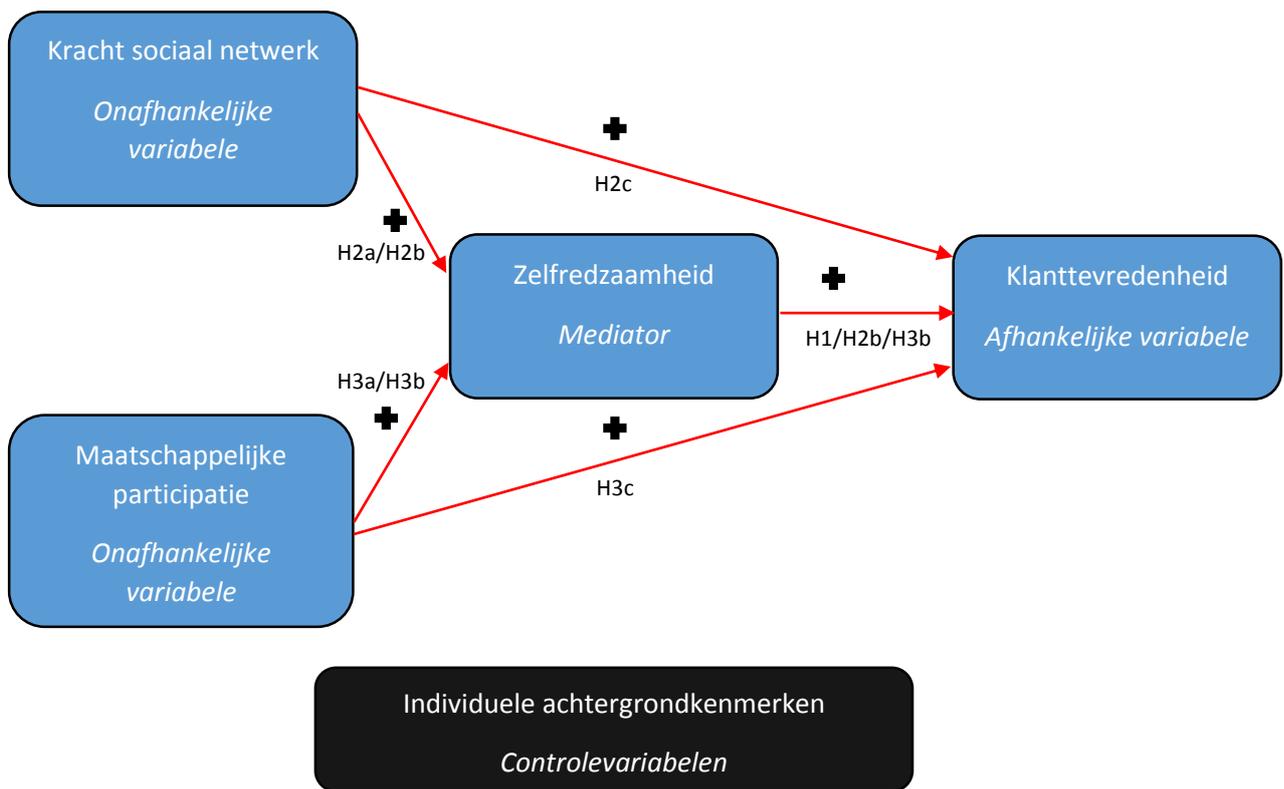
3.4.2 Hypothesestelling

Uit de bevindingen van de onderzoeken van Van Regenmortel (2009) en Arum & Lub (2014) kan worden beredeneert dat een hogere mate van maatschappelijke participatie voor kwetsbare burgers het gevoel van zelfregie en zelfredzaamheid versterkt. **Hypothese 3a** luidt daarom: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft een positief effect op de zelfredzaamheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning*. Daarnaast kan de mate van maatschappelijke participatie ook een invloed hebben op de klanttevredenheid. Door het vermaatschappelijkingsproces, met actief burgerschap als deel hiervan, is de verantwoordelijkheid van de zorg meer naar binnen de samenleving verschoven. Dit betekent ook dat de zorg andere vormen aanneemt, met een toegenomen rol van het maatschappelijke middenveld, mantelzorgers en vrijwilligers. Zo wordt de ondersteuning vaker geleverd door bekenden, bijvoorbeeld door verenigingsleden van organisaties binnen het maatschappelijk middenveld. Onderzoek van Rauwerdink & Schoonhoven (2009) stelt dat door de inzet van mantelzorgers kwetsbare burgers langer kunnen blijven participeren in de lokale gemeenschap. Indien een persoon meer actief is in organisaties binnen het maatschappelijke middenveld, zullen medeleden vaker ingeschakeld worden om ondersteuning te bieden. De verenigingsleden kennen de persoon al en weten wellicht beter wat zijn of haar wensen zijn. Bovendien zal zorg van een bekende meer positieve emoties kunnen oproepen bij de zorgvragers. Hierdoor zou de subjectieve waarde van de zorg kunnen toenemen. Onderzoeken van Lewin et al. (2001), Schoot et al. (2005) en Crow et al. (2003) concluderen bovendien dat wanneer aan de wensen en verwachtingen van de zorgvrager voldaan worden, dit waarschijnlijk leidt tot een stijging van de tevredenheid. Zo kan de mate van maatschappelijke participatie via de toegang tot mantelzorgers een invloed uitoefenen op het uiteindelijke tevredenheidsoordeel. Aan de ene kant betreft het hier dus een direct effect op de klanttevredenheid, via het oproepen van positieve

emoties en het voldoen aan de verwachtingen. Dit effect zou echter ook gemedieerd kunnen worden door zelfredzaamheid. Dit uiten van wensen en verwachtingen impliceert volgens Lauriks et al. (2013) immers al een bepaalde mate van zelfredzaamheid. **Hypothese 3b** luidt daarom: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft via de rol van zelfredzaamheid een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* **Hypothese 3c** betreft het directe effect van maatschappelijke participatie op klanttevredenheid en luidt: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.*

3.5 Het conceptueel model

Nu alle variabelen van het conceptuele model en de verbanden toegelicht zijn, wordt het conceptuele model in zijn geheel gepresenteerd (zie figuur 5). Boven de pijlen staat aangegeven welke hypothesen bij welk verband horen. De verbanden zijn al apart van elkaar toegelicht, dus voor een onderbouwing van hypothese 1 wordt verwezen naar paragraaf 3.2.3 van dit hoofdstuk. Voor een verdere onderbouwing voor hypothese 2a, 2b & 2c wordt verwezen naar paragraaf 3.3.4 van dit hoofdstuk. Ten slotte wordt voor een verdere onderbouwing voor hypothese 3a, 3b & 3c verwezen naar paragraaf 3.4.2 van dit hoofdstuk. De controlevariabelen zijn tevens aan het conceptuele model toegevoegd. Dit zijn de kenmerken geslacht, leeftijd, netto maandinkomen, opleidingsniveau en nationaliteit. Dit conceptuele model zal getoetst worden door de bijbehorende hypothesen te toetsen.



Figuur 5: het complete conceptueel model

4. Data & Methoden

4.1 Dataverzamelmethode

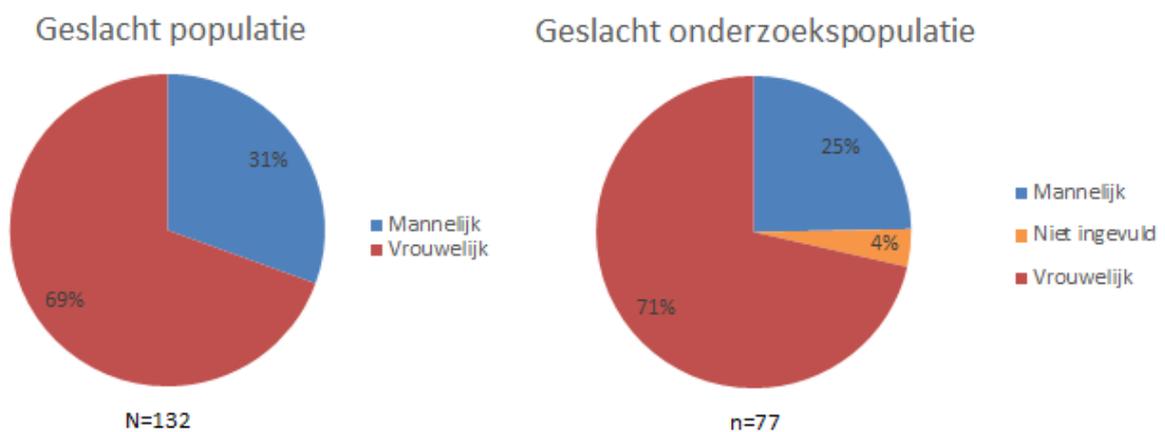
De dataverzameling van dit onderzoek is uitgevoerd door middel van het uitzetten van een enquête. Deze is verstuurd naar 132 vragers van maatschappelijke ondersteuning in de gemeente Buren. Dit onderzoek neemt de vorm van een cross-sectioneel onderzoek, want er is maar op één moment gemeten bij maar één groep. De enquête is een zelf ontwikkelde vragenlijst (zie bijlage 1). De titel van de enquête is: 'Cliëntervaringsonderzoek Wmo gemeente Buren'. De enquête is echter veelzijdiger dan dat het enkel de klanttevredenheid betreffende de Wmo-uitvoering meet. De vragenlijst fungeert namelijk als instrument om het gehele conceptueel model te toetsen. Hiervoor zijn in totaal 30 vragen opgesplitst in vijf blokken, met gelijksoortige namen als de variabelen in het conceptueel model. De namen van de blokken zijn respectievelijk: cliëntervaring, zelfredzaamheid, saamhorigheid binnen uw sociale netwerk, maatschappelijke participatie en achtergrondinformatie.

4.1.1 Verloop van de enquête en respons

Op dinsdag 26 mei 2015 is de enquête naar de respondenten gestuurd via de post. De adressen waren afkomstig uit een adressenbestand, dat door de gemeente Buren extern geleverd is aan betrokkenen van dit onderzoek, die onder contract stonden bij Vondel & Nassau. Deze 132 mensen waren alle mensen die in 2015 contact hebben gehad met een sociaal wijkteam of de gemeente Buren, omdat zij een voorziening hebben of om een voorziening van maatschappelijke ondersteuning aan te vragen. Het adressenbestand bevatte de volgende informatie over de respondenten: voorletters, achternaam, adres, postcode en woonplaats. Door de relatief kleine onderzoekspopulatie is besloten om geen steekproef te trekken, maar alle mensen aan te schrijven die onder de populatie vallen. Elke enveloppe bevatte een aanbiedingsbrief, een vragenlijst en een retourenveloppe met een antwoordnummer. In de aanbiedingsbrief werd tevens een e-mailadres en een telefoonnummer aangeboden, zodat mensen eventueel vragen konden stellen over de vragenlijst of het onderzoek. Doordat de enquête anoniem werd uitgevoerd was er geen enkele manier om te zien welke mensen de vragenlijst al geretourneerd hadden. Precies twee weken na het versturen van de vragenlijsten is daarom op 9 juni een herinnering verstuurd naar alle 132 mensen (zie bijlage 2). In deze herinnering werd er op gewezen dat men tot uiterlijk maandag 22 juni 2015 de vragenlijst konden retourneren. Op vrijdag 26 juni 2015 is de laatst genoteerde vragenlijst geretourneerd. Concluderend zijn er welgeteld 77 vragenlijsten geretourneerd van de groep van 132 vragers van maatschappelijke ondersteuning. Dit betekent dat het responspercentage betrekkelijk hoog ligt, met een responspercentage van circa 58%.

4.2 Representativiteit

Er is gekozen om geen steekproef te trekken uit het adressenbestand. Bij een kleine populatie als deze zou het trekken van een steekproef het aantal beschikbare respondenten te zeer verkleinen om betrouwbare analyses mogelijk te maken. Dit kan echter wel nadelige gevolgen hebben voor de representativiteit van de onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie zou andere kenmerken kunnen vertonen dan de gehele populatie. Dit kan worden gecontroleerd door de kenmerken nationaliteit, geslacht en woonplaats van de verschillende groepen met elkaar te vergelijken. Er is al bekend dat de gehele populatie uit het adressenbestand woonachtig is in de gemeente Buren. Informatie over de nationaliteit van de populatie was niet te verkrijgen vanuit het adressenbestand. Aan de hand van de achternamen kan echter wel ingeschat worden of mensen afkomstig zijn uit Nederland of misschien onder een andere nationaliteit vallen. Ten eerste valt het op dat in het adressenbestand alleen maar op het oog Nederlandse namen aanwezig zijn. Ten tweede zijn respondenten ondervraagd over hun nationaliteit en elke respondent heeft hierop beantwoordt dat hij of zij afkomstig is uit Nederland. Het kenmerk geslacht is wel te vergelijken aan de hand van de informatie afkomstig uit het adressenbestand en de onderzoekspopulatie (zie figuur 6). In figuur 6 valt te zien dat de populatie en de onderzoekspopulatie overeenkomen wat betreft de spreiding van het kenmerk geslacht. Op basis van de overeenkomsten tussen de kenmerken woonplaats, nationaliteit en geslacht valt te concluderen dat de onderzoekspopulatie representatief is voor de populatie.



Figuur 6: De spreiding van het kenmerk geslacht over de populatie en de onderzoekspopulatie

4.3 Betrouwbaarheid

Om de stabiliteit van het meetinstrument te vergroten zijn de respondenten allemaal gevraagd om dezelfde vragenlijst in te vullen. Bovendien zijn voor elke variabele schalen opgesteld uit meerdere items uit de enquête, waardoor een verkeerd antwoord gecompenseerd wordt met het antwoord op de andere vragen. Hiernaast werd aan de respondent een telefoonnummer en e-mailadres geleverd, waardoor zij om hulp konden vragen bij het invullen. Slechts 2 respondenten hebben gebruik gemaakt van deze optie; een indicatie dat de vragenlijst eenvoudig te begrijpen was. Als de vragenlijst eenvoudig te begrijpen is, neemt de betrouwbaarheid van het meetinstrument toe. Respondenten zullen namelijk geen antwoorden invullen vanuit onbegrip van de vraag. Hierdoor is het antwoord niet afhankelijk van de interpretatie van de vraag, maar van het werkelijke oordeel van de respondent. De betrouwbaarheid van het meetinstrument kan aan de hand van deze argumenten als positief worden beschouwd.

De betrouwbaarheid van de data is echter enigszins gelimiteerd doordat er geen steekproef is getrokken uit de populatie om de onderzoekspopulatie samen te stellen. De hoge respons en de kleine gehele populatie compenseren deze limitatie echter. Bij de analyses wordt hier rekening mee gehouden, doordat enkel de significante resultaten zullen worden geïnterpreteerd in het resultatenhoofdstuk.

4.4 Validiteit

Validiteit betekent de mate waarin de werkelijkheid naar voren komt in het onderzoek. Binnen een tevredenheidsonderzoek is de werkelijkheid dus de subjectieve werkelijkheid van de respondent. Onderzoek van Stanizewska & Henderson (2005) concludeert dat tevredenheidsonderzoeken over het algemeen worden gekenmerkt door consequent hoge gemiddelde tevredenheidsscores en een gebrek aan variantie in de resultaten. De hoge gemiddelde tevredenheid zou kunnen worden verklaard doordat respondenten terughoudend zijn om een negatieve tevredenheid te uiten bij een onderzoek. Dit gaat ten koste van de validiteit, omdat mensen in de realiteit waarschijnlijk meer ontevreden zijn dan zij uiten. Het gebrek aan variantie betekent dat er minder variatie is tussen de oordelen over tevredenheid dan in werkelijkheid waarschijnlijk is. Dit kan twee dingen betekenen: mensen verschillen relatief weinig in hun oordeel over tevredenheid of mensen zijn terughoudend om extreme oordelen te vellen over hun tevredenheid. In het geval van dit laatste, wordt de validiteit geschaad. Er zijn wel maatregelen getroffen om dit te voorkomen. Zo zijn de respondenten in beiden de aanbiedingsbrief en de herinneringsboodschap (zie bijlage 1 & 2) duidelijk gemaakt dat hun antwoorden geen invloed hadden op het wel of niet krijgen van een bepaalde voorziening. Bovendien konden respondenten de enquête invullen in de veiligheid van hun eigen leefomgeving. Deze omstandigheden stelden de respondenten in staat om objectiever te zijn in het geven van een

oordeel. Bij de validiteit van de zelfredzaamheidsscores kan tevens een kanttekening geplaatst worden. Respondenten hebben hun eigen zelfredzaamheid moeten scoren, waardoor deze scores vatbaar zijn voor een zelf-gerapporteerde bias en hoger uit kunnen vallen. Concluderend kan gezegd worden dat een kritische blik op de resultaten noodzakelijk is door de algemene kenmerken van tevredenheidsonderzoeken en zelf-gerapporteerde antwoorden in het databestand.

4.5 Operationalisering

De respondenten zijn ondervraagd over alle variabelen in het model. Om van de vragen in de vragenlijst toetsbare variabelen te maken worden ze als schalen geconstrueerd. Alle schalen zijn opgesteld volgens de Likert-schaalprocedure, tenzij anders vermeldt. De Likert-schaalprocedure betekent volgens Gliem & Gliem (2003) en McIver & Carmines (1981) dat een meervoud aan vragen over de attitude van het onderzoeksobject ten opzichte van het bevraagde onderwerp, met evenveel positieve als negatieve mogelijke antwoorden, wordt voorgelegd aan een aantal respondenten. Meestal gaat het bij het beantwoorden van een vraag in de Likert-schaal om vijf antwoordcategorieën, waardoor respondenten kunnen kiezen uit bijvoorbeeld *zeer mee eens*, *eens*, *neutraal*, *oneens* en *zeer mee oneens*. Deze worden vervolgens samengevoegd tot een vijfpunts-schaal en de respondenten met de meeste positieve antwoorden hebben de hoogste score en de respondenten met de meeste negatieve antwoorden hebben de laagste score. Om de betrouwbaarheid van deze schalen te toetsen is de Cronbachs alfa-waarde (CA) bepaald. De Cronbachs alfa geeft meestal een waarde tussen de 0 en de 1. Hoe dichterbij 1 ligt, hoe groter de interne betrouwbaarheid is binnen de schaal. De streefwaarde voor een betrouwbare en intern consistente schaal is volgens Gliem & Gliem (2003) en McIver & Carmines (1981) een Cronbachs alfa-waarde van (CA = 0,8), hoewel een waarde van minimaal (CA = 0,6) ook nog wordt geaccepteerd. In deze paragraaf zal de constructie van elke schaal per variabele worden uiteengezet en de Cronbachs alfa score zal worden genoteerd om de betrouwbaarheid van de betreffende schaal aan te tonen.

4.5.1 Klanttevredenheid

De schaal voor de variabele 'Klanttevredenheid' is opgesteld vanuit acht vragen, waarvan één vraag uit vijf subvragen bestaat. Vraag 1 stelde: *"Hoe tevreden bent u over de wachttijd totdat het keukentafelgesprek kon plaatsvinden?"* Vraag 2 stelde: *"In welke mate bent u tevreden over de manier waarop het keukentafelgesprek verliep?"* Vraag 3 stelde: *"In welke mate bent u tevreden over de manier waarop er naar u geluisterd werd door de Wmo-consulent tijdens het keukentafelgesprek?"* Vraag 4 stelde: *"Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die tijdens het keukentafelgesprek aan u is aangeboden?"* Vraag 5 stelde: *"Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die u van familie, vrienden, burens, vrijwilligers of mantelzorgers krijgt?"* Deze vraag is

opgesplitst in 5 subsecties, zodat per zorgverlenende partij de tevredenheid kon worden aangegeven, indien van toepassing. Vraag 6 stelde: *“In welke mate voldoet de zorg, hulp of ondersteuning die u ontvangt aan uw verwachtingen?”* Vraag 7 stelde: *“Is de via het servicepunt geboden zorg, hulp of ondersteuning op dit moment voor u nog steeds passend?”* Vraag 8 stelde: *“In welke mate bent u geholpen met de geboden zorg, hulp of ondersteuning?”* De antwoordcategorieën voor vraag 1 t/m 5 bestonden uit: ‘Zeer ontevreden’; ‘Ontevreden’; ‘Neutraal’; ‘Tevreden’ en ‘Zeer tevreden’. De antwoordcategorieën van vraag 6 t/m 8 bestonden uit: ‘Zeer slecht’; ‘Slecht’; ‘Neutraal’; ‘Goed’ en ‘Zeer goed’. De schaal bestaat in totaal uit 12 items van de vragenlijst. De waarde van de Cronbachs alfa van de schaal ‘Klanttevredenheid’ is: (CA = ,93). De schaal ‘Klanttevredenheid’ heeft hiermee een uitstekende interne consistentie. Indien de respondent minder dan 3 antwoorden heeft gegeven binnen de subsectie ‘Cliëntervaring’ van de vragenlijst, is deze respondent niet meegenomen in de schaal en zijn antwoorden opgegeven als een missende waarde.

4.5.2 Zelfredzaamheid

De schaal voor de variabele ‘Zelfredzaamheid’ is opgesteld vanuit vraag 9 t/m 17 uit de vragenlijst. Vraag 9 stelde: *“In hoeverre heeft u een duidelijk beeld van wat uw zorgbehoeften zijn?”* Vraag 10 stelde: *“In hoeverre denkt u dat u zelf in staat bent om uw zorgbehoeften op te lossen?”* Vraag 11 stelde: *“In hoeverre heeft u het gevoel dat u uw zorgbehoeften helder kunt formuleren aan anderen?”* Vraag 12 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw familie in staat is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* Vraag 13 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw familie bereid is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* Vraag 14 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw vrienden in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* Vraag 15 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw vrienden bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* Vraag 16 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* Vraag 17 stelde: *“In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?”* De antwoordcategorieën voor vraag 9 t/m 17 bestonden uit: ‘Heel slecht’; ‘Slecht’; ‘Neutraal’; ‘Goed’ en ‘Heel goed’. Bij vraag 12, 14 en 16 was er ook een antwoordcategorie waarop mensen konden aangeven dat geen vrienden, familie of buurtgenoten hadden. Deze zijn gecodeerd als ‘niet van toepassing’. De schaal bestaat in totaal uit 9 items van de vragenlijst. De waarde van de Cronbachs alfa van de schaal ‘Zelfredzaamheid’ is: (CA = ,84). De schaal ‘Zelfredzaamheid’ heeft hiermee een zeer goede interne consistentie. Indien de respondent minder dan 3 antwoorden heeft gegeven binnen de subsectie ‘Zelfredzaamheid’ van de vragenlijst, is deze respondent niet meegenomen in de schaal en zijn antwoorden opgegeven als een missende waarde.

4.5.3 De kracht van het sociaal netwerk

De schaal voor de variabele 'Kracht van het sociaal netwerk' is opgesteld vanuit vraag 18 t/m 22 uit de vragenlijst. Vraag 18 en 19 zijn niet opgesteld volgens de Likert-schaal, maar bevragen de respondent over hun aantal kinderen en kleinkinderen. Dit komt doordat het hier geen attitudemeting betreft, maar een objectieve meting voor de grootte van het sociale netwerk dat mogelijk zorg zou kunnen leveren. De antwoorden zijn echter wel gecategoriseerd in een vijfpunts-schaal. Vraag 18 stelde: *"Heeft u kinderen? Zo ja, hoeveel?"* De antwoordcategorieën voor deze vraag waren: 'Geen'; '1'; '2'; '3'; '4' of '5'. Vraag 19 stelde: *"Heeft u kleinkinderen? Zo ja, hoeveel?"* De antwoordcategorieën voor deze vraag waren: 'Geen'; '1-2'; '3-4'; '5-6' of '7+'. De overige vragen van deze schaal waren wel opgesteld volgens de Likert-schaal. Vraag 20 stelde: *"Hoe is uw gevoel van saamhorigheid met uw familie?"* Vraag 21 stelde: *"Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw buurtgenoten?"* Vraag 22 stelde: *"Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw vrienden?"* De antwoordcategorieën voor vraag 20 t/m 22 bestonden uit: 'Zeer slecht'; 'Slecht'; 'Neutraal'; 'Goed' en 'Zeer goed'. Tevens was er bij deze vragen een antwoordcategorie waarbij respondenten konden duidelijk maken dat zij geen vrienden, familie of buurtgenoten hadden. Deze antwoorden zijn als 'niet van toepassing' gecodeerd. De schaal bestaat in totaal uit 5 items van de vragenlijst. De waarde van de Cronbachs alfa van de schaal 'Kracht van het sociaal netwerk' is: ($CA = ,62$). Indien de respondent minder dan 2 antwoorden heeft gegeven binnen de subsectie 'Saamhorigheid binnen uw sociale netwerk' van de vragenlijst, is deze respondent niet meegenomen in de schaal en zijn antwoorden opgegeven als een missende waarde.

4.5.4 Maatschappelijke participatie

De schaal voor de variabele 'Maatschappelijke participatie' is opgesteld vanuit vraag 23 t/m 25 uit de vragenlijst. Vraag 23 en 25 zijn niet opgesteld volgens de Likert-schaal, maar zijn open vragen. Dit komt doordat het hier een objectieve meting betreft van de lidmaatschappen bij organisaties binnen het maatschappelijk middenveld. De antwoorden zijn vervolgens gecategoriseerd in een vijfpunts-schaal. Vraag 24 kon overgeslagen worden indien men 0 had ingevuld bij vraag 23. Vraag 23 stelde: *"Van hoeveel verenigingen staat u ingeschreven als lid?"* Vraag 24 stelde: *"U bent lid van minstens één vereniging. In hoeverre bent u actief op deze vereniging(en)?"* De mogelijke antwoordcategorieën waren: 'Helemaal niet actief'; 'Niet actief'; 'Neutraal'; 'Actief' en 'Zeer actief'. Vraag 25 stelde: *"Bezoekt u bijeenkomsten van clubjes of groepen waar u geen lid van hoeft te zijn?"* De schaal bestaat uit 3 items uit de vragenlijst. De waarde van de Cronbachs alfa van de schaal 'Maatschappelijke participatie' is: ($CA = ,75$).

4.5.5 Controlevariabelen

De respondenten zijn ook gevraagd om vragen te beantwoorden die achtergrondinformatie over de respondent kunnen verschaffen. Deze vragen dienen als controlevariabelen. Er is een vijftal aan vragen gesteld binnen deze subsectie van de vragenlijst. Ten eerste is er gevraagd wat het geslacht was van de respondent. Hier waren twee antwoorden mogelijk: 'man' of 'vrouw'. Van de antwoorden is een nominale variabele samengesteld, genaamd 'Geslacht'. Voor de analyses is hier een dummy-variabele van samengesteld met vrouw als referentiecategorie. Ten tweede zijn respondenten gevraagd wat hun geboortjaar is. Door het jaar 2015 af te trekken met het getal van het geboortjaar is de variabele 'Leeftijd' geconstrueerd. Ten derde zijn de respondenten gevraagd wat hun maandelijks inkomen is. Respondenten konden kiezen uit 7 verschillende categorieën, namelijk: '<1000'; '1000-1499'; '1500-2499'; '2500-3499'; '3500+'; 'Weet ik niet' en 'Zeg ik liever niet'. De laatste categorie is in de enquête opgenomen om te voorkomen dat de vertrouwensband met de respondent beschadigt zou worden door het vragen van gevoelige informatie. Ten vierde is gevraagd om het hoogst genoten opleidingsniveau van de respondent. De respondent kon 7 verschillende antwoordcategorieën aankruisen, te noemen: 'Lagere school'; 'LBO/MAVO/MULO/VMBO'; 'HAVO/VWO'; 'MBO'; 'HBO'; 'WO' en 'Anders'. Bij de laatste categorie was een hokje toegevoegd waar respondenten zelf konden invullen wat hun opleidingsniveau inhield in het geval de categorie 'Anders' werd aangekruist. Ten slotte zijn de respondenten ondervraagd over hun nationaliteit. Tevens bij deze vraag waren 7 antwoordcategorieën mogelijk. De antwoordcategorieën laten zich als volgt opsommen: 'Nederlands'; 'Duits'; 'Marokkaans'; 'Turks'; 'Antilliaans'; 'Dubbele nationaliteit' en 'Overig'. Bij beiden de laatste antwoordcategorieën was een hokje toegevoegd waar mensen zelf konden invullen wat hun nationaliteit was indien de gegeven antwoordcategorieën niet nauwkeurig genoeg hun nationaliteit omschreef.

4.6 Data-analyse

Om de data te analyseren zal gebruik worden gemaakt van het statistische onderzoeksprogramma SPSS. Met dit programma zal de data worden geanalyseerd op univariaat, bivariaat en multivariaat niveau. Voor dit laatste zullen lineaire regressieanalyses worden toegepast. Een regressieanalyse gaat volgens Jarque & Bera (1980) uit van de aannamen dat de geanalyseerde data normaal verdeeld, multi-collineair en homoscedastisch zijn. De data is gecontroleerd op deze kenmerken. De normaliteit is getoetst door middel van de Komogorov-Smirnov- en de Shapiro-Wilk-toets. De homoscedasticiteit is getoetst door middel van de Breusch-Pagan- en de White-toets. Voor de uitwerking van de toetsen op deze kenmerken, wordt verwezen naar bijlage 4. Bij de verdere analyses is de gehanteerde α -waarde om het significantieniveau te bepalen vastgesteld op 0,05.

5. Resultaten

5.1 Univariate analyse

In deze paragraaf wordt de data beschreven op univariaat niveau. In onderstaande tabel (zie tabel 1) zijn het aantal respondenten (*N*), de laagste waarde van de variabele (*Min*), de hoogste waarde van de variabele (*Max*), de gemiddelde waarde (*M*) van de variabele en de standaarddeviatie (*SD*) van alle variabelen waar te nemen. Voor kenmerken van de afzonderlijke items uit de vragenlijst wordt verwezen naar bijlage 3.

Tabel 1: Univariate statistieken

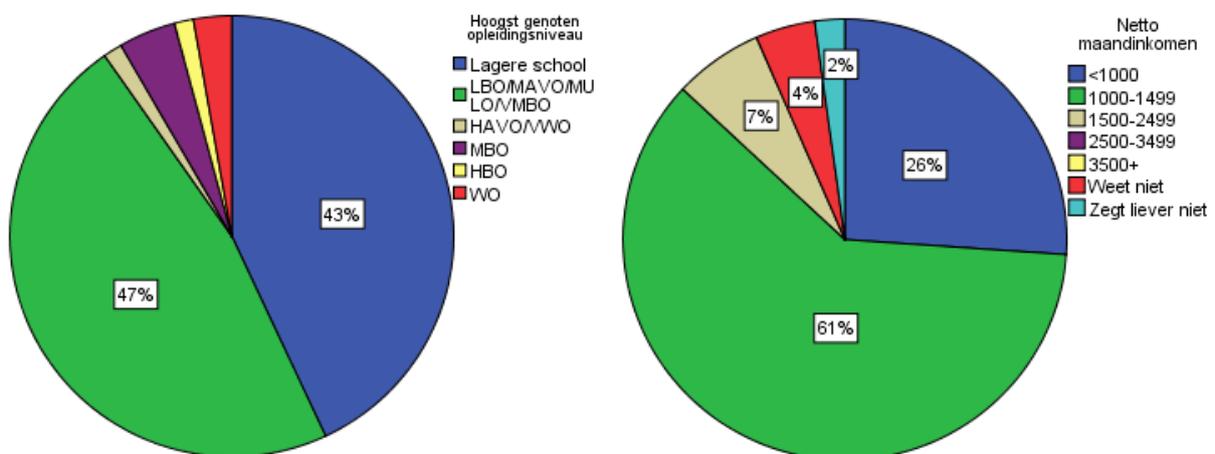
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Gemiddelde</i>	<i>SD</i>
Afhankelijke variabele					
<i>Klanttevredenheid</i>	44	2,14	5	3,7	,55
Onafhankelijke variabelen					
<i>Zelfredzaamheid</i>	44	1	3,9	2,5	,71
<i>Kracht van sociaal netwerk</i>	44	1	4,6	3	,81
<i>Maatschappelijke participatie</i>	44	1	4,3	1,6	,83
Controlevariabelen					
<i>Leeftijd</i>	44	19	95	73,9	14,1
<i>Netto maandinkomen</i>	44*	1	5	2,1	1,26
<i>Opleidingsniveau</i>	44	1	6	1,82	1,08
<i>Nationaliteit</i>	44				
- <i>Nederlands</i>				100%	
<i>Geslacht</i>	44	1	2		
- <i>Man</i>				25%	
- <i>Vrouw</i>				71%	

Zie bijlage 3 voor de kenmerken van de afzonderlijke items uit de vragenlijst.

Zoals het onderzoek van Stanizewska & Henderson (2005) al voorspelde heeft de variabele 'Klanttevredenheid' een hoog gemiddelde en een relatief lage variantie ($M = 3,70$, $SD = 0,55$). Gezien de variabele met een vijfpunts-schaal is gemeten, geeft dit aan dat de gemiddelde respondent tevreden is over zijn of haar ondersteuning. De gemiddelde respondent heeft zichzelf op een vijfpunts-schaal als minder zelfredzaam ingeschat ($M = 2,50$, $SD = 0,81$). Een persoon moet volgens Lauriks et al. (2013) bijvoorbeeld minimaal een 3 scoren op de vijfpunts-schaal van de zelfredzaamheids-matrix om als voldoende zelfredzaam te worden ingeschat. Dit komt dus overeen met de verwachtingen, aangezien de doelgroep minder zelfredzaam zou moeten zijn. Daarnaast

* Doordat respondenten konden invullen dat ze hun maandinkomen niet wisten of liever niet prijsgaven en deze antwoorden zijn geregistreerd als missende waarden, is het aantal waarnemingen voor deze variabele aanzienlijk lager dan voor de andere variabelen. Met een 'listwise'-weergave van de beschrijvende variabelen zonder de variabele 'Netto maandinkomen', komt de N-waarde uit op 64. Dit zal ook te zien zijn bij de N-waarden van de bi- en multivariate analyses.

verbaast de gemiddelde kracht van de sociale netwerken niet ($M = 3,0$, $SD = 0,81$). De maatschappelijke participatie van de doelgroep ligt betrekkelijk laag ($M = 1,6$, $SD = 0,83$), gemeten op een vijfpunts-schaal. De gemiddelde respondent is ongeveer 74 jaar oud ($M = 73,90$, $SD = 14,10$). Vergeleken met de rest van de gemeente Buren zijn de respondenten gemiddeld oud: in het jaar 2013 is maar 17% van de 26,019 inwoners van de gemeente Buren 65 jaar of ouder. In de gemeente Buren vallen dus relatief met de gemiddelde inwoner vooral ouderen onder de Wmo. Verder valt op dat de gemiddelde respondent een relatief laag netto maandinkomen heeft en een laag opleidingsniveau heeft genoten (zie figuur 7). In de gemeente Buren heeft in het jaar 2013 ongeveer 36% van de beroepsbevolking enkel de lagere school afgemaakt en landelijk slechts 31%, terwijl dit percentage in de onderzoekspopulatie op 43% ligt. Bovendien heeft landelijk een gemiddelde alleenstaande man van 65+ een bruto inkomen van €2,960 en een gemiddelde alleenstaande vrouw van 65+ een bruto inkomen van €2,510. Paren van 65+ hebben een gemiddeld inkomen van €4,640. In figuur 7 valt te zien dat de gemiddelde persoon uit de onderzoekspopulatie een bruto inkomen heeft wat hier ver onder ligt. Het hoogste geregistreerde inkomen bereikt het landelijk gemiddelde niet eens. Alle respondenten hebben ingevuld dat zij de Nederlandse nationaliteit hebben en dus allemaal autochtoon zijn, terwijl 6% van de gemeente Buren geregistreerd staat als allochtoon. Ten slotte is 25% van alle respondenten man en 71% van de respondenten vrouw. In de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder is in de gemeente Buren maar 53% vrouw. Vrouwen in deze leeftijdscategorie zijn dus relatief met de gemiddelde inwoner van Buren oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie. Alle genoemde statistieken zijn afkomstig van CBS Statline en geraadpleegd op 9 augustus 2015.



Figuur 7: De spreiding van het opleidingsniveau en netto maandinkomen van de onderzoekspopulatie

5.2 Bivariate analyse

Voor de bivariate analyse zijn de correlaties tussen de variabelen en de controlevariabelen afzonderlijk van elkaar berekend.

5.2.1 Correlaties tussen de variabelen

De correlaties tussen de variabelen zijn hieronder weergegeven in een correlatietabel (zie tabel 2).

Tabel 2: Correlaties tussen de variabelen (N=67)

	<i>Klanttevredenheid</i>	<i>Zelfredzaamheid</i>	<i>Kracht van sociaal netwerk</i>	<i>Maatschappelijke participatie</i>
<i>Klanttevredenheid</i>	-			
<i>Zelfredzaamheid</i>	,036	-		
<i>Kracht van sociaal netwerk</i>	,024	,480***	-	
<i>Maatschappelijke participatie</i>	,172	,317*	,221 ^x	-

***= $p \leq ,001$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; ^x= $p \leq ,1$

In bovenstaande tabel valt te zien dat de variabele klanttevredenheid met geen enkele variabele significant correleert. Voor de correlatie tussen klanttevredenheid en zelfredzaamheid geldt $r(66) = ,036$, $p > ,05$. De correlatie tussen klanttevredenheid en de kracht van het sociale netwerk is $r(66) = ,024$, $p > ,05$. De correlatie tussen klanttevredenheid en maatschappelijke participatie is $r(66) = ,172$, $p > ,05$. Zelfredzaamheid correleert significant en positief met de variabelen 'Kracht van het sociaal netwerk': $r(66) = ,480$, $p \leq ,001$, en 'Maatschappelijke participatie': $r(66) = ,317$, $p \leq ,05$. Dit betekent dat volgens deze correlaties bij een stijging van 1 op de vijfpunts-schaal van de variabele 'Kracht van sociaal netwerk', de zelfredzaamheid met ,480 toeneemt. Daarnaast betekent volgens deze correlaties dat bij een stijging van 1 op de vijfpunts-schaal van de variabele 'Maatschappelijke participatie', de zelfredzaamheid met ,317 toeneemt. Ten slotte correleert de kracht van het sociaal netwerk positief en niet-significant met de maatschappelijke participatie $r(66) = ,221$, $p = ,073$.

5.2.2 Correlaties tussen de controlevariabelen

Tevens zijn de correlaties tussen controlevariabelen berekend. Deze staan hieronder weergegeven in een correlatietabel (zie tabel 3).

Tabel 3: Correlaties tussen controlevariabelen (N=45)

	Geslacht (vrouw)	Leeftijd	Netto maandinkomen	Opleidingsniveau	Nationaliteit
Geslacht (vrouw)	-				
Leeftijd	,223	-			
Netto maandinkomen	,202	,096	-		
Opleidingsniveau	-,170	-,240	-,107	-	
Nationaliteit	-	-	-	-	-

***= $p \leq ,001$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; x= $p \leq ,1$

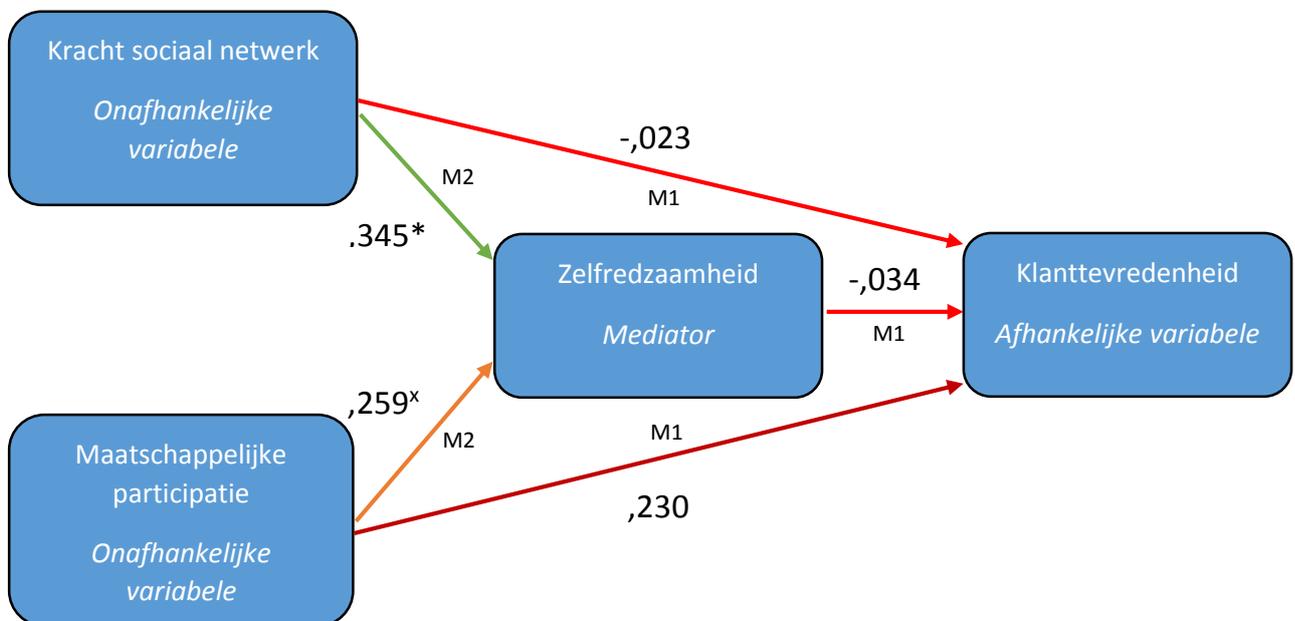
In bovenstaande tabel vallen geen significante correlaties waar te nemen tussen de controlevariabelen. Geslacht (vrouw) correleert niet-significant met leeftijd: $r(44) = ,223, p > ,05$; netto maandinkomen: $r(44) = ,202, p > ,05$; en opleidingsniveau: $r(44) = -,170, p > ,05$. Leeftijd correleert niet-significant met netto maandinkomen: $r(44) = ,096, p > ,05$ en opleidingsniveau: $r(44) = -,240, p > ,05$. Netto maandinkomen correleert niet-significant met opleidingsniveau: $r(44) = -,107, p > ,05$. Verder valt op dat nationaliteit nergens mee correleert. Dit is te verklaren vanuit de eenzijdigheid van de variabele. Alle respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit. Hierdoor is geen interactie mogelijk met andere variabelen. De variabele is te constant en wordt daarom uitgesloten van gebruik in de verdere analyses.

5.3 Multivariate analyse

De multivariate analyse wordt uitgevoerd met lineaire regressieanalyses. Eerst wordt het conceptuele model getoond waarin de waarden van de β -coëfficiënten zijn ingevuld bij de pijlen in het conceptuele model (zie figuur 8). Ten slotte worden de resultaten omschreven. Voor de opbouw van de regressiemodellen wordt verwezen naar bijlage 5.

5.3.1 Het toetsen van het conceptuele model

Om het conceptueel model te toetsen zijn twee regressieanalyses uitgevoerd. Regressiemodel 1 heeft als afhankelijke variabele 'Klanttevredenheid'. De onafhankelijke variabelen van dit model zijn: 'Kracht van het sociaal netwerk', 'Maatschappelijke participatie' en 'Zelfredzaamheid'. Regressiemodel 2 heeft als afhankelijke variabele 'Zelfredzaamheid'. De onafhankelijke variabelen van dit model zijn: 'Kracht van het sociaal netwerk' en 'Maatschappelijke participatie'. De resultaten en modelwaarden in tabelvorm van beide regressiemodellen worden na het conceptuele model gepresenteerd (zie tabel 4 & 5 op de volgende pagina). Bij de richtingen in het conceptuele model staat M1 of M2. Dit is om aan te geven of de waarde onder regressiemodel 1 of regressiemodel 2 valt. Significante effecten hebben een groene pijl en niet-significante effecten hebben een rode pijl. Het effect met een oranje pijl is niet-significant maar heeft een significantieniveau van $p \leq 0,1$. Na het presenteren van het conceptuele model en de bijbehorende tabellen worden de belangrijkste resultaten omschreven.



***= $p \leq ,001$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; x= $p \leq ,1$

Figuur 8: Het conceptueel model met de richtingen van de β -coëfficiënten

5.3.2 De regressiemodellen in tabelvorm

Tabel 4: Modelwaarden regressiemodel 1 (zonder en met controlevariabelen)

<i>Afhankelijke variabele klanttevredenheid</i>				
Variabelen	Zonder controlevariabelen		Met controlevariabelen	
	β	p	β	p
<i>Zelfredzaamheid</i>	-,018	,904	-,034	,848
<i>De kracht van het sociaal netwerk</i>	-,007	,962	-,023	,894
<i>Maatschappelijke participatie</i>	,179	,178	,230	,185
Controlevariabelen				
<i>Geslacht (vrouw)</i>	-		-,136	,432
<i>Leeftijd</i>	-		-,201	,239
<i>Netto maandinkomen</i>	-		,245	,147
<i>Opleidingsniveau</i>	-		-,117	,479
R^2		,03		,130
F (sig.)		,587		,617
N		67		44

***= $p \leq ,001$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; x= $p \leq ,1$

Tabel 5: Modelwaarden regressiemodel 2 (zonder en met controlevariabelen)

<i>Regressiemodel 2: afhankelijke variabele zelfredzaamheid</i>				
Variabelen	Zonder controlevariabelen		Met controlevariabelen	
	β	p	β	p
<i>De kracht van het sociaal netwerk</i>	,483***	,000	,345*	,027
<i>Maatschappelijke participatie</i>	,166	,107	,259 ^x	,094
Controlevariabelen				
<i>Geslacht (vrouw)</i>	-		-,104	,507
<i>Leeftijd</i>	-		,013	,933
<i>Netto maandinkomen</i>	-		,199	,185
<i>Opleidingsniveau</i>	-		-,032	,834
R^2		,03		,228
F (sig.)		,000		,111
N		74		45

***= $p \leq ,001$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; x= $p \leq ,1$

5.3.3 Beschrijving van de resultaten uit de regressieanalyses

De metingen van regressiemodel 1 met 'Klanttevredenheid' als afhankelijke variabele vinden geen significant verband tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid ($\beta = -,034, p > ,05$). De metingen van regressiemodel 1 vinden geen significant verband tussen maatschappelijke participatie en klanttevredenheid ($\beta = ,230, p > ,05$). Ten slotte vinden de metingen van regressiemodel 1 tevens geen significant verband tussen de kracht van het sociale netwerk en klanttevredenheid ($\beta = -,023, p > ,05$). De verklaarde variantie van regressiemodel 1 is ($R^2 = 0,13$). Regressiemodel 1 verklaart dus 13% van de variatie van de variabele 'Klanttevredenheid'. De voorspellende kracht van het regressiemodel is dus zwak.

De metingen van regressiemodel 2 met 'Zelfredzaamheid' als afhankelijke variabele vinden een significant en positief verband tussen de kracht van het sociaal netwerk en zelfredzaamheid ($\beta = ,345, p = ,027$). Dat betekent dat wanneer de kracht van het sociaal netwerk met één punt stijgt op de vijfpunts-schaal, de zelfredzaamheid volgens het regressiemodel met ,345 toeneemt. De metingen van regressiemodel 2 vinden echter geen significant verband tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid ($\beta = ,259, p = ,094$). De verklaarde variantie van regressiemodel 2 is ($R^2 = 0,228$). Regressiemodel 2 verklaart dus 22,8% van de variatie van de variabele 'Zelfredzaamheid'. De voorspellende kracht van het regressiemodel is dus zwak.

6. Conclusie

Dit onderzoek heeft getracht om antwoord te geven op de volgende hoofdvraag: “In hoeverre verhouden de beoogde maatschappelijke effecten van de Wmo zich tot klanttevredenheidsoordelen binnen het hernieuwde Wmo-beleid?” Voor het beantwoorden van de hoofdvraag waren enkele verklarende onderzoeksvragen opgesteld. Om antwoord te geven op deze vragen waren enkele hypothesen opgesteld en getoetst aan de hand van de resultaten. **Hypothese 1** luidde: *Een hogere mate van zelfredzaamheid heeft een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* De metingen vonden geen verband tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid, waardoor hypothese 1 verworpen wordt. Tevens waren er enkele hypothesen opgesteld over de invloed van de kracht van het sociale netwerk van vragers van maatschappelijke ondersteuning op de zelfredzaamheid en de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning. Dit waren hypothese 2a, 2b & 2c. **Hypothese 2a** luidde: *Een krachtiger sociaal netwerk heeft een positief effect op de zelfredzaamheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* De metingen vonden een significant en positief verband, waardoor hypothese 2a bevestigd wordt. **Hypothese 2b** luidde: *Een krachtiger sociaal netwerk heeft via de rol van zelfredzaamheid een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* Aangezien er geen verband is gevonden tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid, kan worden geconcludeerd dat er geen mediërend effect door zelfredzaamheid plaatsvindt bij het verband tussen een krachtig sociaal netwerk en klanttevredenheid. Hypothese 2b wordt daarom verworpen. **Hypothese 2c** luidde: *een krachtiger sociaal netwerk heeft een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* De metingen vonden ook geen bewijs voor een verband tussen de kracht van het sociaal netwerk en klanttevredenheid. Hiermee wordt ook hypothese 2c verworpen. Ten slotte waren een aantal hypothesen opgesteld over de invloed van de maatschappelijke participatie op de zelfredzaamheid en klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning. **Hypothese 3a** luidde: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft een positief effect op de zelfredzaamheid.* De metingen vonden geen significant verband tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid, waardoor hypothese 3a verworpen wordt. In het discussiehoofdstuk wordt verder ingegaan op dit resultaat, omdat het gevonden effect wel positief was en net buiten het betrouwbaarheidsinterval was komen te liggen. **Hypothese 3b** luidde: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft via de rol van zelfredzaamheid een positief effect op de klanttevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning.* Evenals hypothese 2b wordt deze hypothese verworpen, aangezien er geen verband is gevonden tussen zelfredzaamheid en klanttevredenheid. Er kan worden

geconcludeerd dat er geen mediërend effect door zelfredzaamheid plaatsvindt bij het verband tussen maatschappelijke participatie en klanttevredenheid. **Hypothese 3c** luidde: *een hogere mate van maatschappelijke participatie heeft een positief effect op de klanttevredenheid*. De metingen vonden geen verband tussen de maatschappelijke participatie en klanttevredenheid, waardoor hypothese 3c verworpen wordt. Aan de hand van de bevestigde en verworpen hypothesen kan een antwoord op de hoofdvraag worden geformuleerd. De beoogde maatschappelijke effecten van het Wmo-beleid zijn niet terug te zien in de klanttevredenheidsoordelen van vragers van maatschappelijke ondersteuning. Klanttevredenheidsonderzoek is dus niet representatief voor het wel of niet behalen van de doelstellingen, betreffende de beoogde maatschappelijke effecten. De beoogde maatschappelijke effecten zijn dus niet te evalueren door middel van een klanttevredenheidsoordeel. Voor verdere interpretatie van de resultaten wordt verwezen naar het discussiehoofdstuk.

7. Discussie

7.1 Interpretatie van de resultaten

Vanuit de onderzoeksresultaten is geconcludeerd dat de maatschappelijke effecten die het Wmo-beleid teweeg moet brengen niet worden vertegenwoordigd in de tevredenheidsoordelen van klanten. De beoogde maatschappelijke effecten zijn dus niet te evalueren met enkel klanttevredenheidsoordelen. Hier zijn een aantal verklaringen voor mogelijk, welke ook al besproken zijn in de probleemstelling. De voornaamste verklaring hiervoor kan mogelijk gezocht worden in het argument dat de kwaliteit van het gevoerde beleid onvoldoende naar voren komt in klanttevredenheidsonderzoeken. De klant laat de maatschappelijke effecten dus niet meewegen in zijn tevredenheidsoordeel. Daarnaast zou het mogelijk kunnen zijn dat de klant zich te weinig bewust is van de beoogde maatschappelijke effecten en deze daarom niet laat meewegen in zijn oordeel. Deze argumenten maken het afnemen van klanttevredenheidsonderzoeken een discutabel instrument voor kwaliteitsevaluaties of om beleidsaanpassingen op te baseren. Volgens de resultaten van dit onderzoek moet bij een kwaliteitsevaluatie van het lokale Wmo-beleid, enerzijds de uitkomstdoelstelling betreffende klanttevredenheid en anderzijds de doelstelling betreffende de beoogde maatschappelijke effecten, los van elkaar beoordeeld worden. Hierbij dient wel rekening te moeten worden gehouden met de gebrekkige validiteit van klanttevredenheidsonderzoeken. Dat klanttevredenheidsonderzoeken een gebrekkige validiteit hebben wordt mede ondersteund door bevindingen van het onderzoek van Stanizewska & Henderson (2005). Zij concluderen dat klanttevredenheidsonderzoeken gekenmerkt worden door onwaarschijnlijk hoge gemiddelden en een lage variatie. Dit lijkt te wijzen op een algemene terughoudendheid van respondenten om zich kritisch uit te laten of extreme standpunten in te nemen. De bevindingen van Stanizewska & Henderson (2005) zijn wellicht ook toepasbaar op de klanttevredenheidsmeting van dit onderzoek, aangezien een relatief hoog gemiddelde en een lage variantie werd geconstateerd ($M = 3,70$, $SD = 0,55$). Klanttevredenheidscijfers zouden daarentegen wel kunnen worden beschouwd als een middel waarmee nuttige feedback voor de praktijk van de beleidsuitvoering kan worden opgedaan. Tevens zouden gemeenten ondersteunende diepte-interviews kunnen uitvoeren, in plaats van enkel een enquête te gebruiken als meetinstrument. Dit zou de validiteit van klanttevredenheidsonderzoeken vergroten. Concluderend kan worden gezegd dat indien gemeenten hun klanttevredenheidscijfers toch willen verhogen, ze zich dus op andere zaken zouden moeten richten dan enkel het beoogde maatschappelijke effect van het beleid teweegbrengen. Zie paragraaf 8.1 van het volgende hoofdstuk voor enkele beleidsuggesties waar gemeenten zich op zouden kunnen richten om de klanttevredenheid te vergroten onder vragers van maatschappelijke ondersteuning.

Dit onderzoek is er wel in geslaagd om een positief verband te vinden tussen de kracht van het sociaal netwerk en de zelfredzaamheid van een vrager van maatschappelijke ondersteuning. Dit betekent dat indien een vrager van maatschappelijke ondersteuning een krachtiger sociaal netwerk heeft, deze ook zelfredzamer zal zijn. De precieze mechanismen achter dit verband zijn echter nog onduidelijk na het uitvoeren van dit onderzoek. Vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn wel enkele mogelijke verklaringen te onderbouwen. Zo zouden mensen met een krachtiger sociaal netwerk volgens onderzoek van Engbersen & Rensen (2014) meer mogelijkheden hebben om sociaal kapitaal te vergaren vanuit hun sociale netwerk. Daarnaast zouden mensen met een zwak sociaal netwerk volgens onderzoeken van Fone et al. (2007) en Roes (2002) het moeilijk vinden om de toegang tot gezondheidsverbeterende diensten te vinden, met een lagere zelfredzaamheid tot gevolg. Dat een krachtig sociaal netwerk in positief verband staat met een betere mentale en fysieke gezondheid en hierdoor ook de zelfredzaamheid, werd beaamd door onderzoeken van Fone et al. (2007), Stafford et al. (2002), Wilkinson & Marmot (2003), Witte (2004), Tjihuis (2002) en Cohen & Syme (1985). Uit dit onderzoek kan dus worden geconcludeerd dat indien gemeenten de kwaliteit en effectiviteit van hun Wmo-beleid willen verbeteren door de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers te bevorderen, dit gerealiseerd kan worden door het versterken van het sociale netwerk van vragers van maatschappelijke ondersteuning. Zie paragraaf 8.2 voor het stappenplan 'Netwerkversterkend Werken', waarin een concrete maatregel wordt geboden waarmee gemeenten dit zouden kunnen bereiken.

Ten slotte volgt nog een opmerking over het verband tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. De metingen van regressiemodel 2 vinden een positief verband tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid dat niet-significant is ($\beta = ,259$, $p = ,094$). Dit onderzoek houdt een α -waarde aan van ,05 en hypothese 3a moest dus aan de hand van de resultaten worden verworpen. Door de kleine onderzoekspopulatie en het significantieniveau ($p \leq 0,1$) kan hier echter wel een kanttekening bij worden geplaatst. Wanneer dit onderzoek was uitgevoerd onder een grotere onderzoekspopulatie was dit verband mogelijk wel bevestigd. De resultaten geven in ieder geval aanwijzingen voor een mogelijk verband tussen deze twee variabelen. Vervolgonderzoek dient hier rekening mee te houden.

7.2 Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Dit onderzoek kent enkele sterke en zwakke punten. Een sterk punt van dit onderzoek is dat het de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de meeste andere partijen voor was met het meten van de klanttevredenheid betreffende de hernieuwde Wmo. Klanttevredenheidsmetingen binnen het hernieuwde beleid waren tijdens de uitvoering van dit onderzoek zeer zeldzaam, doordat het beleid pas sinds 1 januari 2015 van kracht is gegaan. Dit onderzoek had dus geen voorbeelden om zich op te

kunnen baseren en kan hierom vernieuwend worden genoemd. Een tweede sterke punt is dat dit onderzoek een kritische blik werpt op het concept van klanttevredenheid binnen de Wmo en de functie die deze cijfers binnen het beleidsproces hebben. In beleidsplannen wordt nauwelijks met een kritische wetenschappelijke blik gekeken naar klanttevredenheidscijfers. Dit onderzoek heeft echter enkele inzichten verleent, die aantonen dat dit meer zou moeten gebeuren. Hierom is dit onderzoek wederom vernieuwend te noemen. Een derde sterk punt van dit onderzoek is dat de resultaten een bijdrage aan de wetenschappelijke kennis hebben geleverd over het verband tussen de kracht van het sociaal netwerk en de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. Vooral in de Nederlandse wetenschappelijke literatuur wordt dit verband veelal indirect gelegd, als het al gelegd wordt. Dit onderzoek vormt dus een nuttige aanvulling op dit gat in kennis.

Tevens zijn er enkele zwakke punten te benoemen aan dit onderzoek. Ten eerste had de verdeling van het aantal vragen per variabele in de enquête beter verdeeld kunnen worden. In eerste instantie was hiervoor gekozen, omdat gevreesd werd dat met een te lange enquête over zaken die op het eerste oog weinig met klanttevredenheid te maken hebben, de respons te laag zou uitvallen. Aangezien de onderzoekspopulatie relatief klein was, werd de prioriteit gelegd op het verhogen van de respons door een korte enquête samen te stellen. Achteraf gezien is het responspercentage echter erg hoog uitgevallen. Voornamelijk de variabele maatschappelijke participatie had hierdoor beter kunnen worden geoperationaliseerd. Daarnaast hadden er enkele vragen kunnen worden toegevoegd die zouden kunnen dienen als controlevariabelen. Het was bijvoorbeeld interessant geweest om een vraag in de enquête op te nemen, waarbij mensen hun levenskwaliteit konden inschatten of de aard van hun beperking konden aangeven. Met de kennis die na het onderzoek is opgedaan hadden deze variabelen wellicht nuttig kunnen zijn om op te nemen in de regressiemodellen. Een tweede zwak punt van dit onderzoek was de kleine onderzoekspopulatie en het ontbreken van een steekproef om de onderzoekspopulatie samen te stellen. Ondanks dat de gehele populatie enkel uit 132 vragers van maatschappelijke ondersteuning in de gemeente Buren bestond en 77 hiervan de enquête hebben ingevuld en geretourneerd, had een hoger responspercentage of een grotere onderzoekspopulatie in een andere gemeente wellicht geleid tot robuustere cijfers. Dit is een gemiste kans. Een derde zwak punt is dat niet kan worden gecontroleerd waarom de klanttevredenheidscijfers zo hoog zijn uitgevallen. In eerste instantie zou men aannemen dat vragers van maatschappelijke ondersteuning daadwerkelijk tevreden zijn met hun hulp, zorg of ondersteuning. Met de kennis die dit onderzoek heeft opgedaan valt echter niet met zekerheid te zeggen of mensen daadwerkelijk zo tevreden zijn met hun hulp, zorg of ondersteuning. Ze kunnen bijvoorbeeld voornamelijk sociaalwenselijke antwoorden hebben gegeven of hun tevredenheidsoordeel verkeerd hebben gewogen, door hun algemene tevredenheidsoordeel op slechts enkele aspecten van hun zorg, hulp of ondersteuning te baseren. De redenen voor de

totstandkoming van de tevredenheidsoordelen blijven enkel aannames. Ten slotte waren de resultaten wellicht anders geweest als de meting op een later tijdstip had plaatsgevonden. Dan was de kans namelijk groter geweest dat mensen meer bewust waren van de doelstelling van het Wmo-beleid, waardoor dit mogelijk beter zou worden vertegenwoordigd in hun tevredenheidsoordelen.

7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Eventueel vervolgonderzoek zou bovenstaande zwakke punten kunnen verbeteren. Zo zou er een uitgebreidere enquête kunnen worden ontwikkeld, zodat elke variabele even goed gerepresenteerd wordt. Deze zou vervolgens kunnen worden afgenomen bij een meer omvangrijke populatie. Dit geeft de mogelijkheid om een steekproef te trekken en tegelijkertijd een grotere onderzoekspopulatie te vergaren. Tevens wordt aangeraden om zeer zorgvuldig te zijn bij het interpreteren van klanttevredenheidscijfers, door hun algemeen lage validiteit. Hier kan op worden aangevuld dat om de validiteit van de cijfers te vergroten, ondersteunende diepte-interviews met vragers van maatschappelijke ondersteuning zouden kunnen worden gehouden. Hierdoor kunnen de klanttevredenheidscijfers en de zelf-gerapporteerde zelfredzaamheidsscores beter worden gecontroleerd op validiteit. Verder zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het vinden van de mechanismen achter het verband tussen een krachtig sociaal netwerk en zelfredzaamheid.

8. Beleidsaanbevelingen

8.1 Beleidsmakers moeten zich richten op aspecten waar de klant zicht op heeft

Bij het evalueren van de kwaliteit van een Wmo-interventie moeten beleidsmakers volgens de onderzoeksresultaten onderscheid maken tussen het beoogde maatschappelijke effect en klanttevredenheidsoordelen. Binnen de Wmo is het vergroten van de zelfredzaamheid het bedoelde maatschappelijke effect. Het behalen van gunstige klanttevredenheidsoordelen zijn uitkomstdoelstellingen. Volgens Poiesz & Welling (2012) wordt in de praktijk bij beleidsvorming vaak gekozen voor een combinatie van beiden. Hier valt veel voor te zeggen. Het beleid wordt immers gemaakt in het belang van de burger en indirect gefinancierd door de burger. Beleid wat het bedoelde maatschappelijke effect teweegbrengt, maar zeer onpopulaire maatregelen treft, is geen duurzaam houdbaar beleid. Indien de ontevredenheid over een interventie lang voortduurt of groter wordt, zullen bestuurders aanpassingen moeten maken om hun eigen geloofwaardigheid te behouden ten opzichte van de burger. In dat geval kan ondanks dat het beleid effectief is of bevorderend voor de maatschappij op de lange termijn, geen daadkrachtige politieke slag gemaakt worden. Alleen met consistent beleid over een langere periode kan het maatschappelijke lange-termijn-effect bewerkstelligt worden. De onderzoeksresultaten tonen echter aan dat dit maatschappelijke effect los staat van het klanttevredenheidsoordeel. Wmo-beleidsmakers moeten dus een goede balans vinden tussen het bewerkstelligen van het maatschappelijke effect en het waarborgen van de klanttevredenheid, zonder zich teveel te laten leiden door dit laatste tijdens een kwaliteitsevaluatie. Om de klanttevredenheid te verhogen zou meer aandacht moeten worden besteedt aan de aspecten van de interventie waar de klant zich op heeft, zoals bejegening, het voldoen aan verwachtingen of het geruststellen van de klant. Deze factoren zijn volgens onderzoeken van Zemencuk et al. (1999), Crow et al. (2003) en Poiesz & Welling (2012) het meest doorslaggevend bij het positief beïnvloeden van de klanttevredenheid.

8.2 Het sociale netwerk versterken om de zelfredzaamheid te vergroten

Er wordt binnen de hernieuwde Wmo steeds meer verwacht van de klant. De gemeenten zouden deze klanten echter niet gelijk in het diepe moeten gooien en aan hun lot over laten. De Wmo-wetswijziging is immers deel van een transitie, met veel veranderingen voor de klanten. Het zou onjuist zijn om te verwachten dat klanten zich moeiteloos aanpassen, terwijl dit juist een kwetsbare groep is die ondersteuning nodig heeft. In plaats daarvan moeten gemeenten vormen van ondersteuning bieden aan klanten om de transitie binnen het sociale domein zo soepel mogelijk te laten verlopen. Volgens de onderzoeksresultaten leidt een krachtiger sociaal netwerk tot een grotere zelfredzaamheid. Om mensen zelfredzamer te maken moeten klanten dus worden gesteund in het

opbouwen van een krachtig sociaal netwerk. Het hebben van een sociale omgeving met krachtige bindingen versterkt op deze manier het gevoel het vermogen te bezitten om op de sociale omgeving te kunnen berusten. De persoon voelt zich bekrachtigd door de aanwezigheid van (een aantal) mensen die hulp, zorg of ondersteuning zouden kunnen bieden, indien dit nodig is. Dit zou kunnen worden gerealiseerd middels cliëntenondersteuning. De volgende paragraaf bevat een stappenplan genaamd 'Netwerkversterkend Werken', waarin duidelijk wordt gemaakt op welke manier moet worden gehandeld en welke actoren hierbij betrokken moeten worden om de benodigde cliëntenondersteuning te bieden. Het doel van het stappenplan is om gemeenten een plan te bieden om het sociale netwerk van kwetsbare burgers te versterken, hun kwetsbaarheid af te laten nemen en hun zelfredzaamheid te vergroten. De gemeente Buren zal dienen als voorbeeld, omdat het onderzoek in deze gemeente heeft plaatsgevonden.

8.2.1 'Netwerkversterkend Werken'

Het stappenplan 'Netwerkversterkend Werken' bestaat uit drie stappen. De eerste stap is het kiezen van de juiste organisatievorm voor cliëntenondersteuning. De tweede stap omschrijft de benodigde werkwijze om het sociale netwerk van cliënten te versterken. De derde stap betreft het monitoren van de voortgang van de cliënten en hoe met deze voortgang om te gaan.

8.2.1.1 Stap 1: Uit de mogelijke organisatievormen voor cliëntenondersteuning kiezen

Gemeenten moeten in de eerste stap hun organisatie van het sociale domein evalueren en onderzoeken hoe cliëntenondersteuning daar in past. In deze paragraaf zullen de drie mogelijke organisatievormen van cliëntenondersteuning worden besproken, evenals de voor- en nadelen van dergelijke organisatievormen. Nadat alle mogelijke opties besproken zijn wordt een oordeel gegeven over de manier die de gemeente Buren zou moeten toepassen om te profiteren van de meeste voordelen. Cliëntenondersteuning kan volgens Van Vliet, Dam & Drouwen (2014) worden aangeboden via de sociale wijkteams, het Wmo-loket of via uitbesteding aan onafhankelijke organisaties. In de gemeente Buren wordt gebruik gemaakt van sociale wijkteams en een Wmo-loket, waar cliëntenondersteuning zou kunnen worden geboden. Andere gemeenten maken weer gebruik van enkel sociale wijkteams, een Wmo-loket of onafhankelijke organisaties om hun cliënten te ondersteunen. Indien andere gemeenten gebruik willen maken van dit stappenplan en in de betreffende gemeente een andere organisatievorm voor cliëntenondersteuning geldt, zal moeten worden geïmproviseerd bij de rollenverdeling tussen de organisaties om het stappenplan op een soortgelijke manier uit te voeren. Dit plan biedt hier hulp bij door de voor- en nadelen van de mogelijke opties te benoemen.

8.2.1.1.1 Mogelijke organisatievormen voor het bieden van cliëntenondersteuning

De eerste mogelijke optie voor cliëntenondersteuning maakt gebruik van de sociale wijkteams. Over de functie van sociale wijkteams is eerder in dit stuk al geschreven (zie paragraaf 2.4). Volgens Van Vliet, Dam & Drouwen (2014) bestaat de kern van de aanpak van sociale wijkteams uit preventie en signalering van lichtere vormen van ondersteuning, georganiseerd vanuit één wijkteam dat dicht bij de burger staat. Cliëntenondersteuning kan volgens hen als onafhankelijke functie aan het wijkteam worden toegevoegd wat enkele voordelen oplevert, te noemen:

- Snelle onderlinge afstemming tussen de wijkteams en cliëntenondersteuning,
- Kleinschaligheid doordat er al voorzieningen aanwezig zijn,
- Directe inzet op zelfredzaamheid in de woon- en leefomgeving,
- Goede mogelijkheden om cliëntenondersteuning toe te passen door de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en de expertise van professionals en vrijwilligers.
- Eenvoudig bereikbaar voor cliënten, omdat ze al in contact staan met het wijkteam.

In de meeste gemeenten is er ook een Wmo-loket toegevoegd aan de organisatie van het sociale domein. Hier kunnen burgers terecht voor informatie en advies over algemene en individuele voorzieningen. Tevens kan via dit loket de toegang tot cliëntenondersteuning verschaft worden. Deze functie kan integraal deel worden van het loket of gekoppeld worden aan het loket. De gemeente kan dit zelf uitvoeren of een onafhankelijke organisatie inhuren voor het leveren van personeel van de frontoffice van het Wmo-loket. De cliëntenondersteuning zou ook in de backoffice van het loket kunnen zitten en worden ingeschakeld door het frontoffice op het moment dat de expertise van de cliëntenondersteuning nodig is. Toevoeging van cliëntenondersteuning aan het Wmo-loket biedt het voordeel dat er een duidelijke toegang tot cliëntenondersteuning is en dat er een goede koppeling met hulpvragen mogelijk is. Tevens kan de functie van cliëntenondersteuning worden uitbesteed aan onafhankelijke organisaties, door middel van detachering. In dit geval nemen werknemers van deze organisaties deels de taken over van de sociale wijkteams of het Wmo-loket. Wat betreft het laatste, kunnen werknemers van onafhankelijke organisaties een ondersteunende of coachende rol aannemen voor de werknemers van het loket (van Vliet, Dam & Drouwen, 2014).

Afgaande op deze argumenten wordt het meeste voordeel opgeleverd wanneer de cliëntenondersteuning als onafhankelijke functie aan het wijkteam wordt toegevoegd, met het Wmo-loket gekoppeld aan de cliëntenondersteuning om deze nog beter bereikbaar te maken. De huidige organisatie van het sociale domein in de gemeente Buren legt een goede infrastructuur om cliëntenondersteuning toe te passen, want de sociale wijkteams en het Wmo-loket bestaan al en zijn actief in gebruik.

7.2.1.2 Stap 2: Netwerkversterking toepassen

Nadat de juiste organisatievorm voor cliëntondersteuning is gekozen, kan worden overgegaan op het toepassen van de cliëntondersteuning. De hulpverlener moet volgens Steyaert & Kwekkeboom (2012) rekening houden met enige mogelijke struikelblokken. Ondanks dat het versterken van de sociale steunstructuur van de klant perfect past binnen beleid waarin zelfredzaamheid stimuleren centraal staat, kan dit door de hulpvrager niet als vanzelfsprekend worden opgevat. De klant kan het gevoel hebben in zijn of haar privacy te worden aangetast of afhaken doordat de hulpverlener teveel tewerk gaat als een therapeut. Tijdens het keukentafelgesprek dient de hulpverlener van het sociale wijkteam, de Wmo-consulent van het Wmo-loket of de hulpverlener van de onafhankelijke organisatie aftastend te werk te gaan bij het bepalen of netwerksterking nodig is. Hierbij moeten een aantal vragen over de hulpvrager worden beantwoordt, te noemen:

- Is de cliënt in het bezit van een schraal netwerk of een sterk netwerk?
- Welke betekenis geeft de cliënt aan dit netwerk?
- Ziet de cliënt zijn of haar netwerk als mogelijke bron van mogelijkheden om haar zorgvraag op te lossen, of prefereert deze een persoonsgerichte aanpak?
- Staat de cliënt open voor cliëntenondersteuning in de vorm van netwerkversterking of wil de cliënt enkel ondersteuning voor de noodzakelijke problemen?
- Ziet de cliënt de relatie met de hulpverlener als bron van aanpak voor achterliggende problemen of ziet de cliënt deze relatie als puur functioneel?

Vervolgens moet de hulpverlener erachter zien te komen waar in de sociale omgeving van de klant hulpbronnen aanwezig zijn. De hulpverlener gaat brainstormen met de klant over manieren waarop deze hulpbronnen kunnen worden aangeboord. Het leren herkennen en gebruiken van sociaal kapitaal is een belangrijk onderdeel van het gesprek. Mogelijk kan een persoonlijk plan met doelstellingen worden opgesteld. Door in het keukentafelgesprek niet alleen de aanvankelijke hulpvraag te verkennen maar de hulpvraag ook in een bredere context te plaatsen met deze vorm van cliëntenondersteuning, stijgt volgens Steyaert & Kwekkeboom (2012) de kans op een zinvol gevolg van het keukentafelgesprek. In een recente publicatie van Vansevenant (2012) wordt verwezen naar zeven invalshoeken op de essentie van netwerkversterkende cliëntenondersteuning:

1. Er bestaat geen norm rond wat een passend en versterkend netwerk kan zijn en dwang helpt zelden bij relationele groei.
2. In gesprek gaan over relaties en netwerken kan leiden tot een gewijzigde kijk op de ander en netwerkmogelijkheden waarbij de kans toeneemt dat mogelijkheden worden aangegrepen.

3. Het samen werken aan een gewijzigd zicht op breuken en kwetsuren kan herstellend werken naar een vertrouwen in zichzelf en de ander en is een stap in de richting van netwerkversterking.
4. Het afstand kunnen nemen van bestaande, dwingende of eenzijdige netwerken kan bevrijdend werken en ruimte geven voor vernieuwende verbindingen.
5. Werken aan differentiatie van netwerken geeft ruimte aan verscheidenheid. Netwerken met verscheidenheid geven een vernieuwend, lerend en groeiend karakter.
6. De hulpverleningsrelatie kan een basis en bron zijn voor herstel van basaal vertrouwen van waaruit in dialoog de zoektocht kan worden aangegaan rond netwerkversterking en verbreding.
7. Vanuit de veiligheid van de relatie met een “bonding”-dynamiek kan zuurstof gegeven worden voor een passend proces van loslaten en vasthouden, om zo te groeien tot een betekenisvol netwerk.

7.2.1.3 Stap 3: De voortgang van cliënten monitoren en bijsturen

Na het in kaart brengen van mogelijke hulpbronnen van de klant en deze te hebben gestimuleerd om dit sociale kapitaal te benutten moet worden bijgehouden hoe de voortgang van de cliënt verloopt. Dit is een belangrijke taak die erg geschikt is voor het sociale wijkteam. De medewerkers van het sociale wijkteam gaan geregeld langs bij cliënten en hebben het meeste zicht op de cliënt. Indien er een persoonlijk plan is opgesteld met de cliënt kan worden nagegaan in hoeverre deze doorlopen is. Tevens kunnen medewerkers van het sociale wijkteam opnieuw gesprekken voeren met de klant om deze te ondersteunen bij mogelijke problemen. De wensen van de cliënt blijven centraal staan. Als de cliënt deze ondersteuning niet wenst te ontvangen, moet deze beslissing gerespecteerd worden. Enige dialoog over het wel of niet verlenen van ondersteuning is echter wel acceptabel. Het wijzen op de gevolgen van een schraal sociaal netwerk en de voordelen van een rijk sociaal netwerk helpt mogelijk bij het overtuigen van de cliënt om door te gaan met de ondersteuning. Samenvattend kan worden gesteld dat de cliënt moet worden gemotiveerd om de comfortzone te verlaten om zijn of haar sociale omgeving te versterken, zonder een geforceerde indruk achter te laten op de cliënt.

Literatuurlijst

- Arum, S. van, & Lub, V. (2014). *Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten* (DOI: 10.5553/Beleidsonderzoek.000037). Geraadpleegd van <http://www.beleidsonderzoekonline.nl/tijdschrift/bs0/2014/02/Beleidsonderzoek-2014-06>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 324-339. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x
- BMC Advies. (2006). *Model voor Onderzoek Klanttevredenheid*. Geraadpleegd van <http://www.wmowerkplaatsutrecht.nl/CmsData/documents/Model%20voor%20Onderzoek%20Klanttevredenheid%20Wmo%20%282006%29.pdf>
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek Enquêteren: Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Beltman, H. (2014). *Adviezen bij het keukentafelgesprek: mijn rol als burger*. Geraadpleegd van http://www.aandachtvooredereen.nl/component/option,com_docman/Itemid,122/gid,842/task,doc_download/
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support and Health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Red.), *Social Epidemiology* (pp. 137-155). Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=i0qWxy5-X1gC&oi=fnd&pg=PA137&dq=Social+integration,+social+networks,+social+support+and+health&ots=NISb1dts89&sig=gG7u6t5CNsF75LVGaVs5p3ZgL_c&redir_esc=y#v=onepage&q=Social%20integration%2C%20social%20networks%2C%20social%20support%20and%20health&f=false
- Beltman, H., Vilans, T. R., Sok, K., & Lucassen, A. (2012). *Burgerprojecten in zorg en welzijn* (Nieuwsbrief 12: Kennisdossier 3). Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/aandacht-voor-iedereen/bijlage-bij-nwsbrf.-nr.-12-kennisdossier-3-burgerprojecten.pdf>
- Breusch, T. S., & Pagan, A. R. (1979). A Simple Test for Heteroscedasticity and Random Coefficient Variation. *Econometrica*, 47(5), 1287-1294. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/1911963>
- Blalock, H. M. (1963). Correlated independent variables: The problem of multicollinearity. *Social Forces*, 42(2), 233-237. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/2575696>
- Boekenoogen, M., Hoesel, P. van, Prince, Y., & Verheijen, C. (Red.). (2009). *Methoden van beleidsonderzoekers: Creatief en oplossingsgericht*. Den Haag, Nederland: Lemma.
- Centraal Planbureau, & Mooij, R. de. (2006). *Reinventing the Welfare State*. Geraadpleegd van <http://repub.eur.nl/pub/7599/>
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Geraadpleegd van <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/symechap85.pdf>

- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2003). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-250. doi:10.3310/hta6320
- Durkheim, E. (2014). *The Division of Labor in Society*. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=ocyDAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=durkheim+division+of+labour+civil+society&ots=DNjl2yNHoT&sig=Rc57sPHia_9QacC9oZkFgk5TZ-E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Edwards, M. (2009). *Civil Society*. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=_R19uH2sQJgC&oi=fnd&pg=PR5&dq=edwards+civil+society&ots=3hVZIGJ487&sig=zGndf8cMLz85-TbKrCJoJGabhQc&redir_esc=y#v=onepage&q=edwards%20civil%20society&f=false
- Ewijk, H. van. (2006, 15 augustus). De WMO als instrument in de transformatie van de welvaartsstaat en als impuls voor vernieuwing van het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 15(3), 5-16. Geraadpleegd van <http://www.journalsi.org/index.php/si/article/view/22/20>
- Flyvbjerg, B. (1998, 1 juni). Habermas and Foucault: Thinkers for Civil Society? *The British Journal of Sociology*, 49(2), 210-233. Geraadpleegd van http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2237923
- Fone, D., Dunstan, F., Lloyd, K., Williams, G., Watkins, J., & Palmer, S. (2007, 28 februari). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 338-345. Geraadpleegd van <http://ije.oxfordjournals.org.proxy.library.uu.nl/content/36/2/338.short>
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6-21. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/1252129>
- Fournier, S., & Mick, D. G. (1999). Rediscovering Satisfaction. *Journal of Marketing*, 63(4), 5-23. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/1251971>
- GGD Amsterdam, Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de, Weerd, S. van de, Theunissen, V., ... Fassaert, T. (2013). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheids-Matrix*. Geraadpleegd van http://www.wijkteams.info/cms/docs/Handleiding_zelfredzaamheidsmatrix.pdf
- GGD Amsterdam, Lauriks, S., Buster, M. C. A., Wit, M. A. S. de, Weerd, S. van de, Tigchelaar, G., & Fassaert, T. (z.j.). *Zelfredzaamheids-Matrix 2013*. Geraadpleegd van http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/resources/site1449/General/Matrix/Zelfredzaamheid_Matrix-2013.pdf
- Giese, J. L., & Coote, J. A. (2000). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 1, 1-24. Geraadpleegd van http://www.researchgate.net/profile/Joan_Giese/publication/235357014_Defining_consumer_satisfaction/links/5419a5790cf203f155ae0afb.pdf
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). *Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales*. Geraadpleegd van <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20&%20Gliem.pdf?s..>

- Gruijter, M. de, Marissing, E. van, & Nederland, T. (2010). *Participatiebevordering in de Wmo: Participeren in drie leefdomeneinen*. Geraadpleegd van http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/Participatiebeveordering-in-de-Wmo_8816.pdf
- Hall, J. A., & Andersen, E. (Red.). (1994). *The State: Critical Concepts* (3e ed.). Geraadpleegd van <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/121534/aa64e6dcef698ab99debd2b471112d7a.pdf?sequence=1#page=407>
- Halstead, D., Hartman, D., & Schmidt, S. L. (1994). Multisource effects on the satisfaction formation process. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), 114-129. doi:10.1177/0092070394222002
- Hawkins, R. L. (2005). From Self-Sufficiency to Personal and Family Sustainability: A New Paradigm for Social Policy. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 32(4), 77-92. Geraadpleegd van http://www.iupui.edu/~mswd/S505/multimedia/word_doc/Hawkins.pdf
- Huber, M., Joanknecht, L., & Metze, R. (2013). Netwerk- en regieversterking in de maatschappelijke opvang. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 22(1), 39-55. Geraadpleegd van <http://www.journalsi.org/index.php/si/article/viewFile/URN:NBN:NL:UI:10-1-114397/292>
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=ighBn81xKoAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=jager-vreugdenhil+nederland+participatieland&ots=NlyYo_n2m2&sig=y3bokWBoNjuUVwb_5TmJBPh5Po0&redir_esc=y#v=onepage&q=jager-vreugdenhil%20nederland%20participatieland&f=false
- Jarque, C. M., & Bera, A. K. (1983). Efficient tests for normality, homoscedasticity and serial independence of regression residuals. *Economics letters*, 6(3), 255-259. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/222444966_Efficient_tests_for_normality
- Kwekkeboom, R., & Steyaert, J. (2008). *Wet maatschappelijke ondersteuning: met het accent op meedoen*. Geraadpleegd van http://www.lectorenzorgenwelzijn.nl/2008_10_lectorenzorgenwelzijnWMOmanifest.pdf
- Levy, J. D. (1999). Vice into Virtue? Progressive Politics and Welfare Reform in Continental Europe. *Politics & Society*, 27(2), 239-273. Geraadpleegd van <http://www.people.fas.harvard.edu/~iversen/PDFfiles/Levy1999.pdf>
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V. A., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001, 23 oktober). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(4), 1-64. Geraadpleegd van <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.library.uu.nl/doi/10.1002/14651858.CD003267/pdf/>
- Lin, F.-J. (2008). Solving Multicollinearity in the Process of Fitting Regression Model Using the Nested Estimate Procedure. *Quality & Quantity*, 42(3), 417-426. Geraadpleegd van <http://link.springer.com.proxy.library.uu.nl/article/10.1007/s11135-006-9055-1>
- Long, J. S., & Ervin, L. H. (2000). Using Heteroscedasticity Consistent Standard Errors in the Linear Regression Model. *The American Statistician*, 54(3), 217-224. Geraadpleegd van <http://dx.doi.org/10.1080/00031305.2000.10474549>

- Luitgaarden, G. van de, Doornenbal, J., Jager-Vreugdenhil, M., Kassenberg, A., & Witte, T. (Red.). (2015). *Transities: tussen hoop en vrees*. Geraadpleegd van <http://eropaf.org/lib/publicaties/transitiestussenhoopenvrees.pdf>
- Mansfield, E. R., & Helms, B. P. (1982). Detecting multicollinearity. *The American Statistician*, 36(3), 158-160. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/2683167>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health*. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=AmwiS8HZeRIC&oi=fnd&pg=PA17&dq=related:OxvZBrXdatUJ:scholar.google.com/&ots=y_Fw89NpD2&sig=RZA-PbfskUmYR1cpYDUWK4vCLxs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Marquardt, D. W. (1980). A critique of some ridge regression methods: Comment. *Journal of the American Statistical Association*, 75(369), 87-91. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/2287388>
- Marsh, H. W., Dowson, M., Pietsch, J., & Walker, R. (2004). Why Multicollinearity Matters: A Reexamination of Relations Between Self-Efficacy, Self-Concept, and Achievement. *Journal of Educational Psychology*, 96(3), 518-522. Geraadpleegd van <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?&S=OFFFFPGNCDDIDDGNCKKDALBJNKNA00&Complete+Reference=S.sh.27%7c1%7c1>
- McIver, J. P., & Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional Scaling*. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/31651287_Unidimensional_Scaling__J.P._McIver__E.G._Carmines
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 71-80. doi:10.1016/S0738-3991(99)00092-0
- Metz, J. (2009). Over burgerparticipatie, welzijnsbeleid en de WMO. Historiografie van de werksort maatschappelijk activeringswerk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(2), 61-83. doi:URN:NBN:NL:UI:10-1-100066
- NIVEL, Cardol, M., Vervloet, M., & Rijken, M. (2006). *Participatie van mensen met beperkingen 2005: Basismeting participatiemonitor*. Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Participatie-van-mensen-met-beperkingen-2005.pdf>
- Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Verwey-Jonker Instituut, Verplanke, L., Engbersen, R., Duyvendak, J. W., Tonkens, E., & Vliet, K. (Red.). van. (2002). *Open deuren: Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Geraadpleegd van <http://www.godfriedengbersen.com/wp-content/uploads/Sociaal-kapitaal-en-sociale-uitsluiting1.pdf>
- Nijendaal, G. A. (2014). *Jaarboek overheidsfinanciën 2014: Drie decentralisaties in het sociale domein*. Geraadpleegd van http://wimdreesstichting.nl/page/downloads/2014_4_Drie_decentralisaties_in_het_sociale_domein.pdf

- Oers, H. van. (2015). Is de informatievoorziening over de langdurige zorg op orde? *TSG Spectrum*, 93(1), 4. Geraadpleegd van http://www.parkinsonnet.nl/media/14849228/tsg1501_4-12_spectrum_def.pdf
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction. A behavioral perspective on the consumer*. New York, United States of America: McGraw-Hill.
- Ossewaarde, M. R. R. (2007). The New Social Contract and the Struggle for Sovereignty in the Netherlands. *Government and Opposition*, 42(4), 491-512. doi:10.1111/j.1477-7053.2007.00233.x
- Platform31, Movisie, Engbersen, R., & Rensen, P. (2014). *Help mij het zelf te doen: een pleidooi voor methodisch werken aan actief burgerschap*. Geraadpleegd van <http://www.socialevraagstukken.nl/site/wp-content/uploads/2015/01/Essay-Help-mij-het-zelf-te-doen.pdf>
- Poiesz, T. B. C., & Welling, N. (2012). *Help, mijn patiënt is tevreden: een kritische analyse van klanttevredenheid in de zorg*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 43-62. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=kQdKAf8-_yUC&oi=fnd&pg=PA43&dq=portes+social+capital&ots=3i4uqbX-DX&sig=9k7Da9wcOPm6yGm8cd-lu5J6NAQ&redir_esc=y#v=onepage&q=portes%20social%20capital&f=false
- Rauwerdink, G., & Schoonhoven, J. van. (2009). *Mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg; Samen doen*. Geraadpleegd van http://www.winterswijk.nl/bis/Beleidsinformatie/Overzicht_beleidsnota_s/Maatschappelijke_ondersteuning/Mantelzorgers_en_vrijwilligers_in_de_zorg_samen_doen_2009_2012.pdf
- Regenmortel, T. van. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42. doi:URN:NBN:NL:UI:10-1-100150
- Rijksoverheid. (2014). *Transitieplan Wmo 2015* (Bijlage 2 bij brief 355051-119080-HLZ). Geraadpleegd van <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/03/28/transitieplan-wmo-2015/transitieplan-wmo-2015.pdf>
- Schnabel, P. (2001). Maatschappij in beweging. In Sociaal-Economische Raad (Red.), *Herijken achter de dijken : verslag van het jubileumcongres van de Sociaal-Economische Raad* (pp. 9-23). Geraadpleegd van <http://dSPACE.library.uu.nl/handle/1874/22367>
- Schoot, T., Proot, I., Meulen, R. ter, & Witte, L. de. (2005). Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 169-176. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00327.x
- Significant, & Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2014). *Handreiking verantwoording Wmo/jeugd: Een onderdeel van opdrachtgever-opdrachtnemerschap om samen bij stil te staan*. Geraadpleegd van https://www.vng.nl/files/vng/publicatie_bijlagen/2014/20140416-handreiking-verantwoording-wmo-jeugd.pdf

- Sociaal Cultureel Planbureau, Feijten, P., Marangos, A. M., Klerk, M. de, Boer, A. de, & Vonk, F. (2013). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012*. Geraadpleegd van http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2013/De_ondersteuning_van_Wmo_aanvragers_en_hun_mantelzorgers_in_2012
- Sociaal en Cultureel Planbureau, Klerk, M. de, Gilsing, R., & Timmermans, J. (2010). *Op weg met de Wmo: Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Geraadpleegd van http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Op_weg_met_de_Wmo
- Sociaal en Cultureel Planbureau, Klerk, M. de, Gilsing, R., Timmermans, J., Houten, G. van, Marangos, A. M., ... Boer, A. de. (2010). *Op weg met de Wmo*. Geraadpleegd van <http://www.scp.nl/dsresource?objectid=24732&type=org>
- Sociaal en Cultureel Planbureau, & Roes, T. H. (2002). *Sociale cohesie en sociale infrastructuur: verkenning van beleidsmogelijkheden en bestuurlijke modellen*. Geraadpleegd van http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2002/Sociale_cohesie_en_sociale_infrastructuur
- Stafford, M., Bartley, M., Sacker, A., Marmot, M., Wilkinson, R., Boreham, R., & Thomas, R. (2003). Measuring the social environment: social cohesion and material deprivation in English and Scottish neighbourhoods. *Environment and Planning*, 35(8), 1459-1475. doi:10.1068/a35257
- Steyaert, J., Bodd, J., & Linders, L. (2005). *Actief Burgerschap: Het betere trek- en duwwerk rondom publieke dienstverlening*. Geraadpleegd van <http://www.steyaert.org/jan/publicaties/2005ActiefBurgerschap.pdf>
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (Red.). (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/De%20zorgkracht%20van%20sociale%20netwerken%20%5BMOV-177803-0.3%5D.pdf
- Stichting Arcon, Wiebusch, M., & Moulijn, M. (2013). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen* (Literatuurstudie ten behoeve van de Wmo-battle die op 27 juni 2013 georganiseerd is door Stichting Arcon). Geraadpleegd van http://www.arcon.nl/uploads/pdf/publicaties/2013_08Literatuurstudie%20van%20verzorgingsstaat%20naar%20participatiesamenleving.pdf
- Thomas Coram Research Unit, Cameron, C., & Moss, P. (2002). *Care Work in Europe: Current understandings and future directions*. Geraadpleegd van <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.2679&rep=rep1&type=pdf>
- Tocqueville, A. de. (1835). *Democracy In America* (Herz. ed.). Geraadpleegd van http://classiques.uqac.ca/classiques/De_tocqueville_alexis/democracy_in_america_historicall_critical_ed/democracy_in_america_vol_1.pdf
- Trimbos Instituut, Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking (NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten)*. Geraadpleegd van <http://www.trimbos.nl/~media/af0898%20nemesis%20ii.ashx>

- Vansevenant, K. (2012). In dialoog over relaties en netwerken. In J. Steyaert, & R. Kwekkeboom (Red.), *De zorgkracht van sociale netwerken* (pp. 59-71). Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/De%20zorgkracht%20van%20sociale%20netwerken%20%5BMOV-177803-0.3%5D.pdf
- Veer, J. C. V. van der. (2013). *Weg uit het verleden: Een institutionele analyse van de gemeentelijke uitwerking van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* (3e ed.). Geraadpleegd van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/49147/dissertation.pdf?sequence=1>
- Veer, J. van der, Schalk, J., & Gilsing, R. (2011). Decentralisatie: maatwerk of uniformiteit? Het Wmo-beleid van Nederlandse gemeenten. *B en M : tijdschrift voor politiek, beleid en maatschappij*, 38(3), 265-282. Geraadpleegd van http://www.boomlemmatijdschriften.nl.proxy.library.uu.nl/tijdschrift/benm/2011/3/benm_1389-0069_2011_038_003_002.pdf
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2014, 30 juli). Ervaringsonderzoek Wmo: standaardvragenlijst in de maak. Geraadpleegd van <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/ervaringsonderzoek-wmo-standaardvragenlijst-in-de-maak>
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek* (4e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Verwey-Jonker Instituut, Boutellier, J. C. J., & Klein, M. van der. (2014). *Praktijken van sociale verantwoordelijkheid* (ISBN 978-90-5830-637-1). Geraadpleegd van http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/6704_Praktijken%20van%20sociale%20verantwoordelijkheid_web.pdf
- Verwey-Jonker Instituut, Huygen, A., & Meere, F. de. (2008). *De invloed en effecten van sociale samenhang*. Geraadpleegd van http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/De%20invloed%20en%20effecten%20van%20sociale%20samenhang_1169.pdf
- Vliet, N. van, Dam, N., & Drouwen, L. (2014). *Cliëntondersteuning in het gemeentelijk sociaal domein vanaf 2015*. Geraadpleegd van http://www.meedemeentgroep.nl/media/med_view.asp?med_id=3392
- Werkman, R. (2015). Sociale wijkteams onder druk: Een veranderkundig perspectief. *Tijdschrift Conflicthantering*, 2015(2), 9-13. Geraadpleegd van http://www.kantelwerkers.nl/media/97418/artikel_sociale_wijkteams_onder_druk_tc.pdf
- White, H. (1980). A Heteroskedasticity-Consistent Covariance Matrix Estimator and a Direct Test for Heteroskedasticity. *Econometrica*, 48(4), 817-838. Geraadpleegd van <http://www.jstor.org/stable/1912934>
- Wilken, J. P. (2005, februari). Gemeenschapszorg: Community care als concept voor een leefbaarder samenleving voor iedereen. Geraadpleegd van <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/CmsData/Articles/Gemeenschapszorg-Community-Care-als-concept-2005.pdf>
- Witte, T. (2015). Beleidsleren: de wijk als landscape of action. In G. van de Luitgaarden (Red.), *Transities: tussen hoop en vrees* (pp. 13-29). Geraadpleegd van <http://eropaf.org/lib/publicaties/transitiestussenhoopenvrees.pdf>

Zemencuk, J., Hayward, R., Skarupsi, K., & Katz, S. (1999). *Patients\' Desires and Expectations for Medical Care: A Challenge to Improving Patient Satisfaction*. Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/2027.42/67026>

Bijlage 1: De enquête

Cliëntervaring

U bent een ontvanger van maatschappelijke ondersteuning. Het is belangrijk om te weten in hoeverre u tevreden bent met deze ondersteuning, zodat deze in de toekomst verbeterd zou kunnen worden. De volgende vragen zullen gaan over uw (on)tevredenheid met betrekking tot het keukentafelgesprek met de Wmo-consulent en de hulp, zorg of ondersteuning die u ontvangt.

Let op! Vraag 1 t/m 4 gaan ervan uit dat u een keukentafelgesprek gevoerd heeft. Mocht dit niet het geval zijn, ga dan door naar vraag 5.

1. Hoe tevreden bent u over de wachttijd totdat het keukentafelgesprek kon plaatsvinden?

Zeer tevreden Tevreden Neutraal Ontevreden Zeer ontevreden

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

Zeer tevreden Tevreden Neutraal Ontevreden Zeer ontevreden

3. In welke mate bent u tevreden over de manier waarop er naar u geluisterd werd door de Wmo-consulent tijdens het keukentafelgesprek?

Zeer tevreden Tevreden Neutraal Ontevreden Zeer ontevreden

4. Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die tijdens het keukentafelgesprek aan u is aangeboden?

Zeer tevreden Tevreden Neutraal Ontevreden Zeer ontevreden

5. Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die u van familie, vrienden, buren, vrijwilligers of mantelzorgers krijgt? Vul alstublieft in de tabel hieronder in hoe tevreden u bent over de geleverde hulp per groep. Indien deze groep u geen hulp, zorg of ondersteuning biedt, kiest u "Niet van toepassing".

<i>Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die u krijgt van:</i>	<i>Zeer tevreden</i>	<i>Tevreden</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Ontevreden</i>	<i>Zeer ontevreden</i>	<i>Niet van toepassing</i>
A. Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Vrienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Buren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Mantelzorgers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. In welke mate voldoet de zorg, hulp of ondersteuning die u ontvangt aan uw verwachtingen?

Zeer goed Goed Normaal Slecht Zeer slecht

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

Zeer goed Goed Normaal Slecht Zeer slecht

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

Zeer goed Goed Normaal Slecht Zeer slecht

Zelfredzaamheid

De overheid wilt dat u meer zelfredzaam wordt bij het tegemoet komen van uw zorgbehoeften. Dit betekent dat u meer gaat kijken wat u, uw vrienden, familie en buurtgenoten kunnen doen om u ondersteuning te bieden. De volgende vragen gaan over hoe zelfredzaam u zich voelt.

9. In hoeverre heeft u een duidelijk beeld van wat uw zorgbehoeften zijn?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

10. In hoeverre denkt u dat u zelf in staat bent om uw zorgbehoeften op te lossen?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

11. In hoeverre heeft u het gevoel dat u uw zorgbehoeften helder kunt formuleren aan anderen?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

12. In hoeverre denkt u dat uw familie in staat is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

Ik heb geen familieleden → Ga door naar vraag 14 op de volgende pagina.

13. In hoeverre denkt u dat uw familie bereid is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

14. In hoeverre denkt u dat uw vrienden in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

Ik heb geen vrienden → Ga door naar vraag 16.

15. In hoeverre denkt u dat uw vrienden bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

16. In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

Ik heb geen buurtgenoten → Ga door naar vraag 18.

17. In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?

Heel goed Goed Neutraal Slecht Heel slecht

Saamhorigheid binnen uw sociale netwerk

De volgende vragen zullen gaan over de grootte van uw sociale netwerk en de saamhorigheid tussen u en (eventuele) familie, vrienden en buurtgenoten. Saamhorigheid betekent het gevoel van solidariteit of verbondenheid.

18. Heeft u kinderen? Zo ja, hoeveel?

Geen 1 2 3 4 5≤

19. Heeft u kleinkinderen? Zo ja, hoeveel?

Geen 1-2 3-4 5-6 7≤

20. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid met uw familie?

Zeer slecht Slecht Neutraal Goed Zeer goed

Ik heb geen familie

21. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw buurtgenoten?

Zeer slecht Slecht Neutraal Goed Zeer goed

Ik heb geen of weinig buurtgenoten

22. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw vrienden?

Zeer slecht Slecht Neutraal Goed Zeer goed

Ik heb geen of weinig vrienden

Maatschappelijke participatie

De volgende vragen zullen gaan over de mate waarin u deelneemt aan verenigingen en in hoeverre u actief bent bij deze (eventuele) verenigingen.

23. Van hoeveel verenigingen staat u ingeschreven als lid? Dit kunnen politieke partijen zijn, beroepsverenigingen, vakbonden, religieuze organisaties, of zelfs muziek- en wandelverenigingen zijn. Schrijf alstublieft het aantal lidmaatschappen op in het vakje hieronder:

Indien u meer dan 0 heeft ingevuld kunt u doorgaan naar vraag 24. Indien u 0 heeft ingevuld, kunt u doorgaan naar vraag 25.

24. U bent lid van minstens één vereniging. In hoeverre bent u actief op deze vereniging(en)?

Zeer actief Actief Neutraal Niet actief Helemaal niet actief

25. Bezoekt u bijeenkomsten van clubjes of groepen waar u geen lid van hoeft te zijn? Dit kunnen bijvoorbeeld zanglessen of andere cursussen zijn. Schrijf alstublieft het aantal clubjes of groepen op in het vakje hieronder:

Achtergrondinformatie

De volgende vragen zullen gaan over uw persoonlijke achtergrondinformatie. Uw antwoorden en gegevens zullen volstrekt anoniem blijven en alleen gebruikt worden om de onderzoeksresultaten beter te kunnen interpreteren en zo het onderzoek van dienst te zijn.

26. *Wat is uw geslacht?*

Man Vrouw

27. *Wat is uw geboortjaar ? Schrijf uw geboortjaar in het hokje hieronder:*

28. *Wat is uw netto maandinkomen?*

<1000 1.000-1.499 1.500-2.499 2.500-3.499 3.500+

Weet ik niet Zeg ik liever niet

29. *Wat is uw hoogst genoten opleidingsniveau? De antwoorden zijn enkel onderstreept voor uw leesgemak.*

Lagere school LBO/MAVO/MULO/VMBO HAVO/VWO MBO HBO WO

Anders, namelijk:

30. *Wat is uw nationaliteit?*

Nederlands Duits Marokkaans Turks Antilliaans

Of: Dubbele nationaliteit, namelijk:

Of: Overig, namelijk:

Hartelijk bedankt voor het invullen! Gelieve voor 5 juni 2015 retourneren d.m.v. de retourenveloppe.

Bijlage 2: Herinneringsboodschap

Geachte heer of mevrouw,

Twee weken geleden is u een enquête toegestuurd met betrekking tot uw cliëntervaring omtrent de zorg, hulp of ondersteuning die u ontvangt vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning. Velen hebben deze inmiddels ingevuld en geretourneerd. Als u dit al gedaan heeft wordt u hartelijk bedankt. Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld en u kunt deze reminder beschouwen als een dankwoord. Dankzij uw hulp kunnen er beleidsadviezen worden geformuleerd, waarmee de gemeente Buren mogelijk haar beleid zou kunnen verbeteren.

Helaas hebben wij echter nog niet van iedereen de enquête retour ontvangen. Indien u de enquête nog niet heeft ingevuld en/of deze nog niet geretourneerd heeft in de bijgeleverde retourenveloppe, wordt u vriendelijk verzocht om dit alsnog te doen. Het invullen van de enquête vraagt slechts ongeveer 10 minuten van uw tijd. Uw antwoorden zullen volstrekt anoniem blijven en hebben geen invloed op het wel of niet krijgen van een voorziening. Ze worden enkel gebruikt om onderzoeksresultaten te interpreteren. U vult simpelweg het vakje in voor het antwoord dat het meest overeenkomt met uw situatie. Indien u per ongeluk het verkeerde vakje heeft ingevuld, zet u een kruis door het verkeerd ingevulde vakje en vult u het juiste vakje in. Wanneer u klaar bent met het invullen van de enquête, kunt u de bijgeleverde retourenveloppe gebruiken om de enquête kosteloos terug te sturen. Gelieve de ingevulde enquête uiterlijk maandag 22 juni 2015 te retourneren. Dit is echt de uiterlijke datum. Hoe meer mensen de enquête invullen, hoe beter ons beeld is van de manier waarop de inwoners van de gemeente Buren hun zorg, hulp of ondersteuning ervaren. Het is dus erg belangrijk dat u uw mening laat gelden door middel van het invullen van de enquête.

Mocht u nog vragen hebben over de enquête of het onderzoek, dan kunt u deze mailen naar: R.Clijnk@vondel-nassau.nl. U kunt mij ook telefonisch spreken. In dat geval kunt u tijdens kantoortijden bellen naar 06-53592392. Ik zal zo spoedig mogelijk antwoord geven op uw vraag en als dit nodig is zal ik u begeleiden met het invullen van de enquête.

Met vriendelijke groeten,

Rutger Clijnk

Bijlage 3: Beschrijvende statistieken afzonderlijke items

Tabel 6: beschrijvende statistieken afzonderlijke items klanttevredenheid

Klanttevredenheid	N	Min	Max	Gemiddelde	SD
1. Hoe tevreden bent u over de termijn waarop het keukentafelgesprek kon plaatsvinden?	54	1,00	5,00	3,37	,853
2. In welke mate bent u tevreden over de manier waarop het keukentafelgesprek verliep?	54	1,00	5,00	3,52	,947
3. In welke mate bent u tevreden over de manier waarop er naar u geluisterd werd?	54	1,00	5,00	3,65	,872
4. Bent u tevreden met de zorg/ondersteuning die tijdens het keukentafelgesprek in overleg met u is geboden?	51	1,00	5,00	3,14	1,2
5. Bent u tevreden met de zorg, hulp of ondersteuning die u van familie, vrienden, buren, vrijwilligers of mantelzorgers krijgt?					
A: Familie	49	1,00	5,00	3,80	1,224
B: Vrienden	33	1,00	5,00	3,67	1,242
C: Buren	32	1,00	5,00	3,50	1,270
D: Vrijwilligers	23	1,00	5,00	3,80	1,173
E: Mantelzorgers	44	1,00	5,00	3,13	1,217
6. In welke mate voldoet de geboden hulp, zorg of ondersteuning aan uw verwachtingen?	74	1,00	5,00	3,73	,799
7. Is de via het servicepunt geboden hulp, zorg of ondersteuning op dit moment voor u nog steeds passend?	67	1,00	5,00	3,3	,798
8. In welke mate bent u geholpen met de geboden hulp, zorg of ondersteuning?	69	1,00	5,00	3,37	1,19

Tabel 7: beschrijvende statistieken afzonderlijke items zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid	N	Min	Max	Gemiddelde	SD
9. In hoeverre heeft u een duidelijk beeld van wat uw zorgbehoeften zijn?	71	1,00	5,00	3,37	1,186
10. In hoeverre denkt u dat u zelf in staat bent om uw zorgbehoeften op te lossen?	72	1,00	4,00	2,03	,903
11. In hoeverre heeft u het gevoel dat u uw zorgbehoeften helder kunt formuleren aan anderen?	74	1,00	5,00	3,12	1,271
12. In hoeverre denkt u dat uw familie in staat is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	67	1,00	5,00	2,45	1,118
13. In hoeverre denkt u dat uw familie bereid is om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	67	1,00	5,00	2,69	1,233
14. In hoeverre denkt u dat uw vrienden in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	58	1,00	4,00	2,07	1,041
15. In hoeverre denkt u dat uw vrienden bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	58	1,00	4,00	2,16	1,089
16. In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten in staat zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	69	1,00	4,00	2,17	,985
17. In hoeverre denkt u dat uw buurtgenoten bereid zijn om u hulp, zorg of ondersteuning te geven?	66	1,00	4,00	2,14	1,006

Tabel 8: beschrijvende statistieken afzonderlijke items kracht van het sociaal netwerk

Kracht sociaal netwerk	N	Min	Max	Gemiddelde	SD
18. Heeft u kinderen? Zo ja, hoeveel?	74	1,00	5,00	2,72	1,244
19. Heeft u kleinkinderen? Zo ja, hoeveel?	74	1,00	5,00	2,31	1,364
20. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid met uw familie?	70	1,00	5,00	3,54	1,086
21. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw buurtgenoten?	65	1,00	5,00	3,38	,896
22. Hoe is uw gevoel van saamhorigheid tussen u en uw vrienden?	50	2,00	5,00	3,72	,701

Tabel 9: beschrijvende statistieken afzonderlijke items maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie	N	Min	Max	Gemiddelde	SD
23. Van hoeveel verenigingen staat u ingeschreven als lid?	75	1,00	5,00	1,73	1,044
24. In hoeverre bent u actief op deze vereniging(en)?	38	1,00	5,00	2,21	1,398
25. Bezoekt u bijeenkomsten van clubjes of groepen waar u geen lid van hoeft te zijn?	70	1,00	4,00	1,29	,617

Bijlage 4: Uitwerking van de toetsen op normaliteit, homoscedasticiteit en multi-collineariteit

Normaliteit

Een voorwaarde om regressieanalyses uit te voeren is dat de afhankelijke variabele normaal verdeeld moet zijn. Om op normaliteit te toetsen zijn de Kolmogorov-Smirnov-toets en de Shapiro-Wilk-toets toegepast op de Klantevredenheid-schaal. Bij significantie van deze toetsen wordt de nulhypothese, dat de verdeling niet normaal verdeeld is, bevestigd. Bij niet-significantie is de verdeling wel normaal verdeeld. Aanvankelijk gaf de Kolmogorov-Smirnov-toets niet-significantie aan ($p \leq ,050$) en de Shapiro-Wilk-toets wel ($p = ,007$). De Kolmogorov-Smirnov-toets is onbetrouwbaar, dus is besloten om de uitslag van de Shapiro-Wilk-toets meer serieus te nemen. Hierop zijn er drie outliers als missende waarde opgegeven en de toetsen opnieuw uitgevoerd. De Kolmogorov-Smirnov-toets was nu weer niet significant ($p \leq ,050$) en, belangrijker, de Shapiro-Wilk-toets ook niet ($p \leq ,050$). De data voldoet hiermee aan de voorwaarde van normaliteit om regressieanalyses uit te voeren.

Multi-collineariteit

Een databestand moet voor het uitvoeren van een meervoudige regressie analyse altijd gecontroleerd worden op multi-collineariteit tussen de onafhankelijke variabelen (Mansfield & Helms, 1982). Multi-collineariteit vindt plaats wanneer twee of meer onafhankelijke variabelen zo sterk correleren dat het effect van deze variabelen op de afhankelijke variabele minder nauwkeurig valt waar te nemen (Blalock, 1963). Soms kunnen de resultaten als gevolg van multi-collineariteit misleidend zijn of moeilijk te interpreteren (Marsh, Dowson, Pietsch & Walker, 2004). Dit komt doordat de variantie van de geschatte parameters onredelijk groot kunnen zijn, de geschatte parameters niet significant kunnen zijn of een andere richting vertonen dan verwacht wordt (Jenq Lin, 2008). Om erachter te komen of er multi-collineariteit plaats vindt in een databestand kan de 'Variance Inflation Factor (VIF)' van de onafhankelijke variabelen worden berekend. Een VIF van 10 of groter suggereert sterke multi-collineariteit (Jenq Lin, 2008)(Marquardt, 1980). Hiernaast kan de tolerantie van de VIF een indicator voor multi-collineariteit zijn (Jenq Lin, 2008). De tolerantie heeft een waarde van 0 tot en met 1. Hoe dichter deze waarde bij 0 ligt, hoe groter de kans is op problemen met multi-collineariteit. De vuistregel die over het algemeen gehanteerd wordt, houdt in dat een tolerantie van 0.1 of kleiner een indicator is voor de aanwezigheid van multi-collineariteit. Om de data te toetsen op multi-collineariteit zijn voor de variabelen "Zelfredzaamheid", "Sociale netwerken" en "Maatschappelijke participatie" de VIF en de bijbehorende tolerantie berekend. Zelfredzaamheid: ($VIF = 1,1$, $TOL = ,91$); Sociale netwerken: ($VIF = 1,19$, $TOL = ,84$); Maatschappelijke participatie: ($VIF=1,52$, $TOL=,66$). De waarden vertonen daarmee geen indicatie voor de

aanwezigheid van multi-collineariteit. Het is dus mogelijk om meervoudige regressieanalyses uit te voeren met deze variabelen.

Homoscedasticiteit

Wanneer aan alle voorwaarden van een regressieanalyse wordt voldaan, kan deze efficiënte en nauwkeurige schattingen maken van de parameters. Eén voorwaarde hiervan is homoscedasticiteit, waarvan de tegenhanger heteroscedasticiteit heet. Heteroscedasticiteit vindt plaats wanneer de variantie van de standaardfout varieert over verschillende observaties (Long & Ervin, 2000). Dit zorgt ervoor dat een normale regressieanalyse niet meer bruikbaar is, zonder hiervoor te corrigeren.

Hierdoor kunnen namelijk foutieve conclusies worden getrokken uit de resultaten.

Heteroscedasticiteit komt vaker voor in cross-sectionele data (Long & Ervin, 2000), wat des te meer reden geeft om hiervoor te toetsen. Om te toetsen of er heteroscedasticiteit in de data voorkomt is gebruik gemaakt van de Breusch-Pagan-toets (Breusch & Pagan, 1979) en de White-toets (White, 1980).

De Breusch-Pagan-toets

De Breusch-Pagan-toets toetst of de variantie van de modelresiduen onafhankelijk is van de modelwaarden (Breusch & Pagan, 1979). Deze is uitgevoerd door een lineaire regressieanalyse uit te voeren met de klanttevredenheid-schaal als afhankelijke variabele en de zelfredzaamheid-schaal, de sociale netwerken-schaal en de maatschappelijke participatie-schaal als onafhankelijke variabelen. Dit leverde de som van de ongestandaardiseerde modelresiduen en de ongestandaardiseerde voorspelde waarden op als variabelen. Vervolgens is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de som van het kwadraat van de modelresiduen als afhankelijke variabele en de zelfredzaamheid-schaal, de sociale netwerken-schaal en de maatschappelijke participatie-schaal als onafhankelijke variabelen. De significantie-waarde van de F -verdeling geeft vervolgens aan of de nulhypothese van de aanwezigheid homoscedasticiteit verworpen wordt ten opzichte van de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit. Een significante F -verdeling van het bovenstaande model verwerpt de nulhypothese van homoscedasticiteit en bevestigt de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit. Voor het model wat hierboven omschreven is geldt: ($df = 3$) $F = ,261$ en ($p = 0,85$), waardoor de nulhypothese van de aanwezigheid van homoscedasticiteit wordt bevestigd en de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit wordt verworpen. Volgens de Breusch-Pagan-toets hoeft dus niet gecorrigeerd te worden voor heteroscedasticiteit voordat regressieanalyses mogelijk zijn.

De White-toets

Voor de White-toets is tevens een lineaire regressieanalyse toegepast met de soms van het kwadraat van de modelresiduen als afhankelijke variabele. Ditmaal zijn de onafhankelijke variabelen uit het model van de Breusch-Pagan-toets echter vervangen met een variabele voor de voorspelde waarde van het eerst omschreven model uit de vorige subparagraaf (de Breusch-Pagan-toets) en een variabele voor het kwadraat van deze voorspelde waarde. Met dit model kan de White-toets worden afgenomen. Tevens voor deze toets geeft de significantie-waarde van de F -verdeling aan of de nulhypothese van de aanwezigheid homoscedasticiteit verworpen wordt ten opzichte van de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit. Een significante F -verdeling van het bovenstaande model verwerpt de nulhypothese van homoscedasticiteit en bevestigt de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit. Voor het model van de White-toets geldt: ($df=2$) $F=.072$, $p = ,931$, waardoor de nulhypothese van homoscedasticiteit wordt bevestigd en de hypothese van de aanwezigheid van heteroscedasticiteit wordt verworpen. Volgens de White-toets hoeft dus niet gecorrigeerd te worden voor heteroscedasticiteit voordat regressieanalyses mogelijk zijn. De resultaten van beiden, de Breusch-Pagan-toets en de White-toets, bewijzen dat de data voldoet aan de voorwaarde van homoscedasticiteit voor regressieanalyses.

Bijlage 5: Opbouw regressiemodel 1 & regressiemodel 2

Tabel 10: Opbouw regressiemodel 1, afhankelijke variabele klanttevredenheid

Afhankelijke variabele	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
<i>Klanttevredenheid</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>
Onafhankelijke variabelen								
<i>Zelfredzaamheid</i>			,026	,869	,030	,862	-,034	,848
<i>Kracht van het sociaal netwerk</i>					-,011	,952	-,023	,894
<i>Maatschappelijke participatie</i>							,230	,185
Controlevariabelen								
<i>Geslacht (vrouw)</i>	-,076	,643	-,074	,654	-,074	,661	-,136	,432
<i>Leeftijd</i>	-,195	,232	-,198	,234	-,196	,255	-,201	,239
<i>Netto maandinkomen</i>	,215	,178	,212	,194	,210	,211	,245	,147
<i>Opleidingsniveau</i>	-,104	,521	-,103	,527	-,103	,537	-,117	,479
<i>R²</i>	,085		,086		,086		,130	
<i>F</i>	,908		,714		,580		,769	
<i>N</i>	44		44		44		44	

***= $p \leq ,000$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; x= $p \leq ,1$

Tabel 11: Opbouw regressiemodel 2, afhankelijke variabele zelfredzaamheid

Afhankelijke variabele	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Zelfredzaamheid						
Onafhankelijke variabelen						
Kracht van het sociaal netwerk			,386*	,015	,345*	,027
Maatschappelijke participatie					,259 ^x	,094
Controlevariabelen						
Geslacht (vrouw)	-,013	,936	-,035	,820	-,104	,507
Leeftijd	,110	,504	,020	,898	,013	,933
Netto maandinkomen	,127	,430	,173	,258	,199	,185
Opleidingsniveau	,016	,920	-,017	,911	-,032	,834
R^2		,029		,168		,228
F		,298		1,576		1,871
N		45		45		45

***= $p \leq ,000$; **= $p \leq ,005$; *= $p \leq ,05$; ^x= $p \leq ,1$